

# Dashboard B – Implementering af MedCom standarder (1. kvartal 2014 – 1. kvartal 2015)

## Meddelelsesbaseret kommunikation via MedCom-standarder

I henhold til Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler skal sundhedsaftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om teknisk og organisatorisk implementering af alle relevante målsætninger for regioner og kommuner vedr. sundheds-it og telemedicin, herunder initiativer der er aftalt mellem parterne på sundhedsområdet, eksempelvis initiativerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 og initiativer, der fremadrettet aftales i de årlige økonomiaftaler.

Den nationale strategi for digitalisering indeholder en målsætning om at alle relevante MedCom-meddelelser er 100 pct. teknisk implementeret for patienter i både regioner og kommuner ved udgangen af 2013. Endvidere skal der i tilknytning til sundhedsaftalerne etableres modeller for organisatorisk understøttelse af det tværsektorielle samarbejde i fuld anvendelse inden udgangen af 2014.

Dette dashboard indeholder opgørelse af datatrafikken mellem hospitalerne i Region Midtjylland og regionens kommuner og praktiserende læger. Datatrafik med sundhedspersoner uden for regionen indgår ikke i opgørelserne. Dette har størst betydning for data for AUH, da de har flest landsdelsfunktioner.

### Afsendt fra Hospital til kommune

- Indlæggelsesadvis(DIS20)
- Plejeforløbsplan(XDIS21)
- Melding om færdigbehandling(XDIS19)
- Udskrivningsrapport(XDIS18)
- Udskrivningsadvis(DIS17)
- Den elektroniske genoptræningsplan(DGOP)
- Fødselsanmeldelsen (XDIS32)
- Korrespondancebrev(DIS91)

### Afsendt fra Hospital til praktiserende læge

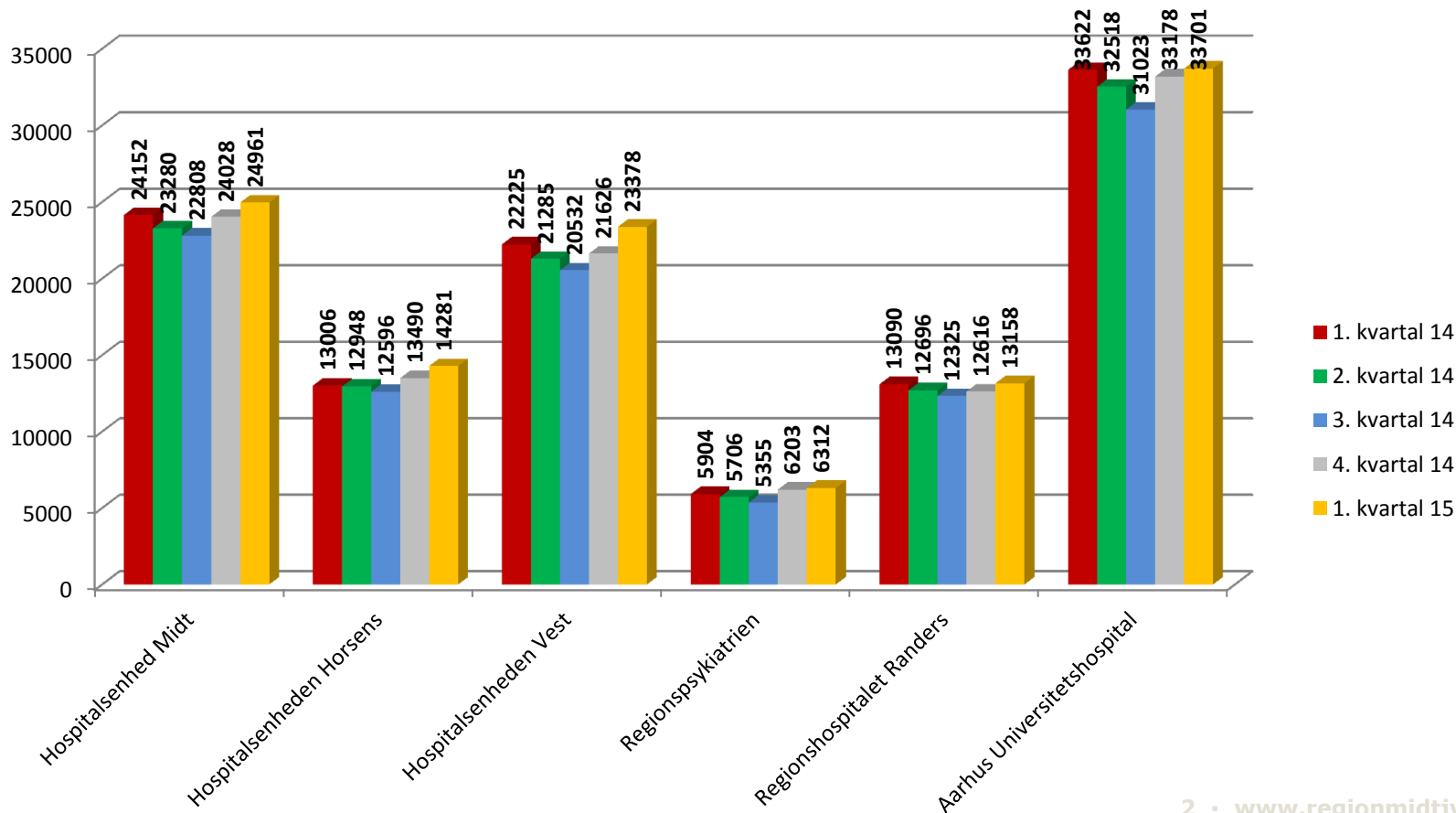
- Den elektroniske genoptræningsplan(DGOP)
- Korrespondancebrev(DIS91)
- Udskrivningsepikrise(DIS01)
- Ambulantepikrise(DIS02)
- Skadestueepikrise(DIS03)
- Billeddiagnostisk epikrise(DIS05)

### Afsendt fra kommune/praksis

- Indlæggelsesrapport(XDIS16)
- Korrespondancebrev(DIS91)
- Sygehus-henvisning(REF01)
- Billeddiagnostisk henvisning(REF02)

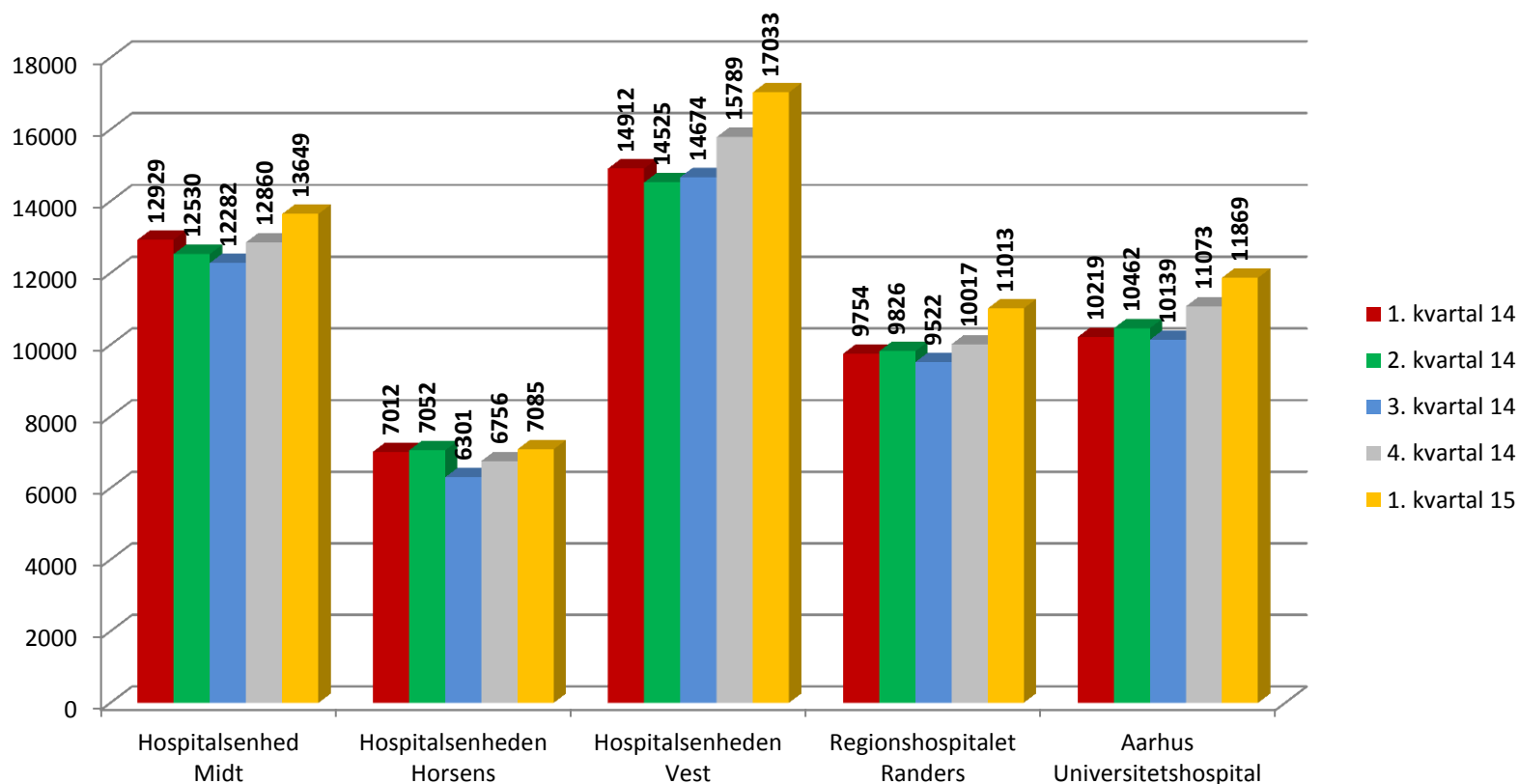
# Sygehushenvisninger(REF01)

En praktiserende læge eller en speciallæge kan henvise en patient til indlæggelse eller ambulantbehandling på et sygehus, hvis lægen skønner der er behov herfor. I disse tilfælde sender lægen en henvisning til den relevante sygehusafdeling eller til en central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen og ønsket undersøgelse/behandling.



# Billeddiagnostisk henvisning(REF02)

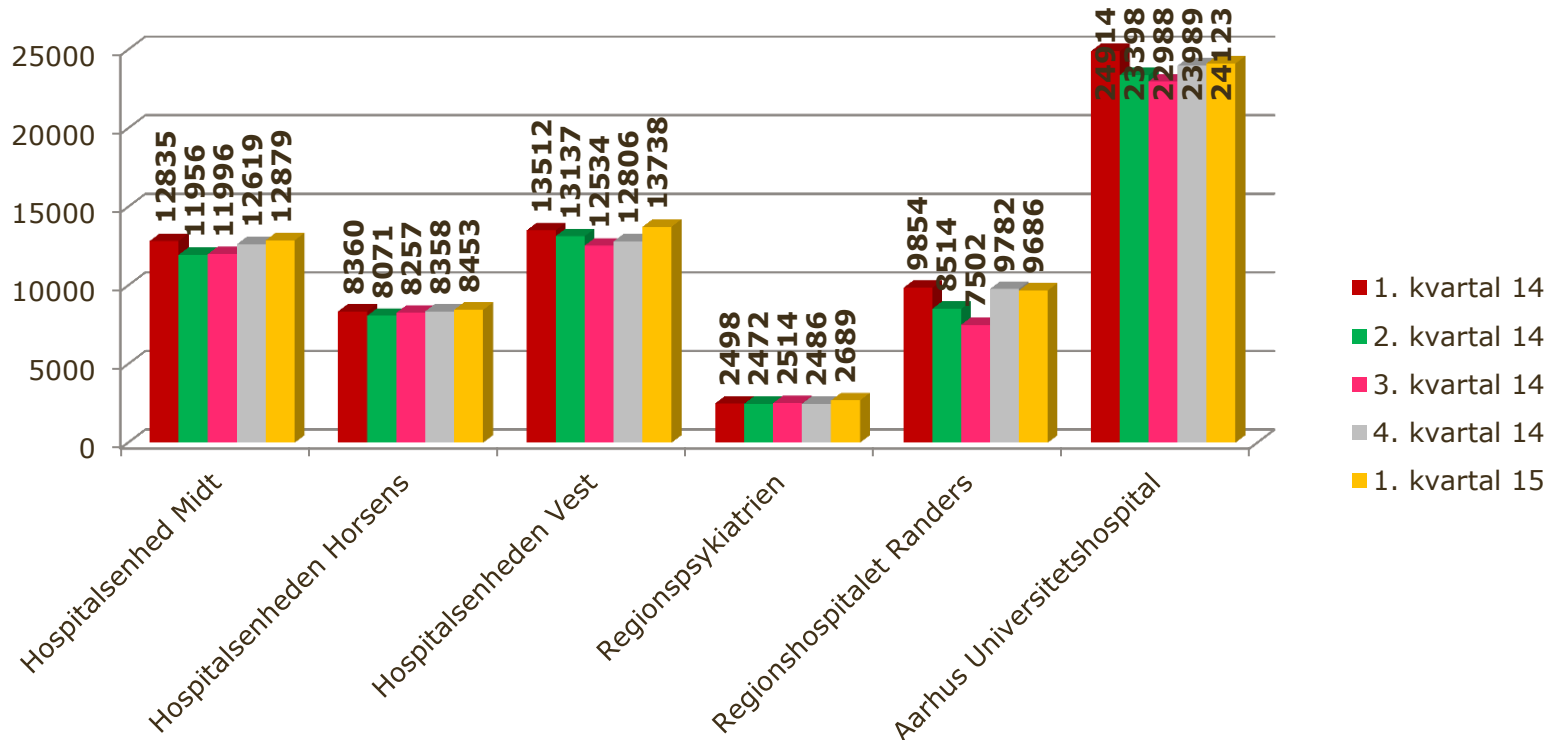
En stor del af de patienter der behandles på sygehusene både som indlagte og i ambulatorierne får foretaget billeddiagnostiske undersøgelser (ex. røntgenundersøgelser og CT / MR scanninger). I alle tilfælde bestilles en billeddiagnostisk undersøgelse ved at afdelingen, ambulatoriet eller skadestuen fremsender en henvisning til den billeddiagnostiske afdeling.



# Indlæggelsesadvis(DIS20)

Når en borger indlægges på et sygehus, har kommunen behov for at få oplyst dette, hvis borgeren modtager hjemmehjælp, hjemmesygepleje, levering af hjælpemidler, madlevering, forebyggende hjemmebesøg, klientbetaling eller har en sag i sygedagpenge. Kommunen har behov for oplysninger om patientens personnummer, hvilket sygehus/afdeling/afsnit patienten er indlagt på og endelig patientens status (indlagt eller død ved ankomsten til sygehuset).

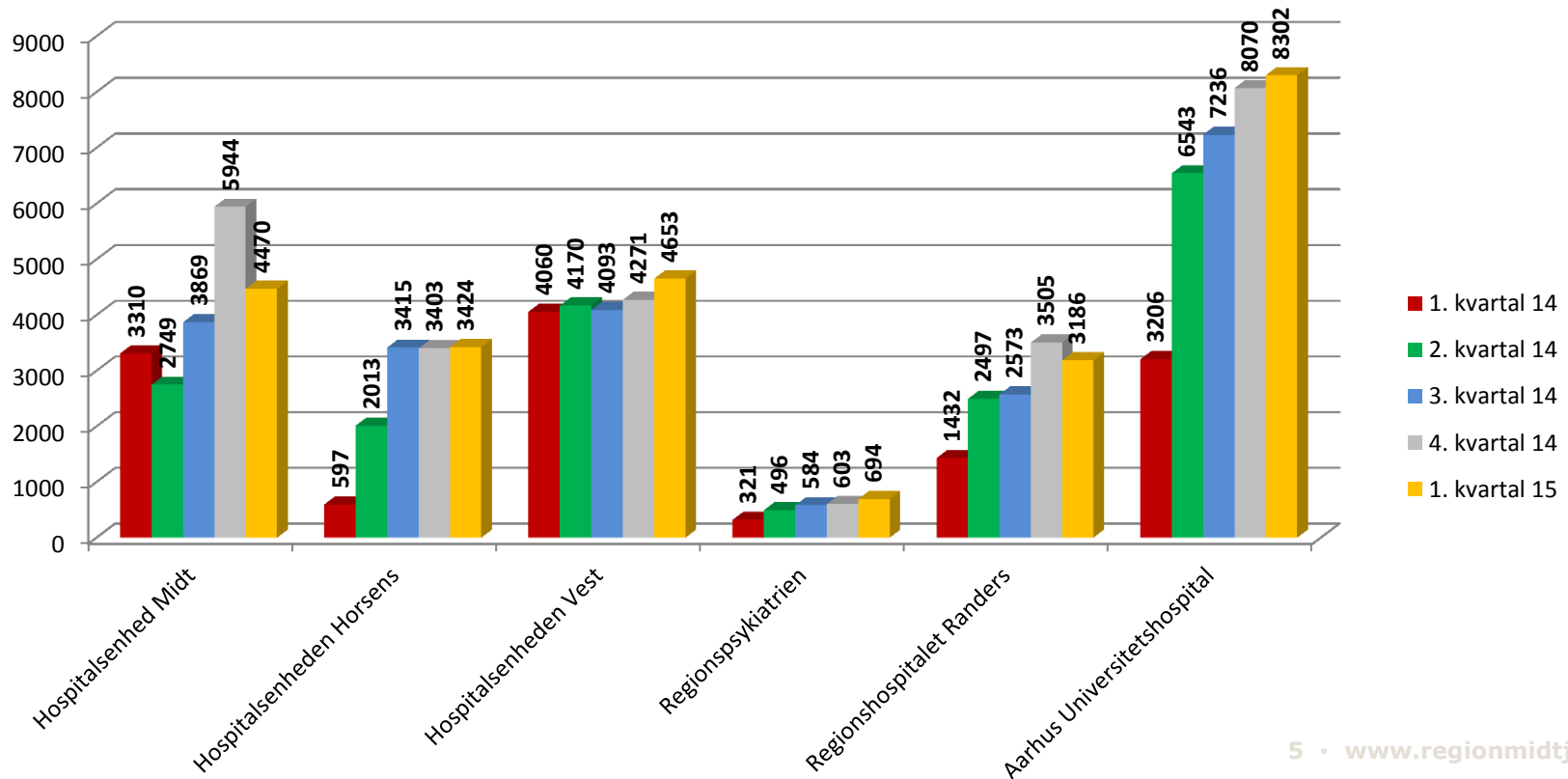
Indlæggelses adviset skal sikre hurtig og præcis information til kommunen om, at patienten er sygehusindlagt,



# Indlæggelsesrapporter(XDIS16)

Indlæggelsesrapporten sendes fra kommunen, når en borger indlægges på et sygehus, da sygehuspersonalet har brug for en række sundhedsfaglige oplysninger fra kommunen for at kunne iværksætte den bedst mulige behandling af patienten og for at kvalificere dialogen mellem sygehus og kommune. Det drejer sig om oplysninger om hjemmepleje-ydelser, hjælpemidler, medicin, funktionsevne, resumé af helbredstilstand, årsag til indlæggelse og stam-data. Indlæggelsesrapporten afsendes automatisk, når der modtages et indlæggelses-advis i kommunens EOJ system på borgere, som modtager hjemmehjælpsydelser og/eller hjemmesygepleje.

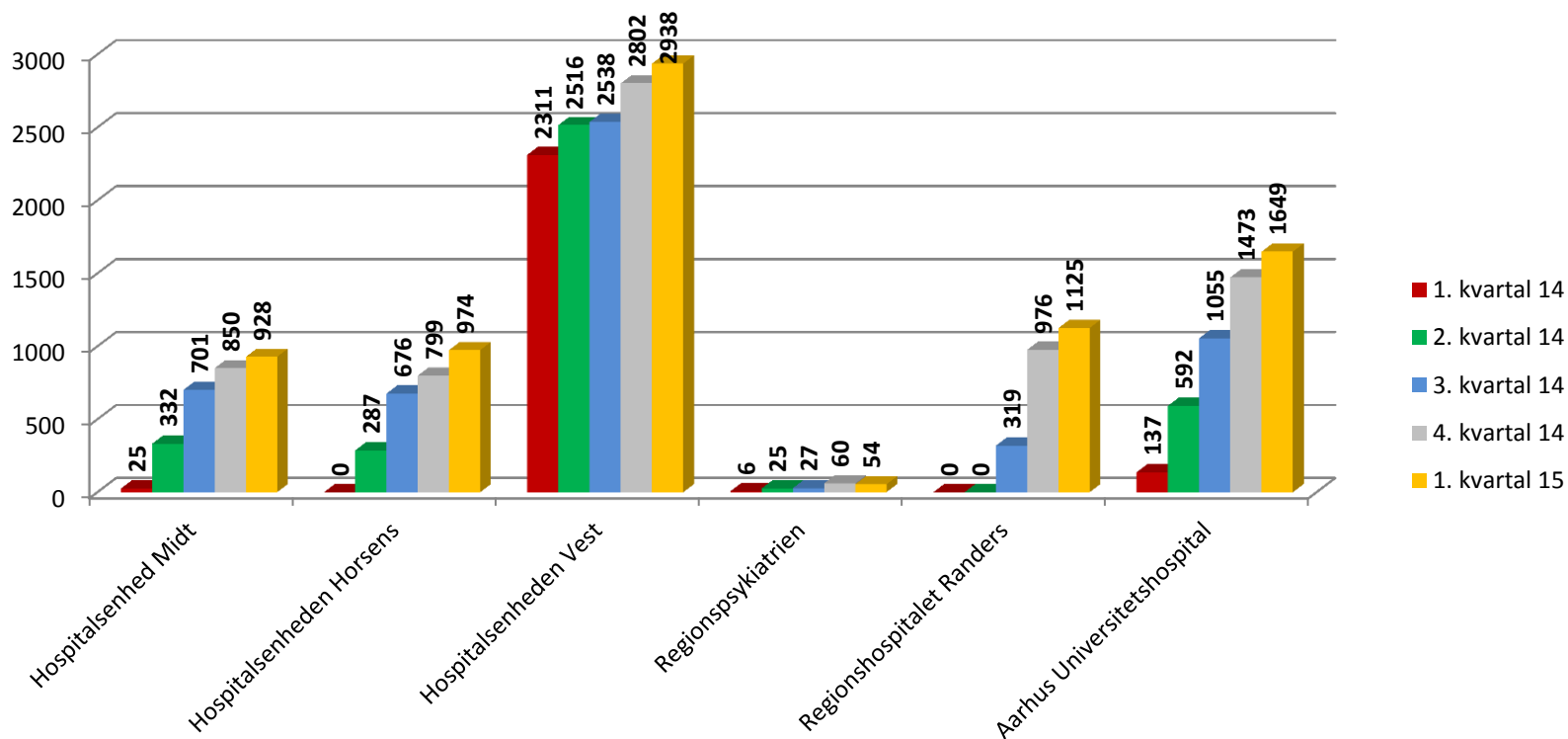
Indlæggelsesrapporten opdateres manuelt med oplysninger årsag til indlæggelse og oplysninger om aktuel helbredstilstand. Den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport fremsendes til sygehuset efter indlæggelse af hjemmeplejeklient i overensstemmelse med de lokale sundhedsaftaler



# Plejeforløbsplaner(XDIS21)

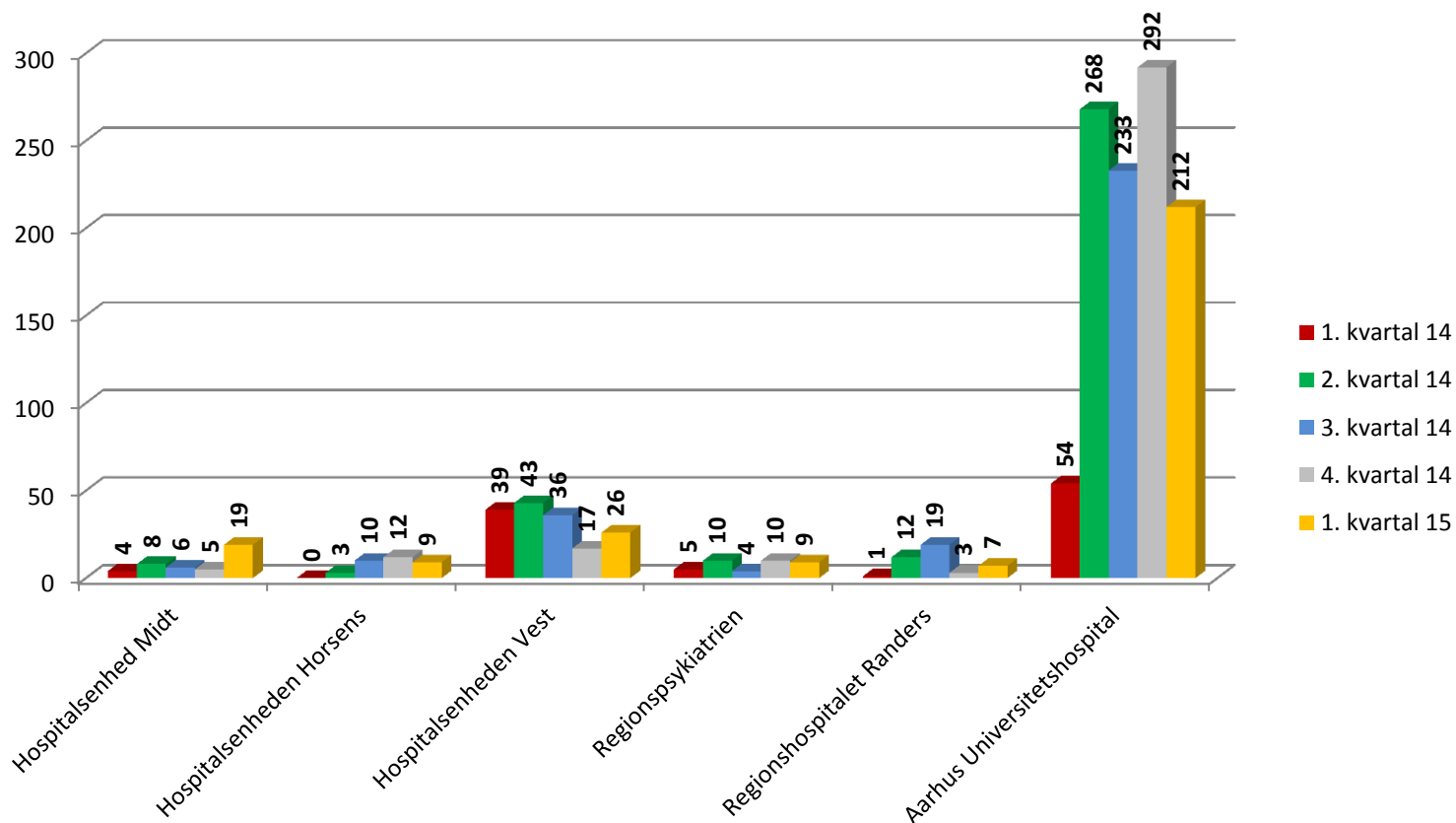
Plejeforløbsplan anvendes af sygehuspersonalet til at informere hjemmeplejen om, at der er behov for revurdering af de ydelser som borgeren modtager, en kort orientering om indlæggelsesforløb, samt mulighed for at oplyse om der er behov yderligere koordinering i forhold til udskrivelse.

Plejeforløbsplan anvendes af plejepersonale i forbindelse med udskrivelse til hjemmeplejen, den samlede hjemmepleje-sygehus kommunikation kan blive en del af den samlede kommunikation mellem sektorer/sundhedsvæsnets parter som findes sted ved kronikerforløb eller andre forløb.



# Melding om færdigbehandling (XDIS19)

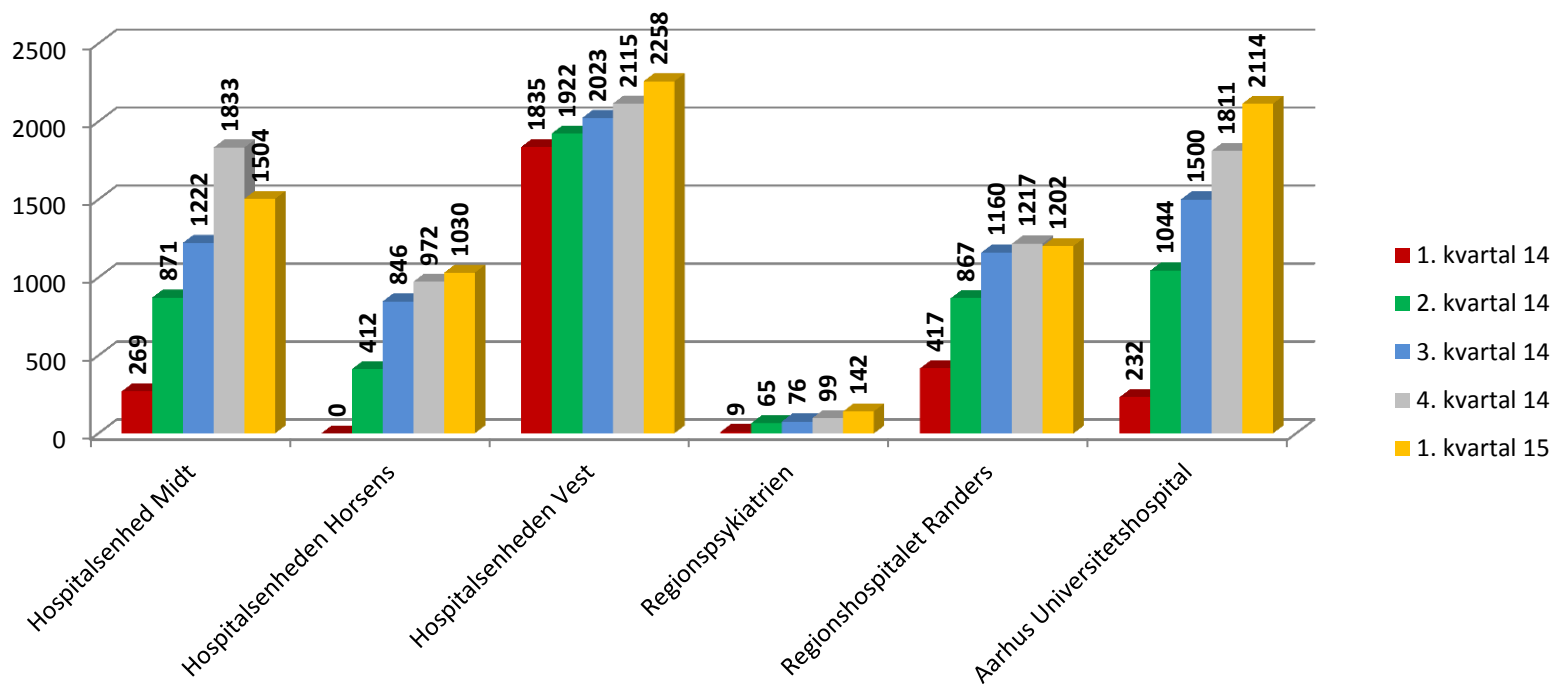
Melding om færdigbehandling fremsendes fra sygehus til kommune samtidig med at der foretages en behandling registreres som færdig. Sygehuset sender en automatiseret service meddelelse til hjemkommunen om at en borger er registeret færdigbehandlet i hospitalets PAS/EPJ system, så kommunen kan danne overblik over hvor mange færdigbehandlede borgere som endnu er indlagt.



# Udskrivningsrapporten(XDIS18)

Udskrivningsrapporten anvendes af sygehuspersonalet i forbindelse med udskrivelse af en patient, med et behov for pleje eller tilsyn fra dennes hjemkommune. Med den elektroniske udskrivningsrapport kan sygehuspersonalet informere hjemmeplejen om relevante data fra indlæggelsesforløbet, samt formidle om der er et eller flere plejebenhov, som bør fortsætte efter udskrivelsen. Udskrivningsrapporten sikrer ligeledes, at det bliver præciseret om der i forbindelse med udskrivelsen er behov for ny eller ekstra hjælpemidler/behandlingsredskaber i hjemmet, samt hvem der er ansvarlig for anskaffelsen af disse hjælpemidler.

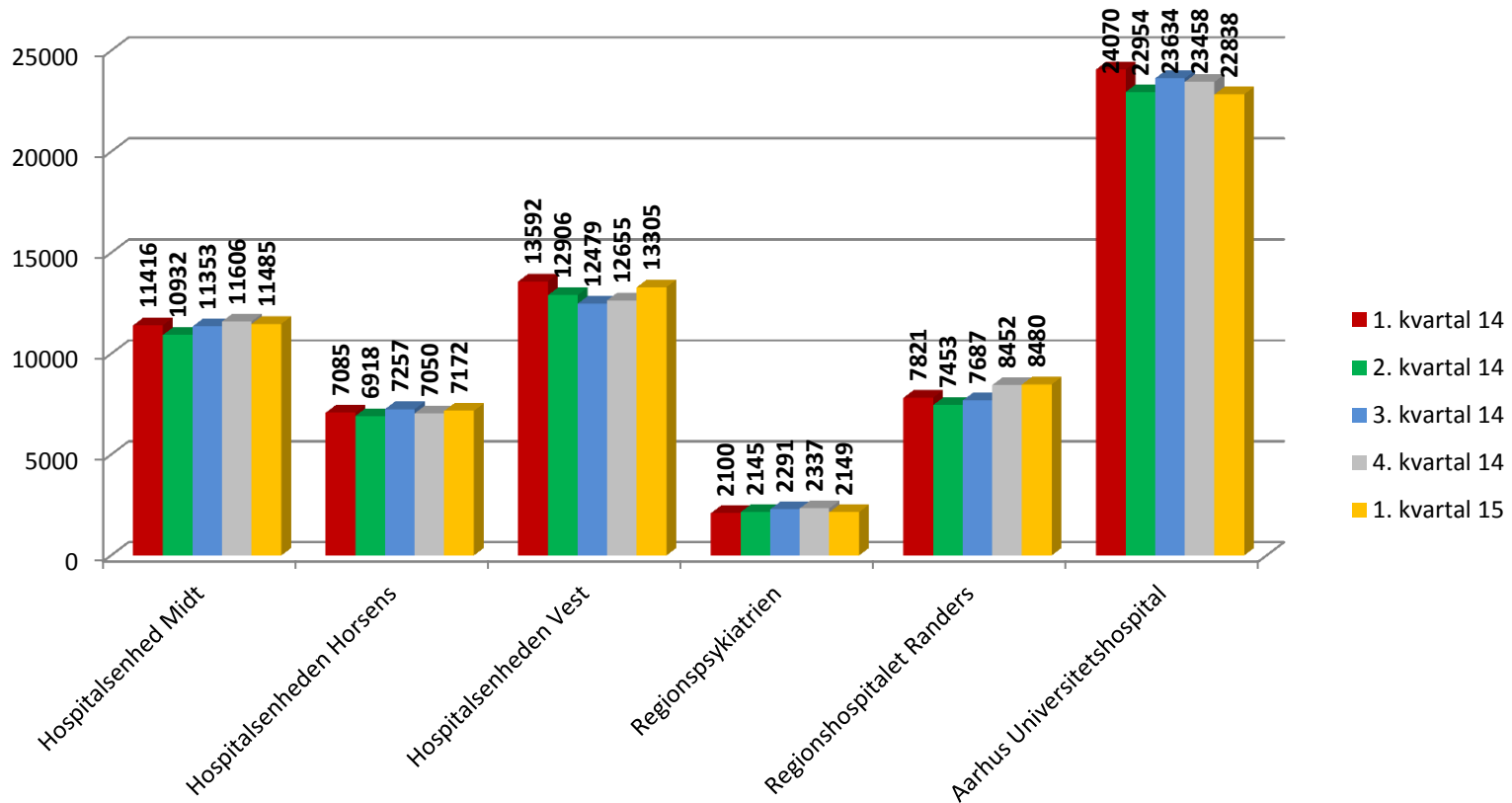
Udskrivningsrapporten bygger videre på plejeforløbsplanen så de felter, der mangler i forhold til udskrivningssituationen, tilføjes.





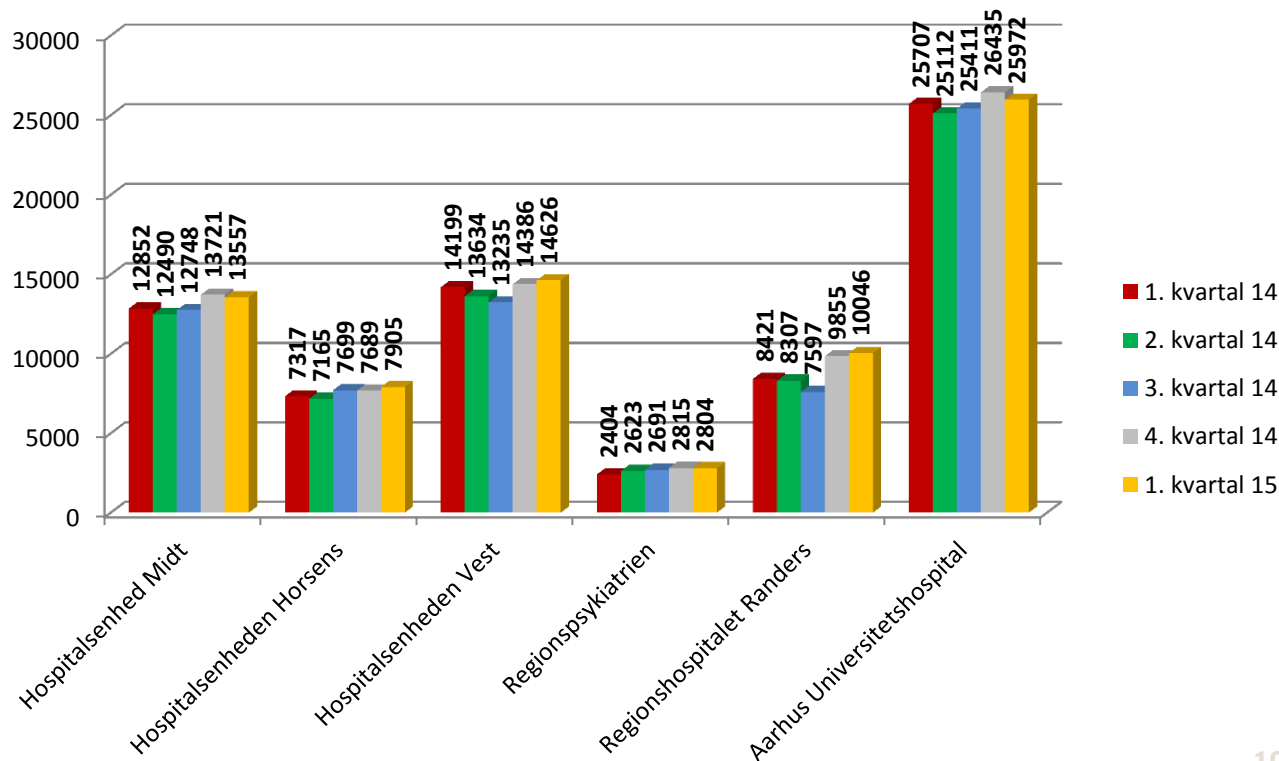
# Udskrivningsadvis(DIS17)

Når en klient i det kommunale system udskrives fra et sygehus, har kommunen behov for at få dette oplyst. Kommunen har behov for oplysninger om patientens personnummer, hvilket sygehus/afdeling/afsnit patienten er udskrevet fra samt patientens status ved udskrivelsen (udskrevet til eget hjem, andet end eget hjem, flyttet til anden afdeling/andet sygehus, uoplyst, død)



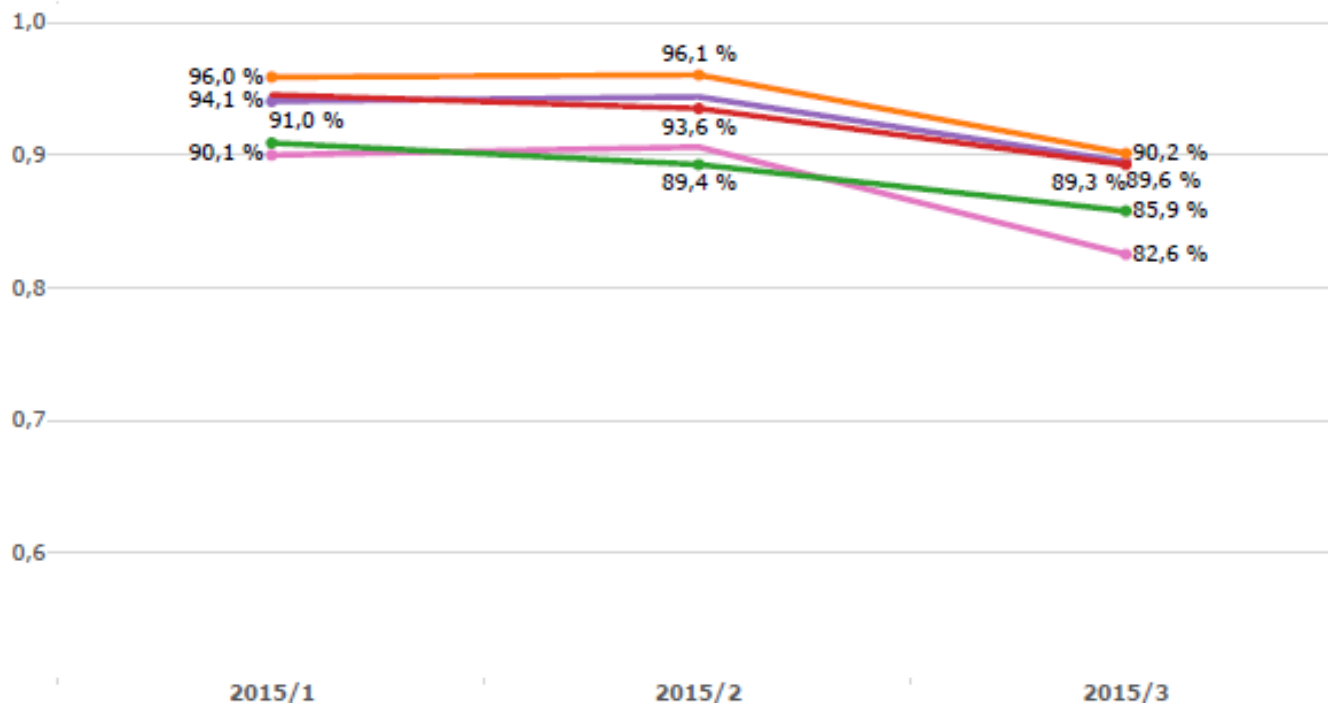
# Udskrivningsepikrise(DIS01)

I udskrivningsepikrisen informerer sygehuset om indlæggelses- og udskrivningsdag, aktionsdiagnose (også kaldet hoved- eller udskrivningsdiagnosen) og eventuelle andre diagnoser og operationer m.v. under indlæggelsen. Desuden giver sygehuset i epikriseteksten et resume af indlæggelsesforløbet, prognose samt behandlingsplan og forslag til evt. viderebehandling.



# Opfyldelse af servicemål for epikriser (2015)

Hospital (IOS): Hospitalsenhed Midt, Hospitalsenheden Horsens, Hospitalsenheden Vest and 2 more - År/måned: All - Afsnit (IOS): All - År/måned: 2015, 2015/1, 2015/2 and 1 more - Dato: All - Ad diagnose (2 cif.): All



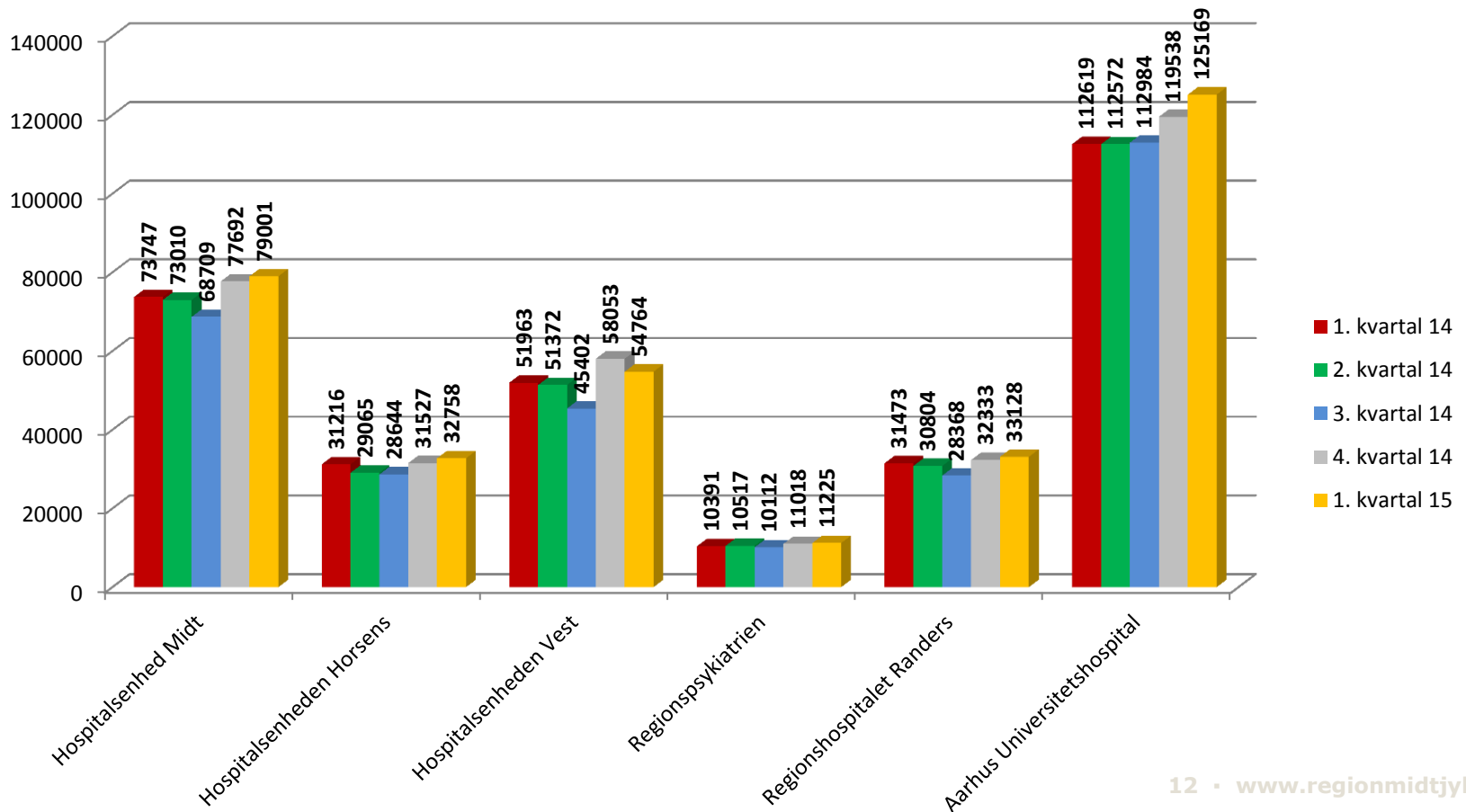
Vis værdi på graf

- Ja
- Nej

- Hospitalsenhed Midt
- Hospitalsenheden Horsens
- Hospitalsenheden Vest
- Psykiatri og Social
- Aarhus Universitetshospital

# Ambulantepikrise(DIS02)

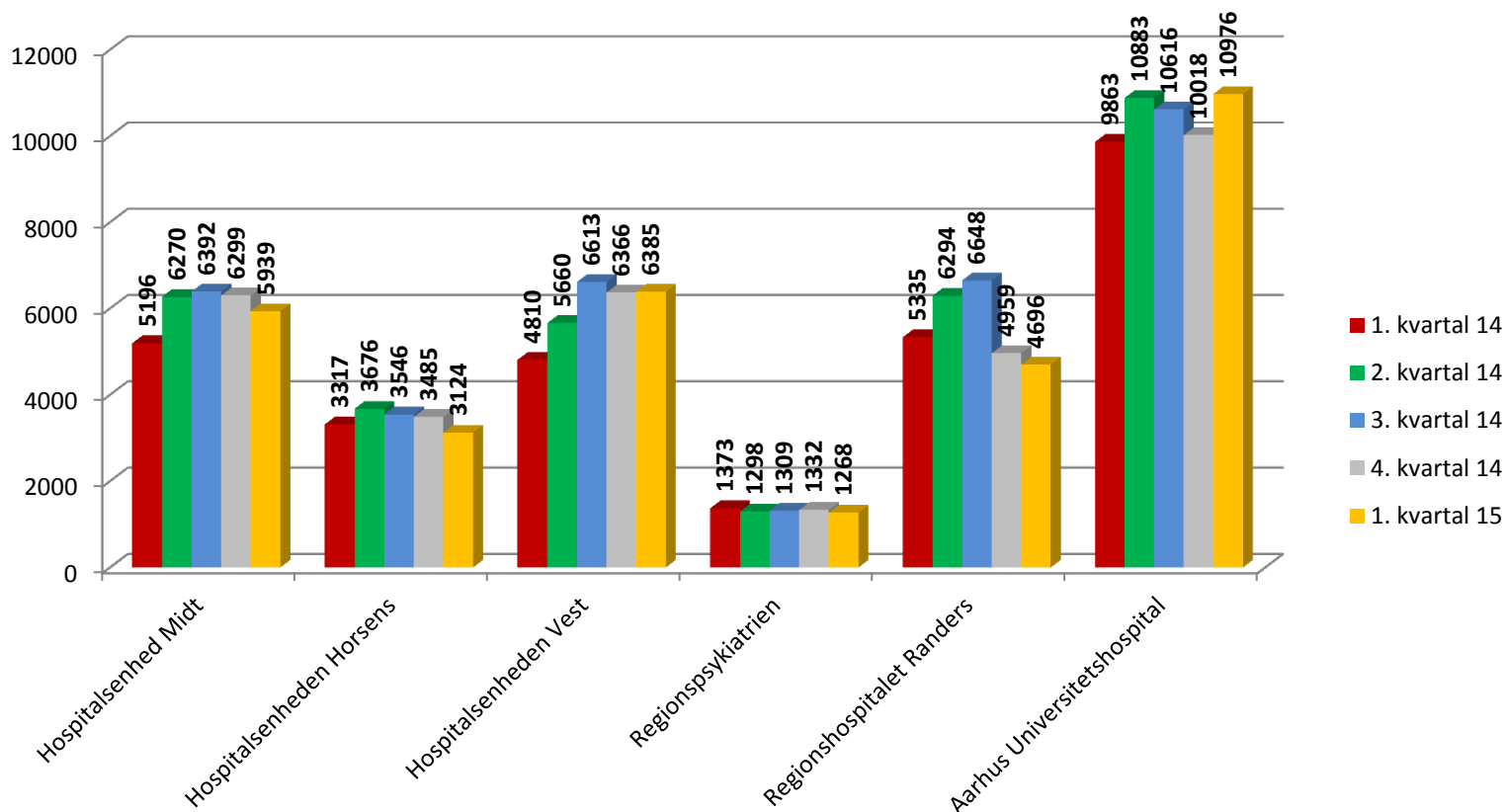
Såfremt der er mange ambulante besøg, sender de fleste ambulatorier en ambulantepikrise både til egen læge men også til patientens stamafdeling efter hvert besøg eller med "passende" mellemrum. I brevet informerer ambulatoriet kort om datoen for ambulantbesøget, om den aktuelle midlertidige diagnose og om operationer m.v. under ambulantbehandlingen medens ambulatoriet ved afslutning af ambulantforløbet giver en mere sammenhængende beskrivelse.



# Skadestueepikrise(DIS03)

Når en patient har været på skadestue, udarbejdes en skadestueepikrise (også kaldet en skadejournal eller et skadebrev) til patientens praktiserende læge (egen læge) med information om skadebehandlingen. Samme skadestueepikrise kan ligeledes sendes til en sygehusafdeling hvor patienten indlægges eller viderebehandles på.

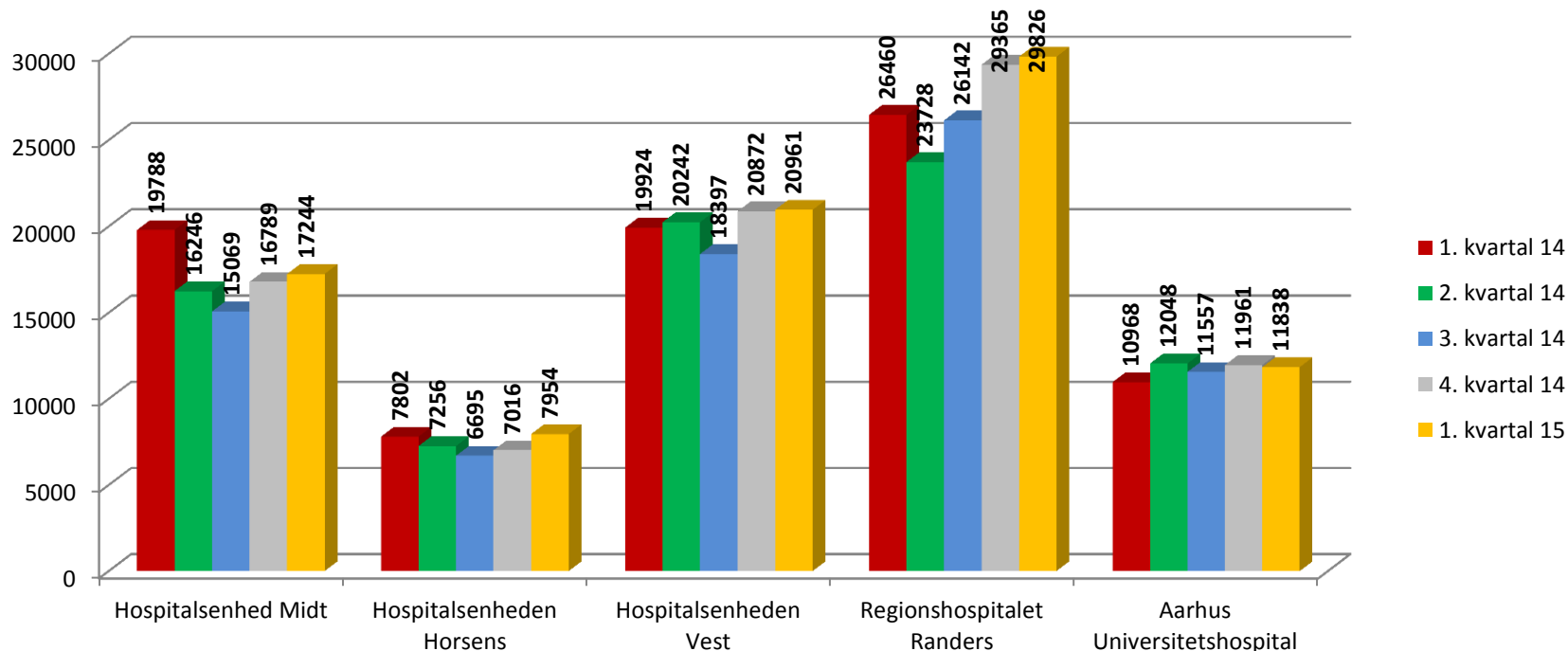
I skadestueepikrisen informerer skadestuen om skadestuebesøgsdato og klokkeslæt, om aktionsdiagnose (også kaldet skadestuediagnose) og eventuelle andre diagnoser. Desuden giver sygehuset i epikriseteksten en kort relevant beskrivelse af f.eks. undersøgelse/fund, behandling, prognose samt behandlingsplan og forslag til evt. efterbehandling hos praksislægen/afdelingen.



# Billeddiagnostisk epikrise (DIS05)

Alment praktiserende læger og speciallæger kan henvise patienter til billeddiagnostisk undersøgelse på sygehus som led i den praktiserende læges egen behandling af patienten. Efter endt undersøgelse sender den billeddiagnostiske afdeling en skriftlig beskrivelse af resultatet af undersøgelsen tilbage til egen læge – samt en kopi af beskrivelsen til henvisende læge.

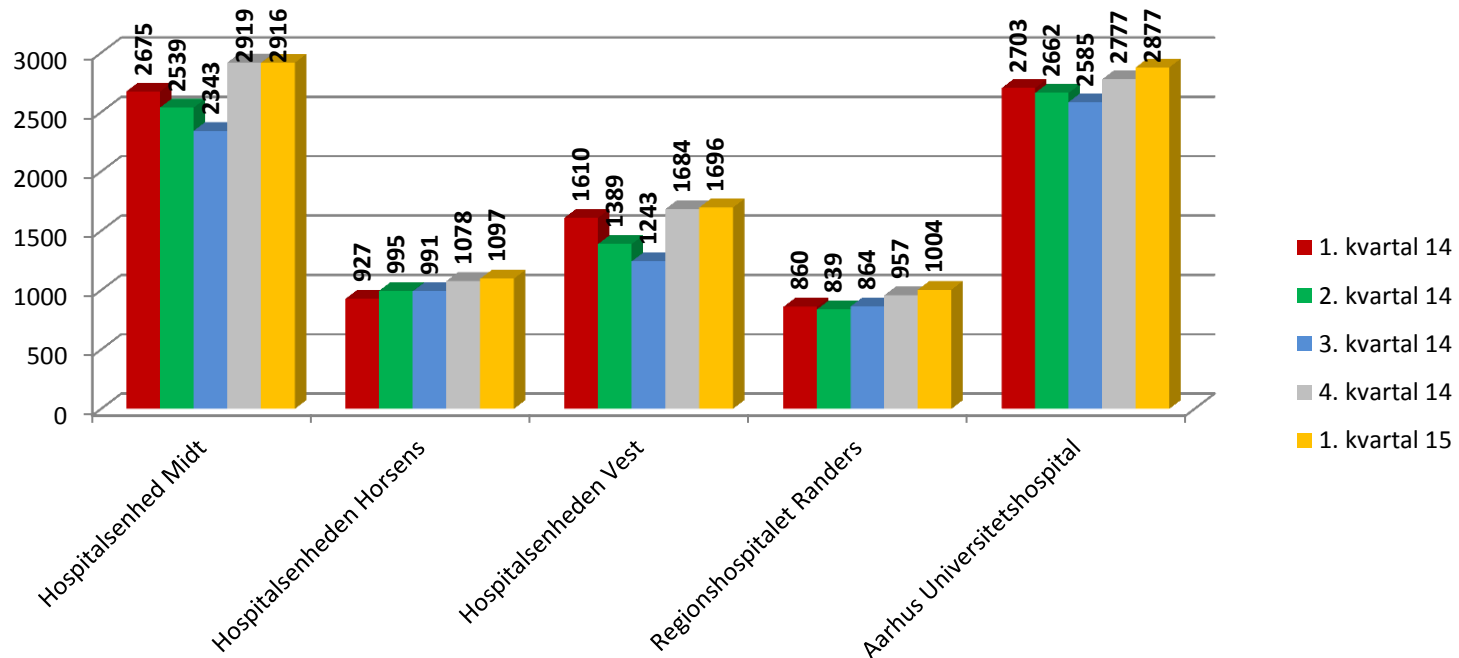
Opbygningen af en billeddiagnostisk epikrise minder meget om en udskrivningsepikrise. Normalt medsendes dog ikke almindelige, kodede diagnoser, men der anvendes undersøgelseskoder svarende til den landsdækkende klassifikation. Selve den billeddiagnostiske diagnose indskrives derimod i teksten i beskrivelsen.



# Den elektroniske genoptræningsplan (DGOP)

Når kommunen skal have tilsendt genoptræningsplan, sender sygehuset genoptræningsplan til kommunens centrale visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen ved behov for genoptræning. Genoptræningsplan kan også anvendes ved henvisning om træning mellem sygehuse/sygehusafdelinger.

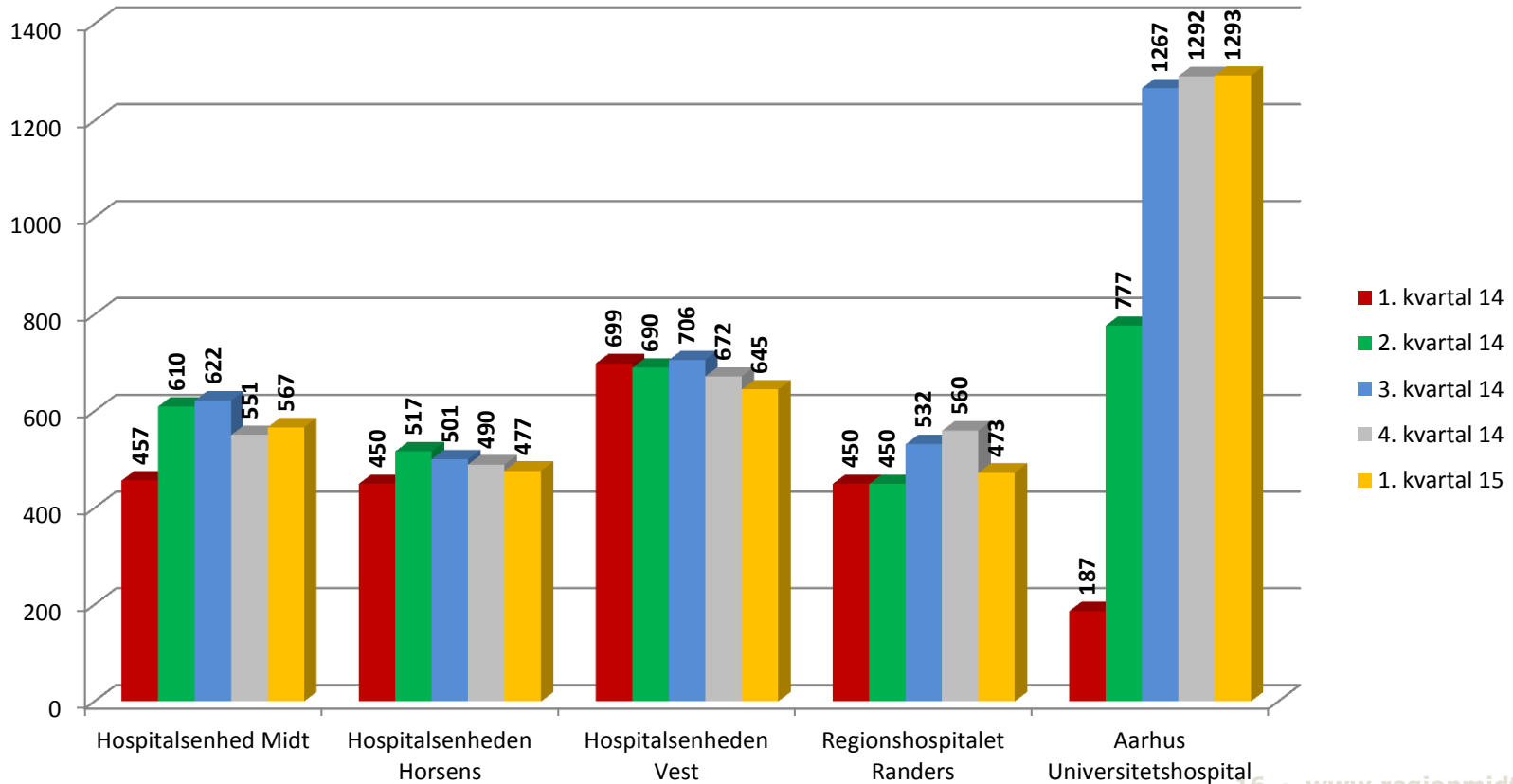
Der anføres kortfattet beskrivelser af funktionsevne før og under indlæggelse samt ved udskrivning. Endvidere skal genoptræningsbehov med ressourcer og begrænsninger beskrives. Ved beskrivelse af funktionsevne anvendes ICF4 som overordnet forståelsesramme, således at kropsdimension, aktivitet og deltagelse samt både sociale og fysiske omgivelser kan beskrives. Under supplerende oplysninger kan relevante data fra indlæggelsen beskrives.



# Fødselsanmeldelsen (XDIS32)

Når en fødsel finder sted på sygehus, sender alle fødeafdelinger en fødselsanmeldelse til den kommunale sundhedstjeneste i kvindens hjemkommune.

I fødselsanmeldelsen informerer sygehuset om såvel barn/børn, graviditet og fødsel. Oplysningerne anvendes i kommunen som opstart af børn-/ungejournalen, der ligger til grund for det videre forløb i den kommunale sundhedstjeneste, herunder sundhedsplejerskernes arbejde.

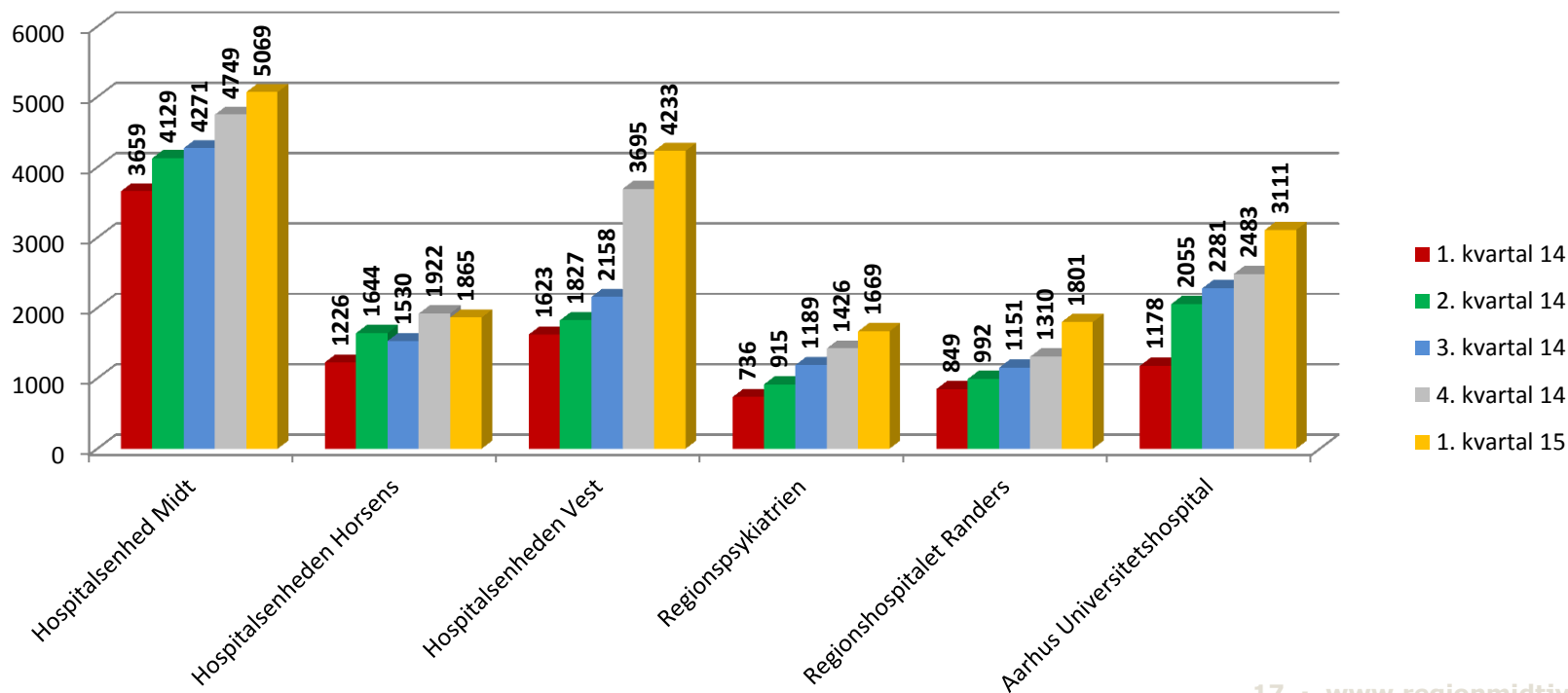




# Korrespondancebrev(DIS91)

Ud over det "formaliserede" kontaktbehov mellem eksempelvis sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner i form af "udskrivningsbreve", "røntgensvar", "henvisninger" og "indlæggelses- og udskrivningsadvis" eksisterer der et stort behov for sikker kommunikation af patienthenførbare informationer af mere "ad hoc" karakter i forbindelse med opfølgning eller spørgsmål vedrørende den enkelte patients behandling.

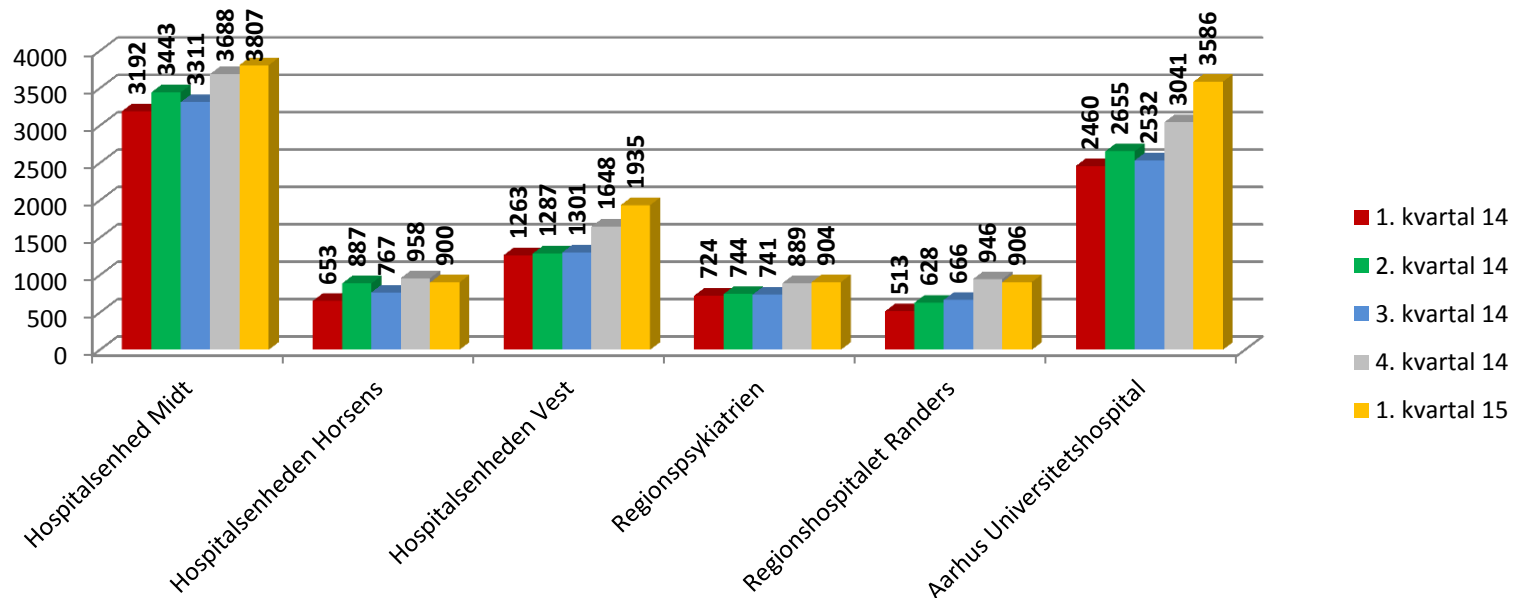
Korrespondancemeddelelsen har til formål at udnytte de eksisterende landsdækkende EDI / XML kommunikationsløsninger til sikker kommunikation af patienthenførbare, tekstbaserede forespørgsler og informationer mellem alle parter (sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner) i sundhedssektoren. Nedenstående figur viser udviklingen i antallet af korrespondancebreve, som hospitalerne har **afsendt** til en kommune eller en praktiserende læge/speciallægepraksis i regionen.



# Korrespondancebrev(DIS91)

Ud over det "formaliserede" kontaktbehov mellem eksempelvis sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner i form af "udskrivningsbreve", "røntgensvar", "henvisninger" og "indlæggelses- og udskrivningsadvis" eksisterer der et stort behov for sikker kommunikation af patienthenførbare informationer af mere "ad hoc" karakter i forbindelse med opfølgning eller spørgsmål vedrørende den enkelte patients behandling.

Korrespondancemeddelelsen har til formål at udnytte de eksisterende landsdækkende EDI / XML kommunikationsløsninger til sikker kommunikation af patienthenførbare, tekstbaserede forespørgsler og informationer mellem alle parter (sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner) i sundhedssektoren. Nedenstående figur viser udviklingen i antallet af korrespondancebreve, som hospitalerne har **modtaget** fra en kommune eller en praktiserende læge/speciallægepraksis i regionen.



# Korrespondancebrev(DIS91)

Ud over det "formaliserede" kontaktbehov mellem eksempelvis sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner i form af "udskrivningsbreve", "røntgensvar", "henvisninger" og "indlæggelses- og udskrivningsadvis" eksisterer der et stort behov for sikker kommunikation af patienthenførbare informationer af mere "ad hoc" karakter i forbindelse med opfølgning eller spørgsmål vedrørende den enkelte patients behandling.

Korrespondancemeddelelsen har til formål at udnytte de eksisterende landsdækkende EDI / XML kommunikationsløsninger til sikker kommunikation af patienthenførbare, tekstbaserede forespørgsler og informationer mellem alle parter (sygehuse, lægepraksis, apoteker og kommuner) i sundhedssektoren. Nedenstående figur viser udviklingen i antallet af korrespondancebreve, som hospitalerne har **modtaget** fra en kommune i regionen.

