



Notat vedr. input til MedCom10

MedCom har igangsat arbejdet med planlægning af MedCom10, da MedCom9-programmet udløber ved udgangen af 2015. MedCom10-programmet indeholder de opgaver, som MedCom skal varetage i perioden 2016-2017. I forbindelse med udarbejdelse af programmet har MedCom bedt om input fra regionerne; eksempelvis med input fra de regionale sundhedsaftaler.

Dette notat indeholder en ikke-prioriteret liste over input til arbejdsprogrammet. Input er indhentet fra Temagruppen for Behandling, Pleje, Træning og Rehabilitering og de regionale medlemmer af Teamgruppen for sundheds-it og digitale arbejdsgange.

Generelt

- Sundhedsvæsenet befinder sig i en transitionsperiode, hvor ambulante patientforløb erstatter hospitalsindlæggelser. Udviklingen gælder både somatikken og psykiatrien. Med udviklingen følger et stigende behov for rettidig og præcis kommunikation mellem sektorerne, som igen stiller krav til gode og fleksible løsninger, som kan understøtte klinikerne i at skabe gode og sammenhængende patientforløb. MedCom har en vigtig opgave i løbende at identificere og komme med løsninger på kommunikative barrierer mellem sektorerne, så it-understøttelsen ikke modarbejder det tværsektorielle samarbejde om patienten. Eksempler på behov er udveksling af patientdata eller lovpligtige behandlingsplaner i psykiatrien og på kræftområdet.
- Det skal defineres, hvordan MedCom kan indgå, så der kan udvikles en fælles funktionalitet, som sammenbinder praksissystemerne med nyudviklinger fx Horsens på forkant, START9, TOBS (og mange andre stand alone systemer). Der bør i den forbindelse aftales et "åbent vindue" med praksisleverandørerne, hvor de forpligter sig til at indgå i et antal nyudviklingsprojekter efter nærmere aftale med regioner og MedCom.

Dato 05.08.2015

Sagsbehandler Kristoffer Stegeager

Tel. +45 7841 2202

kristoffer.stegeager@stab.rm.dk

Sagsnr.: 1-01-72-21-14

Side 1

- Afviste regninger skaber konstant et dårligt samarbejdsklima mellem Region Midtjylland og praksis. Ifølge Praksisadministrationen skyldes mange af de afviste regninger lægernes praksissystemer. Regionerne har ikke i dag et forum, hvor de mødes med praksissystemerne og drøfter udfordringer og løsninger. MedCom driver Praksisleverandørforum og har til opgave at certificere praksisleverandørsystemerne, hvorfor MedCom også bør indgå i arbejdet med at kvalitetssikre afregningsdelen. Dette er ikke mindst relevant når det fælles regionale/kommunale afregningssystem (Praksys.dk) går i drift i 2016.

Hospital-praksis

a) Dynamisk henvisning

Der eksisterer fortsat et stort potentiale for at forbedre samspillet mellem almen praksis og hospitalerne omkring indlæggelse og udskrivelse. Den dynamiske henvisning medvirker til at sikre at alle nødvendige oplysninger er indeholdt i en henvisning. Der har tidligere været arbejdet på at udvikle en sådan standard, hvorfor det bør undersøges, hvorvidt der eksisterer tekniske udfordringer eller om der mangler aftaler med PLO om implementering?

Hospital-hjemmepleje

a) Kommunikation vedr. akut-ambulante kontakter

Etableringen af akutmodtagelserne baserer sig på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket akutstruktur fra 2007 og udgør dermed et centralt omdrejningspunkt i moderniseringen af det danske sygehusvæsen.

Et væsentligt mål med at etablere akutmodtagelser er at opnå bedre kvalitet i de akutte patientforløb og mere effektive patientforløb. Flere patienter skal færdigbehandles i akutmodtagelserne, og færre skal indlægges.

Principielt skal alle patienter, der modtager akut hospitalsbehandling siden 1. januar 2014 rapporteres til Lands Patient Registeret som akutambulante. Den akutambulante kontakt udgør en unik selvstændig hospitalskontakt, som afsluttes ved viderevisitering til andet afsnit, ved indlæggelse i normeret seng, eller når patienten går hjem fra afsnittet. Borgeren kan optræde som akutambulant i op til 72 timer, inden hospitalet skal træffe beslutning om en indlæggelse. Alle regioner har dog udfordringer med, hvordan man mest hensigtsmæssigt registrerer patienter i akutmodtagelserne. Ofte

vides det ikke på forhånd, om en patientkontakt er et ambulante besøg, der afsluttes inden for nogle timer. Eller om patienten indlægges. Dette medfører stor variation i registreringspraksis i akutmodtagelserne.

Det medfører samtidig en række udfordringer i forhold til samarbejdet mellem hospital og kommuner om de akutambulante patienter.

Den elektroniske kommunikation mellem hospitaler og kommuner ift. akutambulante kontakter modsvarer det, man kender fra ambulante kontakter. Det betyder, at der ikke sendes indlæggelses- eller udskrivningsadviser fra hospital til kommuner i forbindelse med borgerens kontakt med hospitalsvæsenet.

Set fra et kommunalt perspektiv så er det problematisk, at en borger kan opholde sig på hospitalet i op til 72 timer uden at kommunen ved, hvor borgeren befinder sig. Det kan både medføre et ressourcospild fx ved manglende afbestilling af mad. Og i yderste konsekvens, så er kommunerne forpligtiget til at igangsætte en eftersøgning, når borgeren har været væk i 48 timer.

Akut-afdelingerne på hhv. HE Vest og AUH har på den anden side fremført, at de ofte står og mangler informationer fx om borgerens funktionsevne/habituelle tilstand, som er indeholdt i den indlæggelsesrapport, der automatisk sendes fra kommune til hospital, når kommunen modtager et indlæggelsesadvis.

En løsning kunne være at udvikle en "akutambulant"-advis, der sendes fra MidtEPJ til borgerens hjemkommune, og som er sat op til at udløse en automatisk indlæggelsesrapport fra det kommunale elektroniske omsorgssystem. På denne måde vil kommunen have et overblik over, hvor borgeren befinder sig, og samtidig vil hospitalet få oplysninger om borgerens habituelle tilstand.

Det vil dog medføre en ny arbejdsopgave i kommunen, da der vil være behov for, at alle indkomne 'akutambulant'-adviser behandles og at der fx tages stilling til, om der skal sendes en manuel indlæggelsesrapport. Da registreringen akutambulant også anvendes til de tidligere skadestuekontakter, så vil kommunen modtage advis'er, som vedrører skader/sygdomsforhold af mindre karakter fx mindre sårskader. Disse vil sandsynligvis blive opfattet som irrelevante.

Der er samtidig behov for, at MedCom medtænkes tidligere i arbejdet med nye registreringsformer, da ændringer ofte har stor betydning for det tværsektorielle samarbejde i klinikken.

b) Udvikling af en fleksibel kommunikationsstandard mellem hospitaler og kommuner

Samarbejdet mellem region og kommuner udvikler sig løbende og med den seneste sundhedsaftale er fokus i højere grad på udvikling af et fælles sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Fokus er gået fra regler og instrukser til udvikling af nye og bedre patientforløb. Dermed er der opstået et behov for en kommunikationsstandard, som kan modelleres, så det er muligt at sende strukturerede data mellem hospital og kommune, som samtidig kan tilpasses de nye samarbejdsformer mellem hospitaler og kommuner om at sikre sammenhængende patientforløb.

FMK

- MedCom har været projektansvarlige for at udrulle FMK i kommunerne og i praksissektoren og ligger derfor inde med en række data på fx anvendelsesgraden i almen praksis og speciallægepraksis. Til at understøtte det videre implementeringsarbejde bør MedCom bistå med analyser af fx ajourføringsgraden af FMK i almen praksis ved elektive/akutte indlæggelser. Det skal ske i samarbejde regionerne, der har data på
- MedCom har fortsat en funktion med at indsamle erfaringer i forhold til korrekt anvendelse af FMK og sprede disse til regioner, kommuner og praksis.
- Ift. Det Danske Vaccinationsregister (som er integreret i FMK) – skal MedCom sikrer at data kan hentes fra praksis' journal, så der ikke skal finde en dobbelt registrering sted hvor digital signatur skal anvendes til ekstern registrering (selv DDV registreringen). Praksis vil sandsynligvis betragte den ekstra registrering som en ny opgave, hvilket vil medføre ekstra udgifter for regionerne.

Telemedicin

c) Telemedicinsk sårsvurdering

- Der bør indarbejdes et udviklingsprojekt, hvor almen praksis direkte via praksissystemerne kan tilgå pleje.net

d) Modning af telemedicinsk infrastruktur

- Videreudvikling af webpatient bør prioriteres højt og mere fokus på fælles implementering i tæt samarbejde med regionerne.
- Udvikling af videofunktionalitet til almen praksis til bredere formål fx akutpladser, satellitpraksis, teletolkning m.m. bør prioriteres højt. Implementeres i samarbejde med regionerne.

Tværasektorielle projektforslag

e) Elektronisk Vandrejournale

Fødeplanudvalget har gennemført en journalaudit på svangreomsorgen, der havde til formål at vurdere forhold vedrørende kvalitet og sammenhæng i sektorovergange hos førstegangsfødende kvinder. Audit involverede myndigheder og sundhedspersoner i kommunen, på hospitalet og i almen praksis.

En af anbefalingerne i rapporten er at indføre en elektronisk vandrejournale, som skal kunne tilgås af alle fagpersoner. Det anbefales at den gravide også kan tilgå den elektroniske vandrejournale, og at der i den forbindelse udvikles en app, så den gravide kan se og følge forløbet der. App'en bør give den gravide mulighed for at lave en udskrift af vandrejournalen, hvis de ønsker et minde.

Fødeplanudvalget har i behandlingen af den bemeldte journalaudit tilkendegivet: *"at det er væsentligt at løse kommunikationsproblemet mellem sektorerne, og at der udarbejdes fælles standarder for kommunikationen. Det skal tydeliggøres hvilke oplysninger, det er væsentligt at videregive. Derudover skal teknologien udvikles, så de relevante oplysninger automatisk hentes ind. En elektronisk vandrejournale er fortsat et meget stort ønske."*

f) Tværasektoriel webbaseret kommunikationsplatform (psykiatrien)

En webbaseret platform hvor flere forskellige instanser (patient, pårørende, sygehus, praksis, beskæftigelsesafdelingen i en kommune, misbrugskonsulent, kriminalforsorgen, etc.) kan kommunikere omkring diverse patientrelaterede planer (koordinerings-, udskrivnings-, handle-, behandlingsplaner). Tanken er, at man stadig skal dokumentere i eget EPJ-system, og at de relevante data bliver fremvist på en fælles platform.

Platformen kan også tænkes anvendt ved behandling i eget hjem fx IV-behandling. Eller til udveksling af de nye individuelle opfølgingsplaner for kræftpatienter, som skal udveksles på tværs af hospitaler, almen praksis og kommuner.

Ønsker til udvikling i MidtEPJ

g) Fremsendelse af fodstatusrapport fra praktiserende fodterapeuter til hospitalerne

I seneste overenskomst mellem Danske Fodterapeuter og Danske Regioner er aftalt etablering af en national fodstatusdatabase, hvor resultaterne af årlig fodstatus på diabetespatienter opbevares med henblik på, at fodterapeuter kan hente seneste fodstatus, når

patienterne skifter fodterapeut. Fodstatusdatabasen er etableret og i drift.

I den årlige fodstatus er der en række aftalte målinger og undersøgelsesresultater, som hidtil kun har været overført fra fodterapeuten til patientens praktiserende læge, men ikke videregivet til evt. ny fodterapeut. Overførslen sker med en specifik MedCom-standard og har været i drift i en række år. Standarden er den samme, som anvendes til laboratoriesvar, men er udarbejdet som en speciel Fodstatus-profil R0130K.

Årlig fodstatus bestilles af praktiserende læger eller sygehusafdelinger på diabetespatienter, hvor svarene sendes til rekvirenten. For sygehusafdelingerne udarbejdes henvisningen på REFHOST, da ingen sygehussystemer har udviklet henvisning til fodterapi. Udfordringen her er, at ingen sygehuse kan modtage elektroniske svar på årlig fodstatus i den anvendte standard, men må modtage disse på papir. AUH har fremsendt ønske om, at det bliver muligt at modtage den årlige fodstatusrapport elektronisk.

h) Integration med LÆ-blanket serveren

LÆ101/105, som er den primært anvendte blanket ved henvendelser fra kommune til hospital, findes dog ikke som MedCom-standard. Der blev rekvireret ca. 72.000 LÆ-blanketter fra hospitalerne i 2012, LÆ101/105 udgjorde 2/3 af disse henvendelser, så helt præcis denne blanket vil det være givtigt at få integreret i MidtEPJ via MedComs blanket server.

i) Vedhæftning af filer