



Dato: 1. oktober 2012

**Titel** Epikriser, regional retningslinje

**Forfatter** Thomas Koldkur Bitsch, Vibeke Kjær-Jensen, Jens M. Rubak

**Faglig godkender** Jens M. Rubak

**Kvalitetsansvarlig** Vibeke Kjær-Jensen

**Ledelsesansvarlig** Hans Peder Graversen

**Resumé** Angivelse af, hvorledes MedCom standarden epikrise benyttes fra patientjournalen.

**Standard og indikator** 1.17.2

**AGREE vurderet** nej

**Nøgleord** Epikriser, MedCom, Elektroniske kommunikation, Patientjournal, Udveksling af Patientdata

**Informationstype** Retningslinje

\*\*\*\*\*

### **Formål**

Formålet med retningslinjen er at sikre, at alle lægefagligt relevante oplysninger videregives til de relevante sundhedspersoner med henblik på at sikre patientens videre behandlingsforløb.

### **Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe**

- Alle patienter, der udskrives fra et hospital eller har haft et ambulante forløb i Region Midtjylland.
- Alle ledere og medarbejdere, der udfærdiger og afsender epikriser fra et hospital i Region Midtjylland

### **Definition af begreber**

*Udskrivningsepikrise:*

Et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb.

*Ambulant epikrise:*

En ambulante behandling på et hospital kan bestå af et eller flere ambulante besøg. Ved et ambulante forløb forstås en række ambulante besøg omhandlende den samme sygdom/henvisningsårsag.

## **Fremgangsmåde**

Afdelingen skal sikre, at alment praktiserende læger eller speciallæge modtager relevante oplysninger om patienten ved udskrivelsen eller under/efter et ambulante forløb.

*Udskrivningsepikrisen* omfatter, hvor det er relevant følgende oplysninger;

### *Standardoplysninger*

- Navn på sygehus, udskrivende afdeling og udskrivende læge.
- Navn på modtagende praktiserende læge - evt. henvisende vagtlæge.
- Patientens CPR-nr., navn, adresse samt data for indlæggelse/udskrivning.

*Resume af forløbet.* Et praksisrelevant resumé af forløbet, herunder årsag til indlæggelsen eller ambulante forløb, diagnoser, behandling, udførte undersøgelser, operationer, evt. prognose, oplysninger om eventuel blodtransfusion samt overvejelser om den givne behandling, eller begrundelse for evt. ændring i bestående behandling.

*Behandlingsplan.* Efterbehandling og efterkontrol, hos hvem, tidspunkter for ambulante undersøgelser/kontrol eller tilrådet kontrol hos egen læge.  
Evt. socialmedicinske tiltag, sygemelding, genoptræningsplan, ernæringsplan, kontakt til hjemmepleje eller socialforvaltning, samt mulige anbefalinger vedr. forebyggelse og sundhedsfremme.

*Information til patienten eller pårørende.* Hvad der er sagt til patienten og eventuelle pårørende om indlæggelsesforløb og evt. fremtidig sygdomsforløb og kontrol.

*Medicin.* Lægemedlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed samt evt. administrationsvej. Behandlingens varighed, begrundelse for ændringen i medicinen herunder evt. seponering af medicin. Endvidere om der er registreret CAVE på en patient samt kritisk medicin.

*Vigtige parakliniske undersøgelsesresultater.* Billeddiagnostik/Laboratoriesvar/Patologisvar.

*Ikke afsluttede undersøgelser.* Manglende undersøgelsesresultater ved udskrivelsen, som væsentlig ændrer præmisser i epikriseindholdet eftersendes med dertil hørende diagnose-, kontrol- og behandlingsforslag.

OBS: Der kan ikke i epikrisen ordineres sygebesøg ved egen læge efter X dage, eller blodprøver ved egen læge, osv. Ved sådanne ønsker må afdelingen sikre sig, at patienten selv er i stand til at kontakte egen læge mhp. opfølgning. Alternativt må afdelingen kontakte egen læge inden udskrivelse af patienten.

### *Ambulantepikrise*

Generelt vil almen praksis være interesseret i følgende typer af ambulante epikrise

- Alle væsentlige undersøgelses- og behandlingsresultater
- Meddelelse om visitering til andre afdelinger i det ambulante forløb
- Meddelelse ved afslutning angående behandling, plan, evt. kontrol

*I et ambulatorieforløb vil der være tale om 3 typer af ambulante epikrise:*

- *Første ambulante besøg*  
*Ambulante epikrise* til almen praksis bør indeholde resultat af undersøgelse samt plan for det ambulante forløb - men ikke en kopi af hele den ambulante journal.
- *Efterfølgende ambulante kontroller*  
*Ambulante epikrise* med afgørende betydning for behandlingen, evt. ændring, samt væsentlige undersøgelsesresultater. Især ved lange ambulante forløb, da overvej status af hensyn til patientkontakter til egen læge.
- *Afslutning*  
*Ambulante epikriser* bør indeholde konklusion af det ambulante forløb samt plan for behandling/forslag om evt. samarbejde/ansvarsfordeling.

Eftersom epikrisen bliver skrevet af hospitalet, mens oplysningerne i den skal anvendes i primærsektoren, anbefales det at kvalitetsovervågningen af epikriserne foregår i et samarbejde mellem hospitalet og praksiskonsulenterne

### Afsendelse af epikriser

#### *Indlagte patienter*

Epikrisen sendes efter gældende servicemål for udskrivningsbrev/ lægebrev senest 2 hverdage efter udskrivning til patientens praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten. Dette servicemål er kun gældende for somatikken.

Målsætning for målopfyldelse er 95%

### **Dokumentation**

Det er de enkelte afdelingers ansvar at de jf. 1.3.2 Patientjournal.

Gældende servicemål for området er gældende for somatikken og fremgår af InfoRM. Psykiatrien har ikke servicemål indenfor afsendelse af udskrivningsbrev/lægebrev.

### **Ansvar**

Afdelingsledelserne har ansvaret for efterlevelsen af retningslinjen.

### **Referencer**

1. Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, Akkrediteringsstandarder for sygehus. [2. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for sygehuse](#), standard nr. 2.14.1, 2.15.1, 2.15.2, 2.16.2 og 2.17.2
2. [Kvalitetsstrategien](#) samt delmål for Region Midtjylland, 2008.
3. Sundhedsstyrelsen (2007) [Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehus](#)
4. Medcom (2001) [Den gode epikrise](#)
5. Retningslinje for korrespondancebreve ([link](#))
6. Servicemål for [Udskrivningsbrev/lægebrev](#) i Region Midtjylland, marts 2012
7. [Sundhedsaftalerne](#)
8. [Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, kap. 9 - Sundhedsloven](#) med eventuelle senere ændringer

9. [Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007](#) om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.
10. [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser](#). Sundhedsstyrelsen. 2005
11. [Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006](#) om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler.
12. [Bekendtgørelse nr. 1289 af 15. november 2007](#) om ændring af bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.).
13. [Lov nr. 429 af 31. maj 2000](#) om behandling af personoplysninger med eventuelle senere ændringer.
14. [Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000](#) om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning med eventuelle senere ændringer.
15. [Vejledning nr. 37 af 2. april 2001 til bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000](#) om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.
16. [1.3.2 Patientjournal, regional retningslinje](#)