



Dato: 16. oktober 2012

Titel Korrespondancebrev, regional retningslinje

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

Faglig godkender Jens M. Rubak

Kvalitetsansvarlig Thomas Koldkur Bitsch

Ledelsesansvarlig Hans Peder Graversen

Resumé Angivelse af, hvorledes MedCom standarden Korrespondancebrev benyttes fra patientjournalen.

Standard og indikator

AGREE vurderet nej

Nøgleord MedCom, Korrespondancebrev, Elektroniske kommunikation, Patientjournal, Udveksling af Patientdata

Informationstype Retningslinje

Korrespondancebrev

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre at:

- At alle hospitaler udnytter de muligheder for elektronisk kommunikation der eksisterer vedr. patientkommunikation mellem alle parter i sundhedssektoren
- At lette samarbejdet mellem hospital og praktiserende læger eller hospital og kommune om patienter. Korrespondancebreve kan anvendes uafhængigt af telefontider, åbningstider m.m. og kan kommunikeres, når det passer ind i arbejdstilrettelæggelsen for afsender og modtager.

Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

- Alle patienter, der behandles på et hospital i Region Midtjylland.
- Alle ledere og medarbejdere, der udfærdiger og afsender korrespondancebrev fra et hospital i Region Midtjylland

Definition af begreber

Korrespondancebrev:

Korrespondancebreve har til formål at udnytte den eksisterende mulighed for sikker elektronisk kommunikation af patienthenførbare, tekstbaserede forespørgsler og informationer mellem alle parter (hospitaller, lægepraksis og kommuner) i sundhedssektoren.

Korrespondancebreve er et supplement til henvisninger, epikriser, indlæggelses- og udskrivningsadvis.

Fremgangsmåde

Indledningsvis:

I dag foregår der elektronisk kommunikation mellem hospitaler, lægepraksis og kommuner via MedCom standarderne "udskrivningsbreve", "røntgensvar", "henvisninger" og "indlæggelses- og udskrivningsadvis". Derudover eksisterer der et stort behov for sikker elektronisk kommunikation af patienthenførbare informationer af mere ad hoc karakter. Dette er særligt i forbindelse med opfølgning eller spørgsmål vedrørende den enkelte patients behandling. Dersom henvisningen mangler oplysninger til visitation, kan henvisende læge forespørges via korrespondancebrev. Tilsvarende henvender patienter, der er i behandlingsforløb på en hospitalsafdeling, sig ofte til egen læge, der i den forbindelse kontakter hospitalsafdelingen mange gange pr. brev eller telefonisk.

Det er vigtigt at holde korrespondancebreve adskilt fra henvisninger, udskrivningsepikrise og ambulante epikriser. Disse MedCom standarder indeholder flere strukturerede data som f.eks. diagnoseoplysninger og datoer som bruges til at kategorisere oplysningerne. Et korrespondancebrev er principielt blot et stykke tekst med et CPR-nummer, og skal bruges til simple meddelelser med evt. spørgsmål og svar.

Korrespondancebrev **kan IKKE** anvendes til følgende notater, der fortsat skal komme som epikrise:

- Engangsbesøg
- Det første ambulante besøg
- Væsentlige ændringer i diagnostiske overvejelser, ordinationer eller socialmedicinske tiltag undervejs i et ambulante forløb
- Fremsendelse af svar på prøver/undersøgelser om patient i ambulante forløb
- Ved langvarige ambulante forløb, som status med passende mellemrum
- Telefonkonsultationer som erstatter et besøg sidestilles med et besøg og der sendes en epikrise
- Afslutning af ambulante forløb
- Afslutning af en indlæggelse

Korrespondancebrev **kan** anvendes til følgende:

- Fremsendelse af information omkring telefonsamtale til henholdsvis hospital eller egen læge, men er der tale om ændring af behandling, undersøgelse eller ordinationer, da skal det fremsendes som en epikrise
- Besvarelse af forespørgsler vedr. patienten til eller fra praktiserende læge
- Besvarelse af forespørgsel vedr. en af f.eks. vagtlægen indlagt patient
- Ønske om supplerende oplysninger til fremsendt henvisning eller epikrise

- Fremsendelse af information om, at en fremsendt henvisning er vurderet til udredning via anden afdeling, og er viderevisiteret til XX afdeling. Herved har egen læge mulighed for at forholde sig dette og patientforløbet forsinkes ikke.

Elektronisk kommunikation **kan ikke** benyttes i akutte eller livstruende situationer, hvor henvendelse altid sker telefonisk. Der skal i den enkelte afdeling udarbejdes arbejdsgange for håndtering af indkommende korrespondancebreve herunder også tidsfrister for håndtering og svar på modtagne korrespondancebreve.

Følgende tidsfrister gælder for svar fra praktiserende læge på modtagne korrespondancebreve:

- Korrespondancebreve læses som hovedregel løbende på hverdage indenfor almindelig arbejdstid og videreformidles til dem, der skal handle på dem.
- Svartiden kan sædvanligvis være maksimalt 3 dage, men det tilstræbes, at der handles hurtigere.

Dokumentation

Kvalitetssikring af samarbejdet om elektronisk kommunikation

Status og muligheder for forbedringer tages op løbende med repræsentanter fra hospital, kommune og praktiserende læger.

Ansvar

Afdelingsledelserne har ansvaret for efterlevelsen af retningslinjen.

Referencer

1. Medcom (2006) [Den gode korrespondance](#)
2. Regionspraksiskoordinator har i samarbejde med PLO-Region Midtjylland udarbejdet vejledning og retningslinjer for anvendelse af MedCom standarden korrespondancebrev
3. Retningslinjer for epikrise (Link)