
	Tværregionale dokumenter Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: 
	Epikrise og ambulantlynotat				
Dokumentbrugere: OUH , SVS, SLB, SHS Læseadgang: Alle	Forfatter: Peter Sigerseth Grøn	Dokumentansvarlig: SYL	DokumentID / Dokumentnr. 59831 /	Version: 1.6	Retningslinje Godkendt af: Kurt Æbelø 22.02.2016

- 1) **Formål**
 - 1.1) **Anvendelsesområde**
- 2) **Fremgangsmåde**
 - 2.1) **Baggrund**
 - 2.2) **Definitioner**
 - 2.3) **Fremgangsmåde**
 - 2.3.1) **Udarbejdelse af epikrise**
 - 2.3.2) **Udarbejdelse af ambulantlynotat**
- 3) **Dokumentation**
 - 3.1) **Monitoreringsmetode og -frekvens**
 - 3.2) **Monitoreringskrav**
 - 3.3) **Offentliggørelse af resultater**
 - 3.4) **Journalauditspørgsmål**
 - 3.5) **Data ind**
 - 3.6) **Data ud**
 - 3.7) **Udarbejdet af**
- 4) **Referencer og litteratur**

1) Formål

At sikre:

- At overgangen til alment praktiserende læge eller speciallæge er koordineret
- At alment praktiserende læge eller speciallæge rettidigt har relevante oplysninger om patientens indlæggelse og/eller ambulante forløb på sygehuset
- At epikrise sendes til egen læge og henvisende praktiserende speciallæge senest tre hverdage efter udskrivelse

1.1) Anvendelsesområde

Alle afdelinger, der udskriver patienter efter indlæggelse og afslutter patientforløb i ambulatorier.

2) Fremgangsmåde

2.1) Baggrund

Ikke relevant

2.2) Definitioner

Indlæggelse:

En patients ophold på sygehus, hvor patienten er indskrevet efter gældende administrative retningslinjer på et sengeafsnit eller patienthotel og optager en sengeplads.

Epikrise:

Et kort sammendrag af lægefaglige oplysninger om en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling udarbejdet kort efter udskrivelse med det formål at sikre patientens videre behandlingsforløb gennem videregivelse af relevante informationer. Denne påføres relevante diagnose- og behandlingskoder.

Ambulantlynotat til henvisende læge:

En fyldestgørende orientering til henvisende læge ved afslutning af ambulante forløb samt undervejs i ambulante forløb. Kan være en del af patientjournalen eller en egentlig epikrise.

2.3) Fremgangsmåde

2.3.1) Udarbejdelse af epikrise

Lægerne har ansvar for, at epikrisen udarbejdes. Dette gøres i relation til udskrivningstidspunktet.

Epikrisen omfatter, hvor dette er relevant, oplysninger om

- Resumé af undersøgelses- og behandlingsforløb (resultatet af indlæggelsen præsenteres først i resuméet)
- Ikke afsluttede undersøgelser
- Plan for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, inkl. ernæring
- Plan for opfølgning, f.eks. rehabiliterings- eller genoptræningsplaner
- Aktuel medicin status
- Dosisdispensering
- Sygemelding
- Information om behandling med blod (af hensyn til sent optrædende komplikationer fx hæmolyse eller hepatitis)
- Diagnose og procedure
- Information givet til patienten

For nærmere beskrivelse af epikrisens indhold henvises til sundhed.dk

Epikrisen skal fremgå af patientjournalen med oplysning om, hvem der har udfærdiget denne og hvornår, hvem den er sendt til og hvornår. Epikrisen må ikke indeholde afdelingspecifikke forkortelser.

Epikrisen sendes til den praktiserende læge og henvisende praktiserende speciallæge **senest tre hverdage** efter udskrivelsen fra sygehuset, også selvom ikke alle undersøgelsesresultater foreligger.

Hvis epikrisen udsendes, inden alle undersøgelsesresultater foreligger, eller hvis disse resultater væsentligt ændrer informationerne i den fremsendte epikrise, skal disse undersøgelsesresultater eftersendes med tydelig markering af, at det drejer sig om supplerende informationer eller korrektion af tidligere udsendt epikrise. Den læge, der modtager orientering om supplerende undersøgelser, er ansvarlig for at sikre, at undersøgelsesresultaterne udsendes med eventuelle korrektioner til de(n) læge(r), der har modtaget den primære epikrise.

Der kan ikke udsendes epikriser, der alene indeholder information om, at en patient er udskrevet.

Epikrisen kan uden patientens samtykke sendes fra en sygehusansat læge til patientens praktiserende læge eller den henvisende speciallæge. Epikrisen kan efter en konkret vurdering sendes til andre relevante læger, der skal varetage konkret behandling. Patienter kan frabede sig, at der sendes en epikrise vedr. indlæggelsesforløbet. Såfremt patienten ikke ønsker, at der sendes en epikrise, orienteres egen læge/henvisende speciallæge herom (standardbrev for de afdelinger, der anvender den elektroniske patientjournal COSMIC), ligesom patienten orienteres om konsekvenserne heraf (standardbrev for de afdelinger, der anvender den elektroniske patientjournal COSMIC).

Alle indlagte patienter orienteres om fremsendelse af epikrise samt muligheden for at modsætte sig dette. Se desuden retningslinjen [Vidergivelse og indhentning af helbredsoplysninger i sygehusvæsenet](#).

Ved udfærdigelse af epikrisen og kommunikation med praktiserende læge/henvisende læge anvendes de skabeloner og definitioner, der er i den elektroniske patientjournal.

Hvis en patient ikke har en praktiserende læge, bør epikrisen udleveres eller sendes til patienten senest tre hverdage efter udskrivelsen. Dette er særligt vigtigt, hvis patienten skal kontakte en læge efter udskrivelse.

Ved kortvarig kontakt med sygehusvæsenet samt præhospital lægelig undersøgelse / behandling bør der endvidere sendes en kort orientering (hvis der ikke er behov for yderligere opfølgning) til patientens egen læge om kontakten.

2.3.2) Udarbejdelse af ambulante notater

Ved korte ambulante forløb eller enkelte kontakter, bør der sendes epikrise eller kopi af ambulante notater. For afdelinger med COSMIC EPJ kan skabelonen "ambulant afslutningsnotat" anvendes.

Ved længerevarende ambulante forløb bør der undervejs i forløbet sendes et orienterende notat til patientens egen læge eller til den praktiserende speciallæge, som har henvist patienten. Hvor ofte der bør sendes en information i et sådant forløb, afhænger af en konkret lægelig vurdering.

3) Dokumentation

Epikrisens ordlyd og afsendelsestidspunkt fremgår af den elektroniske patientjournal

3.1) Monitoreringsmetode og -frekvens

Tidspunkt for afsendelse af epikriser monitoreres kontinuerligt i det patientadministrative system (PAS).

Journalaudit på kvalitet af epikrisens indhold monitoreres én gang årligt (november) i et samarbejde mellem afdelingens kvalitetsgruppe og en praksiskonsulent.

3.2) Monitoreringskrav

Monitoreringskravet om, at epikriser skal være udsendt indenfor 3 hverdage er fastlagt nationalt. Tærskelværdien er fastlagt regionalt i Kvalitetsmål 12 "Udsendelse af lægebrev": min. 90 %

I henhold til det regionale Kvalitetsmål 13 "Kvaliteten af indholdet af lægebrev til egen læge" skal indholdet af lægebrev som minimum leve op til standarder beskrevet i projekt Den Gode Medicinske Afdeling. Der er ikke fastlagt tærskelværdier.

Alle kliniske afdelinger med indlagte patienter indgår i monitoreringen.

3.3) Offentliggørelse af resultater

Delay for udsendelse af epikriser offentliggøres i SydLis.

Rapporter på kvaliteten af epikriser udarbejdes af Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet i Region Syddanmark og fremsendes til alle kliniske afdelinger. Resultater offentliggøres ikke, men opbevares i afdelingen.

3.4) Journalauditspørgsmål

Indeholder epikrisen

- Henvisningsdiagnose / årsag til henvisning?
- Fund og diagnoser?
- Resumé af undersøgelser og behandling?
- Fremgår evt. behov for opfølgning?
- Medicinstatus?

Hvordan er den samlede vurdering af epikrisens kvalitet?

3.5) Data ind

For afdelinger med COSMIC EPJ anvendes notatskabelonen "Epikrise".

3.6) Data ud

For afdelinger med COSMIC EPJ vælges visningen 'Lægelige notater: denne enhed' og filtrer på

3.7) Udarbejdet af

Ledende overlæge Lars Matzen, Afdeling G, OUH Odense Universitetshospital

Oversygeplejerske, Marianne Lundegaard, Afdeling O, OUH Odense Universitetshospital

Akkrediteringsleder Peter Sigereth Grøn, Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV, OUH Odense Universitetshospital

Chefjurist Charlotte Lykke Palmus, Direktionssekretariatet, OUH Odense Universitetshospital

EPJ-konsulent Marianne Møller, Afdelingen for Driftsoptimering og IT, OUH Odense Universitetshospital

Sundhedsfaglig konsulent Jette Kraght Larsen, Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV, OUH Odense Universitetshospital

4) Referencer og litteratur

- [Sundhedsloven - Lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14/11/2014](#)
- [Bekendtgørelse nr. 3 af 2.1.2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#)
- [Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.](#)
- [Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehus.](#)
- [Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2.version. Maj 2012, Standard 2.17.2.](#)
- [Region Syddanmark. Kvalitetsmål på sygehusområdet i Region Syddanmark](#)
- [Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. Sundhedsstyrelsen. 2007](#)
- [Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser.](#)
- [Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med eventuelle senere ændringer](#)
- [Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning](#)
- [Blodtransfusion - vejledning nr. 9038 af 15/01/2015](#)