



Mødereferat

Mødetitel 9. møde i den kliniske brugergruppe for forløbsplaner

Mødedato 8. marts 2022

Tidspunkt 15-18

Sted MedCom – Mødelokale C
Forskerparken 10
5230 Odense M

Deltagere Speciallæge i almen medicin Henrik Rasmussen
Lægehus Nord, Kolding

Speciallæge i almen medicin Ane Jørgensen
Lægehuset i Ullerslev, Ullerslev

Speciallæge i almen medicin, professor Jens Søndergaard,
SDU, Odense (VIDEO)

Speciallæge i almen medicin, praksiskonsulent og RKKP-konsulent,
Thomas Gregersen,
Lægerne Aabos Plads, Aalborg (VIDEO)

Sygeplejerske Astrid Mosegaard
Lægehus Nord, Kolding

Sygeplejerske Edi Pio
Lægerne Amgerbrogade 172, København S (VIDEO)

Daniel Rotenberg
DSAM-repræsentant

Trine Cecilie Jeppesen,
PLO-repræsentant (VIDEO)

Dataspecialist, afd.læge, ph.d. Maja Paulsen
KiAP, Odense (VIDEO)

Projektleder Rikke Viggers
MedCom, Odense

Konsulent Heidi Skram
MedCom, Odense

Konsulent Mie Borch Dahl Kristensen
MedCom, Odense

Afbud:

MedCom
Forskerparken 10
5230 Odense M
Tlf: +45 6543 2030
E-mail: mbk@medcom.dk
www.medcom.dk
17. marts 2022

Dagsorden:

1. Velkomst
2. Meddelelser og sidste nyt
3. Revidering af FLP patientlister
4. Sidste nyt i forløbsplaner
5. Fælles drøftelse af udviklingsønsker
6. Diabetes Assist og samtænkning med Et Samlet Patientoverblik
7. Eventuelt, herunder næste møde

Referat:

1 Velkomst v. Henrik Prinds Rasmussen

Kort præsentationsrunde. Velkommen til Edi, som erstatter Janne.

2 Meddelelser og sidste nyt v. Rikke Viggers

a. Nye OK22-KPI'er

I OK22-aftalen stilles der krav om, at hver klinik/ydernummer skal lave minimum 5 nye planer hvert år. En plan defineres som en ny plan, når den er lavet på en patient, som ikke tidligere har fået lavet en plan af samme type. Udover oprettelsen af de 5 nye planer om året, er det også et krav, at lægerne vedligeholder eksisterende planer. Det har været ønsket, at man som læge kan følge med i, hvordan man ligger ift. målopfyldelsen. Derfor er der lavet et forslag til en visning af dette nederst på patientoverblikssiden (se slide 5 i PP). Da alle klinikker automatisk tilmeldes forløbsplaner, vil alle klinikker have umiddelbar adgang til denne side. Man kan ved fremsøgning få vist de forløbne år, og der er ligeledes ønske om, at man kan vælge 12 måneder tilbage fra dags dato. Der vil i øvrigt blive tilføjet deklarering af, at der er tale om nye planer, og hvordan det er defineret. I visningen fremgår der desuden, hvor mange forløbsplaner, man kunne lave, hvis man lavede forløbsplaner til alle patienter med den pågældende diagnose. Der var på mødet ingen yderligere kommentarer til visningen, og visningen kan således sendes til teknisk udvikling.

Et andet ønske har været, at man i højere grad kunne følge med i hvor mange forløbsplaner der er lavet med/uden patientens ønske om adgang, samt hvor mange forløbsplaner, klinikken har printet (se slide 6 i PP). Bemærk, at opgørelsen i sliden er klyngeopdelt, men at der vil blive tale om opgørelser pr. klinik. Opgørelsen vil være tilgængelig for MedCom og bruges til den samlede monitorering.

Rikke viser et udpluk af de nyeste statistikker (se slide 7-10 i PP). I statistikkerne følger vi bl.a. hvor mange klinikker, der lever op til de nye OK22-krav, hvor mange forløbsplaner, der laves, og hvor mange patienter, der har adgang til en digital forløbsplan og logger ind. De nyeste statistikker udsendes til gruppen efter mødet.

Kommentarer/drøftelser:

- Henrik bemærker, at han ofte oplever at få spørgsmål omkring anvendelse, som i praksis er meget forskellig. Det giver således rigtig god mening at kunne få mere indsigt i anvendelsen.
- Daniel bemærker, at det kunne være interessant at se, hvor mange patienter, der tilgår deres elektroniske forløbsplan (det kan vi allerede i dag), og hvor lang tid de anvender derinde.

- Daniel bemærker, at der er en risiko for, at de patienter, der har brug for planen, er dem, der ikke søger den, mens de patienter, der ikke har brug for den, søger den. Henrik er enig i, at det formentlig er de mest ressourcestærke, der tilgår de digitale forløbsplaner, selvom initiativet handler om at tage hånd om de mest sårbare. En antagelse er dog, at mindre tid anvendt på de ressourcestærke, frigiver ressourcer til at tage ekstra hånd om mest sårbare. Hertil bemærker Daniel, at en antagelse også kan være, at adgangen til en elektronisk forløbsplan, medfører et øget tidsforbrug blandt de ressourcestærke, idet adgangen giver anledning til mere dialog/flere spørgsmål. Henrik bemærker, at redskabet gør det muligt for sygeplejersker i højere grad at varetage nogle af rutinekontrollerne, så lægen kan fokusere på de mest sårbare.
- Der bliver på baggrund af statistikkerne spurgt ind til, hvad man gør for at motivere læger og patienter. Hertil svarer Rikke, at der er udarbejdet en del informationsmateriale, som er tilgængeligt på [KiAPs hjemmeside](#). Derudover er der forskellige undervisningsseancer (lægedage, store praksisdage, kurser mv.). KiAP underviser både på nationalt og regionalt niveau, og KAP-/DKO-enhederne har desuden fået tildelt midler til at lave opsøgende udbredelsesaktiviteter for. Det betyder, at man som klinik kan kontakte sin KAP/DKO-enhed og anmode om praksisbesøg. Nogle datakonsulenter laver også opsøgende arbejde, mens andre datakonsulenter foretrækker, at lægerne selv kontakter dem. Astrid bemærker, at hun også underviser/vejleder i brugen af forløbsplaner, og at det er forskelligt, om de enkelte praksisser selv opsøger uddannelse. Astrid bemærker ligeledes, at det fungerer rigtig godt at tage ud i den enkelte praksis og tænke redskabet ind i deres almindelige arbejdsgang. Der vil også, fra projektets side blive opsøgende arbejde målrettet de klinikker, som ikke lever op til OK22-kravene. Daniel har indtryk af, at nogle klinikkers manglende ibrugtagning ikke skyldes skarp modvilje men vanskeligheder ved at se formålet. Daniel tilbyder sin hjælp, hvis man i projektet oplever deciderede modstandere. Edi erfarer at nogle sygeplejersker oplever manglende instruktion i anvendelse af forløbsplaner, og at det kan være vanskeligt at nå til en almindelig årskontrol. Daniel bemærker, at et sådant redskab udvikler sig i samspil med brugerne, og at det af samme årsag er vigtigt at udbrede kendskabet. Trine bemærker, at hun mener, at man har prioriteret projektaktiviteter rigtig – særligt, at man har haft fokus på datakvalitet og sikring af opdaterede patientlister. Det er vigtigt, at lægen oplever at få adgang til nogle redskaber, som kan øge kvaliteten, og her er patientlisterne vigtige. Next step må være at arbejde med visningen til patienten, som skal være pædagogisk god. Daniel bakker op om, at mange af de ting, som vi gerne vil have patienterne til, kommer med tiden – efterhånden som lægerne bliver mere fortrolige med redskabet og derfor bedre til at "sælge det" til patienterne.
- Daniel spørger ind til, om man kan se antallet af patienter, som aldrig har været logget ind. MedCom har adgang til data for antallet af patienter, der har fået oprettet en digital forløbsplan (som også er tilgængelig for patienten), samt antallet af unikke patientlogins, men MedCom har kun adgang til data på klinik/ydernummer-niveau og ikke cpr.nr.-niveau.

b. Udbredelsesaktiviteter

Rikke fortæller, at der er kommet nyt informationsmateriale på [KiAPs hjemmeside](#). Der er tale om nogle how-to-videoer, som har fået meget ros.

Derudover har der været afholdt webinar for datakonsulenter om nyt i forløbsplanerne. Det er vigtigt, at datakonsulenterne hele tiden er up to date.

I slutningen af denne uge afholdes der – i samarbejde med diagnosekortprojektet – et seminar for datakonsulenterne. Der vil være oplæg om datakvalitet og arbejdet med diagnosekortet, og det skal ende ud i en drejebog for datakonsulenternes praksisbesøg. Der er meget forskel på klinikkens anvendelse af forløbsplaner og deres behov, men datakonsulenterne har brug for nogle værktøjer/en drejebog.

Derudover kommer der noget info i PLO'orientering, og der laves en ny pixi-vejledning, som sendes ud til alle (måske kun nye) brugere med infobrev med afsæt i OK22.

Der er færdiggjort ny databehandleraftale, som gør det muligt at arbejde med automatiserede klyngevisninger på forløbsplandata. Klyngevisninger gør det muligt for en lægepraksis at sammenligne sig selv med sin klynge inden for udvalgte parametre.

Kommentarer/drøftelser:

- Edi bemærker, at hun er blevet kontaktet af et medicinalfirma, som gerne vil undervise klinikken i brugen af forløbsplaner. Rikke og Henrik bemærker, at projektet ikke samarbejder med medicinalfirmaerne, og anbefalingen er, at man anvender de regionale datakonsulenter, som har til opgave at hjælpe og understøtte it-aktiviteter.
- Trine spørger ind til, om man er i dialog med LPS'erne omkring krav til opsætning, som gør det muligt at få data til at ligge på korrekt måde. Fx ved udarbejdelse af standardpakker, som spiller sammen med de tre forløbsplaner, så hver praksis ikke skal lave en IUPAC-kode, som dur. Maja fortæller, at hun – ifm. test og også ved praksisbesøg - spørger ind til, om de kan lave pakkerne. Det vil de fleste systemer gerne, men ikke alle gør det, og det er en anbefaling men ikke en skal-ting.

c. Status på forløbsplaner i Min Læge-app

Projektet har oplevet mange benspænd ift. visning af forløbsplaner i Min Læge-app pga. mangel på ressourcer hos PLSP og KiAP. 1. release forventes midt april 2022 for diabetes. Der nedsættes et brugerpanel, som skal evaluere visningen og løbende bidrage til udviklingen. Sideløbende med dette kigges der på arkitekturen bagved aht. en vision om at udvikle mere intuitive og relevante app-visninger til patienterne, som ikke er forløbsplansvisninger men forløbsvisninger.

d. Status på synkronisering af vaccinationsoplysninger

Synkronisering af vaccinationsoplysninger er lagt ind i roadmap for udvikling i 2022. Synkronisering vil ske fra lægesystemerne efter samme model som medicinvisninger i dag, og vedrøre de vaccinationer, der er relevante for forløbsplanerne. Forventes at blive releaset i november 2022 (høj prioritet).

Kommentarer/drøftelser:

- Trine bemærker, at releasetidspunktet er for sent, da man vaccinerer i oktober. Hertil bemærker Rikke, at populationsoverblikket med vaccinationsoplysninger implementeres af lægesystemerne, og at dette forventeligt kommer før. Synkronisering af vaccinationsoplysninger til forløbsplanerne handler om, at man i forløbsplansformularen får en vaccinationsvisning. Dette kan ikke ske før, da dette ikke passer med LPS'ernes årshjul og tests mv.

- Edi spørger ind til, om det er muligt at få en rubrik med lotnummer. Hertil svarer Maja, at dette er noget, man skal snakke med sin lægepraksissystemleverandør om. MedCom sørger for at videreformidle ønsket til rette vedkommende.

e. Status på lægesystemernes opdatering af patientlister

PLO er i dialog med lægesystemleverandørerne om løsningsmodel. Iflg. Trine er status, at der er lavet en projektbeskrivelse med PLSP, som får til opgave at lave en løsning, som hver 3. måned automatisk opdaterer patientlisterne i lægesystemerne. Maja bemærker, at lægepraksissystemerne ikke synkroniserer passante patienter til FLP-patientlisterne, hvis patienterne er markeret døde eller passante i lægesystemet.

3 Revidering af FLP patientlister v. Henrik Prinds Rasmussen

Udover behovet for, at LPS-patientlisterne er opdaterede og korrekte (hvilket er 1. prioritet), har der også været en proces i gang ift. at revurdere FLP-patientlisterne ift. indhold/hvad skal vises.

Patientlisterne bruges til at indkalde patienter og ikke så meget til at følge med i værdierne (dette sker på overblikssiden). Derfor er en mindre arbejdsgruppe (Trine J, Thomas G, Maja P, Henrik R og datakonsulent Susanne) kommet frem til nogle ændringsforslag ift. indholdet på patientlisterne. Ændringerne vedrører bl.a. årsstatus, brugen af forkortelser og hvem patienten følges ad (kan udledes ud fra, hvem der sidst har lavet årsstatus, bruges i nogle praksisser til at planlægge hvem, der skal indkalde patienten). Når vi er lidt længere med arbejdet, vil der blive lavet nogle visninger, som kan præsenteres for den kliniske brugergruppe og herefter sendes til udvikling.

Daniel foreslår, at man også inddrager medicin, idet det bør være en overvejelse, om patienten skal til kontrol, når medicin skal fornyes. Henrik bemærker, at man i projektet har ønsket integration til FMK, men at man her har været udfordret af, at der kun må laves opslag, når man sidder med patienten/v. brug af lægecertifikat.

Trine bemærker, at både integration til DDV og FMK, og de lovgivningsændringer, det kræver at kunne integrere til dem, er emner, som behandles via DSAM og PLO.

4 Sidste nyt i forløbsplaner v. Maja Paulsen

Henrik fortæller, at designet på print-udgaven af forløbsplanen er blevet ændret, og at denne ændring er releaset og i drift (se slide 26 i PP).

Derudover fremgår det nu – af forløbsplansformularen - om patienten har været til fodterapeut og øjenundersøgelse og hvornår (udledes fra epikrisen) (Se slide 27 i PP).

Henrik viser desuden hvordan det forventes at se ud, når vi får de automatiserede klyngevisninger (se slide 28-29 i PP).

Maja fortæller, at den nyeste release kom for 14 dage siden og fremhæver udvalgte ændringer:

- Der er indført tidsgrænser for hvor gamle data må være for at indgå i en formular. Sat til 2 år.
- Pausemarkering af medicin

- Andre smårettelser, fx forklaring omkring hvorfor man får den pågældende formular, når man opretter en forløbsplan.

Nye behandlingsrekommendationer for hjertepatienter kommer ud i april.

Maja bemærker desuden, at det at tage på praksisbesøg er en vigtig prioritering, fordi man her opdager ting, som skal rettes. Fx har et sådan praksisbesøg givet anledning til recertificering af en leverandør.

5 Fælles drøftelse af udviklingsønsker v. Henrik Prinds Rasmussen

a. Diabetes Assist

Diabetes Assist er et værktøj, der kan assistere lægen i valg af præparat til patienter med diabetes. Steno Diabetes Aarhus har anvendt det og fået gode tilbagemeldinger. Værktøjet kan implementeres på flere niveauer, hvor det i praksis er de første to algoritmer, der er oversat til dansk, og også vil være dem, der vil kunne anvendes. De data, der er nødvendige, ligger fint til rådighed i diabetesforløbsplanen, og man vil således kunne få disse præparatrekommendationer både i formular, på patientlister og på overblikssiden. Der er enighed i gruppen om at arbejde videre med muligheden. Da vi generelt følger DSAM-vejledningerne, vil det være en fordel, at DSAM vurderer og godkender værktøjet.

b. Synkronisering af DDV-oplysninger

Er i proces.

c. Automatiske klyngervisninger

Er i proces. Vil blive muligt for KOL og diabetes i første omgang – herefter hjerte. Implementeres forventeligt sammen med release med de nye behandlingsrekommendationer.

d. Kommunikation med kommunerne

I Københavns Kommune har man fokus på, at kun 50% af nydiagnosticerede type 2-diabetespatienter kommer i diabeteskole eller tilsvarende tilbud. I nogle kommuner skal lægen aktiv henvise til tilbuddet – i andre kommuner er der fri adgang uden henvisning. I begge tilfælde giver det god mening, at kommunen får besked om, at en patient ønsker at blive kontaktet af kommunen. I dag skal lægen lave en dynamisk henvisning, men dette bliver ikke altid gjort, og Henrik foreslår, om man kunne lave en afkrydsningsmulighed i forløbsplansformularen, som automatisk genererede en sådan besked til kommunen. I Københavns Kommune kunne man godt tænke sig at afprøve en sådan løsning i en pilot. Edi bemærker, at lignende kunne tænkes for henvisning til fodterapeut, hvor en afkrydsning kunne generere en henvisning, som blev lagt på henvisningshotellet. Rikke nævner, at der er behov for at afklare mulighederne nærmere i dialog med MedCom's kommuneteam, som arbejder med de digitale henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud. Rikke sørger for at planlægge et møde.

e. Forskning og kvalitetsudvikling

Afklares internt i KiAP.

f. Min Læge-app

I proces.

g. Patientlisterne

I proces – både ift. opdatering (vigtigt) og indhold.

Trine spørger ind til datakvalitetsprojektet. Rikke bemærker, at projektet kører, og at man i projektet starter med FLP-data, fordi man her kan hjælpe dem med noget konkret og nogle eksempler. Projektlederen for datakvalitetsprojektet deltager også på seminaret med datakonsulenterne i denne uge og har oplæg omkring projektet. Vigtigt at pointere, at projektet først og fremmest vil løse noget fremadrettet.

6 Diabetes Assist og samtænkning til Et Samlet Patientoverblik v. Henrik Prinds Rasmussen

Henrik nævner, at der lige nu kører et tværsektorielt program, som handler om at skabe fælles stamkort, aftaleoversigt og planer og mål.

I løsningen forsøger man også at indtænke Fælles Diagnosekort.

I sporet omkring fælles mål har man i programmet defineret 3 mål:

- Livsmål
- Sygdomsspecifikke mål
- Funktionelle mål

Henrik bemærker, at vi på et tidspunkt vil skulle tage stilling til, hvordan vi mapper mellem "Mine mål" fra forløbsplanen og de ovenstående mål, og at ikke alt vil være lige nemt at mappe 1:1. Der var på mødet en diskussion om begrebet "livsmål", som ikke opleves relevant for dialogen med patienten i almen praksis i de fleste tilfælde.

7 Eventuelt, herunder næste møde

Astrid bemærker, at GOLD-klassificeringen er forsvundet fra KOL-printet. Daniel bemærker, at dokumentationen for brug af GOLD-klassificeringen ikke længere er god nok, og at det kan være årsagen. Astrid kontakter Maja.

Trine har et ønske om at få sammenstillet de forskellige forløbsplansvisninger (patientvisning i sundhedsmappe, patientvisning i Min Læge, patientvisning på print og lægens formular). Foretrækker, at visninger ligner hinanden. Edi bakker op om, at det er vigtigt at vide, hvordan patientens forløbsplan ser ud. Rikke fortæller, at der er visninger af det hele på [KiAPs hjemmeside](#), men det er usikkert, om alle visninger er opdaterede. MedCom følger op på dette til næste møde.

Næste møde afholdes den 14. juni 2022 hos MedCom i Odense.