

Mødetitel	29. Primærsektor-forum møde	MedCom
Mødedato	13. januar 2022	Forskerparken 10
Tidspunkt	12-15	5230 Odense M
Sted	Videomøde	Tlf: +45 6543 2030
Deltagere	Martin Bagger Brandt, PLO Nicholas Christoffersen, PLO Lærke Steenberg Smith, PLO Morten Wiese, Danske Regioner Michael Frank Christensen, PL-forum, EG Healthcare Kjeld Gandrup, CompuGroup Medical Anne Bukholt Pedersen, FAPS Anne Mette Marker Mertz, FAPS Jan Kristensen, KiAP Jesper Sørensen, PLSP Birgitte Kruse, Sundhedsdatastyrelsen Rikke Viggers, MedCom Lars Hulbæk, MedCom Michael Johansen, MedCom Marianne Broholm, MedCom Anne Kathrine Leksø, MedCom Tina Bjørnsholm, MedCom Tom Sørensen, MedCom Gitte Henriksen, MedCom (referent)	E-mail: ghe@medcom.dk www.medcom.dk 13. januar 2022
Afbud:	Alice Kristensen, MedCom Katrine Willumsen, NOVAX Louise Koppel, EG Healthcare	

Referat:

1 Velkomst, præsentation og meddelelser

Tom bød velkommen til mødet. Der er afbud fra Katrine og Alice. Der er et nyt medlem fra Danske Regioner, Morten Wiese. Michael Munk fra NOVAX er stoppet og Katrine har overtaget pladsen. Velkommen til begge.

Ingen kommentarer til referatet som ligger på hjemmesiden.

- Status på Deloitte rapport vedr. FHIR
Lars orienterede kort om status på Deloitte rapporten.
Hvad er det der driver omkostninger ved overgang fra EDIFACT til FHIR.
Status er at Deloitte har lagt sidste hånd på deres forslag til håndtering i disse dage.
Der har været en stor interviewrunde, som der er lagt meget arbejde i.
Rapporten er sendt til MedComs styregruppe i går aftes til review.
Rapporten præsenteres for MedComs styregruppe i næste uge af Deloitte og her skal de forskellige scenarier, som er skildret, drøftes. Herefter skal rapporten videre til den nationale bestyrelse for sundheds IT, som har udbedt sig denne rapport.
Der er 3 elementer:

1. Funktionelle ændringer i maven af systemerne uanset hvilken udvekslingsstandard man vælger.
2. Tage FHIRs datamodel i brug, som jo er noget nyt.
3. Der er stadig brug for meddelelseskommunikation.

De internationale fund er, at FHIR er fremtidens standard. Meddelelseskommunikation, som også er en del af FHIR, er mindre udbredt ude i verden, så Danmark vil blive et af foregangslandene på FHIR meddelelser.

Der er forskellige scenarier for timing, hvornår standarderne skal tages i brug.

Men det bliver spændende at høre om det på styregruppemødet på tirsdag.

Martin: Efter mødet på tirsdag skal rapporten videre til den nationale bestyrelse og hvad skal der så ske?

Lars: 2. februar skal bestyrelsen forholde sig til scenarierne og så spille tilbage til MedCom.

- Orientering om resultatet af Evaluering af den nye epikrise-standard og -vejledning (Se bilag 4.1)

Tom orienterede kort om resultatet af evalueringen. Se slides.

Fokus på evaluering har primært været på almen praksis, da det har været Digital Almen Praksis, som har finansieret rapporten.

Man er rigtig glad for resultatet.

Lægepraksis er glade for implementeringen, men der er lav tillid til farvemarkeringen. Oftest bliver der ikke ringet ved røde epikriser.

Regionerne vil sætte sig ned og kigge på dette. Tilbage melding er også, at man ikke altid kan få fat på lægerne telefonisk.

Der er ros til rapporten fra Styrelsen for patientsikkerhed.

Det er godt at høre, synes Lars, at vores arbejde med forbedring af standarder giver en væsentlig forbedring af det sammenhængende sundhedsvæsen.

- Høring om MedCom vejledning til kommunerne vedr. SOR enheder med lokationsnumre sendt til lægesystemleverandørerne (se bilag 5.1)

Tom orienterede kort om høringen og manglende svar fra lægesystemleverandørerne. De opfordres til at sende svar ind, selvom fristen er overskredet. De opfordres også til at deltage i kommunesygehusleverandørmøde den 26. januar. Kontakt gerne Jeanette Jensen på jej@medcom.dk.

2 Fravalg af genoplivning – nyt digitaliseringsinitiativ – SDS

Problem

Baggrund

Det er i dag alene muligt at sige nej tak til genoplivningsforsøg, hvis man befinder sig i en konkret behandlingssituation eller et sygdomsforløb, som man konkret kan frabede sig at blive forsøgt genoplivet fra.

Men ældre, habile borgere, som ikke er i en aktuel sygdomssituation, men blot er alderssvækkede, har i dag ikke mulighed for at takke nej til genoplivningsforsøg, hvis deres hjerte holder op med at slå.

Som led i forhandlingerne om 'Det gode ældre liv' blev alle Folketingets partier i december 2020 enige om at indføre en lovsikret ret til fravalg af genoplivningsforsøg.

Fravalget indebærer en individuel ret for borgere over 60 år, som modtager pleje eller bor på plejehjem/plejebolig, til at sige nej tak til at blive forsøgt genoplivet hvis de får hjertestop, også selvom de ikke er i et behandlingsforløb.

En forudsætning for en borgersikret ret er, at borgeren skal kunne registrere sit fravalg af genoplivningsforsøg, og at sundhedspersonalet hurtigt og ubesværet skal have adgang til informationen i akutte hjertestopsituationer, så de kan træffe beslutning om at undlade at igangsætte genoplivningsforsøg.

Projekt 'Digital løsning til fravalg af genoplivning'

Projektet skal sikre, at de to forudsætninger kan opfyldes ved dels etablere et register over, hvilke borgere der har fravalgt genoplivningsforsøg via en snitflade på Sundhed.dk eller ved indsendelse af en papirblanket til Sundhedsdatastyrelsen, dels ved at muliggøre, at informationen kan tilgås af de sundhedsfaglige i de systemer, som de benytter til hverdag.

Projektet har fået udarbejdet en foranalyse, der afdækker arbejdsgange m.v. ift. gældende regler om dokumentation og deling af oplysninger om fravalg af genoplivning.

Foranalysen har vist at de praktiserende læger peger på at oplysningen om at patienten har fravalgt genoplivningsforsøg ved hjertestop med fordel kunne fremgå på stamkortet, men at oplysningen ift. vagtlægens arbejdsgang og behovet for adgang til denne oplysning ønskes "længere frem" i lægevagtsystemet og derved hurtigere tilgængelig.

PLO har udtrykt ønsker om at en praktiserende læge ved et webopslag i registeret til fravalg af genoplivning kan få adgang til data på tværs af sin patientpopulation, fx et overblik over hvor mange patienter der har fravalgt genoplivningsforsøg.

Under arbejdet med foranalysen er det også blevet fremhævet, at de sundhedsfaglige i kommuner, hospitaler og de praktiserende læger har et stort ønske om at den digitale løsning på sigt også understøtter de nugældende regler på området, da deling af lægens eller patientens fravalg af genoplivningsforsøg i den aktuelle behandlingssituation på tværs af sektorerne, i dag er omstændelig med manuelle arbejdsgange og med risiko for patientsikkerheden.

Dette ønske om udvidelse af løsning kan dog ikke rummes indenfor den afsatte finansiering, hvorfor der først skal findes yderligere finansiering. Det er imidlertid besluttet at projektet skal søge at tage højde for en evt. senere udvidelse af løsningen.

Løsning

Projektet arbejder på et målbillede for den digitale løsning og efterfølgende på arkitektur beskrivelsen. Data fra registret vil blive delt via den nationale infrastruktur (NSP) til sundhedsvæsenets parter. Det forventes også at information i registret kan tilgås via webopslag. Det er endnu ikke besluttet hvilke parter, kommuner, regioner og de praktiserende læger, der bør etablere en dyb integration og udstille informationen direkte i fagsystemet og hvilke der kan nøjes med at tilgå informationen via webopslag.

Projektet ønsker at være i tidlig dialog med bl.a. systemleverandørerne til lægepraksis- og vagtlægesystemerne mhp. drøftelse af og perspektiver på løsningen for de praktiserende læger og vagtlæger.

Det er aftalt med RUSA (Det rådgivende udvalg for standarder og arkitektur) at det kommende målbillede sendes i høring i parternes arkitekturråd, herunder også PL-forum.

Indstilling

Primærsektor-forum drøfter orienteringen om projektet, herunder hvordan dialogen kan fortsætte mhp. leverandørernes inddragelse og bidrag til den samlede arkitektur beskrivelse.

Birgitte Kruse opsummerede på ovenstående og gennemgik følgende punkter:

- Gældende regler for fravalg af genoplivning (se slides)
- Den politiske aftale fra dec. 2020 (se slides)
- Projektets foranalyse – forretningsbehov (se slides)

- Status og invitation til inddragelse og dialog

Tilbage melding fra gruppen

Tom: Takker for oplægget. Målbilledarbejdet; skal leverandørerne inddrages i dette nu eller først efter høringen?

Birgitte: Vil gerne inddrage leverandørerne så hurtigt som muligt, så der kan komme en dialog i gang.

Anne Mette: Er der sat begrænsning på, at det kun er almen praksis eller kan speciallægerne inddrages?

Birgitte: Har talt med FAPS. Hvis man er hos en speciallæge og får hjertestop så er der sikkert procedurer som træder i kraft. Så man vil gerne afgrænse det til almen praksis.

Anne: Har været i kontakt med Birgitte omkring ovenstående, hvor der var forståelse for inddragelse i projektet.

Michael F.: Det vil være naturligt for LPS, at det vil være tilgængeligt for både praktiserende speciallæger og almenpraktiserende læger.

Konklusion

Positiv tilbage melding omkring inddragelse fra parterne.

3 Ydelseskvittering i Min Læge app – indledende analyse af bagvedliggende afregningsflow i LPS, tekniske forudsætninger og muligt løsningsdesign

Problem

På baggrund af en række pressesager om snyd med ydelsesafregningen hos et antal lægeklinikker, har der været en politisk dialog mellem PLO og RLTN om muligheden for at give den enkelte borger en 'kvittering' i Min Læge app umiddelbart efter, at borgeren har været i kontakt med egen læge. RLTN har sidenhen indgået en overenskomst aftale med FAPS om at der også på speciallægeområdet skal kigges nærmere på en sådan kvitteringsløsning. (se side 62 i FAPS OK22 forhandlingsaftale anno 18-09-2021)

Løsning

PLO og Danske Regioner har modtaget finansiel støtte fra Digital Almen Praksis (DAP) til at gennemføre et udredningsarbejde og analyse af afregningsflow i klinikkerne/lægesystemerne, så de mere tekniske forudsætninger kan kortlægges forud for fastlæggelse af et løsningsdesign. Hvis man ønsker at tilbyde borgeren en kvittering umiddelbart efter en kontakt med egen læge, vil det stille en række tekniske krav til lægesystemerne og arbejdsgangene i klinikken, og samtidig vil en sådan umiddelbar kvittering kun være foreløbig, da den endelige afregning mellem klinikken og regionen jo først sker flere uger senere.

Arbejdet har udover ophævet i DAP tilknytning til styregruppen for Min Læge app, som drives af PLO og har deltagelse af SUM/SDS, Danske Regioner og MedCom. Analysen forventes igangsat i slutningen af januar, gennemføres med bistand fra ekstern konsulent og i tæt dialog med klinikker, systemhusene og PLSP m.fl. På grund af de hidtidige pressesager er der et ønske om en forholdsvis hurtig proces som allerede medio 2022 kan pege frem mod en løsning – forudsat at man kan blive enige om scope og finansiering af løsningen.

Rundt om en kommende teknisk løsning ønsker PLO, forud for en idriftsættelse, en aftale med RLTN, som fastlægger en fælles forståelse af en række problemstillinger, fx hvem borgeren skal kontakte, hvis man har spørgsmål til sin kvittering eller direkte mener den er fejlagtig. Skal disse henvendelser rettes til klinikken eller skal de rettes til regionen, som først kan se den specifikke afregning når den samlede afregning fra klinikken er afsendt.

Indstilling

Det indstilles, at:

- Primærsektor Forum tager orienteringen til efterretningen.

- De øvrige parter i Primærsektor-forum udover PLO og Danske Regioner, bakker op om analysen og bidrager – i relevant omfang – til analysens gennemførelse fx via deltagelse i interview, kortlægning mv.

Martin opsummerede på ovenstående.

Der skal være større gennemsigtighed omkring afregningen med en kvitteringsløsning, så man som borger bedre kan følge med i, hvad lægen har afregnet.

Skal have afklaret og præciseret hvad det er for et oplæg der skal være klar medio 2022.

Vi har brug for at tale med nogen, som er mere kloge på det tekniske og hvilke udfordringer der kan være. Så oplægget er en invitation til deltagelse.

Det er en slags foranalyse så der er en fælles forståelse omkring hvad det koster og hvordan det skal se ud og som vil foreligge til sommer.

Michael F.: Tilslutter sig og det vil de selvfølgelig meget gerne deltage i. Der vil højst sandsynligt rejse sig en masse spørgsmål undervejs.

Der skal også være en fælles forståelse imellem FAPS og PLO omkring dette.

Skal der først laves en analyserapport og derefter tages der stilling til løsning? Eller er der nogen som er beslutningsdygtige som deltager i arbejdet?

Martin: Målsætningen er ikke at afdække hele verden, men lave et løsningsforslag med en kvitteringsfunktion som giver mening.

Tom: Nævner at det samme er gjort i DAP-projekterne, at når der er lavet rapporter, så bliver der et pitstop, hvorefter der så bliver taget stilling til den videre løsning.

Konklusion

Indstilling tages til efterretning og parterne vil gerne deltage.

4 Igangsættelse af dialog mellem PLO, MedCom og PL-forum om forvaltning af FMB

Problem

LPS'erne er ved at implementere Fælles Medicinbeslutningsstøtte (FMB). Løsningen har i noget tid kørt i EG-Ganglion og EG-WinPLC. Det er netop implementeret i EG-Clinea, mens løsningen aktuelt rulles ud i MultiMed's to løsninger, Novax og XMO. For visse lægesystemers vedkommende vil FMB være gjort tilgængelig for både almen praksis klinikker og speciallægeklinikker.

Inden udgangen af 1. kvartal vil alle almen praksis klinikker have adgang til FMB og implementeringsprojektet er dermed slut. Der vil dog fortsat være et arbejde med at forbedre og opdatere løsningen de kommende år, hvilket kræver en fornyet aftale mellem både PLO og regionerne (Region Nord) og mellem PLO og PL-forum.

Løsning

Selve det regionale FMB projekt er overgået til et forvaltningsspor, i regi af Region Nord – efter den model som regionernes sundheds-it har fastlagt – og almen praksis, PLO og lægesystemerne er inviteret med ind i dette. Der er dog, som supplement til dette "regionale/tværsektorielle" spor, også behov for et fortsat tæt samarbejde på praksis siden, og PLO har derfor forespurgt MedCom om hjælp til at drive en FMB-brugergruppe incl. dialog med lægesystemerne om FMB, hvis der er behov for det. For at få talt igennem, hvordan lægesystemerne fremadrettet ønsker at samarbejde med PLO og MedCom om FMB, vil PLO invitere til møde hurtigst muligt, så lægesystemernes behov på dette område kan blive drøftet og skrevet ind i en ny aftale mellem PLO og PL-forum om FMB.

MedComs videre engagement på dette område – fx i form af hjælp til at drive en brugergruppe for FMB – skal godkendes af MedComs styregruppe og der stiles efter af dette kan ske på et møde den 9. marts. Forud herfor vil det være nødvendigt bl.a. at kende PL-forums holdning og behov ift. det videre samarbejde omkring drift og vedligeholdelse FMB. Der

inviteres som sagt til et møde om dette, men det vil være nyttigt med nogle indledende meldinger om dette på mødet i Primærsektor-forum.

Indstilling

Det indstilles, at:

- Primærsektor-forum tager orienteringen til efterretning.
- Forummet tager en kort runde på behovene for samarbejde omkring drift og vedligeholdelse af den nye FMB-løsning i lægepraksissystemerne.

Martin opsummerede på ovenstående.

Fælles Medicin Beslutningsstøtte (FMB) i forbindelse med FMK.

Forvaltningskoncept som kører i Region Nordjylland. Vi har brug for ved siden af at have et samarbejde mellem PLO og systemleverandørerne. Vi har spurgt MedCom om hjælp til dette.

Men vi har også brug for at høre fra LPS om fremadrettede behov på dette omkring drift og vedligeholdelse. Vi skal også have vendt noget omkring økonomien.

Brugerne har ikke kunnet melde ind hvis der er fejl. Slutbrugerne har brug for en kanal til at melde fejl ind på.

Skal der etableres en brugergruppe som kan holde møder omkring ovenstående?

Michael F.: Det lyder som en god ide. Givtigt at have brugerne med til at give noget feedback omkring funktionaliteten. Er det kun ændringer i LPS eller andre steder?

Martin er enig i, at der er nok spørgsmål til flere emner til de første par møder.

Lars: Det er vigtigt at der er sammenhæng mellem det og systemforvaltningen i Region Nordjylland.

Kjeld: Det er et rigtig godt initiativ. Det kan måske give en større indvirkning på roadmap, så man ikke hele tiden er på bagkant, men kan give input undervejs.

Martin: Kort møde omkring "tilsnitning" af projektet med inddragelse af FSA i Region Nordjylland.

Tom kvitterer for det gode arbejde.

Konklusion

PLO indkalder til møde med inddragelse af FSA i Region Nordjylland.

5 Orientering om udvikling af ny RKKP-indberetningsløsning i 2022

Problem

PLO har i OK18 indgået aftale om en milepælsplan for indberetning af data til fem nationale kliniske kvalitetsdatabaser hos RKKP, men klinikkerne mangler fortsat at indberette til to aftalte hjertedatabaser for henholdsvis Atrieflimren og Hjertesvigt samt Astma-databasen. Derudover er dækningsgraden på indberetningerne til Dansk Voksen Diabetes database og til KOL-databasen ikke i mål, da der fortsat er for mange klinikker, som ikke får gennemført deres indberetninger.

Af disse årsager vil PLO, KiAP og RKKP i 2022 sætte yderligere skub i udviklingen af en ny automatisk indberetningsløsning til RKKP, der i første omgang skal sikre indberetning til de nye hjertedatabaser og astma, men på sigt omlægges til også at gælde de nuværende indberetninger til diabetes og KOL databaserne.

Løsning

KiAP og PLO præsenterer konceptet for en ny automatisk indberetningsløsning til RKKP og tidsplanen med henblik på drøftelse i primærsektorforum.

Primærsektor forum orienteres i denne forbindelse om, at prioritering af RKKP-indberetningerne i 2022 i første omgang vil have konsekvenser for særligt Forløbsplaner, hvor det er

aftalt i styregruppen for Forløbsplaner, at man vil drosle ned på den tekniske udvikling i første halvår af 2022 og fokusere på andre aktiviteter, da det i høj grad er de samme ressourcer, som udvikler både Forløbsplaner og RKKP.

Indstilling

Det indstilles, at parterne tager orienteringen til efterretning.

Nicholas opsummerede på ovenstående.

Klinikkerne skal selv sende disse indberetninger afsted og det bliver ikke altid gjort. Man er kommet frem til at indberetningen skal foregå automatisk og løbende, hvilket er lidt af en landvinding og hvor systemerne hjælper med at gøre dette.

KiAP driver den del. Jan vil fortælle lidt om projektet og løsningen.

Jan fra KiAP fremlagde konceptet for ny automatisk indberetningsløsning til RKKP. Se slides. Der laves en helt ny indberetningsplatform. De 3 nye indberetningsforløb for forløbsplanerne hjerteinsufficiens, atrieflimmer og astma vil blive omfattet af løsningen i første omgang. Senere vil man rette løsningen mod de forløbsplaner som allerede indberettes via den gamle løsning.

Kriterierne bliver ændret i RKKP af og til og derfor vil man bestrebe sig på at der er mere gennemsigtighed.

Tina: Hvad er det der trigger, at det sendes til RKKP?

Jan: Vi tænker, at der laves en daglig indberetning, tidl. var det on demand. De data vi indrapporterer til RKKP får vi en kvittering på fra RKKP, som så kan vises for brugeren. Så indberetninger vil foregå dagligt.

Tina: Hvordan med manglende indberetning og opsamling af data, hvis man ikke lige får dette indberettet?

Jan: Ved for gamle data så vil løsningen gøre opmærksom på dette. Der bliver nok en fase, hvor der skal laves et tilbageløb og undervisning i hvordan og hvornår man indberetter, og også om der er indberetninger som skal tages ud, hvis de ikke giver mening.

Der er mange data som ikke er gode nok og ikke bliver samlet op. Det er ikke nødvendigvis systemets skyld.

Det vil også være muligt at indberette manuelt.

Vi er ikke nået så langt endnu, og vi skal i gang med at se på, hvordan flowet skal se ud sammen med PLSP og få lavet fundamentet.

Nicholas: DSAM har udpeget læger, som kigger på hvilke data der skal opsamles, og om det som opsamles nu giver mening. RKKP er obs. på, at der kan gå tid før dette er oppe at køre. Vi har fået lovning på nogle ressourcer fra forløbsplanprojektet og som vi siger tak for.

Tom: Hvordan kommer adskillelsen til at ligge? Ifølge tegningen ser det ud som en teknisk opdeling. Hvor skal det forankres rent projektmæssigt?

Nicholas: Opdragsmæssigt er det overenskomstens parter.

Data kommer fra lægesystemet og ikke fra indberetning fra forløbsplaner. Datakvalitet er også data nede i lægesystemerne, som kan bruges i mange sammenhænge.

Michael J.: Kunne man bruge FHIR standarder til dette?

Jan: RKKP modtager ikke i noget som kunne ligne FHIR. Man bliver nødt til at anvende det interface som de har i dag her i runde 1. I runde 2 kunne det tages op.

Jesper: Projektet er forsinket 1 år og ovenstående vil forsinke projektet yderligere.

Og er ellers enig med Jan.

Lars: Det vil være godt at bruge FHIR alle de steder hvor det vil give mening.

Konklusion:

Orientering.

6 Permanent aftale om udlægning af sygehusbehandling

Problem

Den 17. marts 2020 blev aftale mellem DR og FAPS iværksat, i form af mulighed for udlægning af akutte og subakutte sygehusbehandlinger til speciallægepraksis for at aflaste sygehuse, som var ekstraordinært belastede i den aktuelle situation med mange coronasmittede i Danmark. Der var tale om en midlertidig aftale, som efterfølgende er blevet forlænget flere gange og nu med indgåelse af ny FAPS-overenskomst blevet en permanent aftale fra 1. januar 2022.

Da aftalen blev indgået var der ikke opmærksomhed på at få beskrevet det mest hensigtsmæssige flow samt overholdelse af forsendelsesregler ift. brug af de MedCom standarder, som naturligt bruges ved ambulante behandlingsforløb. Det har medført, at der i forbindelse med udlægning af sygehusbehandling til speciallæger bruges flere typer af standarder: Sygehushenvisning (REF01), speciallægehenviisning (REF06), ambulanteepikrise (DIS02) og speciallægeepikrise (DIS07). Derudover bliver der også i nogle tilfælde sendt korrespondance-meddelelse (DIS91), for at orientere speciallægen om den videresendte henviisning.

Løsning

For at lette speciallægens arbejdsgang bedst muligt samt sikre korrekt brug af MedComs standarder, herunder overholdelse af forsendelsesregler, foreslås en automatisk kobling mellem henviisningstyper og epikrisetyper i alle LPS-systemer. Når speciallægen modtager en sygehushenviisning (REF01) skal der default tilbydes en ambulanteepikrise (DIS02), når behandlingen afsluttes. Tilsvarende, når der modtages en speciallægehenviisning (REF06), tilbydes default en speciallægeepikrise (DIS07).

Indstilling

Primærsektorforum bedes drøfte løsningsforslaget med fokus på opgavens omfang samt tidshorisont for udvikling og implementering i respektive IT-systemer. Dette med henblik på at kunne understøtte arbejdsgangene hos de praktiserende speciallæger ift. til den indgåede aftale om udlægning af sygehusbehandling.

Bilag

Se bilag 6.1

Trine opsummerede på ovenstående. Se slides.

Den nye opdaterede aftale er lige kommet og her står det tydeligt, hvilken henviisningstype man skal bruge.

En REF01 skal besvares med en DIS02. De fleste LPS'ere kan sende en DIS02, som vi ønsker, men der er nogen som ikke kan. MedCom vil gerne kontakte disse LPS'ere for at få lavet en løsning. Man ønsker desuden, at valg af epikrisetype er automatiseret i LPS'erne, således at man automatisk besvarer en REF01 med en DIS02, og en REF06 med en DIS07.

Kjeld: Sundhedsplatformen kigger i SOR hvilke standarder man kan modtage, så der skal vel rettes i SOR? Det er ikke nødvendigvis synligt i SOR, bare fordi man rent teknisk kan modtage en REF01.

Anne Mette: Det vil speciallægerne skulle kunne, det står i aftalen. I første omgang er det jo speciallægevisitor for de forskellige specialer som modtager henviisningerne og man har ikke hørt om problemer vedr. dette.

Michael J: Vi har testet speciallægesystemerne for at de kan modtage REF01, og derfor skal der i SOR opdateres på hvilke meddelellestyper speciallægeklinikkerne kan modtage. Speciallægeklinikker kan modtage både REF01 og REF06.

Michael F.: Savner at høre hvad næste step er på dette, tager I fat på de leverandører, som har en opgave?

Trine: MedCom tager fat i de systemer som har et udestående, men man er selvfølgelig også velkommen til selv at tage fat i MedCom.

Konklusion:

MedCom tager fat i de LPS'ere som har en opgave og følger op på ovenstående.

7 Diagnosekort i almen praksis

Problem

Diagnosepakke ver. 0.92 er udgivet: <https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/Diagnosekort%20i%20Almen%20praksis/>

Diagnosekortet afprøves i storskala marts til og med maj 2022. Deltagende parter er pilotlæger og leverandørerne CGM, NOVAX, A-Data samt Min Læge.

Løsning

Projektleder Tina Aagaard Bjørnsholm fra MedCom fremlægger mundtlig orientering om status på projektet.

Indstilling

Det indstilles, at gruppen tager status til efterretning.

Tina opsummerede på ovenstående og gav en kort status. Se slides.

Pilotafprøvning med 3 lægesystemer. Piloten er afsluttet. Der er gennemført 120 diagnosekort. 2 LPS-er fik afleveret diagnosekoder til PLSP, så patienterne kunne se dem via Min Læge.

Har været en øjenåbner og godt for det videre arbejde.

I efteråret har der været brugt tid på at revidere diagnosekortpakken. Der er brug for at give den tid det kræver for at få en god og rigtig implementering af diagnosekortet. DAP styregruppen har også sagt ok for at udvide med 3 mdr. til pilotafprøvning.

I december 2021 blev der afholdt møde med LPS-leverandørerne, hvor der var mulighed for at komme med input til rettelser og præciseringer til diagnosepakken. Disse rettelser og præciseringer er blevet indarbejdet i diagnosepakken, som nu er offentliggjort på MedCom's SVN i en version 0.9.2.

I projektet bliver der ved test og godkendelse ikke kun kigget på selve diagnosekortet, men også hvordan diagnosekodning sker.

Der er pt. fokus på, at LPS-leverandørerne får rettet de sidste uhensigtsmæssigheder før iværksættelse af storskalaafprøvning.

Tom: Ved evalueringen var der nogle krav til, hvordan systemet skulle understøtte diagnosekodningen. Det positive var, at det allerede blev understøttet i flere af systemerne.

Positiv kvittering og ros til leverandørerne.

Jesper: Der er givet en tilbagemelding fra PLSP til Tina i dag. Det er ikke noget voldsomt.

PLSP har behov for nogle forretningsregler for diagnosekortet. De skal have en fornemmelse af, om der skal justeres noget i PLSP inden storskala. Har behov for en opsamlingsrunde inden storskala. MedCom vender tilbage omkring dette.

Lars: Stor kvittering fra ham også og forventningerne er store, og det kommer vidt omkring i kredsen.

Nicholas Kvitterer også for det gode arbejde. Man er interesseret i konceptet og hvordan det kører på den korte bane, men der skal også tages fat på den lange bane.

Konklusion:

Orientering.

8 Service til opdatering af patientlister v./KiAP

Problem

Det er en praktisk opgave for den enkelte klinik at holde styr på ændringer i patientpopulationen i fht. ændringer som følge af til- og afgang samt mors mv. Klinikken skal i dag selv hente patientlisten og ajourføre ændringer i deres system manuelt.

Mange klinikker oplever vanskeligheder ved at udføre arbejdet, som hovedsageligt er manuelt. Det medfører dårlige data i form af fejl på patientlister, som igen medfører en række udfordringer med patienthåndteringen i hverdagen. Fx. at der indkaldes patienter til kontrol, der er fraflyttet mv.

Løsning

KiAP modtager i dag løbende patientlisten for den samlede patientpopulation. Der oprettes en service som med afsæt i den enkelte klinik (ydernr) udstiller patientgrundlaget, således at den enkelte klinik har nem adgang til opdateret egen patientliste, samt at klinikkens systemhus har systemmæssig adgang til listen.

På baggrund af systemadgangen kan det enkelte LPS implementere en hensigtsmæssig understøttelse af ændringerne i patientlisten som hjælp til klinikkerne.

Indstilling

Det indstilles, at der udvikles en løsning, der løbende holder disse data opdateret, således at den enkelte klinik og systemhus har let adgang til at opdatere patientdata. Løsningen udstilles på PLSP.

Jan opsummerede på ovenstående. Se slides.

Dette er et ønske fra PLOs side. Lægerne har svært ved at holde styr på deres patientpopulation og det er en manuel proces.

Forslag om udvikling af en service (API), hvor man kan hente det specifikke ydernummers patientliste.

Lægerne har adgang til listerne i dag manuelt, og det er et problem at holde styr på ændringer. Så der skal sættes strøm til disse processer.

KiAP har listen allerede i dag og den kunne gøres tilgængelig via PLSP.

Problemet er, om man har lov til dette. KiAP får listerne fra Region Hovedstaden, som får dem fra Region Midtjylland. Det skal afhandles med Regionerne.

Nicholas: Formålet: PLO har længe haft en dialog med PL-forum om at få fjernet de patienter som ikke længere tilhører klinikken. Det udgør et GDPR problem. Det skulle gøre det nemmere for LPS at få slettet disse patienter i forhold til GDPR.

Jan: Det er alle patienter som er omfattet af dette.

Kjeld: Er det ikke de patientfortegnelser som ligger på sundhed.dk? Jo det er det.

Michael F: Det vil være rigtig godt og Michael kvitterer for en enestående ide. Håber ikke der vil være noget som står i vejen for dette.

Jesper beder om at få gentaget flowet.

Jan: Data er generet af Region Midtjylland som afleverer det til Region Hovedstaden, dataflowet eksisterer stadigvæk. Det kan være 1 måned gammelt.

Jesper spørger om ikke man kunne få mere friske data ad anden vej?

Jan vil ikke udelukke at opdateringsfrekvenser kunne optimeres.

Martin: Hvor hurtigt kan KiAP få disse afklaringer? Og en eller anden fornemmelse af hvornår dette kan tages i drift?

Jan: Vi skal lige være sikre på det juridiske, vil presse meget på, at det kan ske hurtigt.

Servicen vil KiAP kunne lave hurtigt. Så er det et spørgsmål om, hvor hurtigt det kan implementeres i LPS.

Michael F.: Synes KiAP skal kigge på de data Region Midtjylland danner.

Michael J.: Kan se problemer i at hente data fra forskellige kilder med forskellige frekvenser for opdatering.

Michael F.: Der må kunne sendes tidsstempler med i udtrækket.

Konklusion:

KiAP går videre med en løsning.

9 Status og muligheder for erstatningsCPR-nummer v./Michael J.**Problem**

Der findes ikke et entydigt patient-ID for patienter uden et CPR-nummer, hvorved der optræder situationer hvor en person har flere ID, og samme unikke ID kan være anvendt for flere patienter. En sådan manglende entydig identifikation rummer visse risici for patientsikkerheden.

For at sikre regionale entydige e-CPR, sker der en omnummerering i regionerne ved modtagelse af MedCom meddelelser, hvorved modtagere i et meddelelsesflow ikke har samme patient-ID for alle de involverede meddelelser.

Løsning

Der er udviklet en national service, der kan tildele unikke e-CPR, og denne service er suppleret med en webløsning, så der dels automatisk kan oprettes nye ID, samt der er mulighed for søgning efter eksisterende e-CPR ud fra oplysning som fx udenlandsk PAS-nummer. Løsningen er afprøvet i forbindelse med dosisdispensering i FMK, og er begyndt ibrugtaget i forbindelse med vaccinationer hos dansk røde kors flygtningecentre.

Entydigheden sikres ved at 7. ciffer i e-CPR fremadrettet kun rummer værdierne 1 og 7, mens der hidtil ved nationale e-CPR har været en begrænsning på 7. ciffer til kun at rumme værdierne 0, 5 og 6. Der har ikke været samme stramme validering for patienters alternative ID i primærsektoren, og MedCom ser behovet for en ensartet tildeling af alternative patient-ID på tværs af sektorer, og som minimum en validering der sikrer at lokalt oprettede e-CPR, der ikke er hentet fra den nye nationale service, ikke anvender 1 og 7 på det 7. ciffer.

Optimalt bør primærsektorens journalsystemer anvende samme praksis for e-CPR, som i regionernes og nationale systemer.

Projektet for en national implementering af e-CPR er ikke lykkedes med en fælles tidsplan for ibrugtagning, da der bl.a. ikke er tilstrækkeligt detailoverblik over påvirkningen af de regionale systemlandskaber, hvorfor der peges på en successiv overgang i den takt parterne er klar.

Indstilling

Drøftelse af om primærsektorens journalsystemer med fordel kan forberede sig på nationale entydige erstatnings CPR-numre.

Michael opsummerede på ovenstående. Se slides.

Status på projektet, som blev sat i søen for noget tid siden.

Der er lavet en ny national service i form af en webservice på NSP. Man kan også tilgå løsningen som et webopslag og få oplyst evt. tidl. e-CPR-numre.

Bruges også i FMK i forbindelse med asylcentre, og ikke kun til DDV omkring vaccinationer.

Man har ikke en fast udrulningsplan. Man kan tage løsningen i brug successivt.

Michaels forslag er, om vi skal lave nogle regler for, hvornår man tager løsningen i brug?

Trine: Hvad gør man ved personer som måske har fået flere ID'er?

Michael J: Visse journalsystemer har en funktion til dette, hvor man kan slå disse ID'er sammen.

Den nye service er egentlig kun en nummerator, og journalsystemerne skal selv udrede de scenarier hvor en person har flere ID'er.

Validering ved oprettelse af nye e-CPR-numre, så de ikke kolliderer med tidligere oprettelser.

Konceptet og formatet er kun tilegnet sundhedssektoren. Det er ikke tænkt sammen med politi o.a. områder udenfor sundhedssektoren. Indenrigsministeriet har sin egen algoritme for tildeling af e-CPR, men denne finder ikke anvendelse indenfor sundhedssektoren.

Martin: Det har været omkring Digitaliseringsstyrelsen, hvor politiet ikke var interesseret i at skifte deres id ud med ovenstående.

Michael F.: Dette projekt er svært, for hvor skal man starte og stoppe, og det var vel også derfor det ikke blev implementeret i de to foregående forliste forsøg. Støtter dog Michaels opfordring til at starte på en eller anden måde.

Det er ikke let, men man må tage et skridt ad gangen. Så lad os komme i gang.

Lars: Det vil vel gøre gavn og vi vil hjælpe med til at formidle at det bliver brugt og dermed også skal vedligeholdes og kvitterer positivt for Michaels forslag.

Michael: Foreslår en 2-trins raket, indledende med en valideringsløsning, hvor man ikke kan oprette et lokalt tildelt e-CPR, som er sammenfaldende med de nye nationalt tildelte e-CPR, og altså sikre at 7. ciffer kun opnår værdierne 1 og 7 når e-CPR er tildelt fra den nye nationale service. Derudover valideres at de første 6 cifre er en dato, og at 8. og 9. tegn er forbogstaverne i patientens navn.

Dernæst vil anden fase bestå i, at alle nye e-CPR tildeles fra den nationale service. Der behøves en forudgående oprydning, for de eventuelt oprettede lokalt tildelte e-CPR med 1 eller 7 som 7. ciffer.

Trine: Det er rigtigt ærgerligt, at man ikke kan blive enige om at bruge en national løsning også udenfor sundhedsområdet.

Konklusion:

Status og orientering.

Positiv tilslutning til at komme i gang.

10 Testcamp 2022-03 v./Michael J.

Problem

Forårets testcamp afholdes d. 30. marts til d. 1. april og består af fem opgaver, der alle er relateret til henvisninger:

- Revideret fodterapihenvisning, med ændring vedr. oplysninger for diabetikere.
- Revideret Øfeldthenvvisning, med ændring vedr. oplysning om befordring/ledsager, samt med mulighed for vedhæftning af bilag.
- Revideret speciallægehenvisning, med ændring vedr. henvisningsårsag.
- Opdatering af fysioterapihenvisning, vedr. hvilke diagnosekoder der er progressiv sygdom.

Med den nuværende status på pandemien er testcampen planlagt til at afholdes virtuelt som ved seneste testcamps.

Løsning

MedCom har aftalt et årshjul med PL-forum, der skal sikre at opgaverne der ønskes udført dels er dokumenterede i tilstrækkelig tid inden testcampen, samt at den nye funktionalitet samlet kan idriftsættes. Konkret blev testcamp materialet udarbejdet til d. 1. december 2021, så udvikling kan ske frem til testcampen ultimo marts, og efterfølgende udrulning til klinikkerne fra medio april og frem til d. 1. juni 2022.

Det er svært at koordinere og planlægge de ændringer der kommer fra Danske Regioner, da de ofte beror på fx overenskomstforhandlinger, og de ønskede ikrafttrædelsestidspunkter kan være svære at opfylde. Der udtrykkes også ønske fra DNHF om et tidligt varsel om forestående opgaver.

Konkret modtog MedCom justering fra Danske Regioner vedr. speciallægehenvisningen d. 10. december 2021, hvilket støjer i formidlingen af opgaver fra MedCom til leverandørerne, ligesom der ikke har været mulighed for at drøfte de tekniske aspekter med PL-forum.

Indstilling

Tættere koordinering mellem MedCom og Danske Regioner, så opgaverne med at understøtte ændringer udløst af overenskomster og bekendtgørelser bliver mere forudsigelige og bedre kan planlægges ind i de respektive årshjul.

Michael opsummerede på ovenstående. Se slides.

Der er planlagt testcamp i foråret, og alle opgaver omhandler tilfældigvis henvisninger.

Det bliver afholdt som videoopkald, men vi håber på, at det til efteråret kan blive en fysisk testcamp igen.

I dag vil Michael gerne sætte fokus på disse "efter rettelser" pga. sene tilbagemeldinger fra bl.a. overenskomstens parter og som så rammer både MedCom og LPS-erne, da datoen for aflevering af testmateriale blev overskredet.

Forslag om en bedre koordinering mellem Danske Regioner og MedCom med faste møder omkring disse overenskomstændringer.

Lars: Det er jo ikke manglende viden omkring hinandens forskellige årshjul. Tænker at det er noget som skal tages op x 1 om året, hvor vi lige minder hinanden om, hvordan det er vi gør.

Michael J: Med afstemning af forventninger omkring hvor hurtigt ændringerne kan implementeres.

Michael F.: PL-forum kunne også tænke sig en tættere dialog med sygesikr./RLTN omkring de indgåede aftaler, og om tidsrammen for ændringerne/ydelserne kan lade sig gøre.

Martin: PLO vil også gerne være med i dette, bl.a. omkring valideringsregler hos LUNA. Vi skal tage den fra 2 sider og så finder vi måske sammen på et tidspunkt.

Konklusion:

Der er stemning for at der koordineres mellem de forskellige parter omkring ændringer i bl.a. overenskomster, ydelser, valideringsregler o.a.

11 Orientering

Spørgsmål til orienteringspunkterne?

Bilag

Se bilag 11.1 Orientering

Ingen spørgsmål.

12 Evt.

Ny mødedato skal aftales. Forslag om tirsdag den 17. maj 2022 kl. 12-15.

Ny mødedato aftales til den 17. maj 2022 kl. 12-15. Det aftales, at der er fysisk fremmøde denne dag og at deltagerne kan deltage i MedComs løbeklub efter mødet.