

Mødetitel	16. møde i den kliniske brugergruppe for forløbsplaner	MedCom
Mødedato	14. december 2023	Forskerparken 10 5230 Odense M
Tidspunkt	15:00-18:00	Tlf: +45 6543 2030
Sted	MedCom – Mødelokale C Forskerparken 10 5230 Odense M	www.medcom.dk
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 PLO-repræsentant, Trine Cecilie Jeppesen DSAM, Maria Krüger Sygeplejerske Astrid Mosegaard Lægehus Nord, Kolding Dataspecialist, afd.læge, ph.d. Maja Paulsen KiAP, Odense Projektleder Rikke Viggers MedCom, Odense Studentermedhjælper Johannes Hauritz Nielsen MedCom, Odense Konsulent Mie Borch Dahl Kristensen MedCom, Odense GÆST: Konsulent Carina Dahl Christensen, MedCom	
Afbud:	Sygeplejerske Edi Pio Lægerne Amagerbrogade 172, København S Speciallæge i almen medicin, praksiskonsulent og RKKP-konsulent, Thomas Gregersen, Lægerne Aabos Plads, Aalborg (Online)	

Dagsorden:

1. Velkomst
2. Forløbsplaner fremadrettet
3. Orientering fra styregruppemødet
4. Forløbsplaner i Min Læge-app
5. Nyt i forløbsplaner
6. Drøftelse af udviklingsønsker
7. Opsamling på opgaver og nyt fra projektet
8. Eventuelt

Referat:

1 Velkomst og æbleskiver v. Henrik

Henrik byder velkommen og præsenterer dagsordenen.

2 Forløbsplaner fremadrettet v. Henrik

Henrik fremlægger udfordringer og løsninger, samt hvordan Klinikens cockpit kan bidrage til løsning på det. Der bliver flere 65+ årige der kræver mere behandling og generelt flere ældre. Samtidig med at der er kommet 7% færre læger i almen praksis. Lægerne får altså flere patienter der kræver mere behandling, mens der er færre læger til at behandle dem. Trivselsundersøgelse viser at trivslen blandt læger i almen praksis ikke er blevet bedre hvorfor der skal ændringer til. Der er ikke ét problem, men et kompleks af strukturelle udfordringer. Løsningen kan være at udnytte kapaciteten bedre, dvs. prøve at få noget it til bedre at understøtte lægernes arbejde.

Klinikens cockpit er en naturlig delmængde af lægesystemet og en forlængelse af forløbsplaner. Lægerne vil gerne spare tid, have hurtigere adgang til data og adgang til flere og mere komplette patientlister end dem der er i forløbsplaner. De to projekter kan/skal spare med hinanden om et fælles mål.

Slide 13 om det digitale landkort præsenteres af Henrik. Et samlet patientoverblik er et nationalt initiativ, hvor digitale løsninger skal kunne forbedre koordinering, samarbejde og overblik for patienter, pårørende og sundhedspersonale. De tre overskrifter i samlet patientoverblik er; Aftaleoversigt, fælles stamkort og planer og mål (mål findes allerede i forløbsplaner). Mål kommer til at være tværsektorielt og kommer til at indgå i cockpitet. Samblik multimorbiditet præsenteres, hvor en infrastruktur skal gøre at man får samme patientoverblik på tværs af sektorer. Det er noget vi skal lade os inspirere af samblik er et forskningsprojekt, og de vil gerne dele ud af viden og erfaringer.

Samlet set vil man lave en optimering af lægernes tid.

Vi har i cockpitet et patientfokus og et populationsfokus, hvor der ikke er rammer for hvilke diagnoser man må beskæftige sig med. I forløbsplanerne er arbejdet afgrænset af de diagnoser der indgår og af de inkluderede patienter.

Slide 17 præsenteres. Det diskuteres om det er patientoverblik eller populationsoverblik, der skal laves profiler på først.

Ét tredje ben præsenteres, hvor kalender ligeledes er noget man kan have fokus på i cockpitet. Kalenderfunktionen er central for en klinik, så man er meget opmærksom på at have styr på kalenderen, da den kan hjælpe med noget organisering og planlægning.

Astrid: jeg tror det bliver for besværligt, da mange patienter har ønsker om tidspunkter.

Ane: Det vi har oplevet er, at når man sender tider ud et år forinden, så tilpasser patienterne deres andre aftaler efter det.

Trine: Man kan ligeledes spørge patienten om de selv ønsker at booke tider eller om de bare vil have en tid tildelt et år forinden.

Henrik: Vi er klar til at tænke i nye løsninger, for hvad der kan hjælpe os i klinikken. Der skal vi ikke nødvendigvis tænke i begrænsninger, da det er en stor ting der kan hjælpe os meget.

Henrik: I klinikken må vi nu forsøge at opspore sårbare patienter. Det kan være at vi lander på et sted, hvor klinikken selv kan finde ud af hvad der definerer deres sårbare patienter. Det kunne være indlæggelser, ambulante besøg osv.
Der er på nuværende tidspunkt forskel på de forskellige lægesystemer, men nu kan vi forhåbentlig gøre det på tværs af systemerne.

Slide 20: Vi skal stadigvæk lave forløbsplaner, det vi kender fra forløbsplaner, kommer til at bo i journalsystemerne. Det kan være man skal lave forløbsplaner for de patienter det giver mening for, fremfor at det er rammestyrer, hvor det har været med fokus på aftalte diagnoser.

Under årsstatus: Overblik, en tidslinje og en genkendelighed.

Egenomsorg skal fylde mere, så patientens egne ønsker skal være en del af det, da patienterne skal have en oplevelse af at blive set og hørt. Dette skal sidestilles med lab.værdier.

Forløb kan få nogle skabeloner. Det skal være muligt automatisk at planlægge næste års forløb i praksis. Vi skal lave noget der gør at diagnosekodning bliver noget man får store fordele af.

Der er også nogle bud på om man kunne få AI til at lave notater.

Man har prøvet at lave lignende visninger, men hvor der ikke kan redigeres, ændres eller interageres med. Dette bliver ikke brugt i stor stil.

Maja: Der er meget praksispersonale der kigger på forløbsplaner, fordi man får rekommandationer uden at oprette forløbsplaner. Det kunne være fedt at få det implementeret i cockpitet, så man kunne bruge det.

Ane: Når man kører henover LDL, så ved den godt at den skal være lavere, når man har med en diabetiker at gøre.

Astrid: det kunne være superfedt, at man når en patient kommer ind, så kan man trykke personen frem og alt hans relevante data ift. konsultationen ville komme frem.

Slide 30 præsenteres, hvor et bud på populationsvisningen vises.

Der diskuteres et ønske om en fælles brugervenlighed og en ensartethed på tværs af lægesystemerne.

Lægesystemerne har lov til at have deres eget skin, men selve motoren skal være ens.

Rikke fremlægger perspektivet for forløbsplaner fremadrettet. Forløbsplanerne skal integreres i cockpitet. Vi arbejder med et 3-årigt perspektiv.
Arbejdet henimod en ny løsning skal nedbrydes

- Overblik over beslutninger, aftaler, overenskomster
- teknisk migrering – målbillede
- Organisering ift. personsammenfald
 - Fagligt
 - Styregruppe

Vi skal stadig producere forløbsplaner og driften skal opretholdes.

Antal producerede forløbsplaner er stigende.

Forløbsplaner skal vedligeholdes fagligt og samtidig moderniseres.

Rikke: Hvordan vil det give mening for jer at grupperne er organiseret på det lægefaglige?

Trine: Der kan godt være udskiftninger, men det giver måske mening at have den samme grundstamme. Fagligheden kan også hentes ind udefra.

Rikke: der har været arbejdsgrupper med et tidsbegrænset liv ift udvikling af nye forløbsplaner, hvor den kliniske brugergruppe efterfølgende holder forløbsplanerne ved lige.

Maja: Der skal arbejdes fagligt med de her profiler og så skal de overgå til nogle grupper der vedligeholder dem.

Ane: Er det nødvendigt at vi alle mødes (cockpit og forløbsplaner) eller skal der ryddes ud? Hvad er min rolle som praktiserende læge så? Vi er måske ikke repræsentative for vores kollegaer.

Trine: I den her fase hvor vi overlapper, er den her gruppe meget vigtig, så der er en brugervenlighed der virker til en læge og til patienten.

Henrik: I cockpitet er forskningsmiljø og klinikpersonale ikke repræsenteret, så der er også noget den ikke kan. Der er også usikkerhed om hvad referencegruppen skal i cockpitet, hvis det bliver mere overordnet, skal vi måske kigge på den her gruppe og sige om den ikke er god. Der skal måske flere sygeplejersker med, da de laver de fleste forløbsplaner.

Henrik: Forløbsplaner kommer nok til at fortsætte, men der er økonomi og politisk vilje, så den her gruppe har i hvert fald sin relevans.

Maja: Jeg tror at implementeringen tager tid, men der de er begyndt at lave forløbsplaner fordi de har fundet ud af at det er et godt værktøj.

Rikke: Vi skal finde den løsning der giver bedst mening fagligt og for patienterne, og så må vi finde rammerne for økonomien.

3 Orientering fra styregruppemødet v. Rikke

Rikke præsenterer slide om orientering fra styregruppen.

3.1 Forløbsplanens formål

Ingen diskussion/input – se slides

3.2 Den tekniske løsning

Maja: Koden for forløbsplanerne bliver udfordret fordi den er udviklet i 2016 og den trænger også til at blive opdateret. Dette vil gælde for alle IT-projekter.

Rikke: Vi har svært ved at skrue på løsningen uden at noget går i stykker. Det er planen at vi skal migrere over i den løsning der udvikles i cockpitet. Vi skal vedligeholde forløbsplaner, men med alle udviklingstiltag vil vi i teknikgruppen være omhyggelige med at vælge udvikling der ikke indebærer risiko for vores drift.

Maja: Vi laver altså ikke nyt ting, nye tiltag eller nye funktionaliteter. Forløbsplaner skal gøre det de gør nu men ikke mere. Fagligt skal vi arbejde videre så planerne er opdaterede. Og så er der igangværende udviklingstiltag som fx det med henvisninger, hvor det er smart at det ligger i forløbsplaner.

Rikke: Vi vurderer de ønsker der kommer, men vi kommer til at prioritere hårdere.

3.3 Patientbrugergruppen

Ingen diskussion/input – se slides

3.4 Henvisning til teleKOL

Ane: Jeg mener ikke det hører hjemme hos os.

Henrik: Hvis vi har relevante patienter, skal vi henvise dem,

Rikke: Selvom AP er forpligtet til at henvise til teleKOL er det er ikke nødvendigvis noget der skal løftes af forløbsplaner. Styregruppen vil drøfte andre muligheder.

4 Forløbsplaner i Min Læge-app nyt siden sidst v. Rikke

Der ligger de tre forløbsplaner og kend dit blodsukker, men vi har ikke statistik på hvor mange der bruger det.

Astrid: Man kan tilsyneladende ikke få lov til at komme ind på min læge appen, når man er i udlandet (melding fra en patient). Rikke vil undersøge det.

5 Nyt i forløbsplaner v. Maja

Maja præsenterer nyt i forløbsplaner på baggrund af slides

Der kom en ny release ud 13/12 2023 (6.3.0) – releaseprocedurerne er ændret til dockerrelease, som minimerer de manuelle processer og dermed risikoen for fejl i releaseprocessen.

Alternativ barometervisning - skemaform er lavet og kommer ud i 2024

Alle der har en T93 diagnose, er med i hyperkolersterolæmi listen.

Astrid: hvad med dem der ikke kan tåle statiner?

Maja: Det er en form for behandling og stillingstagen til det, så det har vi ikke inkluderet i listen.

Der er et ønske om en rød prik som indikerer fravalg af statin eller at statin ikke tåles.

6 Drøftelse af udviklingsønsker v. alle

Opdatering af KOL-formular, patientliste og overbliksgrafer. KOL blev udviklet som den første forløbsplan og trænger nu til en grundig opdatering.

-

Der er patienter der ønsker at få fodstatus og øjenstatus med i deres forløbsplaner. Det kunne give mening at få dato for sidste undersøgelse med men det vurderes at fod/øjenstatus er vanskelig at forstå, og derfor ikke relevant indhold i planen. Hvis man ønsker forklaring på det, skal man selv henvende sig til øjenlæge.

7 Opsamling på opgaver og nyt fra projektet v. Rikke

Rikke fortæller om opsamling på opgaver og nyt fra projektet. Se slides.

8 Evt.

Datoer for møder i 2024:

Opdatering følger

Tak til Mie!