

Generel kommentar:

RH:

- Generelt bemærkes det, at flere af forretningsreglerne, såfremt de godkendes, vil resultere i krav til ændringer i den måde der deles PRO- og måledata i Re-gion Hovedstaden. Hvis kravene giver udslag til ændringsønsker i Sundheds-plattformen, som kræver udvikling hos Epic, vil denne udvikling typisk tage op til 18 måneder efter færdigspecificering af ændringsønskerne. Det anbefales derfor hurtigst muligt at igangsætte en analyse af hvilke ændringer, der skal laves.
- Det bemærkes opsummerende, at forretningsreglerne lyder fornuftige, men at platformen omkring dem, ikke er modnet til at håndtere indholdet af dem på nuværende tidspunkt. Det anbefales derfor, at man laver en opfølgning på høringen og undersøger, hvad der konkret skal til for at blive klar til at understøtte forretningsreglerne samt udforme en tidsplan for at nå i mål med dette.

Forretningsregler for PRO:

Id	Forretningsregel	Beskrivelse	Høringssvar
#PRO-01	En organisation der indsamler spørgeskemabesvarelser fra borgere skal tage stilling til om spørgeskemabesvarelserne skal godkendes af en sundhedsperson før de afleveres til KIH XDS repositoret.	De fleste systemer afleverer borgerens spørgeskemabesvarelse til KIH XDS repositoret uden godkendelse af en sundhedsperson. Se også forretningsregel #PRO-02.	RSD(#PRO-01, #MÅL-01): Hvad er sammenhængen mellem punkt #1 og punkt #2? Hvis man ikke vælger sundhedsperson godkendelse hvad betyder det så ift. #2. Her ser det ud til at der kræves en sundhedspersons godkendelse før det frigives. Eller kan det ske ved borgerens godkendelse? Det er ikke helt tydeligt. Derudover vil vi gerne være helt skarpe på, om #2 betyder at vi SKAL hente data hvert kvarter, så vi sikrer dette? SynLab (#PRO-01, #MÅL-01): Det er vigtigt for vores arbejdsgang at sundhedspersonen ikke skal ind og godkende borgerens besvarelse – så længe det er muligt for os at vælge er det fint. KL (#PRO-01, #MÅL-01): I forhold til forretningsregel (PRO-01) er vi enige i kommentaren om, at data kan afleveres til KIH uden godkendelse af sundhedsperson. Der er dog brug for, at det fremgår, hvorvidt der er et krav om, at borgerne skal give samtykke til, at deres data afleveres til KIH. Det kan også handle om, at der er behov for at skulle imødekomme borger, som fortryder det og efterfølgende ønsker, at deres data trækkes tilbage fra KIH/slettes (PRO-03). KL har ellers ikke andre bemærkninger og imødeser kommunernes adgang til at aflevere og hente måledata fra KIH. AmbuFlex (#PRO-01): I tråd med den generelle udvikling indenfor adgang til egne data er vores beslutning, at borgerne har ret til at kunne tilgå egne sundhedsdata. I AmbuFlex skal besvarelser derfor ikke godkendes, før de kan afleveres til KIH. Forretningsreglen kunne med fordel afklares på nationalt plan, så der er ens vilkår for patienterne uanset system. RH (#PRO-01 og #MÅL-01): - Denne regel er ikke formuleret som en forretningsregel. Det foreslås, at forretningsreglen er, at indberetning/aflevering skal respektere eventuelle krav. - Det er vigtigt at standarderne rummer tydelig markering af hvorvidt data er kliniske valideret eller ej, da dette kan være relevant i anvendelsesscenarierne. - Skal klinisk valideret data håndteres/vægtes anderledes end data der ikke har været forbi sundhedspersoner?
#PRO-02	Aflevering af en borgers spørgeskemabesvarelse skal forgå tidstro. Med tidstro menes der senest 15 minutter efter at borgeren eller en sundhedsperson har godkendt spørgeskemabesvarelsen.	Denne forretningsregel vil bidrage til at borgerens spørgeskemabesvarelsen kan hentes og vises umiddelbart efter den er godkendt. F.eks. vil borgeren kunne se sin egen spørgeskemabesvarelse på Sundhed.dk og et spørgeskema som udfyldes, før en	RSD (#PRO-02, #MÅL-02): Hvad er sammenhængen mellem punkt #1 og punkt #2? Hvis man ikke vælger sundhedsperson godkendelse hvad betyder det så ift. #2. Her ser det ud til at der kræves en sundhedspersons godkendelse før det frigives. Eller kan det ske ved borgerens godkendelse? Det er ikke helt tydeligt. Derudover vil vi gerne være helt skarpe på, om #2 betyder at vi SKAL hente data hvert kvarter, så vi sikrer dette?

		ambulant kontrol, vil også være tilgængeligt for de behandlende sundhedspersoner.	FUT + Systematic (#PRO-02, #MÅL-02): Til forretningsreglens krav om tidstro dokumentregistrering må skulle indarbejdes formulering, der undtager scenarier, hvor involverede proxy'ere og komponenter i national dokumentdelingsinfrastruktur er utilgængelige, overbebyrdede el. lign. I regi af PRO er proxy'ere og komponenter hhv. KIHs validerende proxy, KIH XDS Repository, validerende proxy for XDS Registry, XDS Registry mm. SynLab (#PRO-02, #MÅL-02): I daglig drift vil det blive håndteret tidstro, men hvordan håndteres data som ikke er leveret tidstro i tilfælde af f.eks. servicevinduer med nedetid eller nedbrud (i enten afsender- eller modtagerenden)? Vores forslag vil være at data bliver sendt når systemet igen er tilgængeligt, men er der behov for en eksplicit registrering af at data er indberettet på bagkant? AmbuFlex (#PRO-02): Opbakning til forretningsreglen, da det vil gøre det nemmere at bruge oplysninger i tværsektorielle forløb. I dag er vores løsning i AmbuFlex sat op til at aflevere én gang i døgnet. Men det forventes ikke at være en teknisk udfordring at gøre det hvert 15. minut. RH (#PRO-02 og #MÅL-02): Det bemærkes, at det vil være en udfordring, hvis PRO- eller Målings-data skal "godkendes" inden afsendelse. Der stilles krav til PRO- og målingsløsningerne om at besvarelser først generes og sendes når de er "helt klar" – hvilket jf. forretningsregel 01, kan afhænge af om der er krav til godkendelse af sundhedspersoner. Muligvis skal systemerne derfor virke forskelligt fra skema-til-skema eller måling-til-måling, hvilket øger kompleksiteten.
#PRO-03	Et lokalt fagsystem, der henter og viser spørgeskemabesvarelser, skal kunne hente og vise aktive og ugyldiggjorte spørgeskemabesvarelser. Spørgeskemabesvarelser der er ugyldiggjorte, skal være tydeligt markeret.	Oplysning om ugyldiggjorte spørgeskemabesvarelser kan have relevans for borgeren og sundhedspersoner.	RSD(#PRO-03, #MÅL-03): HVORFOR skal vi kunne hente og vise <u>ugyldiggjorte</u> spørgeskemabesvarelser. Hvis en organisation har ugyldiggjort et skema – bør vi så kunne fremsøge og hente det? Der troede vi netop det burde gøres utilgængeligt for andre? FUT + Systematic (#PRO-03, #MÅL-03): Ugyldiggjorte dokumentmetadata har samme status (Deprecated) når dokumentet er trukket tilbage pga. fejl og når dokumentet er ønsket fjernet af borger. Opslag på dokumentmetadata er teknisk muligt med deprecated status som søgeparameter. Det er op til dokumentanvender hvorvidt denne mulighed udstilles for borger og/eller medarbejder, men derved kan dokumentmetadata om dokument, borger har ønsket fjernet (og forventet ikke længere værende tilgængeligt) fremsøges. Det kan let opfattes af borger som om ønsket ikke honoreres. SynLab (#PRO-03, #MÅL-03): Måske ikke direkte relateret, men hvordan håndteres "Right to be forgotten" i KIH? Vi har som datakilde ikke andre håndtag end ugyldiggørelse af skemaer til at "skjule" skemaer i KIH da vi ikke kan få lov at slette, så tanken har fra vores side været at ugyldiggøre skemaer når borgere har ønsket sletning af data – Det kan dog skabe noget forvirring for borgere hvis de kan se data som de har bedt om at få slettet. - Hvordan er det tiltænkt at disse sager håndteres i KIH-regi? - Skal invalidering af skema også være tidstro? (Som i PRO-2/MÅL-2) RH (#PRO-03): - Det bemærkes at der ved denne forretningsregel er en alvorlig konflikt. Det er korrekt at ugyldiggjorte spørgeskemabesvarelser kan indgå i historik og kan fremsøges. Men det fungerer ikke, hvis patienten har behov for at få slettet et dokument pga. beskyttelseshensyn. Så skal attri-buten Confidentiality Code aktiveres, så man ikke kun kan svare "Normal". - Under dette punkt ligger ligeledes diskussionen om, hvilken grad af sy-stemforvaltningssupport, der skal ligge nationalt, fællesregionalt eller lokalt hos de enkelte brugerorganisationer. - Det bemærkes yderligere, at krav til visningen af ugyldiggjorte spørgeskemaer og målinger, giver værdi såfremt at disse er tidligere versioner af godkendte skemaer. Dette stiller dog store krav til sporbarheden i forhold hvad der er ændret imellem versionerne.

			- Data, der er resultatet af forskellige spørgeskemaspørgsmål, kan virke sammenlignelige på overfladen – men forskellen på spørgsmålenes formulering kan introducere risici, hvis man sammenligner besvarelser. - PRO- og Måledata der er ugyldiggjorte, fordi de var forkerte eller indeholdt fejl (f.eks. fremgik på den forkerte borger), bør ikke vises på grænsefladerne. Som det fremgår af først punkt under denne forretningsregel, bør det fremgå af definitionerne (f.eks. ved at benytte Confidentiality code).
#PRO-04	Et lokalt fagsystem, der henter spørgeskemabesvarelser, i en version af standarden, som fagsystemet ikke understøtter, skal kunne vise indholdet af den narrative tekst.	Spørgeskemabesvarelserne i KIH XDS repositoriet opbevares i 10 år og det forventes at der med tiden vil komme nye versioner af spørgeskemastandarden. Forretningsreglen vil sikre at en borgers besvarelser altid kan vises.	SynLab (#PRO-04, #MÅL-04): Hvad menes med ”narrative tekst” – det begreb har vi ikke haft fremme før. RH (#PRO-04 og #MÅL-04): - Ligger der i denne forretningsregel en forpligtigelse til at kunne hente de formidlede besvarelser (QRD), skal man kunne hente alle besvarelser eller kan vi vælge kun at hente de besvarelser, hvor vi selv har implementeret spørgeskemadefinitionen (QFDD), eller hvordan skal det foregå? - Sundhedsplatformen har i dag ikke implementeret hverken ’hent’ eller ’vis’, men det er i princippet fint, at man kan nøjes med at vise narrativ. - Det bør fremgå hvorvidt der stilles krav om at et fagsystem kan fremvise spørgeskemabesvarelser hvis spørgeskemaer aldrig har været implementeret i fagsystemet. - Mængden og størrelsen af ændringer til PRO- og målingsskabeloner kan have stor indvirkning på, hvad det kræver at understøtte de beskrevne forretningsregler. - Vil der være begrænsning på hvor meget skabelonerne kan ændres over en 10-årsperiode? - Hvis der er foretaget store ændringer, kan den kliniske værdi af at sammenligne på tværs af ældre versioner være reduceret.
#PRO-05	Udarbejdelse af en spørgeskemadefinition, baseret på MedCom’s standard, kan ske maskinelt eller manuelt.	I dag udarbejdes spørgeskemadefinitioner manuelt. Med tiden forventes at flere spørgeskemadefinitioner vil blive udarbejdet maskinelt.	RH (#PRO-05): Hvilken relevans har denne forretningsregel, hvis både maskinel og manuel udarbejdelse er tilladt? Er der andre metoder til udarbejdelse?
#PRO-06	Organisationer der udarbejder spørgeskemadefinitioner baseret på MedCom’s standard skal testes og certificeres.	Den organisation som er test og certificeret til at udarbejde spørgeskemadefinitioner skal sikre at forretningsreglen overholdes.	FUT + Systematic: Forretningsreglen eller kommentar bør uddybe, hvad der skal testes/testes for. Er det certificering af, at MedComs standard overholdes? Indebærer certificeringen at der kan skabes en fuld PRO-pakke for spørgeskemadefinitionen? Nuværende kommentar synes at have stort set samme indhold som reglen og er ikke meget bevendt. AmbuFlex (#PRO-06): Vi efterspørger information om testens indhold. RH (#PRO-06): Denne er ligesom #PRO-01 ikke formuleret som en forretningsregel, men vedrører governance.
#PRO-07	Dokumenter med spørgeskemabesvarelse, baseret på MedCom’s standard, skal indeholde en LPR3 forløbslabel.	Denne forretningsregel vil bidrage til at anvendelse systemer kan fremsøge og sammenstille spørgeskemabesvarelser for KOL, diabetes mfl. Desuden vil LPR3 forløbslabelen bidrage til at kunne monitorere udbredelsen og ibrugtagningen. Bemærk at indsætning af en LPR3 forløbslabel i dokumentet ikke forudsætter at LPR3 er indført i organisationen.	FAPS (#PRO-07, #MÅL-05): Forretningsregel PRO-07 og MÅL-05 omkring LPR3 forløbslabel er ikke noget, der kan leveres fra Web-patient, det PRO system der anvendes i speciallægepraksis. Da Web-patient ikke er en direkte del af journalsystemet, men fungerer som et system ved siden af, indeholder Webpatient ikke journaldata. Et krav om LPR3 forløbslabel, vil betyde at den enkelte speciallæge selv skal sætte det på i forbindelse med rekvirering af et PRO-skema. Det er ikke ekstra registrering, vi ønsker at pålægge lægerne. Vi kan desuden oplyse, at det er forventningen at diagnosekoder fra speciallægepraksis i løbet af de kommende måneder vil blive videregivet til Sundhedsdatastyrelsens register for speciallægepraksis. Hvis man ønsker en kobling af diagnosekoder og PRO/måledata kan man fx arbejde med det i regi af arbejdsgruppen for Bedre brug af data for det nære sundhedsvæsen. FUT + Systematic (#PRO-07):

			- Gældende profil, DK-QRD-v1.3, af spørgeskemabesvarelse anfører ikke placering af forløbslabel. Forløbslabel er fundet beskrevet i CPD-DK v2.0.0, men ikke i QRD. FUT + Systematic (#PRO-07, #MÅL-05): - Udfaldsrummet for forløbslabels i XDS-metadata (i fanen DK_IHE_EventCodeLists_DE) dækker ikke alle forløbslabels defineret i LPR-indberetningsvejledningen. Bør der ikke være identiske udfaldsrum? Referencer: https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/IHE/OID/DK-IHE_Metadata-Common_Code_systems-Value_sets.xlsx https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/patientregistrering/lpr_indberetningsvejledninger/lpr_indberetningsvejledning_v,-d-,4,-d-,0.pdf - PRO og måldata kan indsendes til KIH i regi af sundhedsloven eller i regi uden for sundhedsloven (fx i regi af serviceloven). Definitionen af forløbslabel omfatter alene helbredsforløb, der dermed ikke er dækkende for brug af KIH uden for sundhedsloven. Hvis forløbslabel skal være påkrævet i CDA-dokument og XDS dokumentmetadata, da skal findes måde at inkludere denne brug. Skal der alternativt for PRO og måldata gælde en forretningsregel om forløbslabel med LPR-udfaldsrum eller anden label med andet udfaldsrum? - For systemer/organisationer, der ikke allerede har indført LPR3 er der udfordring i udvælgelse af forløbslabel. Afgørelse af de specifikke forløbslabels kan være lige så udfordrende som valg af forløbslabel "Andre forløb" (kode ALAL90). Bør der ikke være en forløbslabel for "ikke bestemt"? Alternativt at gøre forløbslabel valgfrit i CDA-dokument og XDS metadata på formen "krævet hvis kendt". - LPR-indberetningsvejledningen indeholder beskrivelse af forløbslabels i afsnit 4.1.7. I afsnit 4.1.7.1.1 og 4.1.7.3 behandles situationer, hvor der skal ændres forløbslabels. Er tilsvarende håndtering af situationer og ændring af forløbslabel krævet i PRO-sammenhæng? - Et system kan operere med flere aktiviteter samlet under et forløb, hvor aktiviteterne er koblet til lokal, finere granulering af diagnoser/forløbslabels. Der er bekymring for om PRO og måling indsendt til KIH ved brug af én, overordnet forløbslabel vil kunne fremstå forkert (for dokumentanvendere). Er modellen med én forløbslabel valgt på bekostning af mulighed for anførelse af et antal fin-granulerede labels? - Et system kan operere med lokale, finere granulerede forløbslabels, der vises i brugergrænseflade og mappes til LPR3 forløbslabel ifm. PRO og måling indsendt til KIH. I forbindelse med end-2-end test (på glaspladen) af hvilke data, der vises i brugergrænseflade for dokumentkilde, og tilsvarende data vist i dokumentanvender vil der da være forskel. Testprotokol for end-2-end test accepterer vel sådanne potentielle forskelle? SynLab (#PRO-07, #MÅL-05): Hvad er LPR3? Det er ikke noget der tidligere har været nævnt under pilotprojekter, test og certicering så vi er lidt i tvivl om hvad det her er og hvor det kommer fra? AmbuFlex (#PRO-07): Det skal være muligt at tage højde for, at det kan tænkes, at en PRO-løsning kan blive brugt til mere end én LPR3 forløbskode. RH (#PRO-07 og #MÅL-05): Forløbslabel er en god idé, men problemet er, at det er vanskeligt for Sundhedsplatformen at sørge for at disse dataelementer bliver en naturlig del af trafikken på Epic udadgående interfaces.
--	--	--	--

			- Det bemærkes yderligere, at det giver god mening at dokumentere ved at spørgeskemabesvarelser eller måledata opmærkes med forløbslabel, men hvilken forløbslabel er relevant? Er det forløbslabel der svarer til det forløb, som et spørgeskema er sendt ud i relation til? - Det kan på sigt blive relevant at opmærke data på lavere niveau end dokumentniveau. F.eks. vil et spørgeskema til gravide – PRO-Graviditet – bliver opmærket med forløbslabel ”graviditet, fødsel og barsel”, men vil indeholde spørgsmål der f.eks. omhandler labels som ”Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” eller ”Type 2-diabetes”. - Hvis intentionen med denne regel udelukkende er at opmærke på dokumentniveau, så kan forløbslabel indgå som del af definitionen. - Det fremgår at et dokument SKAL indeholde en LPR3-forløbslabel – men må den indeholde flere?
#?	SOR-id bør registreres på laveste organisatorisk niveau	Opmærksomhed på, at SOR-id bør registreres på så lavt organisatorisk niveau som muligt.	RSD og MedWare: Forslag stillet.

Forretningsregler for måledata:

Id	Forretningsregel	Beskrivelse	Høringssvar
#MÅL-01	En organisation der indsamler måledata fra borgere skal tage stilling til om de indsamlede måledata skal godkendes af en sundhedsperson før de afleveres til KIH XDS repositoryet.	De fleste systemer afleverer borgerens måledata til KIH XDS repositoryet uden godkendelse af en sundhedsperson. Se også forretningsregel #02.	RSD: Hvad er sammenhængen mellem punkt #1 og punkt #2? Hvis man ikke vælger sundhedsperson godkendelse hvad betyder det så ift. #2. Her ser det ud til at der kræves en sundhedspersons godkendelse før det frigives. Eller kan det ske ved borgerens godkendelse? Det er ikke helt tydeligt. Derudover vil vi gerne være helt skarpe på, om #2 betyder at vi SKAL hente data hvert kvarter, så vi sikrer dette? Telma: Telma (som organisation) har taget stilling til dette og sender først målingen til FUT (KIH) når medarbejderen kvitterer i Telma SynLab (#PRO-01, #MÅL-01): Det er vigtigt for vores arbejdsgang at sundhedspersonen ikke skal ind og godkende borgerens besvarelse – så længe det er muligt for os at vælge er det fint. RH (#PRO-01 og #MÅL-01): - Denne regel er ikke formuleret som en forretningsregel. Det foreslås, at forretningsreglen er, at indberetning/aflevering skal respektere eventuelle krav. - Det er vigtigt at standarderne rummer tydelig markering af hvorvidt data er kliniske valideret eller ej, da dette kan være relevant i anvendelsesscenarierne. - Skal klinisk valideret data håndteres/vægtes anderledes end data der ikke har været forbi sundhedspersoner?
#MÅL-02	Aflevering af en borgers måledata skal forgå tidstro. Med tidstro menes der senest 15 minutter efter at borgeren eller en sundhedsperson har godkendt de registrerede måledata.	Denne forretningsregel vil bidrage til at borgerens måledata kan hentes og vises umiddelbart efter de er godkendt. F.eks. vil borgeren kunne se sine egne måledata på Sundhed.dk og måledata der indtastes, før en ambulant kontrol, vil også være tilgængeligt for de behandlende sundhedspersoner.	RSD (#PRO-02, #MÅL-02): Hvad er sammenhængen mellem punkt #1 og punkt #2? Hvis man ikke vælger sundhedsperson godkendelse hvad betyder det så ift. #2. Her ser det ud til at der kræves en sundhedspersons godkendelse før det frigives. Eller kan det ske ved borgerens godkendelse? Det er ikke helt tydeligt. Derudover vil vi gerne være helt skarpe på, om #2 betyder at vi SKAL hente data hvert kvarter, så vi sikrer dette? Telma: Målingen sendes til FUT når medarbejderen kvitterer, Telma kan ikke sige noget om hvornår FUT sender dokumentet til KIH samt hvornår målingen er tilgængelig i andre systemer, som fx sundhed.dk FUT + Systematic (#PRO-02, #MÅL-02): Til forretningsreglens krav om tidstro dokumentregistrering må skulle indarbejdes formulering, der undtager scenarier, hvor involverede proxy'ere og komponenter i national dokumentdelingsinfrastruktur er utilgængelige, overbebyrdede el. lign. I regi af PRO er proxy'ere og komponenter hhv. KIHs validerende proxy, KIH XDS Repository, validerende proxy for XDS Registry, XDS Registry mm. SynLab (#PRO-02, #MÅL-02): I daglig drift vil det blive håndteret tidstro, men hvordan håndteres data som ikke er leveret tidstro i tilfælde af f.eks. servicevinduer med nedetid eller nedbrud (i enten afsender- eller modtagerenden)? Vores forslag vil være at data bliver sendt når systemet igen er tilgængeligt, men er der behov for en eksplicit registrering af at data er indberettet på bagkant? RH (#PRO-02 og #MÅL-02): Det bemærkes, at det vil være en udfordring, hvis PRO- eller Målings-data skal "godkendes" inden afsendelse. Der stilles krav til PRO- og målingsløsningerne om at besvarelser først generes og sendes når de er "helt klar" – hvilket jf.

			forretningsregel 01, kan afhænge af om der er krav til godkendelse af sundhedspersoner. Muligvis skal systemerne derfor virke forskelligt fra skema-til-skema eller måling-til-måling, hvilket øger kompleksiteten.
#MÅL-03	Et lokalt fagsystem, der henter og viser måledata, skal kunne hente og vise aktive og ugyldiggjorte oplysninger. Dokumenter der er ugyldiggjorte, skal være tydeligt markeret.	Oplysning om ugyldiggjorte dokumenter kan have relevans for borgeren og sundhedspersoner.	RSD (#PRO-03, #MÅL-03): HVORFOR skal vi kunne hente og vise <u>ugyldiggjorte</u> spørgeskemabesvarelser. Hvis en organisation har ugyldiggjort et skema – bør vi så kunne fremsøge og hente det? Der troede vi netop det burde gøres utilgængeligt for andre? Telma: Telma skal være sikker på at denne regel IKKE betyder at målinger der er ugyldiggjort i Telma inden indsendelse til KIH ikke behøver at blive indsendt som ugyldig måling til KIH. Telma foreslår at reglen fjernes. FUT + Systematic (#PRO-03, #MÅL-03): Ugyldiggjorte dokumentmetadata har samme status (Deprecated) når dokumentet er trukket tilbage pga. fejl og når dokumentet er ønsket fjernet af borger. Hvis borger og medarbejder kan se dokumentmetadata om dokument, borger har ønsket fjernet (og ikke længere værende tilgængeligt), kan det vel med rimelighed opfattes af borger som om ønsket ikke honoreres. SynLab (#PRO-03, #MÅL-03): Måske ikke direkte relateret, men hvordan håndteres ”Right to be forgotten” i KIH? Vi har som datakilde ikke andre håndtag end ugyldiggørelse af skemaer til at ”skjule” skemaer i KIH da vi ikke kan få lov at slette, så tanken har fra vores side været at ugyldiggøre skemaer når borgere har ønsket sletning af data – Det kan dog skabe noget forvirring for borgere hvis de kan se data som de har bedt om at få slettet. - Hvordan er det tiltænkt at disse sager håndteres i KIH-regi? - Skal invalidering af skema også være tidstro? (Som i PRO-2/MÅL-2)
#MÅL-04	Et lokalt fagsystem, der henter måledata, i en version af standarden, som fagsystemet ikke understøtter, skal kunne vise indholdet af den narrative tekst.	Måledata i KIH XDS repositoriet opbevares i 10 år og det forventes at der med tiden vil komme nye versioner af måledatastandard. Forretningsreglen vil sikre at en borgers måledata altid kan vises.	Telma: Telma læner sig op ad FUTs generering af narrativet (genereres på baggrund af måling og tilhørende data/metadata) Telma læser ikke måledata fra KIH og har ingen planer om at gøre dette. Derfor har vi ingen indvendinger mod denne regel. SynLab (#PRO-04, #MÅL-04): Hvad menes med ”narrative tekst” – det begreb har vi ikke haft fremme før. RH (#PRO-04 og #MÅL-04): - Ligger der i denne forretningsregel en forpligtigelse til at kunne hente de formidlede besvarelser (QRD), skal man kunne hente alle besvarelser eller kan vi vælge kun at hente de besvarelser, hvor vi selv har implementeret spørgeskemadefinitionen (QFDD), eller hvordan skal det foregå? - Sundhedsplatformen har i dag ikke implementeret hverken ’hent’ eller ’vis’, men det er i princippet fint, at man kan nøjes med at vise narrativ. - Det bør fremgå hvorvidt der stilles krav om at et fagsystem kan fremvise spørgeskemabesvarelser hvis spørgeskemaer aldrig har været implementeret i fagsystemet. - Mængden og størrelsen af ændringer til PRO- og målingsskabeloner kan have stor indvirkning på, hvad det kræver at understøtte de beskrevne forretningsregler. - Vil der være begrænsning på hvor meget skabelonerne kan ændres over en 10-årsperiode? Hvis der er foretaget store ændringer, kan den kliniske værdi af at sammenligne på tværs af ældre versioner være reduceret.

#MÅL-05	Dokumenter med måledata, baseret på MedCom's standard, skal indeholde en LPR3 forløbslabel.	Denne forretningsregel vil bidrage til at anvendelse systemer kan fremsøge og sammenstille spørgeskemabesvarelser for KOL, diabetes mfl. Desuden vil LPR3 forløbslabelen bidrage til at kunne monitorere udbredelsen og ibrugtagningen.	Telma: Telma forventer at det er FUT der angiver Forløbslabel og at FUT henvender sig til Telma, hvis vi skal angive et datafelt fra Telma... FAPS (#PRO-07, #MÅL-05): Forretningsregel PRO-07 og MÅL-05 omkring LPR3 forløbslabel er ikke noget, der kan leveres fra Web-patient, det PRO system der anvendes i speciallægepraksis. Da Web-patient ikke er en direkte del af journalsystemet, men fungerer som et system ved siden af, indeholder Webpatient ikke journaldata. Et krav om LPR3 forløbslabel, vil betyde at den enkelte speciallæge selv skal sætte det på i forbindelse med rekvirering af et PRO-skema. Det er ikke ekstra registrering, vi ønsker at pålægge lægerne. Vi kan desuden oplyse, at det er forventningen at diagnosekoder fra speciallægepraksis i løbet af de kommende måneder vil blive videregivet til Sundhedsdatastyrelsens register for speciallægepraksis. Hvis man ønsker en kobling af diagnosekoder og PRO/måledata kan man fx arbejde med det i regi af arbejdsgruppen for Bedre brug af data for det nære sundhedsvæsen. FUT + Systematic (#MÅL-05): Gældende profil, DK-PHMR-v1.3, af målingsdokument anfører ikke placering af forløbslabel. Forløbslabel er fundet beskrevet i CPD-DK v2.0.0, men ikke i PHMR. - Skal problemstillingen med borger som author vs. author/assignedAuthor/representedOrganization nævnt i https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/HL7/PRO/Forretningsbehov_2022/PRO-Forretningsregler.pdf ikke fortsat adresseres? - For QRD bør indgå følgende forretningsregel, tidligere nævnt af Morten B. Rasmussen: Der må kun afleveres QRD til KIH-repo såfremt der er udgivet PRO-pakke i PRO-sek spørgeskemabanken. FUT + Systematic (#PRO-07, #MÅL-05): - Udfaldsrummet for forløbslabels i XDS-metadata (i fanen DK_IHE_EventCodeLists_DE) dækker ikke alle forløbslabels defineret i LPR-indberetningsvejledningen. Bør der ikke være identiske udfaldsrum? Referencer: https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/IHE/OID/DK-IHE_Metadata-Common_Code_systems-Value_sets.xlsx https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/patientregistrering/lpr_indberetningsvejledninger/lpr_indberetningsvejledning_v,-d-,4,-d-,0.pdf - PRO og måledata kan indsendes til KIH i regi af sundhedsloven eller i regi uden for sundhedsloven (fx i regi af serviceloven). Definitionen af forløbslabel omfatter alene helbredsforløb, der dermed ikke er dækkende for brug af KIH uden for sundhedsloven. Hvis forløbslabel skal være påkrævet i CDA-dokument og XDS dokumentmetadata, da skal findes måde at inkludere denne brug. Skal der alternativt for PRO og måledata gælde en forretningsregel om forløbslabel med LPR-udfaldsrum eller anden label med andet udfaldsrum? - For systemer/organisationer, der ikke allerede har indført LPR3 er der udfordring i udvælgelse af forløbslabel. Afgørelse af de specifikke forløbslabels kan være lige så udfordrende som valg af forløbslabel "Andre forløb" (kode ALAL90). Bør der ikke være en forløbslabel for "ikke bestemt"? Alternativt at gøre forløbslabel valgfrit i CDA-dokument og XDS metadata på formen "krævet hvis kendt". - LPR-indberetningsvejledningen indeholder beskrivelse af forløbslabels i afsnit 4.1.7. I afsnit 4.1.7.1.1 og 4.1.7.3 behandles situationer, hvor der skal ændres forløbslabels. Er tilsvarende håndtering af situationer og ændring af forløbslabel krævet i PRO-sammenhæng? - Et system kan operere med flere aktiviteter samlet under et forløb, hvor aktiviteterne er koblet til lokal, finere granulering af diagnoser/forløbslabels.
---------	--	--	--

			Der er bekymring for om PRO og måling indsendt til KIH ved brug af én, overordnet forløbslabel vil kunne fremstå forkert (for dokumentanvendere). Er modellen med én forløbslabel valgt på bekostning af mulighed for anførelse af et antal fin-granulerede labels? - Et system kan operere med lokale, finere granulerede forløbslabels, der vises i brugergrænseflade og mappes til LPR3 forløbslabel ifm. PRO og måling indsendt til KIH. I forbindelse med end-2-end test (på glaspladen) af hvilke data, der vises i brugergrænseflade for dokumentkilde, og tilsvarende data vist i dokumentanvender vil der da være forskel. Testprotokol for end-2-end test accepterer vel sådanne potentielle forskelle? SynLab (#PRO-07, #MÅL-05): Hvad er LPR3? Det er ikke noget der tidligere har været nævnt under pilotprojekter, test og certicering så vi er lidt i tvivl om hvad det her er og hvor det kommer fra? RH (#PRO-07 og #MÅL-05): Forløbslabel er en god idé, men problemet er, at det er vanskeligt for Sundhedsplatformen at sørge for at disse dataelementer bliver en naturlig del af trafikken på Epic udadgående interfaces. - Det bemærkes yderligere, at det giver god mening at dokumentere ved at spørgeskemabesvarelser eller måledata opmærkes med forløbslabel, men hvilken forløbslabel er relevant? Er det forløbslabel der svarer til det forløb, som et spørgeskema er sendt ud i relation til? - Det kan på sigt blive relevant at opmærke data på lavere niveau end dokumentniveau. F.eks. vil et spørgeskema til gravide – PRO-Graviditet – bliver opmærket med forløbslabel ”graviditet, fødsel og barsel”, men vil indeholde spørgsmål der f.eks. omhandler labels som ”Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” eller ”Type 2-diabetes”. - Hvis intentionen med denne regel udelukkende er at opmærke på dokumentniveau, så kan forløbslabel indgå som del af definitionen. - Det fremgår at et dokument SKAL indeholde en LPR3-forløbslabel – men må den indeholde flere?
#?	SOR-id bør registreres på laveste organisatorisk niveau	Opmærksomhed på, at SOR-id bør registreres på så lavt organisatorisk niveau som muligt.	RSD og MedWare: Forslag stillet.