

SP Dialogforum

MØDETIDSPUNKT

28-02-2019 17:30

MØDESTED

Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 Kbh. NV., Uddannelsescentret, Bygning 50, Mødelokale 8

MEDLEMMER

Sophie Hæstorp Andersen	
Anne Skriver Andersen	Afbud
Birger Breum	
Birgit Plough	
Christoffer Buster Reinhardt	
Ditte Gry Strange	Afbud
Gitte Fangel	Afbud
Henrik Thorup	Afbud
Iben Nielsen	
Jacob Rosenberg	
Jens Mandrup	
Kai Nørrung	
Maria Natalia Barrios Marino	
Marianne Frederik	
Martin Schepeleern	
Nina Bonnevie	
Per Eske Jensen	Afbud
Pia Kopke	
Randi Mondorf	
Susanne Poulsen	
Susie Lentz	Afbud
Svend Hartling	
Søren Thinus Just Christensen	
Anders Hedeboe Hebert	Afbud
Svend Særkjær	
Anne Kathrine Belling Sørensen	
Zenia Foskjær	
Gitte Frøsig Petersen	
Ole Erling Lærke	
Nina Sandholdt	Afbud
Line Hi Ja Wedenborg	
Kristine Sylvan Andersen	
Katja Milling Knudsen	
Annette Randløv	
Ida Hageman Pedersen	
Irene Dandanell Josephsen (referent)	

INDHOLDSLISTE

1. Velkomst
2. Status fra Taskforce for uddata v. centerdirektør Jannick Brennum, Rigshospitalet
3. Status fra Taskforce for ambulatorier og arbejdsgange v. vicedirektør, Peter Mandrup, Nordsjællands Hospital
4. Status på SP18
5. Input til den videre udvikling af SP i klinikken v. David Kovacs, leder af studenterholdet på Rigshospitalet
6. Aktuelt
7. Dagsorden til næste møde den 29. april 2019
8. Eventuelt

1. VELKOMST

VELKOMST VED SOPHIE HÆSTORP ANDERSEN

2. STATUS FRA TASKFORCE FOR UDDATA V. CENTERDIREKTØR JANNICK BRENNUM, RIGSHOSPITALET

INDSTILLING

Det indstilles:

- at sagen drøftes på baggrund af oplæg v. centerdirektør Jannick Brennum

SAGSFREMSTILLING

Forretningsudvalget besluttede på møde den 28. juni 2018 at nedsætte en taskforce, der kan finde en løsning på, hvordan der kan trækkes validerede data ud fra Sundhedsplatformen til brug for klinikere, forskning og udvikling, samt at sikre integration til de nationale kliniske databaser.

Formand for Taskforce SP Uddata centerdirektør ved Rigshospitalet Jannick Brennum præsenterer taskforcens arbejde.

BESLUTNING (REFERAT)

Jannick Brennum præsenterede taskforcens arbejde, herunder de juridiske udfordringer, der er på dataområdet i forhold til begrænsninger af adgangen til data.

Taskforcens anbefalinger blev drøftet, herunder vigtigheden af, at klinikerne involveres yderligere i udviklingsfasen af rapporter. Vicedirektørforum (VDF) arbejder videre med anbefalingerne og arbejdet med at prioritere hvilke områder, der skal afsættes til i CIMT og dataenheden i Center for Økonomi.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. SP Uddata 26.02.19 JB

3. STATUS FRA TASKFORCE FOR AMBULATORIER OG ARBEJDSGANGE V. VICEDIREKTØR, PETER MANDRUP, NORDSJÆLLANDS HOSPITAL

INDSTILLING

Det indstilles:

- at sagen drøftes på baggrund af oplæg v. vicedirektør Peter Mandrup

SAGSFREMSTILLING

Taskforce for Arbejdsgange og Ambulatorier blev nedsat i august 2018 som følge af Forretningsudvalgets beslutning på møde den 28. juni 2018 om at nedsætte en taskforce med deltagelse af klinikere, hvis opgave er at se på, hvordan der kan frigøres mere tid til patienterne i ambulatorierne og om arbejdsgangene i forhold til SP kan tilrettelægges bedre, herunder rollefordelingen i systemet. Tværgående Vicedirektørforum (VDF) har i januar 2019 afsluttet taskforcen og har overgivet leverancen til hospitalerne, som nu har ansvar for at inddrage erfaringerne i hospitalernes daglige arbejde. Vicedirektør Peter Mandrup præsenterer taskforcens arbejde.

BESLUTNING (REFERAT)

Peter Mandrup præsenterede Taskforcens idékatalog "Bedre hverdag" med gode arbejdsgange, som giver gode resultater og medarbejdertilfredshed. Taskforcens arbejde er afsluttet og det er nu op til hospitalerne selv at drive arbejdet videre. Lægesekretærernes stadig mere komplekse arbejdsopgaver blev drøftet. Behovet for vidensdeling blev drøftet.

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. SP dialogforum ambulant taskforce

4. STATUS PÅ SP18

INDSTILLING

Det indstilles

- ▮ at status på SP18 drøftes på baggrund af oplæg fra vicedirektør i CIMT, Pia Kopke og hospitalsdirektør/formand for styregruppen for SP18, Anne Jastrup.

SAGSFREMSTILLING

Pia Kopke og Anne Jastrup giver status på opgraderingen til SP18, herunder

- ▮ Hypercare og fejlrettelser
- ▮ Status på medicinforbedringer

BESLUTNING (REFERAT)

Pia Kopke gav status på LPR3 og opgraderingen til SP18, herunder hvordan den brugerrettede kommunikation er blevet håndteret. Perioden med øget support forlænges, herunder hospitalernes løbende indmelding af sager og prioritering af de væsentligste ændringsønsker.

Marianne From fra CIMT gav status på forbedringer på medicinområdet indtil nu og de medicinforbedringer, som er planlagt i resten af 2019.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. 190228_oplæg til SP Dialogforum ang. LPR3 og SP18

5. INPUT TIL DEN VIDERE UDVIKLING AF SP I KLINIKKEN V. DAVID KOVACS, LEDER AF STUDENTERHOLDET PÅ RIGSHOSPITALET

INDSTILLING

Det indstilles:

- at sagen drøftes på baggrund af oplæg ved David Kovacs, leder af studenterholdet på Rigshospitalet

SAGSFREMSTILLING

På møde i SP Dialogforum den 20. september 2018 blev det foreslået løbende at invitere eksterne deltagere på besøg med det formål at lytte til aktuelle udfordringer med systemet og få en konstruktiv dialog om udfordringer og udviklingsmuligheder.

BESLUTNING (REFERAT)

David Kovacs præsenterede studenterholdets opbygning og arbejde, herunder behovet for at fastholde de mange gode kompetencer i studenterholdet.

Samarbejdet med CIMT og platform for vidensdeling og innovationskultur omkring SP blev drøftet.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. SP-dialogforum-with-notes

6. AKTUELT

INDSTILLING

Det indstilles:

- ▮ at aktuelle sager drøftes.

SAGSFREMSTILLING

BESLUTNING (REFERAT)

På grund af tidsmangel blev punktet ikke drøftet.

7. DAGSORDEN TIL NÆSTE MØDE DEN 29. APRIL 2019

INDSTILLING

Det indstilles:

- ▮ at SP Dialogforum drøfter ønsker til dagsorden til næste møde.

SAGSFREMSTILLING

Der er følgende punkter til de kommende møder i SP Dialogforum

- ▮ Status på integration til infusionspumper
- ▮ Palle Beck Miliam præsenterer sit syn på udfordringer med SP - punktet blev udskudt på mødet den 12. december 2018.

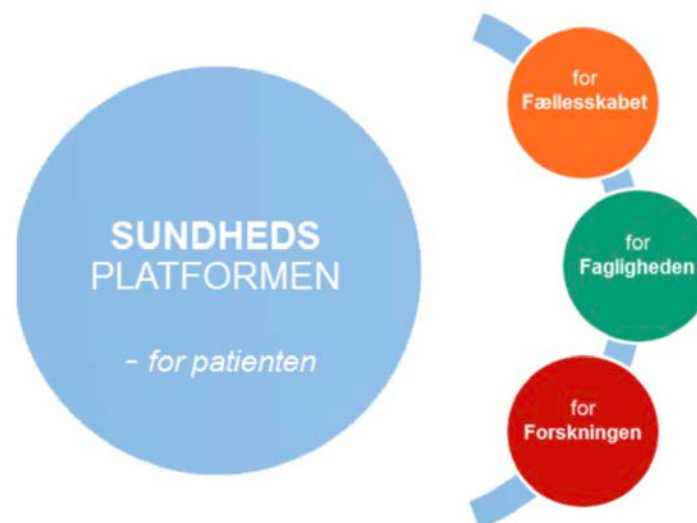
BESLUTNING (REFERAT)

Der var enighed om ovenstående punkter samt evt. besøg af Ekspertrådets formand, Lilian Mogensen, på mødet den 29. april eller den 24. juni.

8. EVENTUELT

EVENTUELT
Intet at bemærke

Taskforce rapport
SP-Uddata for klinikere & forskere



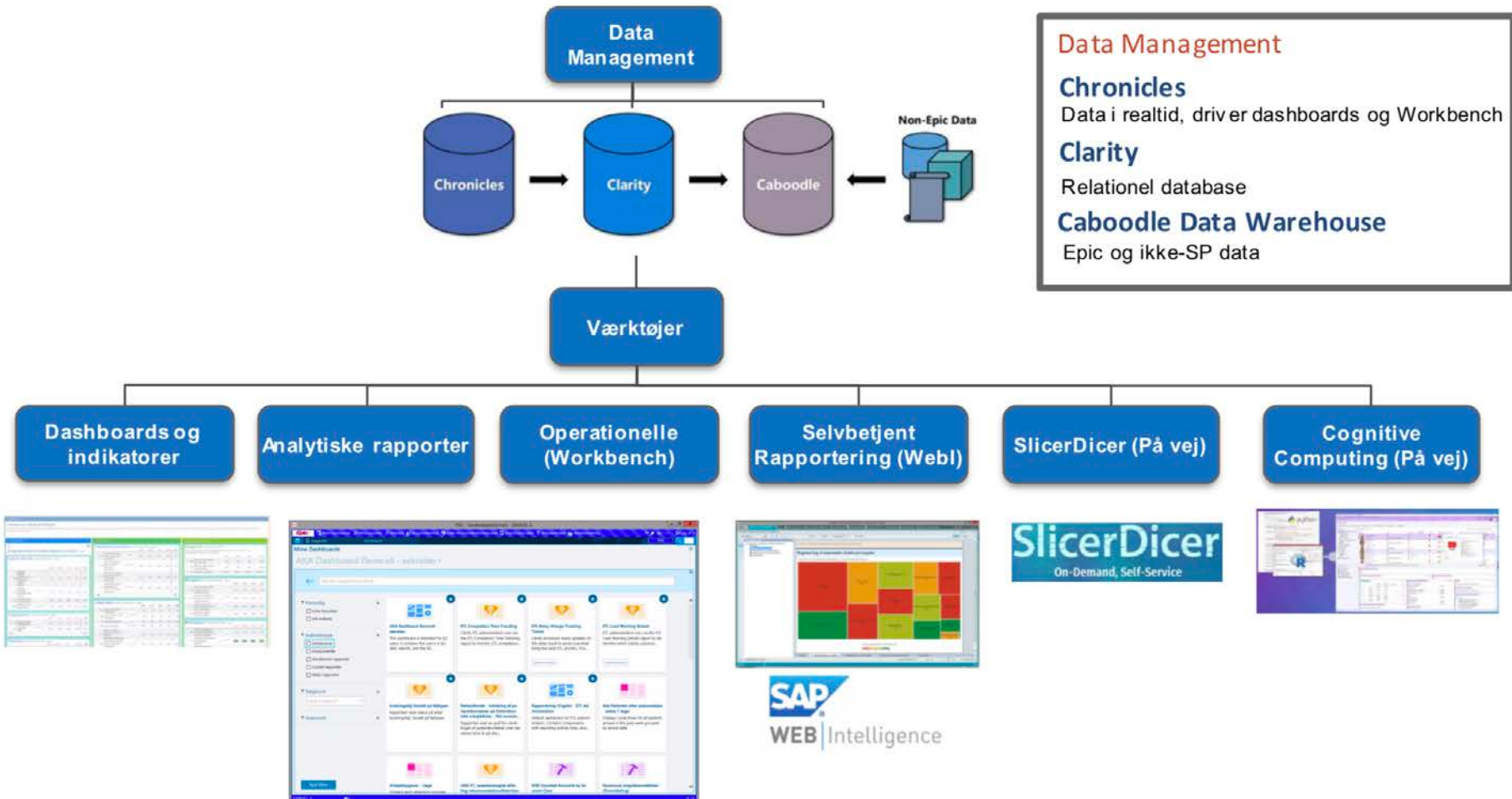
Jannick Brennum
Rigshospitalet

Fakta omkring Rapporteringsinstansen

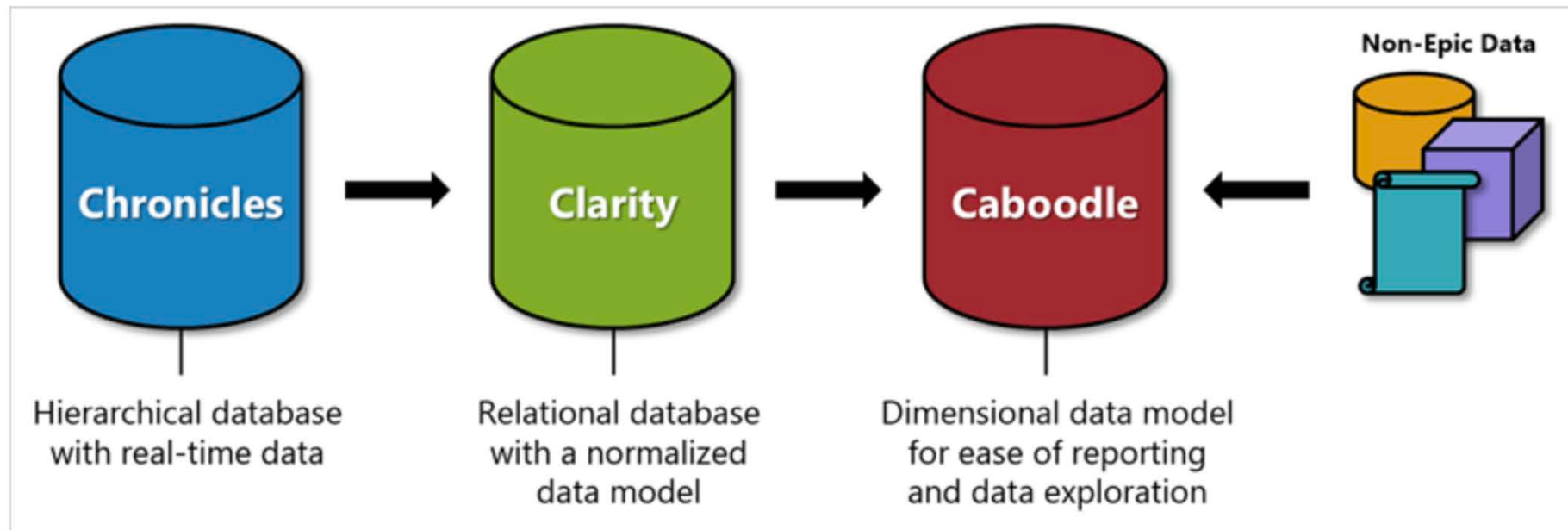
- 21.000 Tabeller defineret af EPIC
- 11.790 Tabeller udtrukket af SP
- 8.978 Tabeller indeholder p.t data
- 1.745 Tabeller data der løbende opdateres
 - Resten er kategoritabeller og stamdata der sjældent opdateres men ofte anvendes for at oversætte fra en nøgle til en display værdi
- 144.058.727.344 rækker data
- 5.641.080 MB/5.641 GB/5.6 TB (med compression)
- 171 tabeller indeholder over 50 mio rækker hver.
- 55.957.876.834 i den største tabel (adgangs log)
- 1.485.639.435 i den største tabel med "patientrelaterede" data



Præsentationsværktøjer til data



Datakilder i Sundhedsplatformen



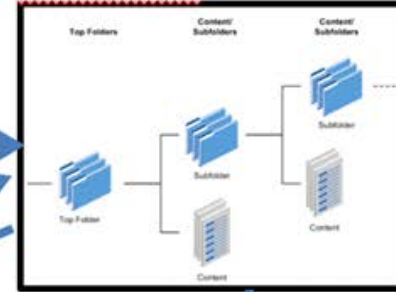
Disposition fra formandskab

- Hvad er muligt?
- Hvad har klinikere og forskere brug for?
- Hvad er lovligt?

Monitor mm.



Chronicles



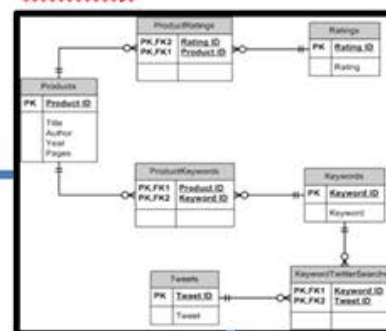
SP brugerflade



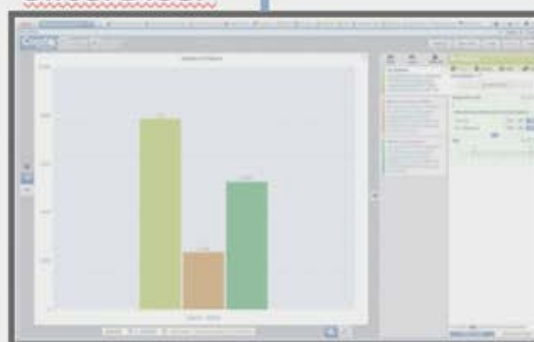
Rapport



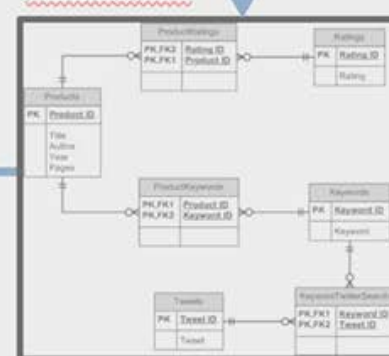
Clarity



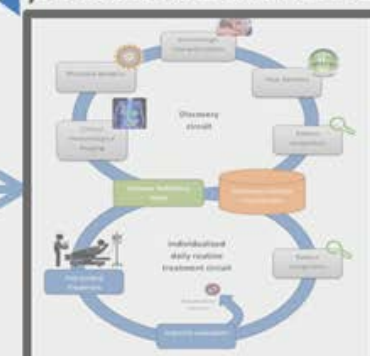
SlicerDicer



Caboodle



Østdansk Datacenter



1. Rollematrix

- 1.1. At de restriktioner, der af juridiske grunde er implementeret i SP, revurderes. Alle brugeres adgang til data logges. Man kunne i en række situationer overveje at erstatte en blokade med en advarsel, men undlade at hindre dataadgang.
- 1.2. At rollematrix opdateres og implementeres så den er tidssvarende i forhold til lovgivning, særligt med fokus på kvalitets- og forskningsarbejde.
- 1.3. Der skal findes en let anvendelig løsning for medarbejdere der har flere roller. Aktuelt skal de bruge forskellige log-in afhængigt af de adgange de har brug for (kliniker, forsker, direktør mm.). Det skal undersøges om dette kan samles til én personlig profil med samme adgang eller om der let kan skiftes mellem adgange uden at skulle logge helt ud af system og logge ind med ny adgang.
- 1.4. Koblingen mellem virtuelle universer og rollematrix ophæves og rollematrix specifikt definerer den enkelte brugers adgang til data og rapporter, samt rettigheder til eksport af data.
- 1.5. At det vurderes om dataadgang i forhold til rollematrix er for begrænsede, eksempelvis for sekretærer. Med en bredere dataadgang vil de bedre kunne understøtte de sundhedsfaglige medarbejders arbejde. Dette kunne eksempelvis være i forbindelse med fremsøgning af data til kvalitetsarbejde og forskningsbrug.

2. Patientønsket datarestriktion

- 2.1. At der udvikles automatiseret kontrol af om patienter har givet udtryk for, at de ikke ønsker at deres journaldata benyttes til kvalitetsarbejde og læring. Dette bør fungere således, at disse patienters data automatisk ikke kommer med i træk, men at der blot angives hvor mange patienters data der er udeladt pga. patientens ønske om, at data ikke må bruges.

1. Caboodle & SlicerDicer

- 1.1. Validering af Caboodle er en forudsætning for selvbetjent dataadgang via eksempelvis Slicer-Dicer. Det anbefales at der foretages en trinvis prioriteret validering af Caboodle således:
- 1.2. Der bør laves en central sundhedsfaglig prioritering af rækkefølgen af validering af Caboodle således, at ibrugtagning kan ske løbende i takt med at delområder af datavarehuset er valideret. Denne prioritering kan eksempelvis vægte, hvilke typer af data der er vigtigst for befolkningssundhed, patientsikkerhed og almen nytte af data i forhold til de forskellige specialeområder.
- 1.3. At SlicerDicer testes på validerede Caboodle data og frigives hurtigst muligt, så der kan opnås erfaring med brugen af dette værktøj, samt opstart af mere eksplorative ad hoc baseret data-søgning.
- 1.4. Det vurderes at validering af hele Caboodle og implementering af SlicerDicer vil kræve et ressourcetræk sv.t. 4 årsværk i det tværgående SP-rapporteringsteam.

2. Statistiske værktøjer i SP

Indbygning af statiske værktøjer i SP vil kunne minimere behov for eksport af patientdata fra SP, da disse vil erstattes af aggregerede data og resultat af statistiske analyser. Dette kan være statistiske værktøjer som eksempelvis SPSS eller SAS. Dette vil forudsætte en juridisk vurdering i forhold til dataafgrænsning og brugerens adgang i rollematrix.

3. Eksport af data fra SP

- 3.1. Udvikling af strategi for eksport af data fra SP til eksterne databaser, herunder:
 - 3.1.1. Hvilke eksterne databaser der må benyttes
 - 3.1.2. Hvordan afgrænset dataeksport til mindre programmer som Excel og RedCap gøres

4. Integration med andre databaser

4.1. Udvikling af integration med Datacenter Øst. Det er Taskforcen's vurdering at der er mulighed for at værdifuld konstruktivt samarbejde mellem Datacenter Øst og SP-organisationen til gensidig værdi. Det anbefales at der gives garanti til Datacenter Øst for mulig integration med alle SP-databaser. Taskforcen forventer at der vil kunne opnås synergi mellem SP-organisationen og Datacenter Øst primært i forhold til validering af data, men forventeligt på en række andre områder.

5. Interaktiv rapportering

Anvendelsesgraden af de eksisterende rapporter og tilpasning af disse til lokale formål vurderes at være relativt ringe. Der er behov for information om mulighederne. I takt med at der bliver flere mere kliniske rapporter tilgængelige og kendskabet til disse udbredes, forventes det at ønskerne om nye rapporter vil stige hurtigt. Det foreslås at forskere ligeledes tilbydes adgang til interaktive rapporter i takt med at disse udvikles. Interaktive rapporter er mere fleksible rapporter, hvor brugeren, mens denne ser på rapporten, kan vælge at analysere på en række parametre, og således gå i dybden med data i rapporten, fx på organisation, tid mm. Brugeren får således en mere fleksibel rapportering end med pdf.

6. Private tilpassede rapporter

At der i supportorganisationen (Drift og Support, CIMT) prioriteres målrettede indsatser til brugertilpasning af rapporter i kliniske afdelinger med henblik på at opnå optimal udnyttelse af disse. Herunder sikring af, at data registreres de korrekte steder i SP i forhold til, at de vises korrekt i rapporterne.

7. Afprøvning af Cognitive computing

At der gennemføres et pilotprojekt med Cognitive Computing, som er et analyseværktøj i SP, som kan bruges til at danne prognoser. Forventningen er, at dette ikke ville kræve et stort ressourcetræk i 2019, hvis man lægger sig fast på kun at rådgive en Ph.d. som det aktuelt er planlagt vedrørende en algoritme for udeblivelser fra endoskopiundersøgelser på BFH. I 2020 ville forventningen være at algoritmen og datakvalitet var på et niveau, hvor man kunne arbejde med at implementere denne i Chronicles.

8. Anvendelse af standard EPIC-værktøjer

Ændringer i SP i forhold til EPIC-standard hindrer anvendelse af standard EPIC-værktøjer. Mulighederne for harmonisering med EPIC-standard i et omfang der muliggør anvendelse af tilgængelige og særligt allerede indkøbte EPIC-værktøjer, anbefales undersøgt og implementeret hvis muligt. En væsentlig begrundelse for køb af EPIC var netop adgang til disse værktøjer.

1. Videndeling

SP er et komplekst system med mange muligheder, men det er generelt ikke intuitivt i sin funktionalitet hvilket gør det svært for brugerne, at erkende alle mulighederne. Det anbefales, at andre videndelingsmuligheder end de aktuelle pdf-vejledninger på intranettet overvejes. Dette kunne hints i SP-brugerfladen eller eksempelvis i et wikipedia-format hvor brugerne selv skriver vejledninger "peer-peer learning".

2. Prioritering mellem SP-udvikling og dataintegration

Det har i taskforcen været drøftet, om der var risiko for at rapportens anbefalinger kunne føre til et valg mellem udvikling af mulighederne i SP og udvikling af integration, eksempelvis med Datacenter Øst. Taskforcen anbefaler at begge spor følges og mener, at der er mulighed for, at disse kan understøtte hinanden.

3. Nationale Kliniske kvalitetsdatabaser

Integration med disse databaser behandles af en anden Taskforce. Det bør overvejes om integration mest enkelt bygges med Clarity eller Caboodle databasen.

4. Involvering af klinikere i den videre udvikling

Der vil være behov for større samarbejde mellem SP-udviklere og repræsentanter for de kliniske brugere for at optimere anvendeligheden af de funktionaliteter der udvikles.

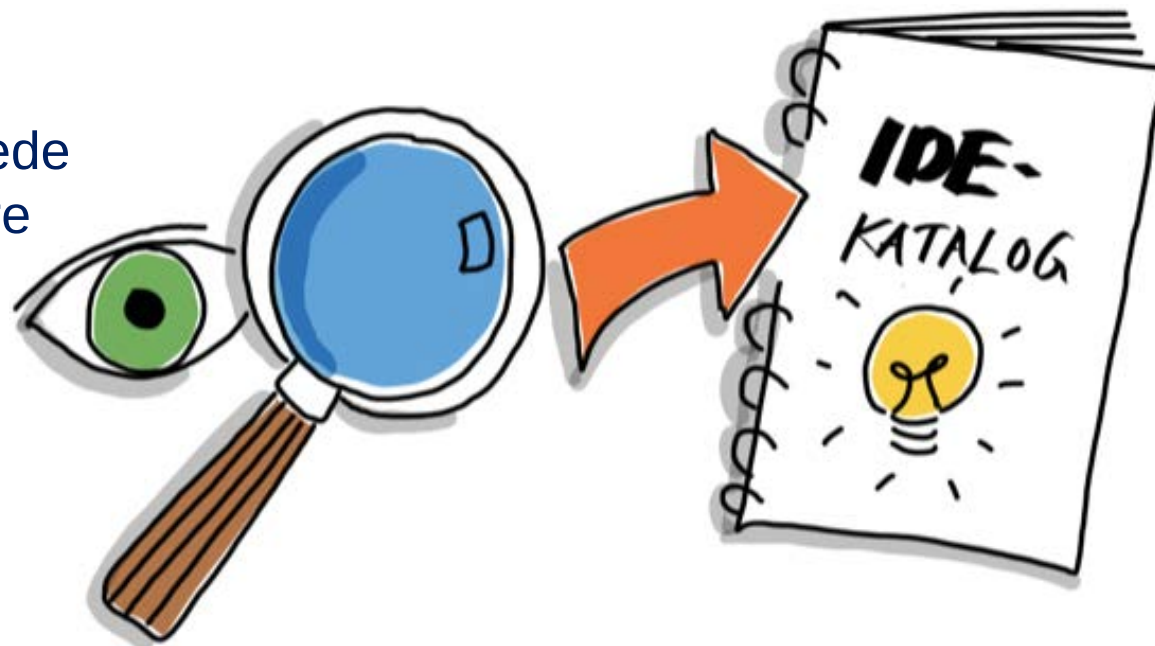
5. Prioritering

Der er generelt behov for involvering af repræsentanter for klinikere, forskere og kvalitetsmedarbejdere ved prioritering af udviklingsområder. I prioriteringen bør vægtes følgende forhold:

- a. Lavt hængende frugter, funktionaliteter der let kan implementeres
- b. Bredden – at funktionaliteten kommer mange til gode
- c. Samfundsmæssig vigtighed
- d. Økonomi
- e. Fremtidig anvendelse (undgå at investere ressourcer i behov der bliver tilfredsstillet af andre nye initiativer)

Bedre Hverdag

Idékatalog med eksempler på nye eller justerede
arbejdsgange i ambulatorier, der gør det lettere
at gøre det rigtige



Udarbejdet af Taskforce for ambulatorier og
arbejdsgange i samarbejde med ambulatorier fra
Region Hovedstaden og Region Sjælland

December 2018

Sammenfatning vedr. Taskforce for Arbejds gange og Ambulatorier

18 ambulatorier har deltaget med eksempler til idekataloget 'Bedre Hverdag', indenfor temaerne



Tema A

Bedre overblik over resultater i InBasket med uddelegeret resultatsignering



Tema C

Godt patientflow med fokus på roller og tværfagligt samarbejde



Tema B

Afdelingstilpasset SP understøtter arbejds gange



Tema D

Færre klik og øget nærvær med AutoHotkeys

Ambulatorierne er lykkedes med at frigive tid hos lægerne, øge patient- og/eller medarbejdertilfredshed, reducere ventetid gennem øget produktion, sikre bedre kvalitet i arbejds gange – eller en kombination af flere af disse målsætninger.

På tværs af de gode eksempler er der følgende fællesnævnerne:

- Fokus er på organisering af arbejdsgange og SP ses som et værktøj til at understøtte det kliniske arbejde – ikke omvendt.
- Arbejdet er tydeligt forankret hos ledelsen, der aktivt er involveret i, at få SP til at fungere for afdelingen.
- Arbejdet er organiseret tværfagligt mellem læger, sygeplejersker og sekretærer.
- Ambulatorierne prioriterer tid til opgaverne med organisering af fx undervisning, brugertilpasning og dokumentation.



Ambulatorier, der har meldt gode eksempler ind, er kendetegnet ved at

- have arbejdet struktureret med arbejdsgange
- have veldokumenterede arbejdsgangbeskrivelser
- alle er klar over hvordan arbejdsgangene fungerer
- alle er velkomne til at byde ind med forslag til forbedringer
- der er fokus på at anvende SP generisk

Ambulatorierne har ledelser, der

- har igangsat initiativer vedr. arbejdsgange eller SP
- opfordrer og støtter arbejdet med forbedringer





Bedre overblik i In Basket med uddelegeret resultatsignering

Uddelegeret resultatsignering understøtter et bedre overblik i In Basket for lægerne, da det i høj grad medvirker til at der bliver signeret for alle resultater.

Det fungerer ved at lægerne uddelegerer resultatsigneringen for en velafgrænset type af resultater til sygeplejersker og sekretærer, som herefter dagligt gennemgår resultaterne In Basket.

Ambulatorierne har implementeret arbejdsgangen ved at udarbejde klare aftaler om, hvem der må signere for hvilke typer resultater.

Aftalerne kan tilrettelægges på forskellige måder, så de passer med arbejdet i det enkelte ambulatorie.

In Basket er et opgavehåndteringssystem i SP. Det bruges til at sende patientrelaterede meddelelser til enten den enkelte medarbejder i ambulatoriet eller til en pulje af ambulatoriemedarbejdere.

Resultater er en fællesbetegnelse for svar på de forskellige typer diagnostiske prøver, der anvendes i klinikken.

Sådan kommer man i gang

I det sidste afsnit under temaet kan du læse mere om, hvad I skal gøre for at komme i gang med at arbejde med uddelegeret resultatsignering.



Et eksempel fra kataloget



Kardiologisk ambulatorie på Rigshospitalet-Glostrup har arbejdet systematisk og tværfagligt med In Basket og uddelegeret resultatsignering

<https://intranet.regionh.dk/koncerncentre/it/Forbedringer-i-Sundhedsplatformen/Indsatsomraader-for-Sundhedsplatformen/Indsatser-sp/Sider/Arbejdsgange-i-ambulatorier-taskforce.aspx>



Afdelingstilpasset SP understøtter arbejdsgange

Lokal opsætning af SP understøtter personalet i behandling af patienterne ud fra deres definerede arbejdsgange. SP opleves på denne måde som et værktøj til at guide og sikre at relevante aktiviteter bliver husket og gennemført.

Alle lokalt byggede værktøjer er gennemtestet før implementering. Roller, opgaver og ansvar er klart definerede og alt nyt personale introduceres til, hvordan SP understøtter deres arbejde med de rette værktøjer.

De lokale ledelser bakker op om SP og prioriterer både ressourcer til lokal opsætning samt tid til at implementere og integrere SP i det daglige arbejde. Ambulatorierne har udpeget konkrete personer til at arbejde med arbejdsgange og lokal opsætning.

Afdelingstilpasset SP forstås som brugertilpasning af SP-værktøjer så de er en hjælp i hverdagen til kendte arbejdsgange

SP-værktøjer dækker over SmartPhrases, brugertilpasset præferencelister, Smartlinks m.fl.

SmartPhrase er en standardtekst ambulatoriet eller den enkelte bruger har udarbejdet, som kan genbruges. Kan deles med andre.

Hvordan kommer I i gang

I det sidste afsnit under temaet kan du læse mere om, hvad I skal gøre for at komme i gang med at arbejde med lokal byg og brugertilpasning



Beslutning
og struktur



Byg og tilpas lokale SP-
værktøjer



Test & tilpas



Undervis og kommunikér



Følg op og juster løbende

Et eksempel fra idekataloget



Dansk Hovedpinecenter har arbejdet meget systematisk med arbejdsgange og tilpasning af SP til afdelingen.

<https://intranet.regionh.dk/koncerncentre/it/Forbedringer-i-Sundhedsplatformen/Indsatsomraader-for-Sundhedsplatformen/Indsatser-sp/Sider/Arbejdsgange-i-ambulatorier-taskforce.aspx>



Godt patientflow med fokus på roller og tværfagligt samarbejde

Eksemplerne i dette tema viser, hvordan ambulatorierne har forholdt sig til arbejdsgangene på tværs af faggrupper i den kliniske hverdag.

Gennem et tæt og tværfagligt samarbejde er det lykkedes at omstrukturere, sikre en bedre rollefordeling og patientforløb i ambulatorierne. Udvalgte opgaver, som blev udført af lægen, er flyttet til - eller tilbage til - sygeplejersken eller sekretæren.

Med vejledninger og tydelige ansvarsbeskrivelser oplever faggrupperne, at deres kompetencer og ressourcer anvendes meningsfuldt.

Patientflow er i denne sammenhæng den enkelte patients forløb med udgangspunkt i de (afgrænsede) arbejdsgange der er beskrevet i eksemplerne.

Tværfagligt samarbejde kan være både internt i selve ambulatoriet, men også i forhold til andre afdelinger på hospitalet.

Sådan kommer I i gang – trin for trin

I det sidste afsnit under temaet kan du læse mere om, hvad I kan gøre, for at komme i gang med at strukturere jeres arbejdsgange





Færre klik og øget nærvær med AutoHotkeys

AutoHotkeys er et værktøj, der kan anvendes til at bygge **makroer** ovenpå et hvilket som helst IT-system i Windows.

AutoHotkeys kan programmeres til automatisk at udfylde bestemte felter med en foruddefineret tekst eller kode.

Når makroen aktiveres gennemfører den automatisk, hurtigt og ensartet den indtastning, den er kodet til.

AutoHotkeys er ikke en del af SP, men kan anvendes sammen med SP og lave automatiserede inddateringer for arbejdsgange med mange og gentagne klik.

En makro er et værktøj til at automatisere systemarbejdsgange, hvor der kræves hyppig og præcis gentagelse af de samme handlinger på en skærm. Makroer kan reducere klik og dermed frigøre tid og større fokus på andre opgaver.

AutoHotkeys er et selvstændigt program, der kan anvendes til bygge makroer. Programmet er ikke tilgængelig for brugere i Region Sjælland.

Find mere information om AutoHotkeys:
<https://www.autohotkey.com/>

Hvordan kommer I i gang

I det sidste afsnit under temaet kan du læse mere om, hvad I skal gøre for at komme i gang med at anvende AutoHotkeys



Udvælg ansvarlig medarbejder



Udvælg arbejdsgang



Analyser, byg og
test



Informér og oplær



Følg op og juster løbende



Flere Eksempler på Bedre Hverdag

Dette tema indeholder en række eksempler fra ambulatorier, der på forskellig vis har skabt forbedringer i deres ambulatorier.

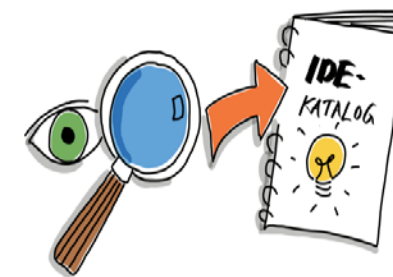
Eksemplerne er forskellige og kan ikke kategoriseres under et fælles tema.

Derfor er der ikke en fælles anvisning til hvordan I kommer i gang. Læs i stedet præsentationen og tag kontakt til kontaktpersonen hvis I vil vide mere.

Eksempler i dette tema

- 1. Styr på patienten med prikker**
Ambulatoriet i Klinik for led- og knoglekirurgi, Gentofte Hospital
- 2. SmartPhrases i sygeplejedokumentation,**
Dermatologisk Ambulatorium, Sjællands Universitetshospital
- 3. Spar tid ved receptfornyelse,**
Børneambulatoriet/AHH/Hvidovre
- 4. Procedurepas giver overblik over operationen,**
Brystkirurgisk ambulatorium, HGH/Herlev
- 5. Sekretærer håndterer udvalgte henvisninger,**
Ambulatorium K/BFH
- 6. Læg kliniske fotos i SP med roveren,**
Gynækologisk/Obstetrisk ambulatorium & Dermatologisk Klinik, Sjællands Universitetshospital/Roskilde
- 7. Pjece vedrørende medicinudlevering,**
Apoteket

Sammenfatning vedr. Taskforce for Arbejdsgange og Ambulatorier



Fælles for ambulatorierne er, at ledelsen tydeligt har forankret ansvaret for forbedringer hos sig selv og prioriterer tid til arbejdet

Der har været stor interesse for det tværfaglige samarbejde, som både klinikere og stabsansatte finder yderst værdifuldt.

VDF har overgivet ansvar for det videre arbejde med idekataloget til hospitalerne.

I juni 2019 kommer hospitaler med tilbagemelding på deres erfaringer med eksemplerne fra Idekataloget

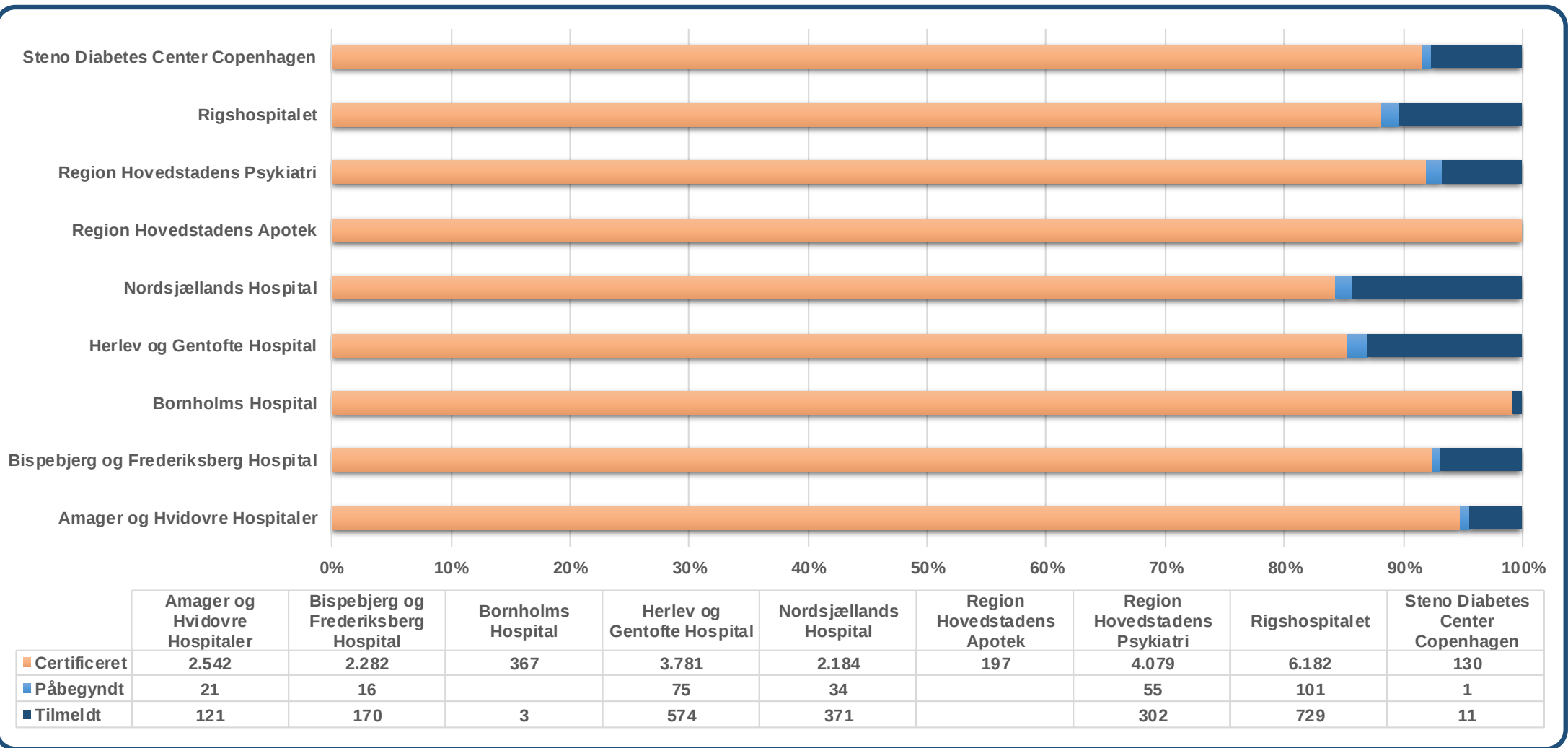
Status på opgraderingen til LPR3 og SP2018

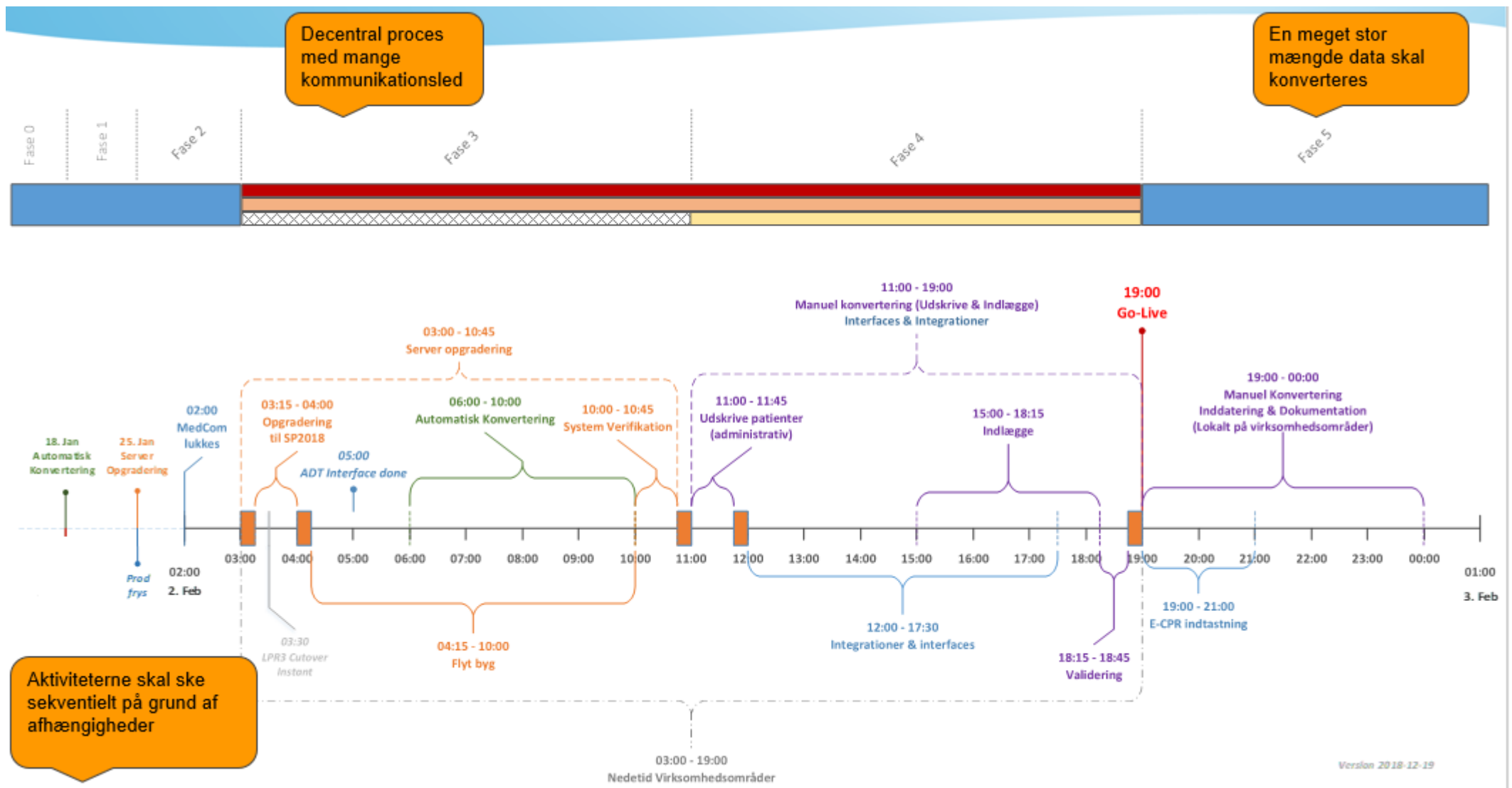
SP Dialogforum den 28. februar 2019

Pia Kopke og Anne Jastrup Okkels

Opgradering af Landspatientregistret og Sundhedsplatformen

- Lørdag den 2. februar kl. 20 overgik alle hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland til den nye version af Sundhedsplatformen (SP2018) og Landspatientregisteret (LPR3) – sundhedsvæsenets vigtigste register. Kl. 03 om natten blev systemerne lukket ned, og hospitalerne gik over til papir i 17 timer.
- Opgraderingen er en yderst kompleks og omfattende opgave. Samlet set blev opgraderingen tilendebragt næsten inden for den planlagte tidsramme – med én times forsinkelse. Det skyldes flere mindre forsinkelser undervejs, som opstod i processen med at overflytte patienter fra den gamle til den nye version af systemerne.
- Særligt LPR3, som alle hospitaler i landet indfører, betyder nye administrative arbejdsgange. LPR3 er en kontaktmodel, hvor indberetningen af data bliver forløbsbaseret, hvilket kommer til at betyde, at der kan skabes bedre data om patientforløb, som kan øge kvaliteten af behandlingen på længere sigt.





Kommunikation i forbindelse med opgraderingen til LPR3 og SP2018

Primære målgrupper og kanaler for kommunikation

Brugerrettet kommunikation

- Der er udsendt i alt 8 kommunikationspakker målrettet ledere, SP-nøglepersoner og brugere.
- Tillæg til kommunikationspakkerne er leveret efter behov, fx er der leveret flere pakker vedrørende forberedelser til Cutover og manuel konvertering og uddannelse til SP-nøglepersoner.
- Kommunikationspakkerne har indeholdt en kombination af forskellige typer materialer:
 - Guides - fx guide til SP-nøglepersoner om egen uddannelse og rolle i kollegaers uddannelse
 - Præsentationer til brug for møder fx fælles ledermøder, morgenkonferencer etc.
 - Plakater vedr. adgang til support til ophængning
 - Lommekort til SP-nøglepersoner med info om support, navne og telefonnumre
- Informationsmateriale fra kommunikationspakker er til rådighed på regionalt intranet
- Målrettet kommunikation til SP-nøglepersoner via nyhedsbreve
- Samarbejde med Center for kommunikation om artikler til regionalt intranet og hospitalernes intranet

Primære målgrupper og kanaler for kommunikation

IK-netværk (hospitalernes implementeringskoordinatorer) i begge regioner

- Møder hver 14. dag hvor hospitalernes opgaver i forbindelse med forberedelse af opgraderingen kommunikeres og overdrages
- Projektledere for fx Cutover og manuel konvertering leverer information og Q&A
- Hospitalernes behov og ønsker om mere viden drøftes og bringes ind i program

Kommunikation til eksterne og interne interessenter

- Koncernledelsen, SP Dialogforum, Ekspertrådet, Overlægeforeningen, Lægeforeningens IT-udvalg, Yngre Læger, Regionens Medarbejderudvalg.....

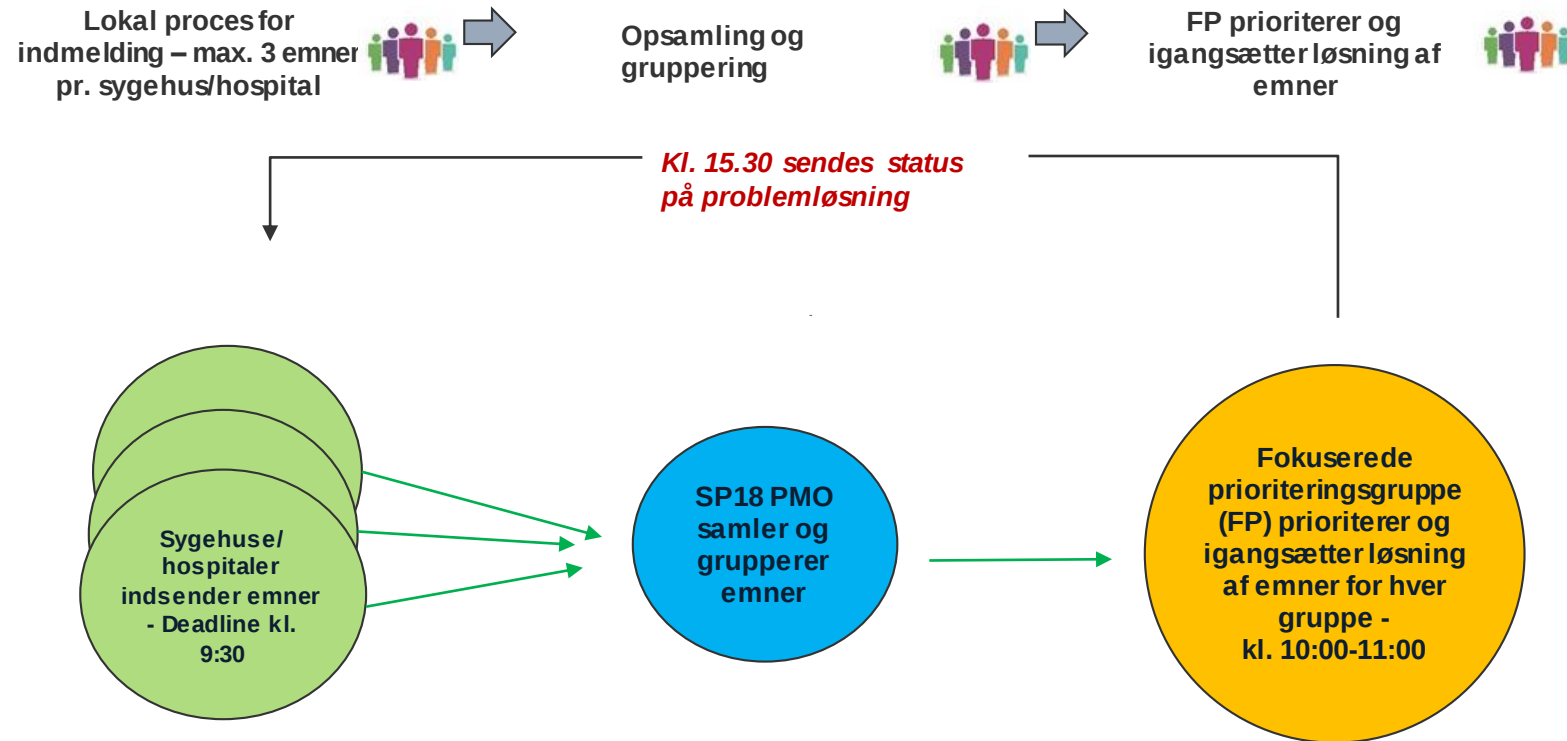
Primære målgrupper og kanaler for kommunikation

Kommunikation i perioden med øget support

- Det ugentlige nyhedsbrev om ændringer og forbedringer i SP udsendes. I alt er der godt 4.100 modtagere. Alt indhold i nyhedsbreve er tilgængeligt på det regionale intranet.
- Nyhedsbrevet "Nyt om LPR3 og SP2018" er udkommet 5 gange i uge 6 og 7, 3 gange i uge 8 og udsendes 2 gange i uge 9.
- Derudover er der 2 gange ugentligt udsendt status på hospitalernes indmeldte sager og på fokusområdernes arbejde.

Periode med øget support efter opgraderingen

Styring og visitation af komplekse sager i perioden med øget support



Proces for anvendelsesrelaterede emner ejes lokalt på sygehuse/hospitaler

Møde i SP Dialogforum d. 28-02-2019

Alle SP ressourcer allokeres til SP support

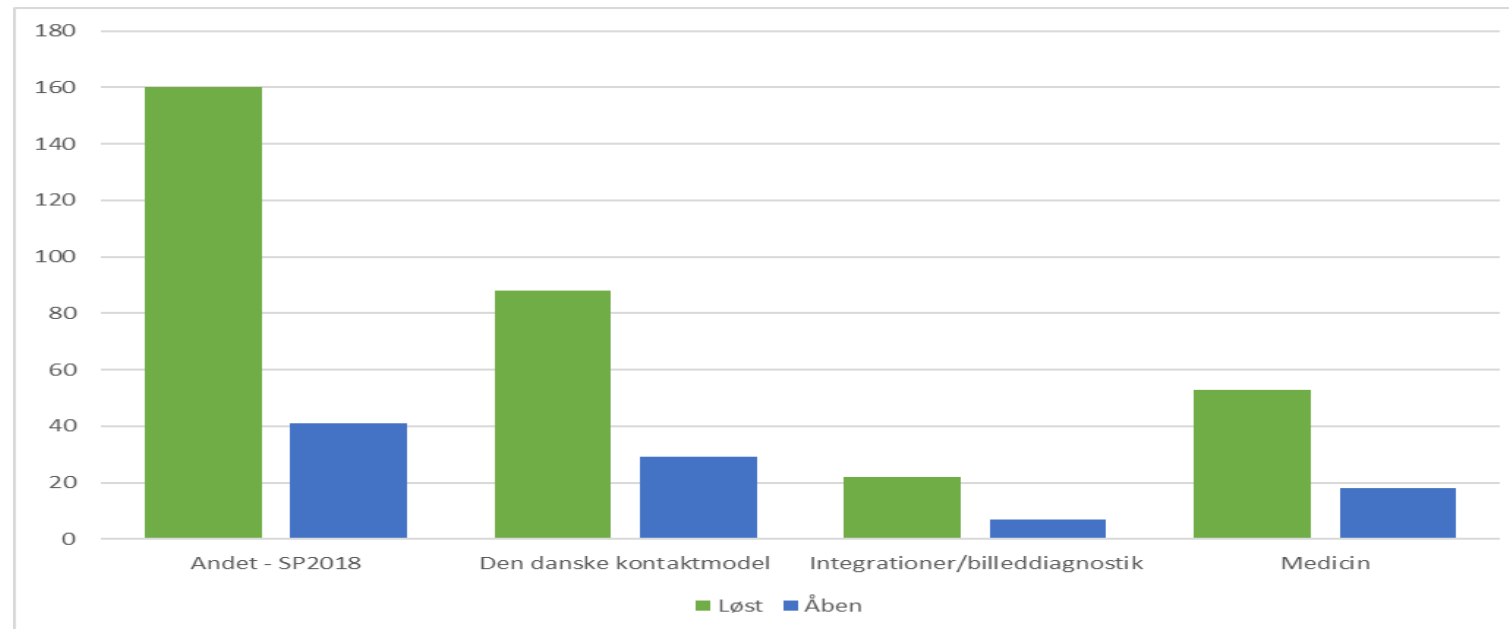
Den Fokuserede prioriteringsgruppe og status på indmeldte sager d. 2.-27. februar

Den Fokuserede prioriteringsgruppe består af formandskabet for det tværregionale Vicedirektør Forum (VDF) og formændene for fokusgrupperne.

Forud for opgraderingen til LPR3 og SP2018 blev der etableret fire fokusområder med hver en fokusgruppe:

- Medicinering
- Integrationer/radiologi
- Den danske kontaktmodel (LPR3)
- SP2018 andet

Antal indmeldte sager (pr. fokusområde) 2.-27. februar



Den 26. februar er der indmeldt i alt **419** prioriterede sager, hvoraf **324** er løst – dvs. **77** procent.

Problemområder som kræver længere løsnings tid

Nedenstående problemområder mangler en umiddelbar løsning og kræver yderligere analyse, årsagsafdækning og eventuel udvikling.

- Medicinområdet: Medicinafstemning ved udskrivelse og medicin i udskrivningsresumé, advarsler ved dubletter
- Udfordringer med radiologi
- Arbejdslistes for sekretærer
- LPR 3 indberetning

Forstærket indsats fortsætter

- Samarbejdet mellem hospitaler og CIMT har fungeret godt under perioden med øget support - særligt hospitalernes daglige prioritering af indmeldte sager.
- CIMT foreslår, at daglig indmelding (top 3) fortsætter med en ugentlig opsamling. For nuværende er ca. 80 % af de prioriterede sager løst.
 - Både nye og tidligere indmeldte sager kan prioriteres.
- Indmelding af ændringsønsker igangsættes når det er sikret, at de lokale filtreringsansvarlige er udpeget – forventeligt inden for ca. to uger.
- Forløbstræning er under planlægning på alle hospitaler i direkte samarbejde mellem afdeling/klinik og den ansvarlige KIK.

Forbedringer på medicinområdet

‘Medicinforbedringer’ som blev leveret med opgradering til SP2018

- ✓ Mulighed for at se FMK-status (dvs. om FMK og Sundhedsplatformen er synkroniseret) i journalhovedet
- ✓ Pauseret medicin overføres til SP som pauseret. Pauseret medicin ved indlæggelse vises i MDA
- ✓ I ambulatoriet kan kliniker oprette ny Bestilling/ordination via proceslinje, uanset hvor man er i patientens journal
- ✓ Når sygeplejersken registrerer antibiotikablandinger i MDA overføres det direkte til patientens væskeskema

Medicinforbedringer som leveres ultimo marts 2019

Ved udgangen af marts 2019 forventes yderligere tre forbedringer på medicinområdet. Disse forbedringer betyder at:

- Lægerne har mulighed for at trække en rapport, som giver et overblik over den medicin, som er udleveret på apotekerne og/eller hospitalerne
- Der tilrettes og opryddes i såkaldte SmartLinks, som trækker medicinoplysninger ind i standardtekster
- Patientsikkerheden ved højrisikobetinget præparater sikres. Første præparat er insulin og forbedring afhænger af arbejdsgangsanalysen.

Medicinforbedringer som leveres i resten af 2019

I 2019 vil der fortrinsvis blive arbejdet med optimering inden for målområder fx optimering af arbejdsgange ved ordinationer og receptudstedelse. Der vil i løbet af 2019 komme forbedringer på medicinområdet i takt med at Sundhedsplatformen løbende opgraderes fx:

- Valg af pakkestørrelse ved receptudstedelse
- Optimering af arbejdsgange ved ordinationer og udstedelse af recepter, mv.
- Pausering af lægemidler til patienter under indlæggelse
- Nemmere receptudstedelse
- Rettelse af uforståelige fejlmeddelelser i FMK
- Mulighed for at indsætte minimumsinterval ved ordination af medicin "efter behov"
- Bedre overblik og sammenhænge ved AK-behandling

Hvilke forbedringer kan plejepersonalet se frem til i 2019

I 2019 vil der fortrinsvis blive arbejdet med optimering inden for målområder fx forbedret arbejdsgang ved udleveret medicin i ambulatoriet og ved udskrivelse.

- Bedre visning af, hvor ofte og på hvilke tidspunkter medicinen skal tages ved udskrivelse og i ambulatoriet
- Sygeplejersker får igen mulighed for at scanne medicin, som udleveres ved udskrivelse eller i ambulatoriet
- Sygeplejersker får en advarsel, hvis der er forskel på styrken af scannet medicin og ordination, samt mulighed for at skrive i et bemærkningsfelt
- Bedre understøttelse af beregning af mængden af medicin der udleveres ved udskrivelse og i ambulatoriet
- Væskehåndtering mellem afdelinger
- Tydeligere visning af "tvangsmedicinering"
- Ordinationer der ændres vil vises på en linje i MDA

SP medicinering

- Medicineringsprojektet videreføres og omfatter
 - Optimering (+ 45 forbedringer samt EPIC forslag til yderligere forbedringer)
 - Cave og Beslutningsstøtte (nationale/tværregionale projekter)
 - FMK (national forpligtelse til opgradering)
- Løsning af 'gamle' fejl, bestillinger og ændringsønsker, jf stabiliseringsplanen
- *Drøftelse med EPIC om yderligere forbedringer mhp. at øge brugertilfredsheden med SP medicineringsfunktionalitet*

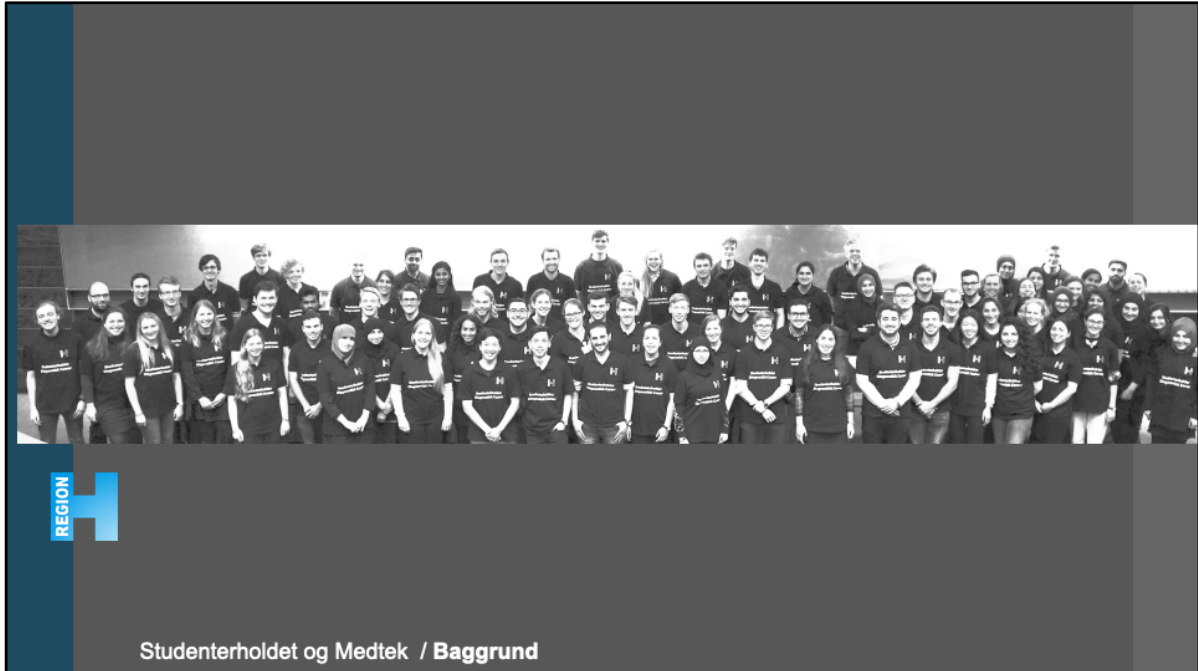


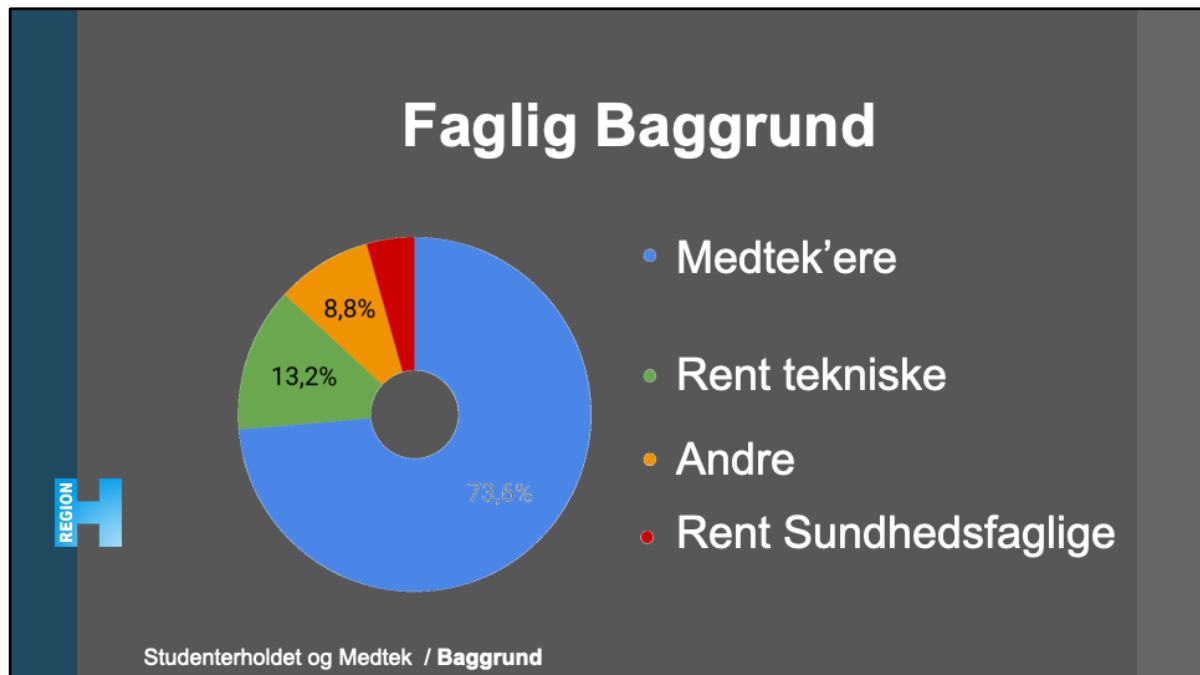
Tilgang til præsentationen:

Fortælle de spørgsmål vi stiller os selv på baggrund af konkrete cases vi oplever.



- 1) Hvem er repræsenteret ved denne præsentationen? Hvem er Medtek'erne?
-- Indblik I, hvem det handler om. (7 slides).
- 2) Input til udvikling inden for SP – med udgangspunkt i konkret cases. (7 slides)





73,6% af holdet kommer fra Medicin & Teknologi, Sundhed og Informatik og Sundhedsteknologi. Civilingeniører og studerende med denne faglighed udgør den faglige kerne blandt "Medtek'erne".

Et typisk spørgsmål om holdet er, hvordan man er forskellig fra Kliniske IT-konsulenter.

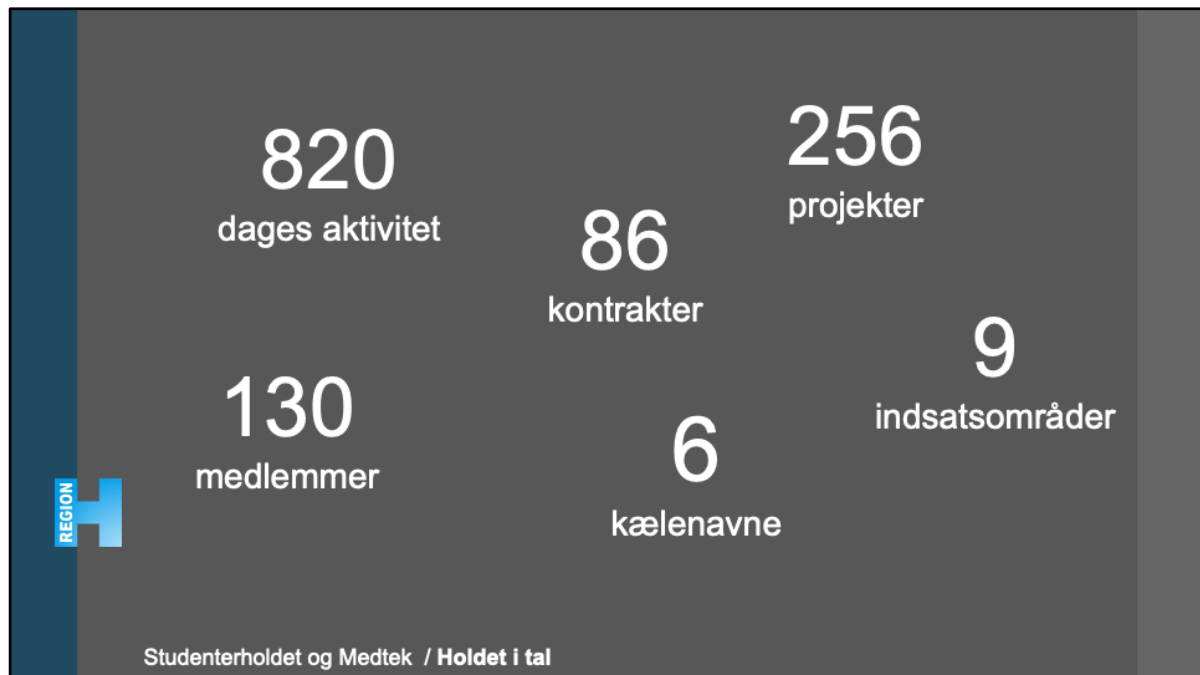
Det korte svar er, at kliniske IT-konsulenter er anvendelseseksperter med klinisk erfaring, mens Medtek'ere er eksperter i tekniske opgaver som data, analyse og udvikling.



Teamet er som bølger i Vesterhavet:

Vandet er relativt roligt nær overfladen, mens der kan være en stærk understrøm.

Konkret betyder det, at der til en hver tid er en ret fast kerne af medtek'ere på vores hold ("det rolige vand"), som har været ansat mellem 1-2,5 år, selvom der har været en stor udskiftning på holdet. Af de faste team-medlemmer er en stor del er færdiguddannede ingeniører eller cand. scient'er. Samlet set refereres til holdet som "MedTek'ere".



820 dages aktivitet: siden d. oktober 2016

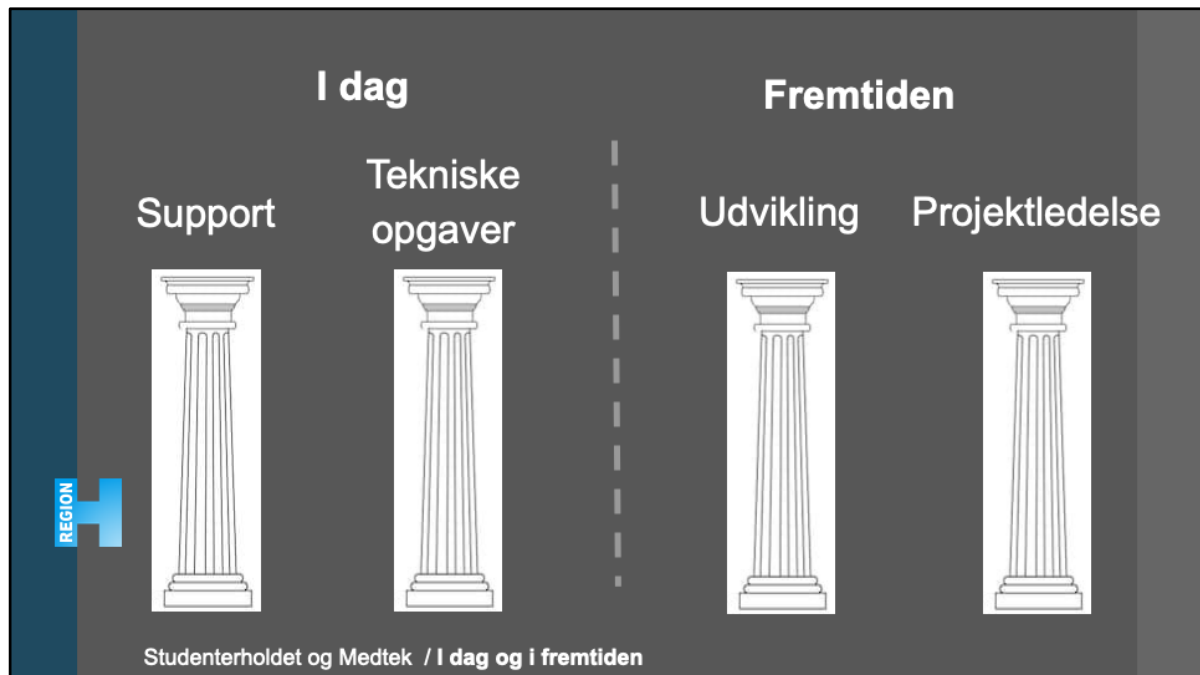
256 projekter: afholdt hos 35 partnere i Region H og Region S

86 kontrakter: indgået med vores partnere. Hertil kommer et aftalerammer samt projekter udført med kortvarsel.

9 indsatsområder: Analyser, support, nærværende hjælp til SP, workshops, kodning, helpdesk, implementering, SP byg, udvikling

130 medlemmer: hvor 91 er aktive i øjeblikket, mens resten er i udlandet eller har et travlt semester. Vi har haft 270 ansatte i alt.

6 kælenavne: Studenterholdet fra RH DIA, innovationsteamet, Medtek'erne, De sorte spejdere, de DTU-studerende.



Support

•implementering •NHSP* •brugertilpasning

Tekniske opgaver

•kodning •registrering •ad hoc •akut

Udvikling

•software •integrationer •kunstig intelligens

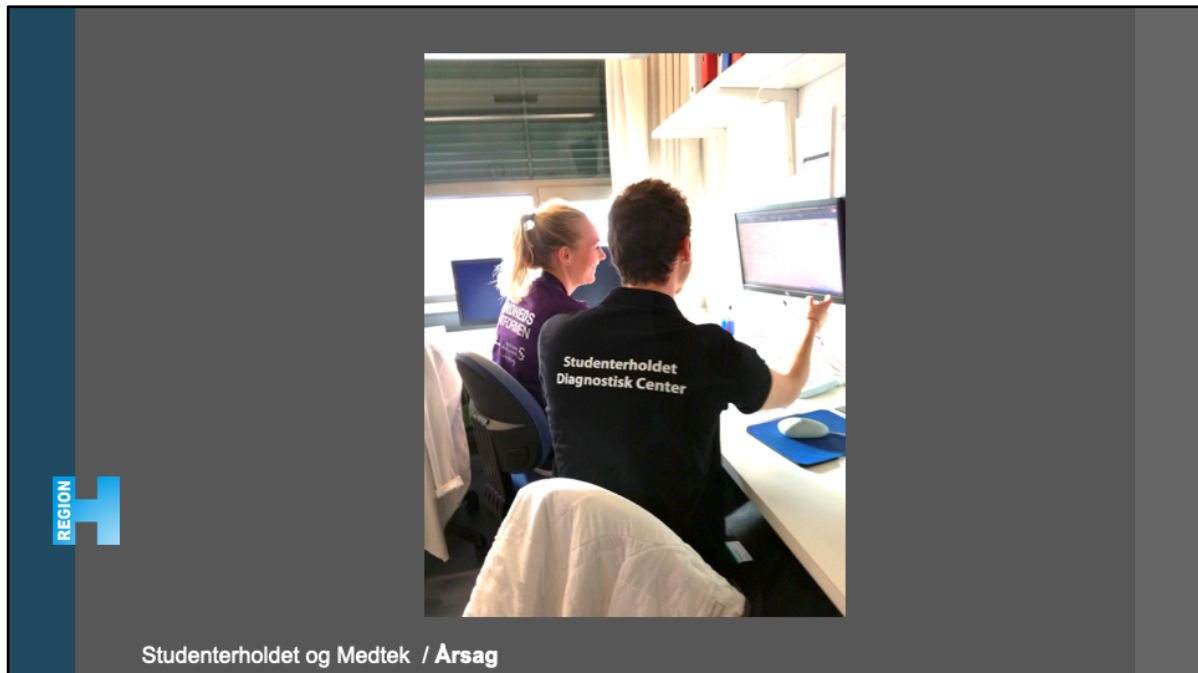
Projektledelse

•kompleksitet •overblik •adræthed



Holdets principper og værdier.

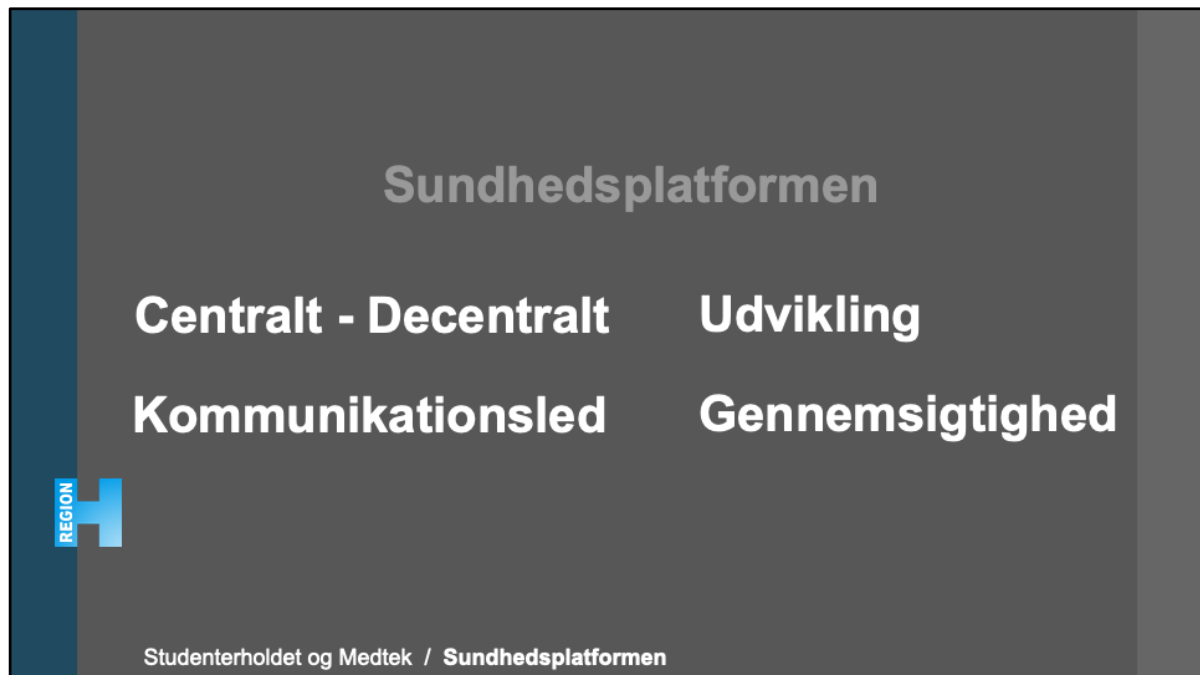
Vi arbejder med sundhedsteknologi, herunder Sundhedsplatformen (SP), med hjælp fra Danmarks dygtigste ingeniører og studerende. Holdet er skabt af studerende fra Medicin & Teknologi ved DTU og KU. Medlemmerne er til for det sundhedsfaglige personale og varetager opgaverne med professionalisme, integritet og høj teknologisk faglighed.



Forslag til forklaring af hvorfor medtek-holdet er opstået:

Når der findes mange gode centrale indsatser i et højt specialiseret miljø, hvor der skal leveres *personlig medicin*, rammer gode centrale indsatser ikke altid alle klinikker og afdelinger. Det har i nogle tilfælde givet anledning til, at klinikker og afdelinger kontakter medtek'ere for et bidrag til at løse deres specifikke problemstilling.

Spørgsmål om holdet?



Input til den videreudvikling af SP:

De forberedte input falder i fire overordnede temaer:

Centralt–decentralt: Hvad løses bedst hvor? Kan forbindelsen forbedres mellem centrale og decentrale enheder?

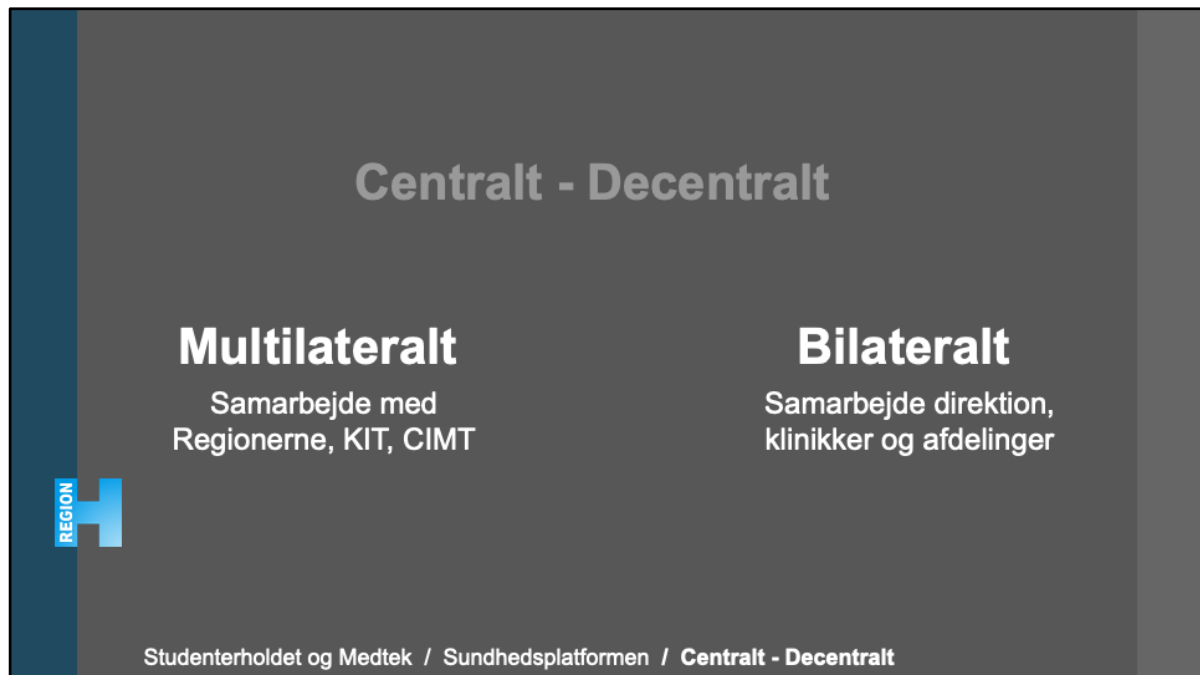
Kommunikationsled mellem centrale og decentrale enheder adgange, data, analyser og løsninger. Hvordan skabes produktivitet, effekt og service?

Gennemsigtighed: forbedret indblik i sagshåndtering og prioritering til slutbrugere?

Udvikling af software, makroer, rapporter, integrationer: en orientering og spørgsmål.

Endvidere:

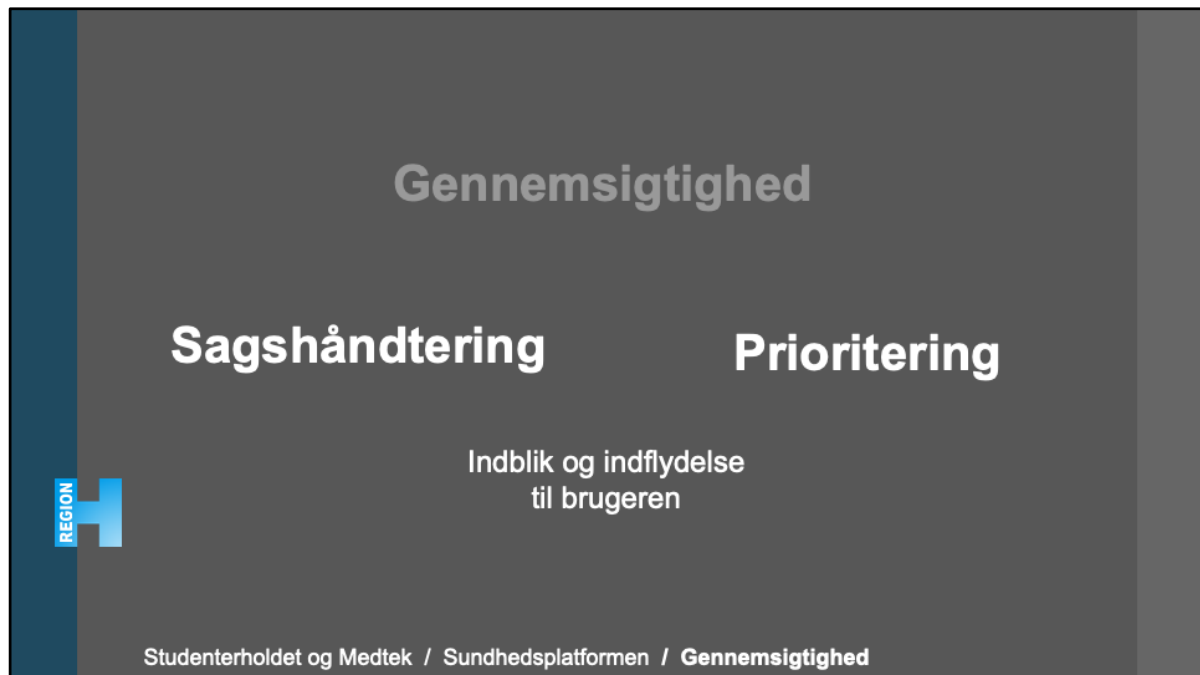
1. En **kommentar** om vores håndtering af forlydender om afskaffelse af SP.
2. **Fastholdelse** og tab af SP-faglige **kompetencer** i Reg H og S.



- 1) Vi tager både del i "multilaterale" og "bilaterale" aftaler
- 2) **Case:** A) klinik tager kontakt til medtek'ere B) Aftale mellem medtek-hold klinik indgås bilateralt C) medtek'er er konsulent og kan komme et stykke af vejen, men har ikke adgang til IT-systemer og den øvrige organisations ressourcer, fx anvendelsesdata, rapportbyg, bygere hos CIMT, mm.
- 3) **Spørgsmålet:** Skal klinikkerne selv kunne bestille en indsats? -- I givet fald; hvordan skal den person bemyndiges til at kunne handle i klinikken vha. adgang til data, mulighed for direkte kontakt til byg osv.
- 4) Et eksempel på en lignende model er i Aarhus, hvor man benytter sig af "Datahelte".



- 1) **Case:** A) Medtek'er i klinik observerer problem B) ændringsforslag oprettes med grundig beskrivelse C) Sagen håndteres uden direkte involvering af medtek'eren. D) I nogle tilfælde går det godt. Andre gange tager sagsløsningen en forkert retning, muligvis fordi sagen misforstås.
- 2) **Spørgsmål:** Bør den tekniske faglighed fra medtek'eren og udvikleren sidde om samme bord når de udvikler? Kunne medtek'eren og udvikleren i videst mulig omfang være én og samme person?
Processen: Hvad er den formelle proces for, hvordan hospitaler, klinikker og afdelinger kan få adgang til anvendelsesdata? [Tæt relateret til "Taskforce for Udata v. Jannick Brennum"]
Innovationskulturen: Hvordan sikrer vi bedre, at al vores arbejde tager udgangspunkt i brugerne og at alle løsninger kommer brugerne til gavn?



Udfordring: Vi oplever i dag ofte slutbrugere som er frustrerede over mangel på indsigt i håndteringen og prioriteringen af deres sager. Følgende case har bedret udfordringen:

Case: A) Medtek'er opretter sag i SNOW-systemet. B) Når medtek'er har adgang til SNOW, kan vedkommende følge sagens gang, og at denne er korrekt forstået. C) Hvis medtek'er kan se, at sagen er misforstået kan vedkommende kontakte sagsbehandler.

Spørgsmål: Kan slutbrugerens indblik i sagsbehandlingen og prioriteringen af sager forbedres? Kunne dette fx gøres ved, at slutbruger får adgang til SNOW? Kan slutbrugeren få indblik og evt. indflydelse i prioriteringsprocessen? Kan SNOW søgefunktionen forbedres, eventuelt ved indførsel af retningslinier for tilføjelse af nøgleord til sager? Det kan være svært at finde SNOWS.



Case/orientering:

En positiv udvikling for os: Der er på det seneste modtaget stadig flere udviklingsopgaver på vores hold. Vi har udarbejdet makroer til minimering af klik i SP, Keyboards, rapporter, svar- og modtagesystemer, ressourceplanlægningssystemer.

Spørgsmål:

Hvordan kan vi i højere grad få gavn af Medtek'ernes udviklings- og analytiske kompetencer?

Afskaf SP?

EPJ-Organisation	Aarhus
Funktionalitet vs. SimPLICITET	Samarbejde

REGION

Studenterholdet og Medtek / Sundhedsplatformen / Afskaf SP?

Case/kommentar:

Mange er demotiveret af skriv i medierne om afskaffelse af SP.

Vores svar:

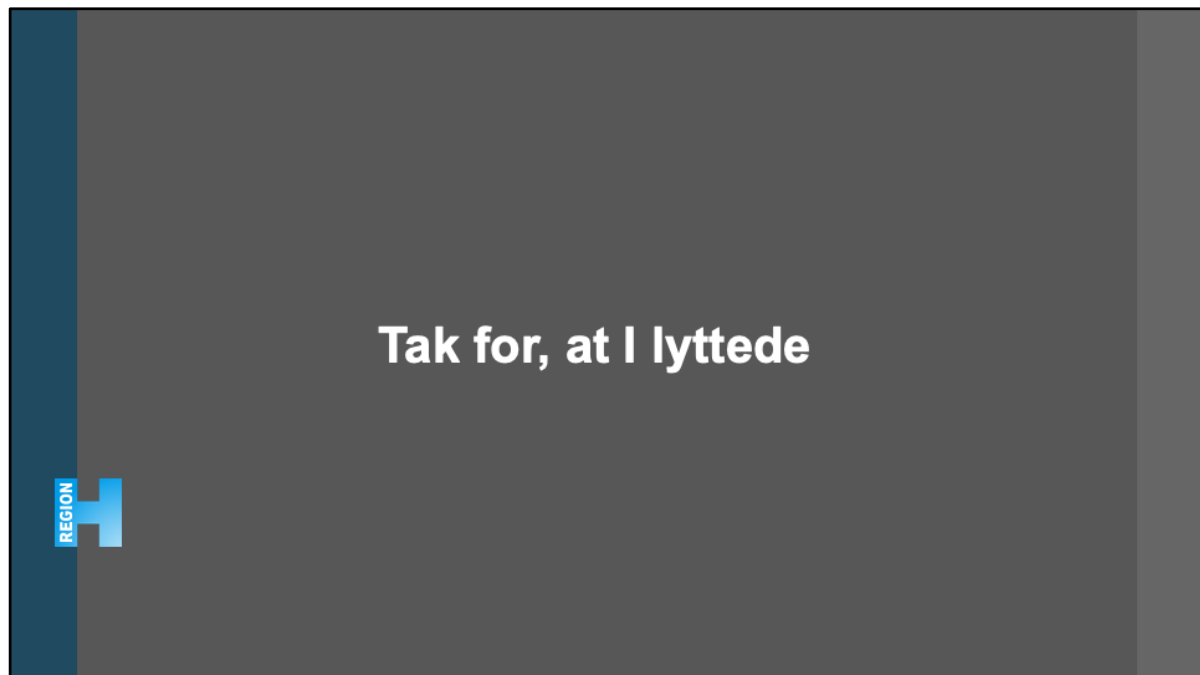
- A) Vi kan ikke vide, hvilket system, fremtiden vil byde på.
- B) En stor del af vores arbejde ikke SP-specifik, men EPJ-specifik.
- C) En organisation, som er god til at håndtere SP, vil også være dygtig til håndtere andre EPJ'er.
- D) Udfordringen i København er høj kompleksitet og manglende overblik, udfordringen i Aarhus er manglende funktionalitet.
- E) I forlængelse af pkt. C) kan Aarhus og KBH måske lære af hinanden til at opnå en optimal håndtering, uagtet hvilket system vi skal have i fremtiden.



Case: Der findes en fornemmelse af hastende karakter/urgency omkring, at afsindigt dygtige folk, som gerne ville blive, hvis de kunne, glider ud imellem hænderne på os. Der findes en manglende mulighed for at kunne tilbyde en karrierevej. Når vi mister mange skal mange nye rekrutteres, og det er dyrt at uddanne "fra bunden"

Fortæl eksemplet om de to på billedet.

Spørgsmål: Hvordan organiseres vores medtek'ere bedst i Regionerne?
Fordele med en samlet organisering: A) høj faglighed og vidensdeling B) fleksibilitet C) effektivitet.



Spørgsmål?