

Del 2: Brugerhistorier og prototype

Version: 2020 11 10 / 0.5 / Delt med pilotdeltagere.

1: Introduktion til brugerhistorier

→ [Link til brugerhistorier \(view only\)](#)

→ [Link til brugerhistorier \(comment\)](#)

*NB: Comment-linket giver adgang til redigering i det hele taget. Vær opmærksom på **ikke** at ændre eller slette celler ved en fejl.*

De oprindelige krav i ICPC2-kravspecifikationen er "oversat" til brugerhistorier. Og nye brugerhistorier for diagnosekortet er formuleret.

Brugerhistorierne er kategoriseret og nummereret efter hovedemner (fx søgning, sortering og filtrering). Disse emner vil blive brugt som afsnit i Testprotokollen, når denne udarbejdes. Der tilføjes også en kolonne med prioritering (M Mandatory og O Optional). Alle M'er skal være godkendt som fuldt understøttede, for at et givent lægesystem kan opnå certificering i hhv. diagnosekodning (ICPC-2-DK) og diagnosekort.

Brugerhistorier har følgende form:

Som **#bruger** vil jeg **#handling**, så jeg kan **#formål**.

Fx: Som læge vil jeg se en oversigt over patientens diagnoser, så jeg kan tage stilling til, hvilke af disse der fortsat er aktuelle.

I kataloget er brugerhistorierne anført i kort form, hvor "jeg" i de fleste tilfælde repræsenterer lægen, og hvor kun handlingen er medtaget. Dette for at holde brugerhistorierne så korte og enkle som muligt, og fordi den samme handling (eller funktion) kan understøtte flere forskellige formål.

Fx: Jeg kan se en oversigt over patientens aktuelle og relevante diagnoser.

Introduktion til brugerhistorier:

<https://www.atlassian.com/agile/project-management/epics>

<https://www.atlassian.com/agile/project-management/user-stories>

2: Introduktion til prototype

→ [Link til prototype \(view only\)](#)

Prototypen er reelt bare en liste med 1 række pr. diagnose og et antal kolonner, som hver repræsenterer en attributter pr. diagnose. Prototypen demonstrerer, at lægesystemerne umiddelbart kan gennemføre et væsentligt skridt i understøttelsen af Diagnosekortet, hvis de introducerer nedenstående attributter i deres datamodel.

2.1: Datatyper

N	Notat	Uden registreret diagnose
K	Kontaktdiagnose	Repræsenteret ved ICPC-kode og -titel (øvrige attributter fra diagnoseopslag tilknyttet).
F	Forløbsdiagnose	En kontaktdiagnose markeret som forløbsdiagnose

Nogle lægesystemer benytter termene "Fast diagnose" eller "Kronisk diagnose". Disse anvendes ikke her, og bør mappes til termen "Forløbsdiagnose".

2.2: Relevanskategorier

1	Aktuelle diagnoser	Se definition i Bilag 1.
2	Relevante diagnoser	Se definition i Bilag 1.
3	Øvrige diagnoser	Se definition i Bilag 1.

Det er den lægefaglige referencegruppens udgangspunkt, at det er lægen der fagligt tager stilling til kategorisering af diagnoserne for en given patient. Ikke desto mindre vil vi i pilotafprøvningen afsøge muligheder for, at lægesystemerne kan vise en form for "grovsortering" ud fra nogle basale sorteringslogikker. Hermed forslag til den logik, som kan indarbejdes i udgangspunktet, og herefter tilpasses i løbet af pilotafprøvningen:

- Aktuelle diagnoser: Forløbsdiagnoser, seneste 12 måneder.
- Relevante diagnoser: Forløbs- og kontaktdiagnoser, seneste 12 måneder, ex. aktuelle.
- Øvrige diagnoser: Alle som ikke falder ind under ovenstående.

3: Fra "vinduer" til "liste"

Den oprindelige kravspecifikation tog afsæt i en grundlogik baseret på en række fast definerede "vinduer", fx kontaktdiagnosevindue, forløbsdiagnosevindue og rubrikoversigt.

Denne grundlogik er erstattet med konceptet om en "diagnoseliste", som kan sorteres, filtreres og grupperes på attributterne ovenfor, og på kommende attributter, som indføres over tid. Dette giver den nødvendige fleksibilitet ift. præsentation og eksisterende logikker i de lægesystemer, som skal afprøve og i sidste ende implementere diagnosekortet.