



Klinisk brugergruppemøde

29. September 2022



Dagsorden:

15.00 - 15.10 **1 Velkomst v. Henrik Prinds Rasmussen**

15.10 – 15.25 **2 Meddelelser og sidste nyt v. Rikke Viggers**

- a. Status på opdatering af patientfortegnelser mv.
- b. Forløbsplaner frem mod 2025
- c. Udbredelsesaktiviteter og status på udbredelse

15.25 – 16.00 **3 Min Læge app v. Heidi Skram og Rikke Viggers**

- a. Status på arbejdet
- b. Tilbagemelding fra patientbrugergruppen
- c. Næste skridt

16.00 – 16.30 **4 Sidste nyt i Forløbsplaner v. Maja Paulsen, herunder**

- a. DDV-visninger i lister og på formularer
- b. Revision af patientlister
- c. Samspil med diagnosekortprojektet

16.30 – 16.45 ***Pause***

16.45 – 17.15 **5 Diabetes Assist v. Henrik Prinds Rasmussen**

- a. Evt. samarbejde med Steno Diabetes Center Århus

17.15 – 17.45 **6 Igangværende aktiviteter og drøftelse af udviklingsønsker
v. Henrik Prinds Rasmussen**

- a. Klyngepakker
- b. Individuelle mål
- c. Henvielse til kommunal forebyggelse

17.45 – 18.00 **7 Eventuelt, herunder næste møde**

Næste møde: 15. december 2022 samt planlægning af møder for 2022

2. Meddelelser og sidste nyt v. Rikke

- Status på opdatering af patientfortegnelser
- Forløbsplaner frem mod 2025
 - Deling af planer
 - Patientperspektivet
 - Digital udvikling i og omkring almen praksis
- HbA1c
- Udbredelsesaktiviteter og status på udbredelse

HbA1c

- Patientværdier som altid er laboratoriesvar (som ikke udføres som klinikmålinger i nogen klinikker) skal være readonly. I formularen vises seneste værdi, og det skal ikke være muligt at rette den eller indtaste en anden værdi.
- Forslag om at prøvetagningsdatoen for patientværdier i formularen vises ved mouse-over
- For at undgå at der indtastes ældre værdier i formularen skal det præciseres at kun værdier fra dags dato kan/må indtastes, idet dags dato stemples ned som prøvetagningsdato.
- Forslag til ledetekst i formularen:
Der må kun indtastes patientværdier fra dags dato

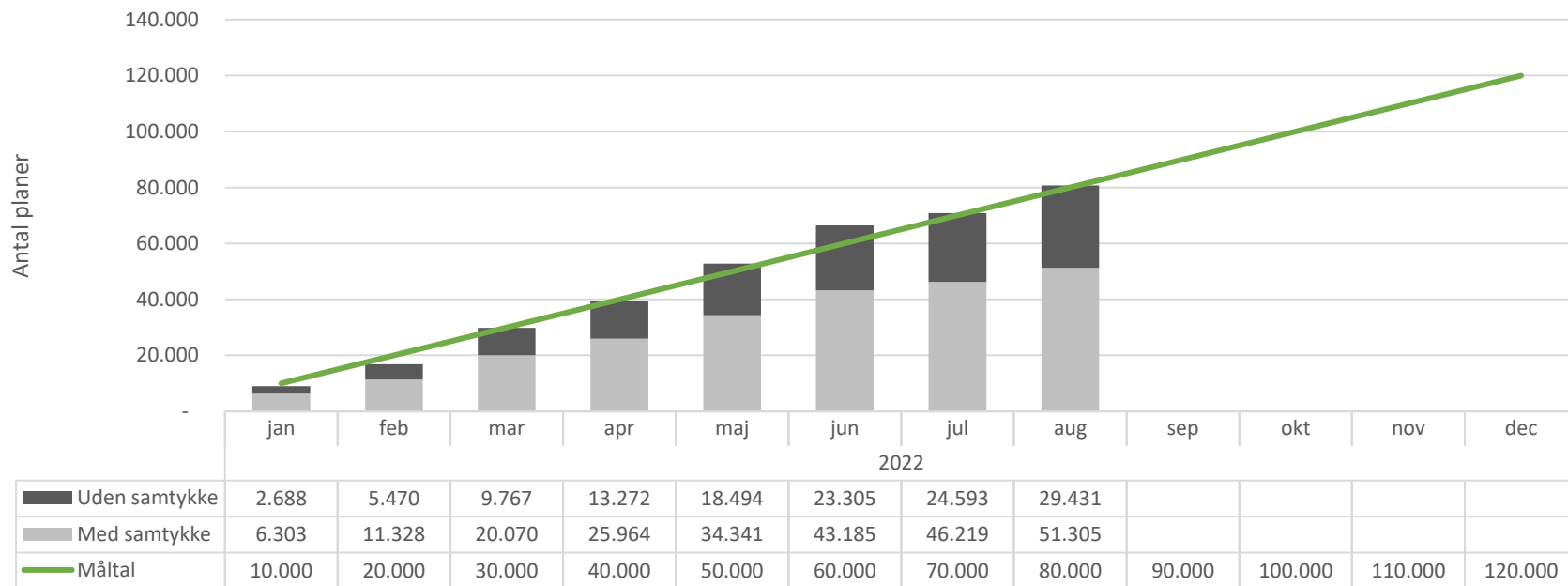
Status på udbredelse

Udbredelsesmål 2022:

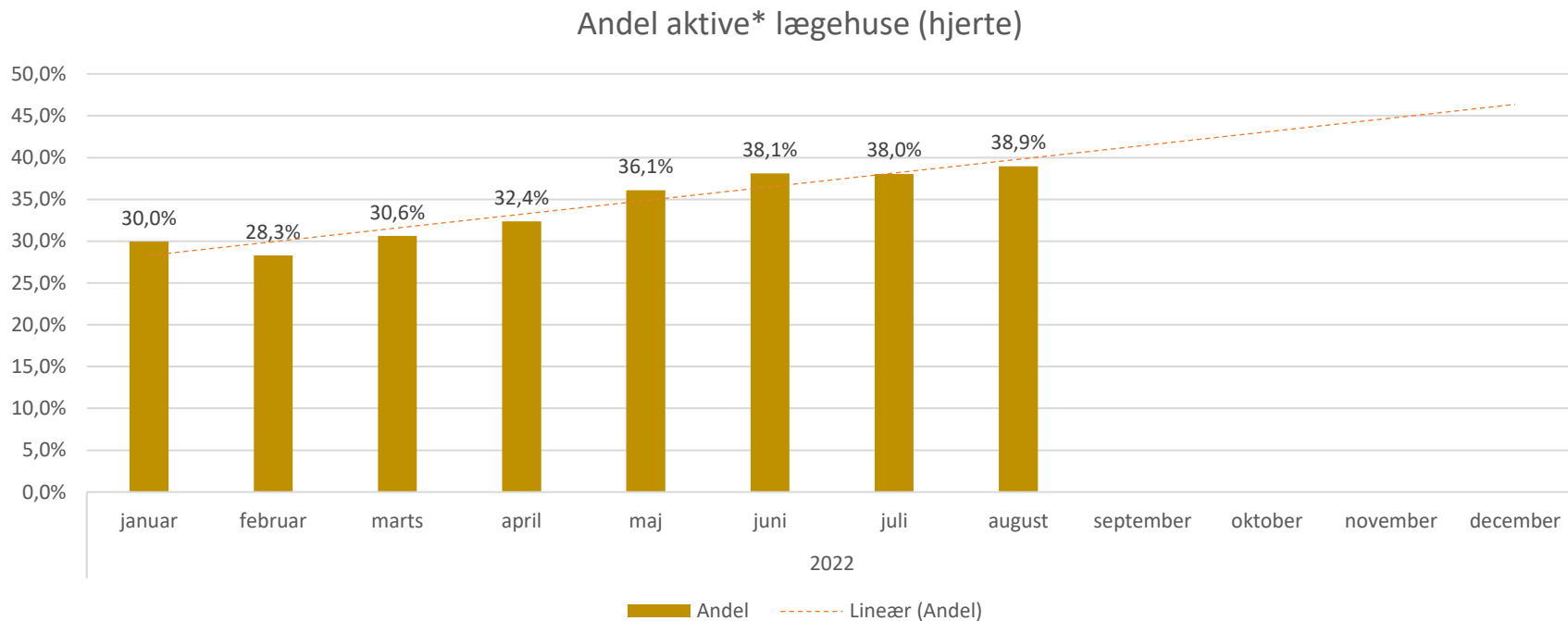
- Antal planer
 - 120.000 planer i 2022
 - Mindst 50% af klinikkerne skal være aktive med hjerteplaner
- Antal klinikker som har udarbejdet min 5 nye planer *pr. kapacitet*
 - 70% pr. 30. juni
 - 85% pr. 31. december
- Patientlogins
 - 75% af patienter med digitale planer er brugere af forløbsplanen (Sundhedsmappe eller Min Læge)

Udbredelsesmål 2022: 120.000 forløbsplaner

Antal forløbsplaner akk. over 2022

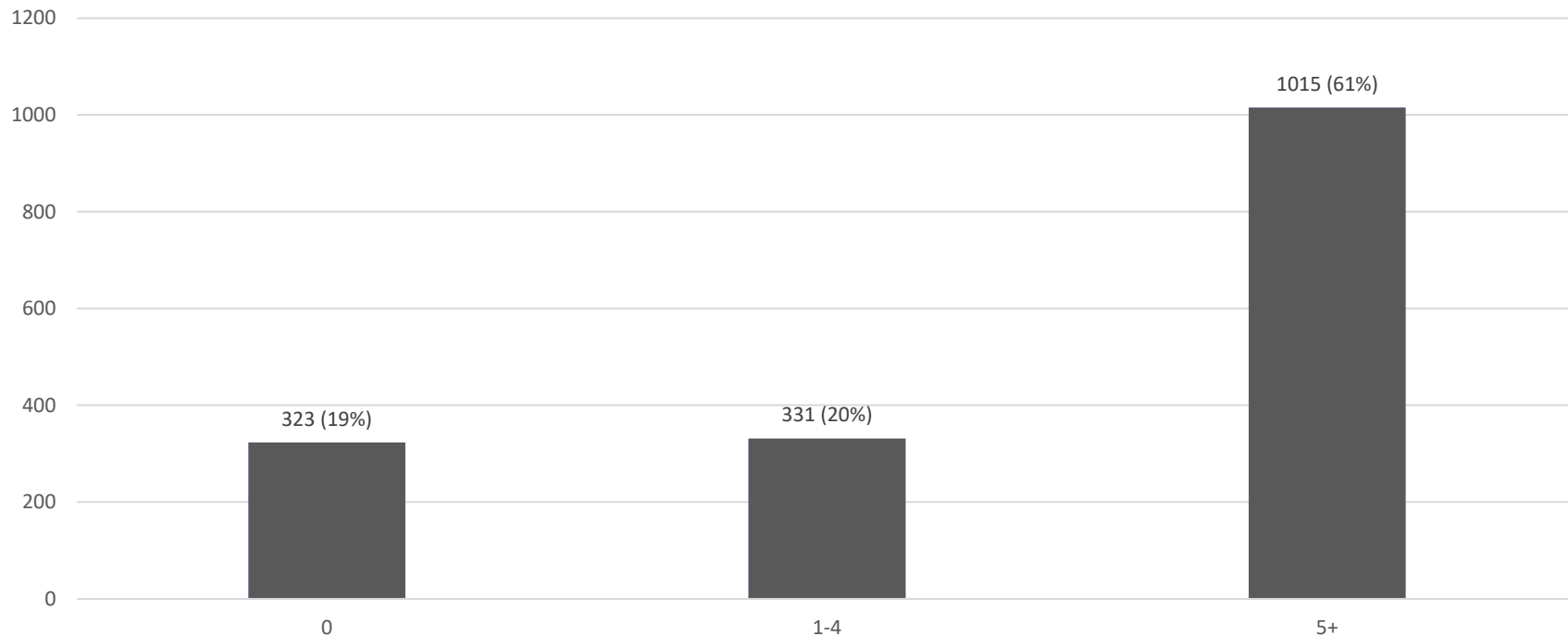


Udbredelsesmål 2022: Mindst 50% af almene ydere er aktive med hjerterforløbsplaner



14-10-2022

Fordeling af klinikker på antallet af oprettede **nye planer*** pr. læge, seneste 12 måneder

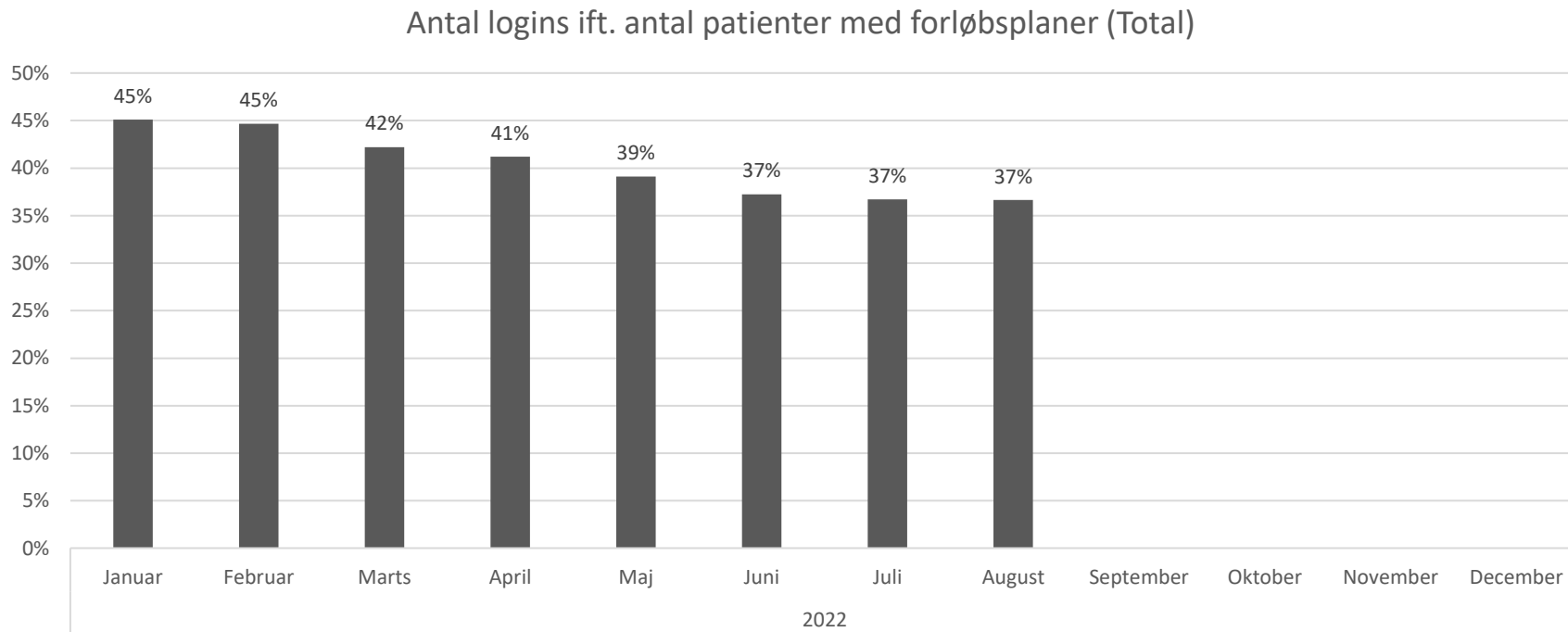


***En plan betegnes som en ny plan, hvis den patient, planen er lavet til, ikke tidligere har fået en plan af samme type.**

Antal lægehuse i alt (5,80): 1684.

Datakilde: PLSP

Udbredelsesmål 2022: 75% af patienter med digitale planer er brugere af forløbsplanen (Total)



Udbredelsesaktiviteter

- Har afventet implementering af individuelle mål for LDL
- Pixifolder (næsten) klar
- Udsendes sammen med PLO brev
- FSKIS
- Lægedage
- Datakonsulenter og udbredelseskonsulent

3. Min Læge app, status på arbejdet

- Version 1.0 i test
 - Testversion af Min Læge og testpatienter tilknyttet MedCom testklinik
 - Opdatering af driftsversion af Min Læge tilbydes udvalgte patienter
- Møde i patientbrugergruppen 21. juni hos Diabetesforeningen
- Test og tilretninger juni, juli og august
- Fuld release af version 1.0 i september
- Efterfølgende afprøvning af næste version mhp. release Q1 2023

3. Min Læge app, status på arbejdet

- Version 1.0 i test
 - Opdatering af driftsversion af Min Læge i drift hos udvalgte patienter
- Fuld release af version 1.0 i september
 - OBS jeres egne diabetespatienter
- Møde i patientbrugergruppen 21. juni hos Diabetesforeningen
 - næste møde formentlig november
- Præsentation og drøftelse af løsningsforslag på patient ønsker/ideer
 - pba. af drøftelser idag

Nye visninger i app'en

< Forløbsplan

Mine mål

Patienten ønsker at kunne gå sin sædvanlige tur på 2 km

Huskeliste - husk at bestille tid

- Øjenlæge mindst hver 2. år
- Kontrol i december i dit lægehus
- Fodterapeut mindst en gang årligt
- Influenzavaccination mellem 1. oktober og 15. januar

Medicin overblik

Se din medicin

Få overblik over din medicin i appen Medicinkortet

Patienthåndbogen

Læs mere om diagnosen

Overblik

Indbakke

Aftaler

Tidslinje

Mere

< Forløbsplan

HbA1C

Seneste prøve
40 mmol/mol (13. sep. 2022)

Aftalte mål
< 58 mmol/mol

Udvikling (seneste 5 målinger)

Måling	Dato	Resultat (mmol/mol)
5.	13.09.2022	40
4.	05.09.2022	47
3.	05.09.2022	60
2.	01.05.2022	47
1.	01.05.2020	50

Overblik

Indbakke

Aftaler

Tidslinje

Mere

< Forløbsplan

Overblik Prævesvar **Livsstil**

Her kan du se dine mål for livsstil

Vægt (BMI)

Her kan du se dine mål for vægt

< 20

20 - 25 **Aftalt mål**

26 - 30

> 30 **Aktuelt**

Motion

Her kan du se dine mål for motion

Aldrig

Overblik

Indbakke

Aftaler

Tidslinje

Mere

Motion

Her kan du se dine mål for motion

Aldrig

Månedlig **Aktuelt**

Ugentlig

Daglig **Aftalt mål**

Rygning

Her kan du se dine mål for rygning

Dagligt

Lejlighedsvis

Ophør **Aftalt mål**

Patientbrugergruppe

Patientbrugergruppen, består af 5 personer med diabetes, 1 diabetessygeplejerske, 1 Seniorfaglig konsulent fra Diabetesforeningen, Henrik Rasmussen, Rikke og Heidi fra MedCom.

Lidt sjov, men også hyggelig sammensat gruppe. De havde alle fået besked om at installere en testversion af Min Læge app, men ingen havde gjort det, og faktisk var der nogle der ikke havde en forløbsplan.

Men de vidste hvad de ville have i en app.

Mødet blev afholdt i Diabetesforeningen d. 21/6 og der er endnu ikke aftalt et nyt møde

Patientbrugergruppe

Patientbrugergruppens forslag til hvad en app skal kunne:

- Vil selv kunne taste blodtryk og blodsukker ind
- Have SMS reminder ved årskontrol, evt. også til øjenlæge og fodterapeut
- Gerne have Min Sundhedsplatform ind i Min læge (samle alle app i en)
- **Farvemarkering af ønskede mål, så evt. grøn farve ved den (for patienten) ønskede værdi,** man skal selv kunne vælge farve
- Gerne have det korte blodsukker i forløbsplaner
- Evt. quiz "Gæt dit blodsukker"
- Mulighed for hjemmeregistrering ved evt. alkohol, cigaretter mm.
- Blænde det man ikke bruger, så det bliver mere individuelt.



Kliniske brugergruppe - Forløbsplaner

Torsdag d.29.09.2022
Maja Paulsen



DDV integration i Forløbsplaner



The screenshot displays a web application interface for 'DDV integration i Forløbsplaner'. At the top, there is a header bar with a logo on the left, a 'DEV: til RKKP' button, and user information 'Ydernummer 999999' and 'MSP' on the right. Navigation links include 'Oversigt', 'Vaccinationer', and 'Support'. The main content area is titled 'Oversigt Forløbsplaner' and features four cards: 'Diabetes', 'Hjerte', 'KOL', and 'Vaccinationer'. Each card contains a logo and a link to 'Gå til patientliste'.

DEV: til RKKP

Ydernummer 999999 MSP

Oversigt Vaccinationer Support

Oversigt Forløbsplaner

Diabetes
Gå til patientliste

Hjerte
Gå til patientliste

KOL
Gå til patientliste

Vaccinationer
Gå til patientliste





DEV: til RKKP

Ydernummer 999999

MSP

Oversigt

Vaccinationer

Support

Patientliste

Overblik

DDV vaccinationsliste

Sorter efter sygdom: Alle

Navn	Cpr	Alder	KOL	Astma	Diabetes	IHS	Hypertension	Hyperkolesterolaemi	Influenza 2022/2023	Pneumokok	Covid 1	Covid 2	Covid 3	Covid 4	Covid 5
Ahmad Kanstrup		78													
Ahmet Egholm		70									11-01-2022	29-05-2022			
Ahmet Egholm d. 2		65													
Alexander Smith		91							06-09-2022	06-09-2022	06-09-2022				
Ali Karlsson		80								22-05-2022					
Alma Fenger		77													
Ane Lauridsen		62							11-11-2022						
Anker T. Andersen		62													
Anna M. Farah		71							06-09-2022	22-05-2022					
Anne K. Hagen		76													
Anne L. Bengtsson		76													
Annelise Andreassen		59									12-03-2022	13-03-2022	15-03-2022		
Annette Hein		74							15-03-2020						
Annette Bach		100								06-09-2022	22-05-2020	25-05-2020	11-06-2020	27-06-2020	
Annette Bach		80							22-08-2022						
Asta T. Andersen		61													
Axel Mouritzen		62									05-05-2022				
Azra Frølund		83									18-03-2022				
Bent O. Hyllested		71													
Berit Fuglsang		83													
Bettina Michaelsen		67													
Betty Nicolajsen		59													
Birthe M. Butt		75													
Birthe M. Hermann		51													
Carina Busk		77							18-12-2021						
Christen Beier		60													
Ellinor Vilstrup		81													
Erik Jørgensen		79													
Erland Krebs		63													



DDV integration i Forløbsplaner



DEV: til RKKP

Ydemnummer 999999  MSP

Oversigt

Vaccinationer

 Support

Patientliste

Overblik

DDV vaccinationsliste

Sorter efter sygdom:

Alle

Navn	Alle	Diabetes	IHS	Hypertension	Hyperkolesterolaemi	Influenza 2022/2023	Pneumokok	Covid 1	Covid 2	Covid 3	Covid 4	Covid 5
Ahmad Kanstrup	Diabetes											
Ahmet Egholm	Hyperkolesterolaemi							11-01-2022	29-05-2022			
Ahmet Egholm d. 2	Hypertension											
Alexander Smith	IHS					06-09-2022	06-09-2022	06-09-2022				
Ali Karlsson	KOL							22-05-2022				
Alma Fenger												
Ane Lauridsen												
Anker T. Andersen												
Anna M. Farah												
Anne K. Hagen												
Anne L. Bengtsson												
Annelise Andreassen												
Annette Hein												
Annette Bach												





Patientliste

Overblik

DDV Overblik

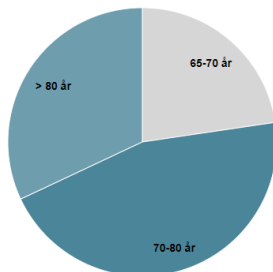
Alder

Her vises patienter fordelt efter alder.

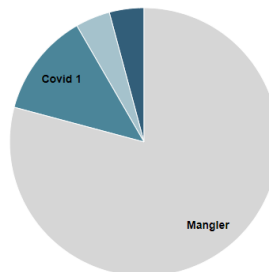
I graferne fremsøges og vises patienterne ud fra kliniske parametre, hvor sundhedsstyrelsen har vurderet, at patienterne er i øget risiko for alvorligt forløb med Covid-19.



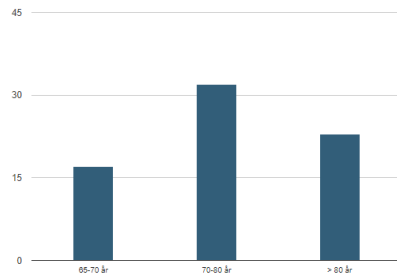
Vaccination ift. alder ⓘ



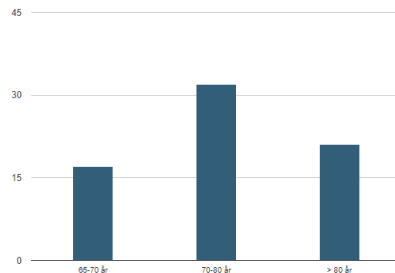
Patienter > 80 år og vaccination med Covid ⓘ



Mangler influenza vaccination for 2022/2023 ⓘ



Ikke Pneumokok-vaccineret de sidste 5 år ⓘ



DDV integration i Forløbsplaner



DEV: til RKKP

Ydernummer 999999  MSP

Oversigt

Vaccinationer

 Support

Patientliste

Overblik

DDV Overblik

Alder	▼
Diabetes	▼
KOL	▼
Nyresyge	▼
IHS	▼
Vaccinationer enkeltvis	▼





DEV: til RKKP

Ydenummer 999999 MSP

Oversigt

Vaccinationer

Support

Patientliste

Overblik

DDV Overblik

Alder



Diabetes

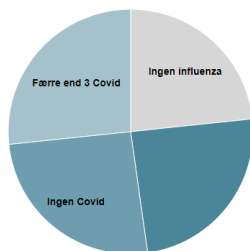


Her vises patienter, som har Diabetes - uanset om de også har KOL eller iskæmisk hjertesygdom.

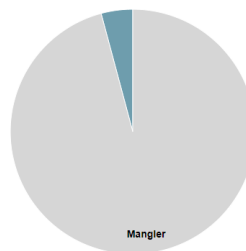
I graferne fremsøges og vises patienterne ud fra kliniske parametre, hvor sundhedsstyrelsen har vurderet, at patienterne er i øget risiko for alvorligt forløb med Covid-19.



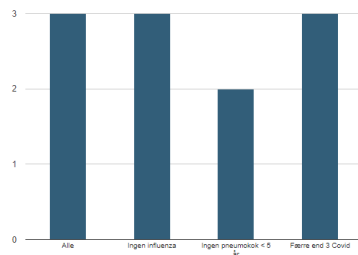
Diabetes og vaccination



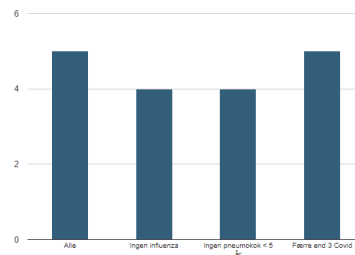
Diabetes og Covid vaccination



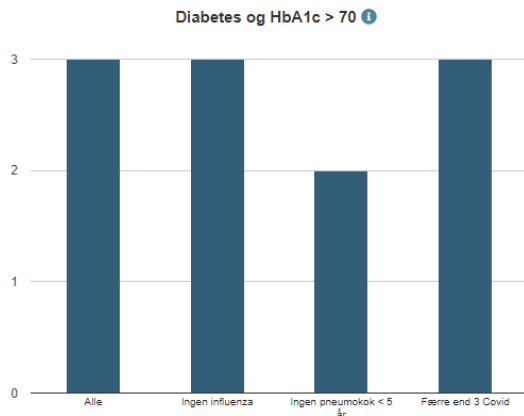
Diabetes og HbA1c > 70 ⓘ



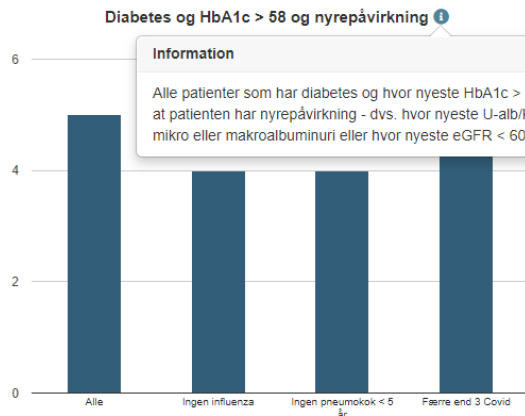
Diabetes og HbA1c > 58 og nyrepåvirkning ⓘ



DDV integration i Forløbsplaner



Diabetes og HbA1c > 58 samt Iskæmisk Hjertesygdom ⓘ



Diabetes og HbA1c > 58 samt BMI > 30 ⓘ



DDV integration i Forløbsplaner

Print Excel

Patienter med nyresygdom og eGFR < 60 ml/min der ikke er pneumokok vaccineret inden for de seneste 5 år

Navn	Cpr	Alder	eGFR	U-alb/kre	Diabetes	IHS	Apopleksi	KOL	Influenza 2022/2023	Pneumokok	Covid 1	Covid 2	Covid 3	Covid 4	Covid 5
Erik Jørgensen		79	52			•	•								
Erling Eskildsen		84	49	11		•									
Hilda T. Hansen		60	21	10	•	•		•							
Holger T. Hansen		60	14	100	•										
Karl T. Karlisen		72	44	32	•										
Kisser T. Karlisen		71	38	22	•	•									
Lasse T. Larsen		66	12	60		•		•							
Mads T. Madsen		66	56	38	•		•								
Martin Thomsen		86	52			•					19-09-2022				
Mie T. Madsen		61	45	6		•		•							
Mogens T. Madsen		62	30	8				•							
Pia T. Pallesen		55	3	125											
Rita T. Rasmussen		56	2	35				•							
Ruben T. Rasmussen		59	10	125		•	•	•							
Susanne T. Sørensen		56	14	2	•										
Søren T. Sørensen		57	25	12	•	•			13-09-2022						
Thor T. Thomsen		58	8	4		•		•							
Tim T. Thomsen		58	15	200	•	•									

Mikroalbuminuri = U-alb/krea 30-300 mg/g
Makroalbuminuri ≥ 300 mg/g

Luk



DDV integration i Forløbsplaner – Hjerte formular

Forløb ^

Lægehus

Tid til næste kontrol

mdr.

Husk at bestille tid til...

1. Influenzavaccination mellem 1.okt og 15. jan
(seneste vaccination: 06-09-2022)

2. Covid-19 vaccination, hvis det anbefales
(seneste vaccination: 06-09-2022 - 1. vaccine)

Kommunale tilbud for hjerte- karsyge ↗

DDV integration i Forløbsplaner – Diabetes formular

Forløb

Lægehus

Tid til næste kontrol

mdr.

Kommunale diabetes 2 tilbud

Husk at bestille tid til...

1. Influenzavaccination mellem 1.okt og 15. jan (ikke tidligere vaccineret)

2. Pneumokokvaccination, hvis det anbefales ⓘ (ikke tidligere vaccineret)

3. Covid-19 vaccination, hvis det anbefales (seneste vaccination: 29-05-2022 - 2. vaccine)

4. Regelmæssig kontrol ved øjenlæge.

5. Regelmæssig kontrol ved fodterapeut.

Diagnosekort-projektet og Forløbsplaner

- I fht. Diagnosekortet indføres ”nye begreber”
 - Forløbsdiagnoser
 - Aktuelle diagnoser (Forløbsdiagnoser **uden** afslutningsdato)
 - Relevante diagnoser (Forløbsdiagnoser **MED** afslutningsdato)
- Diagnosekortet er det sted, hvor der ryddes op i diagnoser fremadrettet
 - Skal slå igennem i forløbsplaner. En læge vil ikke først rydde op i diagnosekortet og så åbne forløbsplaner og se de diagnoser, han lige har fjernet, være der

Diagnosekort-projektet og Forløbsplaner

- Eksempel:
 - Patient får vist forslag til aktuelle diagnoser i diagnosekortet første gang det åbnes:
 - Aktuelle
 - Diabetes
 - Hypertension
 - AMI
 - Relevante
 - Pneumoni
 - Benbrud



Diagnosekort-projektet og Forløbsplaner

- Eksempel:
 - Patient får vist forslag til aktuelle diagnoser i diagnosekortet første gang det åbnes:
 - Aktuelle
 - Diabetes - ✓ ***som overføres til diagnosekort***
 - Hypertension - ✓ ***som overføres til diagnosekort***
 - AMI – sættes en afslutningsdato på – ikke i aktuelt behandlingsforløb – men markeres som fortsat relevant
 - Relevante
 - Pneumoni – sættes afslutningsdato – skal ikke overføres til diagnosekort
 - Benbrud – sættes afslutningsdato, men fortsat relevant (handicap i dag)

Diagnosekort-projektet og Forløbsplaner

- I forløbsplaner
 - Vi skal sikre os, at hvis en diagnose slettes – så overføres den til FLP, fordi den ikke er gældende (det var en fejldiagnose)
 - Hvis en diagnose får en afslutningsdato – så betyder det, at patienten ikke aktuelt er i et behandlingsforløb for den sygdom. Ergo skal man ikke lave en forløbsplan for den patient
 - Skal en sådan patient så fortsat være inkluderet i forløbsplaner? Diagnosen er stadig relevant men ikke aktuel
 - Hvis der sendes afslutningsdatoer over, var de diagnoser gældende i et tidsrum, det skal anvendes til historik, da de i den periode var gældende til beh.algoritmer og dermed beslutningsgrundlag for lægen



Diagnosekort-projektet og Forløbsplaner

- I forløbsplaner
 - I forbindelse med test af LPS til integration til DDV – ser vi de 3 lægepraksissystemers integration af diagnosekort
 - XMO, EG, NOVAX
 - Tester sletning og overførsel af afslutningsdatoer
 - Sikrer at beh.algoritmer fortsat fungerer korrekt, mens storskala test kører (efterår 2022)
 - Integration mellem diagnosekort og forløbsplaner er u-undgåeligt og der skal derfor laves database-mæssig integration, når implementering af diagnosekort er endelig bestemt efter storskala.



Tak for i dag

KiAP

J.B. Winsløws Vej 9A, stuen
5000 Odense C

www.kiap.dk

KiAP

Diabetes Assist Formål

- sikre at flere patienter med kronisk sygdom behandles iflg. kliniske guideline i AP
 - udvikle og afprøve Intelligente Visninger (IV) målrettet almen praksis
 - sikre at IV tool udvikles som en generisk løsning, som kan udvides til andre kroniske sygdomme - afprøves først på patienter med type 2-diabetes
- udvikle IV tool så den optages af slutbrugerne (almen praksis)
 - sikre at IV tool passer ind i slutbrugernes arbejdsgange via høj grad af slutbruger inddragelse under udvikling
- udvikle IV tool så den opleves relevant af guideline gruppen
 - sikre at løsning udvikles så den "let" kan opdateres ved ændringer i de kliniske guideline
- skaber evidens
 - del 1; undersøger effekten af pop-up (forskningprotokol forefindes) + opsamler relevant viden til del 2
 - del 2: afprøvning af IV tool målrettet almen praksis, samt efterfølgende evaluering (evalueringsmål er ikke fastsat)

Formål

- sikre at flere patienter med kronisk sygdom behandles iflg. kliniske guideline i AP

KiAP udvikle og afprøve Intelligente Visninger (IV) målrettet almen praksis

- sikre at IV tool udvikles som en generisk løsning, som kan udvides til andre kroniske sygdomme - afprøves først på patienter med type 2-diabetes

- udvikle IV tool så den optages af slutbrugerne (almen praksis)

KiAP/SDCA sikre at IV tool passer ind i slutbrugernes arbejdsgange via høj grad af slutbruger inddragelse under udvikling

- udvikle IV tool så den opleves relevant af guideline gruppen

KiAP/SDCA sikre at løsning udvikles så den "let" kan opdateres ved ændringer i de kliniske guideline

- skaber evidens

KiAP/SDCA del 1; undersøger effekten af pop-up (forskningsskema forefindes) + opsamler relevant viden til del 2

KiAP/SDCA del 2: afprøvning af IV tool målrettet almen praksis, samt efterfølgende evaluering (evalueringsmål er ikke fastsat)

- Økonomi
 - SDCA; 1 årsværk til it-software udvikler – ansættes snarest muligt
 - SDCA; evt lidt UX-bistand (fra ekstern leverandør)
 - derudover er det mandetimer fra begge parter
- Ansvarsområder/leverancer
 - del 1: pop up funktion
 - udvikles til specifikke behandlingssituationer
 - udrulles i 50 klinikker i 12 måneder
 - forskning publiceres og viden indsamles til del 2
 - del 2: Intelligente Visninger vedr type 2-diabetes (1. og 2. valg – se næste slide)
 - udvikle brugerfalde målrettet almen praksis
 - Brugertest ved almen praksis
 - Algoritme kodes (involvering af guidelinegruppe ifht. algoritme)
 - udrulles nationalt
 - evaluering

del 1:

Electronic Notifications to Improve Type 2 Diabetes Therapy in Primary Healthcare: A Cluster Randomized Trial (Entirety)

Brief project description

Guideline-directed medical therapy (GDMT) for patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) consists of three cornerstones: glucose-lowering, antihypertensive, and lipidlowering medications. General practitioners are essential in management of patients with T2DM but despite huge efforts adherence to GDMT is still suboptimal, prescription delays are common, and treatment goals are often not achieved. Nonadherence to GDMT is associated with cardiovascular events and other diabetes complications and increases health care costs, suggesting that cost savings from better adherence could be substantial. Furthermore, there has been a lack of formal evaluation of clinical decision-making tools in the past leading to low usage.

The objective is to study the effect of simple electronic notifications of GDMT vs. usual care in primary care. We will investigate this in a prospective, pragmatic, multicenter, cluster randomized clinical trial to compare electronic notifications of GDMT vs. usual care in patients with T2DM in **50 Danish general practices involving 2000 patients. The primary outcome measure is the composite increase in number of lipid lowering drugs, sodium glucose co-transporter 2 inhibitors, and glucagon-like peptide-1 receptor agonists at 1 year.** The notification is constructed based on the recent guidelines from the Danish College of General Practitioners and the Danish Endocrine Society and is embedded in the patient record system and uses data already obtained. This means that the general practitioner shall not fill out additional information for getting the advice, but will passively gain treatment relevant information about each specific patient with T2DM.

Clinical decision support embedded in electronic health records providing best practice alerts are cost-effective interventions that can be targeted, individualized, and rapidly scalable if found to be impactful.

Fakta;

- søges ved NNF
- 5.880.000 kr
- 50 GPs i 1 år.

Individuelle mål - diabetes

DIABETES PATIENT:	LDL	HbA1c (mmol/mol) [€]	Blodtryk
Diabetes - Ingen risikofaktorer - Normal nyrefunktion	< 2.6 mmol/l		
Diabetes – HØJ RISIKO - Hjertesvigt uden iskæmisk karsygdom[€] ≥ 3 af følgende risikofaktorer: - > 60 år - Mandligt køn - Familiær disposition[#] - Dysreguleret hypertension[§] (> 130/80 mmHg)[§] - LDL > 1,8 trods behandling[*] - Rygning (daglig)[§]	< 1.8 mmol/l	Varighed af diabetes: 0-12 år: ≤ 48 > 12 år og < 80 år: ≤ 53 ≥ 80 år: ≤ 58 Svær comorbiditet: [^] ≤ 58	Alder: < 80 år: < 130/80 mmHg ≥ 80 år: < 140/85 mmHg
Diabetes – Iskæmisk karsygdom - Iskæmisk Hjertesygdom[€] - Cerebral iskæmi (apoplexi eller TCI) - PAD	< 1.4 mmol/l		
Diabetes - Nyrepåvirkning - eGFR < 60 ml/min - Mikroalbuminuri - Makroalbuminuri	< 1.8 mmol/l		
Diabetes - ældre - Ældre/skrøbelige - > 80 år, demens, nedsat funktionsniveau, slutstadiet af kronisk sygdom, plejehjemsboere	Statin beh. hvis tolereret, overvej fordele og ulemper	≤58-70	≥ 80 år: < 140/85 Demens, plejehjem, slutstadiet af kronisk sygdom: < 150/90

- Familiær disposition til tidlig debut af kardiovaskulær sygdom (< 55 år for mænd, > 65 år for kvinder)

§ - BT < 130/ 80 mmHg trods antihypertensiv behandling (>= 1 præparat)

*Hvis LDL fortsat > 1.8 på trods af lipidsænkende behandling

§ Rygning er kategoriseret som 10 pakkeår – men her oversat til daglig ryger.

[^]Svær comorbiditet er når lægen vurderer at patienten er særlig sårbar pga sine diagnoser af enten KOL, Astma, atriefibrillen, hjerteinsufficiens

[€] Patienter med hjertesygdom er særligt sårbare for hypoglykæmi ved behandling med insulin og SU, og derfor skal der ikke behandles HbA1c <53 mmol/mol ved disse patienter.

del 2:

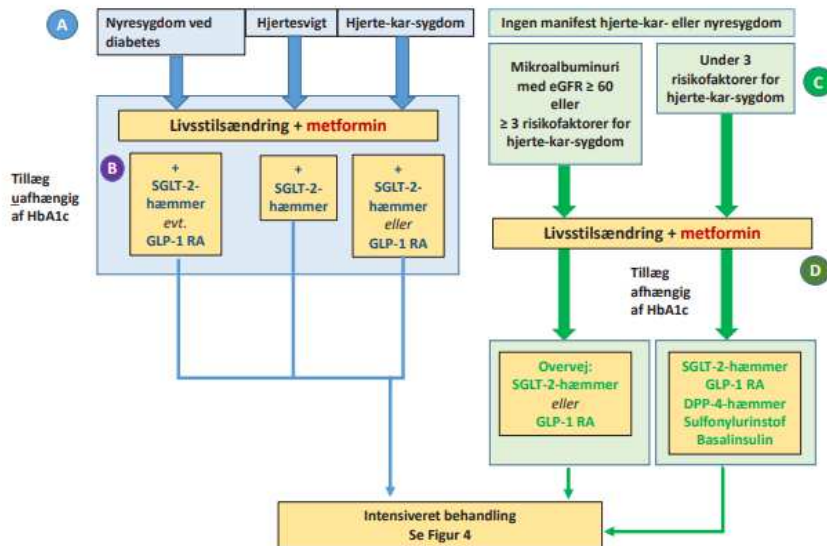


FARMAKOLOGISK BEHANDLING AF TYPE 2-DIABETES

Fælles retningslinje fra Dansk Endokrinologisk Selskab (DES)
og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2022

Den generelle algoritme

FIGUR 2. Algoritme for farmakologisk glukosesænkende behandling af type 2-diabetes



- A. Hjerte-kar-sygdom = iskæmisk hjertesygdom, cerebral iskæmi, perifer arteriel insufficiens. Hjertesvigt = påvist reduceret EF. Nyresygdom ved diabetes = diabetisk makroalbuminuri (uanset eGFR) eller mikroalbuminuri med eGFR < 60.
- B. 2.-valget umiddelbart efter optitrering af metformin *uafhængigt* af opnået HbA1c.
- C. Kardiovaskulære risikofaktorer: Alder > 60 år, mandligt køn, familær disposition for tidlig debut af kardiovaskulær sygdom (< 55 år for mænd, < 65 år for kvinder), dysreguleret hypertension > 130/80 mmHg trods behandling, dyslipidæmi LDL > 1,8 mmol/l trods behandling, rygning > 10 pakkeår.
- C. 2.-valget, hvis behandlingsmålet ikke kan opnås. Individuel vurdering baseret på ønsket glukosesænkende effekt, potentiel vægtreducerende effekt (GLP-1 RA og SGLT-2-hæmmere), egen insulinproduktion (mål evt. C-peptid), potentielle bivirkninger, pris og patientens præferencer i øvrigt. Hverken DPP-4-hæmmere, sulfonylurinstoffer eller insulin medfører en øget kardiovaskulær risiko. Anvendelse af *pioglitazon* er en specialisopgave og er derfor ikke medtaget i figuren.

Henvisning til kommunal forebyggelse

Værdier og mål, som ønskes overført fra forløbsplaner til henvisning

Diabetes:

- LDL Kolesterol – seneste værdi og individuelle mål
- BT (hjemme-BT) – seneste værdi og individuelle mål
- HbA1C – seneste værdi og individuelle mål
- BMI
- Mine Mål
- KRAM-faktorerne.

Hjerte

- LDL Kolesterol – seneste værdi og individuelle mål
- BT (hjemme-BT) – seneste værdi og individuelle mål
- HbA1C – seneste værdi og individuelle mål
- BMI
- Mine Mål
- KRAM-faktorerne.

KOL

- Mine mål
KRAM
BMI
GOLD (alternativt MRC-grad og eksacerbationer)

Dagsorden:

15.00 - 15.10 **1 Velkomst v. Henrik Prinds Rasmussen**

15.10 – 15.25 **2 Meddelelser og sidste nyt v. Rikke Viggers**

- a. Status på opdatering af patientfortegnelser mv.
- b. Forløbsplaner frem mod 2025
- c. Udbredelsesaktiviteter og status på udbredelse

15.25 – 16.00 **3 Min Læge app v. Heidi Skram og Rikke Viggers**

- a. Status på arbejdet
- b. Tilbagemelding fra patientbrugergruppen
- c. Næste skridt

16.00 – 16.30 **4 Sidste nyt i Forløbsplaner v. Maja Paulsen, herunder**

- a. DDV-visninger i lister og på formularer
- b. Revision af patientlister
- c. Samspil med diagnosekortprojektet

16.30 – 16.45 ***Pause***

16.45 – 17.15 **5 Diabetes Assist v. Henrik Prinds Rasmussen**

- a. Evt. samarbejde med Steno Diabetes Center Århus

17.15 – 17.45 **6 Igangværende aktiviteter og drøftelse af udviklingsønsker
v. Henrik Prinds Rasmussen**

- a. Klyngepakker
- b. Individuelle mål
- c. Henvi sning til kommunal forebyggelse

17.45 – 18.00 **7 Eventuelt, herunder næste møde**

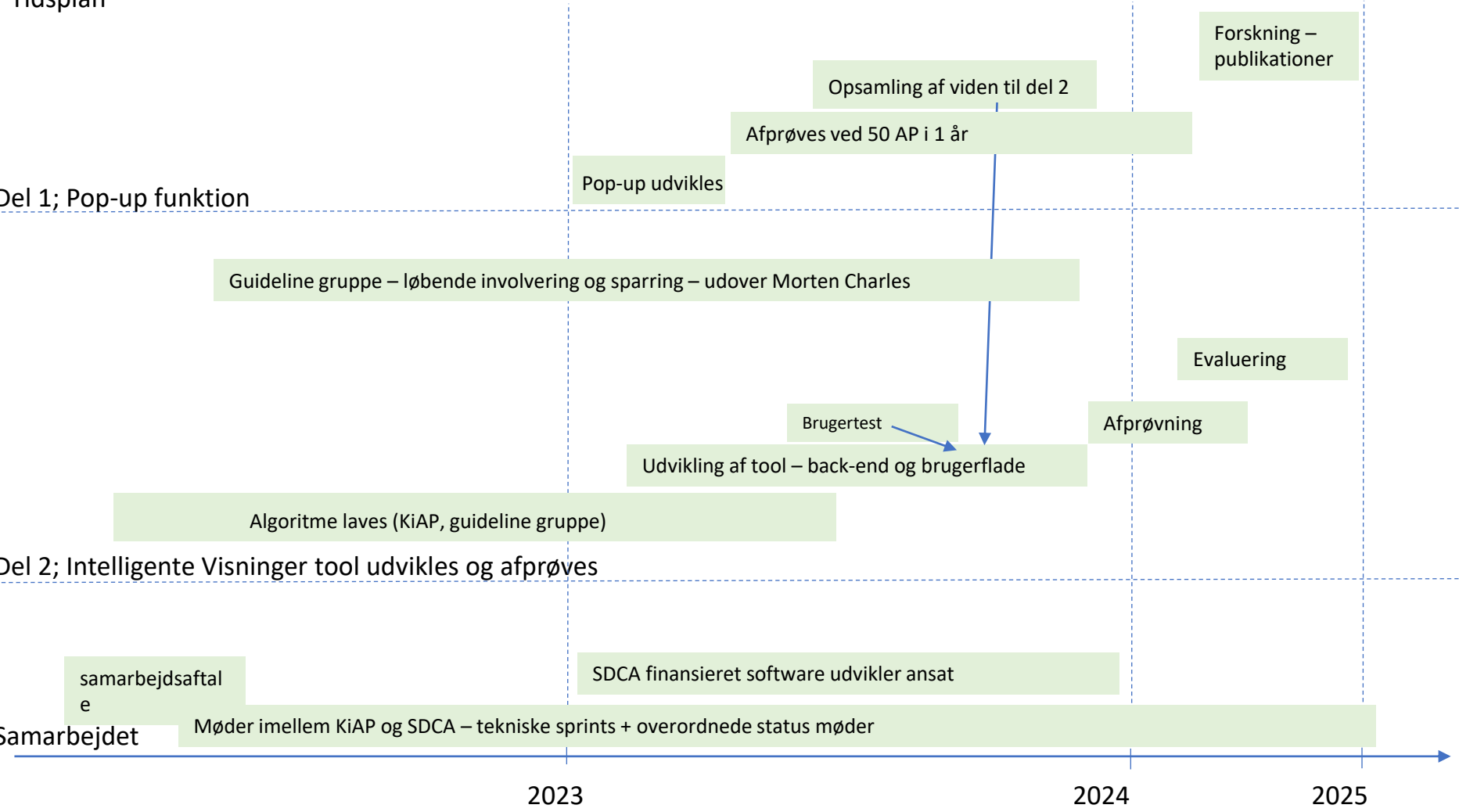
Næste møde: 15. december 2022 samt planlægning af møder for 2022

Tidsplan

Del 1; Pop-up funktion

Del 2; Intelligente Visninger tool udvikles og afprøves

Samarbejdet



Klyngepakker

KIAP's podcasts om klyngepakkerne

Type 2-diabetes -
behandling og kvalitet



Type 2-diabetes -
organisering og opfølgning



KOL - diagnostik



KOL - behandling



Almen Praksis' samarbejde
med kommunale
akutfunktioner



Almen praksis' samarbejde
med kommunale
forebyggelses- og
rehabiliteringstilbud



Diagnostik og behandling af
pneumoni og KOL-
eksacerbation



Trivsel og arbejdsglæde



Smertestillende medicin



Hypertension



Iskæmisk hjertesygdom



Individuelle mål- hjerte

KiAP

Behandlingsmål - Hjerte

Opdateret: Sept. 2022

Gruppe	LDL mål	HJBT mål	Konsultationsblodtryk
Raske generelt Hypertension / hyperkolesterolæmi diagnose, +/- medicinsk beh. - som IKKE er inkluderet i understående kategorier (nyrepåvirkning, diabetes, hjerte-kar-diagnose) Risikofaktorer: Heartscore $\geq$ 10%, Systolisk bt >155 mmHg, LDL >5 mmol/L, Total kolesterol >8 mmol/L ³	$< 2,6$ Ved én eller flere risikofaktorer: $< 1,8$	< 80 år $<135 / 85$ ≥ 80 år $<145/90$ Heartscore ≥ 10 %: 130 / 80	< 80 år $<140 /90$ ≥ 80 år $<150/ 95$ Heartscore ≥ 10 %: 135 / 85
Diabetes	$<2,6$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85
Diabetes Højrisiko (Hypertension, hyperkolesterolæmi, mikroalbuminuri, rygning, fam. disp.)	$<1,8$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85
Iskæmisk Apoplexi/ TCI/ PAD¹	$<1,4$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85
AMI/iskæmisk hjertesygdom¹	$<1,4$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85
Kronisk nyresygdom (let nyrepåvirkning: eGFR 30-59 ml/min eller mikroalbuminuri) eller Familiær hyperkolesterolæmi	$<1,8$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85
Kronisk nyresygdom (svær nyrepåvirkning: eGFR < 30 ml/min eller makroalbuminuri) eller Familiær hyperkolesterolæmi med 1 eller flere risikofaktorer (hypertension, mikroalbuminuri og rygning)	$<1,8$ og < 50 % af udgangsværdi ²	130/80	135/85

Henvisning til kommunal forebyggelse

Hvordan kan vi understøtte afsendelse af henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra Forløbsplanen:

- Der sættes en markering i forløbsplansformularen
Den kliniske brugergruppe for forløbsplaner drøfter og godkender placering
- Lægesystemet åbner pba. markeringen automatisk en henvisning (XREF15) og indsætter de aftalte patientværdier og mål fra forløbsplanen
- Henvisning afsendes fra lægesystemet til kommunen (efter gældende aftaler og på helt almindelig vis)
- I pilotafrøvningen vil informationer fra kommunen til lægen om det gennemførte forebyggelsestilbud komme til lægesystemet via afslutningsnotatet (XDIS15) som vanligt.
- Den kliniske brugergruppe for forløbsplaner drøfter om udvalgte data fra afslutningsnotatet kan overføres fra lægesystemet til forløbsplanen.

Hvordan det præcist (teknisk) skal lade sig gøre, at en markering i forløbsplanen initierer oprettelse af en henvisning i lægesystemet, afklares mellem lægesystemleverandørerne, PLSP, KiAP og MedCom. Intentionen er at lave en teknisk løsning, som kan bruges i andre sammenhænge også.

Henvisning til kommunal forebyggelse

- Tidsplanen følger det godkendte projektforslag og overgang til næste fase (aftaler med leverandørerne om teknisk udvikling og aftaler med samarbejdspartnere) skal godkendes af forløbsplansprojektets styregruppe
- Planen er at 2-3 lægesystemer deltager i pilotafprøvningen. Udbredelsen sker til alle leverandørens kunder og dermed vil læger i hele landet få hjælp til at henvise til kommunale forebyggelsestilbud med de ønskede informationer, når de opretter forløbsplaner
- Erfaringsopsamling sker i København og Guldborgsund kommune.
- Gruppen ønsker at alle de 3 forløb skal indgå. Diabetes og KOL giver bedst mening. Hjerterehabilitering vil ofte være efter en indlæggelse, og via en genoptræningsplan. Men relevant at kunne samle op om patienter der falder ud af tilbud.

Hvordan får vi data retur fra kommunen?

- Afslutningsnotatet (MedCom standard XDIS15)
- Indeholder strukturerede (men ikke mandatory) felter til start/slutdato
- Start/slutdato hentes ikke i dag ind i lægesystemet
- Organisatorisk implementering i kommunerne