

Mødetitel	13. møde i den kliniske brugergruppe for forløbsplaner	MedCom
Mødedato	14. marts 2023	Forskerparken 10
Tidspunkt	15-18	5230 Odense M
Sted	MedCom – Mødelokale C Forskerparken 10 5230 Odense M	Tlf: +45 6543 2030
Deltagere	Speciallæge i almen medicin Henrik Rasmussen Lægehus Nord, Kolding	E-mail: mbk@medcom.dk www.medcom.dk
	Speciallæge i almen medicin, professor Jens Søndergaard, SDU, Odense	14. marts 2023
	Speciallæge i almen medicin, praksiskonsulent og RKKP-konsulent, Thomas Gregersen, Lægerne Aabos Plads, Aalborg	
	Sygeplejerske Edi Pio (video) Lægerne Amagerbrogade 172, København S	
	Merete Hansen, DSAM-repræsentant	
	Trine Cecilie Jeppesen (video) PLO-repræsentant	
	Dataspecialist, afd.læge, ph.d. Maja Paulsen KiAP, Odense	
	Projektleder Rikke Viggers MedCom, Odense	
	Konsulent Mie Borch Dahl Kristensen MedCom, Odense	
Afbud:	Speciallæge i almen medicin Ane Jørgensen Lægehuset i Ullerslev, Ullerslev	
	Sygeplejerske Astrid Mosegaard Lægehus Nord, Kolding	

Dagsorden:

1. Velkomst
2. Hjertepatienter i almen praksis
3. Drøftelse af udviklingsønsker
4. Nyt forløbsplaner

5. Min Læge-app
6. Status på opgaver
7. Eventuelt

Referat:

1 Velkomst v. Henrik

Henrik byder velkommen og præsenterer dagsordenen.

2 Hjertepatienter i almen praksis v. Trine og Edi

Hypertensionspatienter er en stor gruppe i almen praksis, som optager meget aktivitet, selvom gruppen egentlig har et potentiale til at blive mere selvhjulpne. Derfor har man i Trine og Edi's praksis været igennem et stort oprydningsarbejde/kvalitetsarbejde, hvor man har gennemgået alle patientlister (aktuelle og mulige hypertensionspatienter), rettet diagnoser, slettet døde patienter, registreret blodtryk (korrekt), gennemført intern undervisning via KGE-modul, revideret instrukser og ensartet måden at forklare patienterne, hvad der skal ske/hvad de kan forvente mv. Dette bl.a. med henblik på at demonstrere potentialet i forløbsplaner og klyngevisninger.

Indsatsen har bl.a. resulteret i, at andelen af hjemmeblodtryk er steget med 44-56% på 5 måneder, og at tiden, som sygeplejersken anvender på forberedelse til årskontroller, er reduceret. Herudover opleves det også, at behovet for opfølgning hos lægen er blevet mindre, at den faglige dialog er blevet bedre, at rutinerne har skabt tryghed hos både personale og patienter, og at den faglige stratificering er blevet bedre.

Ift. brugen af forløbsplaner opleves følgende udfordringer:

1. Det er meget tidskrævende at sikre datakvaliteten, hvilket er en forudsætning for optimalt udbytte af forløbsplaner og klyngevisninger.
2. Klyngevisningerne tager ikke højde for datakvaliteten. Erfaringen fra forsøget ovenfor er, at datakvalitetsforbedringen ikke afspejles i klyngevisningerne, hvor behandlingskvaliteten tværtimod ser ud til at dale ifm. datakvalitetsløftet.
3. Nogle praktiserende læger kan ikke se gevinsten ved forløbsplaner – måske fordi vi fokuserer for lidt på tidsbesparelser og på at patienterne bliver selvhjulpne.
4. Klyngepakkerne anvendes ifm. undervisning af læger – selvom arbejdet bag ofte udføres af klinikpersonalet.

Bemærkninger/drøftelser – hvad kan vi gøre for at fremme brugen af forløbsplaner?

- Det er en udfordring, at datakvalitetsforbedringer potentielt påvirker klyngevisningerne negativt, og der bør arbejdes på at justere visningerne, så de tager højde for populationsstørrelse. Derudover bør gevinsten ved oprydning (og det at få gennemgået sine patienter) formidles som en gevinst i sig selv.
- Der bør være mere fokus på at formidle gevinster omkring tidsbesparelser/økonomi/flow/arbejdsdeling/involvering af klinikpersonale v. brug af forløbsplaner.
- Der bør arbejdes videre med patientens forberedelse til konsultation, evt. i regi af arbejdet omkring "Klinikkens cockpit" og "klinik+". Hypertensionspatienter vurderes at være en gruppe, som er let at afgrænse og stratificere, og hvor der med fordel kunne lægges noget forberedelse ud til patienten selv.
- Brugen af KGE-moduler bør fremmes
- Der bør være fokus på at undervisningskoncepter, som også klinikpersonalet har adgang til, så budskabet leveres til de rigtige.

Bemærkninger/drøftelser – hvad kan vi gøre ift. datakvalitet?

- Automatisk opdatering af patientfortegnelserne. Dette er på vej. Status er, at den teknik, der ligger bag den automatisk opdatering er programmeret og ligger klar på PLSP. Der har været nogle nødvendige juridiske afklaringer, samt dialog om, om opdateringen skulle ske oftere end én gang om måneden, fx dagligt. GDPR har aktualiseret behovet for, at praksis kan slette data/patienter, som ikke længere er tilknyttet klinikken. Når de automatisk opdaterede patientfortegnelser er implementeret i systemerne, skal vi – ifm. test i efteråret 2023 - sikre os, at det også slår igennem forløbsplanerne. Når de automatiske patientfortegnelser er implementeret, forsvinder listerne med aktuelle og mulige patienter.
- Der bør arbejdes på, at fx blodtryk og højde kun kan indtastes på én måde.
- Generelt bør man stræbe efter at stille krav om, at systemerne anvender inputmasker og grænseværdier, hvor det er muligt, så der sættes begrænsninger på, hvad der kan registreres i systemerne/så der registreres med de rigtige koder. Udfordringer forbundet med at datakvalitetsoptimere bagudrettet bør IKKE forsinke processen med at sikre den fremadrettede datakvalitet. Datakvalitetsprojektet i MedCom, som gruppen tidligere har hørt om, er bremset i sin oprindelige form pga manglende finansiering. Der arbejdes videre med datakvalitet i MedCom, og det er fortsat Trine Leksø der varetager opgaven. Det er et stort ønske fra projektet, at netop disse initiativer prioriteres.
- Undervisning i diagnosekodning. Dette er allerede et fokusområde i KiAP.

Maja bemærker, at hun – trods alt – oplever en forbedring i datakvalitet, patientlister og koder, når hun er på praksisbesøg. Oplevelsen er altså, at praksis arbejder med det, og at der sker en udvikling.

Trine foreslår, at klyngepakken ift. hypertension sættes på pause, idet den ikke – i kombination med datakvalitetsoptimering – vil medføre noget positivt. Trine anbefaler, at man generelt kigger på klyngevisninger, så de bliver mere retvisende ift. den population, man kigger ind i. KiAP tager dette med hjem. Maja bemærker, at man i KiAP ikke kun arbejder med klyngesamarbejde men også med kvalitet i egen praksis, hvilket er det, vi - ifm. datakvalitetsforbedringer – særligt skal tale ind i.

3 Drøftelse af udviklingsønsker v. alle

- Inkludering af data vedr. passiv rygning og e-cigaretter:** Forespørgslen er opstået på baggrund af proces omkring RKKP-indberetninger for KOL, hvor der har været snak om at inkludere passiv rygning og e-cigaretter. E-cigaretter har egen statuskode (bruger/tidligere bruger/aldrig bruger), og kan – hvis man ønsker det – inkluderes i forløbsplanerne for KOL, diabetes og hjerte. Hvis det besluttes at inkludere data vedr. e-cigaretter, skal det besluttes, om det skal sidestilles med almindelig rygning og bruges i algoritmerne.

Konklusion:

- Passiv rygning: Der er på mødet enighed om, at passiv rygning er meget vanskeligt at definere og derfor ikke bør inkluderes.
- E-cigaretter: Der er på mødet enighed om at inkludere e-cigaretter som registreringsmulighed, men der er også enighed om, at der er brug for mere dokumentation, førend det skal inkluderes i algoritmerne. E-cigaretstatus vil blive "tilbageført" fra forløbsplanen til journalen, hvis det registreres på formularen. Det diskuteres om forløbsplansdata vil kunne danne grundlag for

forskning på området. Rikke henviser alle forespørgsler om forskningsprojekter til PLO og der er derfra sagt nej.

Bemærkninger:

- Trine: Det er et stort ønske, at patienterne selv får mulighed for at rapportere KRAM-faktorer, herunder e-cigaretstatus. Berøres under dagsordenspunkt 5.

- b. Forslag om at ændre barometervisning:** Der er vedvarende meldinger fra læger, som ikke er begejstrede for barometervisninger. I stedet efterspørges nogle grafiske udviklingsvisninger.

Konklusion: Det opleves generelt, at barometervisningen anvendes i begrænset omfang, og at der med fordel kan ses på nogle alternative visninger, og det besluttes, at KiAP laver nogle mockups på alternative visninger frem til næste møde i gruppen.

- c. Forslag om at inkludere døgnblodtryk:** Døgnblodtryk registreres aktuelt under hjemmeblodtryk. Det er dog muligt at få oprettet en kode, så døgnblodtryk kan tilføjes som en selvstændig registrering i forløbsplanen. Det vil - udover den tekniske udvikling - kræve en kommunikationsindsats, samt en beslutning om, hvordan det skal anvendes i algoritmerne, og om der skal anvendes de samme grænseværdier som for hjemmeblodtryk.

Konklusion: KiAP drøfter mulighederne med Bo Christensen.

- d. Mine mål gemmes i journalen:** Muligheden for at tilbageføre "Mine mål" til journalen nævnes fortsat ofte. Alle andre værdier i forløbsplanen tilbageføres til laboratoriekortet.

Konklusion: At tilbageføre "Mine mål" til journalen (i et journalnotat) vil kræve ny teknologi, og vil i øvrigt ikke være den mest optimale løsning. Ifm. MinLæge-arbejdet snakker man desuden om patientens mulighed for selv at notere "Mine mål", og om "Mine mål" i virkeligheden burde være omfattet af "Klinikens cockpit". Der er således øvrige indsatser/fokusområder som understøtter synliggørelse af "Mine Mål".

- e. Telemedicinsk hjemmemonitorering:** Ifm. arbejdet omkring telemedicinsk hjemmemonitorering for KOL-patienter er der indkommet et udviklingsønske, som handler om, at man – fra KOL-formularen – skal kunne udlede, om en patient er kandidat til telemedicinsk hjemmemonitorering. Udfordringen har dels været, at de parameter, som lå til grund for denne vurdering, har været forskellige fra region til region, og dels om alle regioner var med/tilbød telemedicinsk hjemmemonitorering. Der afventes fortsat en tilbagemelding fra Danske Regioner på ovenstående. Trine påpeger, at der aktuelt foregår en del dialog på området, som vi bør afvente.

Konklusion: Vi afventer de aktuelle dialoger på området. Hvis projektet bliver rykket for en afklaring, kan henvendelsen med fordel sendes videre til PLO.

- f. Udfordring med at planer ikke gemmes – løsning (mock up):** Der har været indmeldt udfordringer, der handler om, at forløbsplanen ved en fejl lukkes ned, uden at brugeren advares om eller påmindes om at gemme. I løsningen er der indarbejdet en advarsel, og projektet har ikke kunnet genskabe den indmeldte "fejl". Forklaringen kan eventuelt være, at browseren lukkes, hvorved advarslen ikke vil komme.

Konklusion: KiAP udreder mulighederne for at advare, hvis browseren lukkes ned.

- g. Tilføjelse af dødsdiagnosen A96:** KiAP foreslår, at dødsdiagnose A96 tilføjes i patientfortegnelsen.

Konklusion: Der er opbakning til, at diagnosen tilføjes.

- h. Muligheden for at registrere mål LDL:** KiAP foreslår, at man tilføjer muligheden for at registrere målt LDL-værdi i de tilfælde, hvor LDL ikke kan beregnes.

Konklusion: Der er opbakning hertil.

- i. Diabetes Assist:** Diabetes rekommandationer i henhold til nyeste diabetesvejledning releases ultimo marts. Der vil være ny måde at risikostratificere diabetes patienter på. Der bliver ikke indgået et forskningssamarbejde med Diabetes assist, men der implementeres behandlingsrekommandationer iht. DSAM's vejledninger.

Den nye DSAM-vejledning med de nye behandlingsrekommandationer for Diabetes er udkommet, men har været vanskelige at læse og udlede nødvendig viden ud fra. Merete bemærker, at man meget gerne – fremadrettet - må melde ind til hende/DSAM, hvad man har brug for af grænseværdier/forskellige kombinationer mv., så de tekniske løsninger, der udvikles, herunder forløbsplanerne, nemmere kan understøtte, at de kliniske vejledninger følges.

4 Nyt i forløbsplaner v. Maja

Ny behandlingsrekommandationer for diabetes: Kommer i test på PLSP på fredag. Herefter går der en uges tid, inden det rulles ud i systemerne. Men releasen kommer også, at det ikke bliver muligt at redigere i blodprøvesvar, som ikke måles i almen praksis. Derudover tilføjes en bemærkning om, at man kun må indtaste værdier samme dag, som de er taget, idet værdier stemples med dags dato.

OK22 Målopfyldelse: Der tilføjes visning, som gør det muligt at se, om man i egen praksis efterlever OK22-målene, og man vil ligeledes kunne dykke ned i tallene og se hvem, der er lavet planer på, og om de er nye eller vedligeholdte.

Rikke bemærker, at der vil kunne være en lille varians ift. det antal, som opgøres her, og som vi i MedCom har adgang til, pga. små afvigelser i hvordan tallene opgøres. Rikke bemærker, at man i målopfyldeshenseende vil have en pragmatisk tilgang ift. kravet om, at hver kapacitet skal have oprettet 5 nye planer, og man vil således også skele til antallet af vedligeholdte planer. Trine bemærker, at målopfyldelsen i forvejen er meget lav, og at alle praksisser burde kunne efterleve det.

Henrik bemærker, at disse overblik også er smarte, fordi de går på tværs af sygdomsgrupper, og samtidig viser dato for sidste årskontrol. Dette er givtigt i tilfælde af, at der er tale om patienter med flere af de omfattede sygdomme.

DDV-visninger: Er i drift men har ikke været ukompliceret. Bl.a. har Covid19-vaccinerne fået nye koder og egen kategori, som KiAP først er blevet bekendt med senere, og som derfor først kommer med i den kommende release ultimo marts. Konsekvensen lige nu er, at listerne ikke

nødvendigvis omfatter alle Covid19-vacciner. Dette afhænger af, om systemerne overskriver de gamle koder, eller kun henter nye koder ind.

RKKP-formular er fjernet: I seneste release er RKKP-indberetningsformularen fjernet, idet man overgår til automatisk indberetning. Den automatiske indberetning kører ikke nu, men vil – når den idriftsættes – sikre opsamling også bagudrettet.

5 Min Læge app v. Rikke

- a. **Status på arbejdet:** Diabetesforløbsplanen er blevet releaset på MinLæge-app'en for alle patienter, som har en diabetesforløbsplan. Der er lavet små visitkort målrettet patienten, som distribueres ud i praksis via datakonsulenterne (kan også bestilles hos Med-Com). Forløbsplanen vil være tilgængelig under punktet "Mit Forløb", hvis man har en forløbsplan. Der arbejdes på at få KOL og hjerte på. Er aktuelt i test, og kommer herefter ud til udvalgte patienter. Gruppens deltagere opfordres til at melde eventuelle patienter, der vil prøve det af, ind til Rikke.
- b. **Patientindberetning af KRAM-status:** Der arbejdes fortsat på et koncept, hvor patienten selv kan registrere KRAM-status. Indstillingen er, at det skal være så meget patientens forløbsplan, at han/hun selv kan ændre KRAM-status. Dog vil der alene kunne sendes status ind til lægen, når der anmodes om dette ifm. konsultationsforberedelse. Den tekniske løsning er stadig under afklaring. Det er vigtigt, at det fremgår tydeligt for patienten, at oplysninger alene er tilgængelige for patienten og kun sendes til lægen v. anmodning fra lægen. Derudover skal det tydeliggøres i forløbsplanen, hvis status er udfyldt af patienten selv. Projektet drager nytte af gode erfaringer med patienters forudfyldelse af formularer fra graviditetsprojektet. Det er forventningen at patienten vil kunne arbejde med KRAM registreringer inden udgangen af 2023, men indberetning til formularen forventes ikke at være i drift før 2024.
- c. **Kend mit blodsukker – løsningsforslag og input fra diabetesforretningen:** Konceptet/quizen er lavet og klar til udvikling. Konceptet handler om, at patienten skal gætte blodsukker, indtaste gæt, efterfølgende måle og indtaste blodsukker, hvorefter forskellen beregnes. På den måde skal patienten lære sit blodsukker at kende. Konceptet er opstået i regi af patientbrugergruppen og bakket op af Diabetesforeningen og Steno Diabetes Center. Registrering meldes ikke ind til lægen. Det er planen, at quizen skal være tilgængelig for alle diabetespatienter og ikke kun dem med en forløbsplan. Diabetesforeningen har desuden orienteret om ny behandlingsstrategi for diabetes type 2-patienter, som oftere skal måle deres blodsukker. Diabetesforeningen foreslår i den forbindelse muligheden for registrering af blodsukker (uafhængigt af quizen).

Flere af mødedeltagerne påpeger, at løsninger som disse favoriserer de stærke diabetespatienter, og Trine sætter spørgsmålstegn ved, at der bruges midler på en begrænset populationsgruppe. Merete bemærker, at initiativer som disse muligvis ikke ville blive gennemført, hvis man havde lavet økonomiske beregninger ift. hvad det fx vil koste i strimler, at patienter skal måle blodsukker jævnligt.

Rikke bemærker, at det er vigtigt for arbejdet i patientgruppen, at vi imødekommer nogle af de ønsker de kommer med, men anerkender at det er en generel problemstilling, at it-løsninger typisk henvender sig til de stærkere populationsgrupper. Der arbejdes videre med Kend dit blodsukker. Gruppen bakker ikke umiddelbart op om supplerende mulighed for registrering af løbende blodsuktermålinger.

6 Status på opgaver v. Rikke

- a. **Status på opdatering af patientfortegnelser:** Er berørt under dagsordenspunkt 2.
- b. **Henvisningsprojektet:** Der arbejdes videre med projektet. KiAP, PLSP og LPS'erne er involveret. Hvis alt går vel, kan løsningen udrulles ultimo 2023.
- c. **OK22-opfølgning og monitorering:** Der er lavet 130.000 forløbsplaner i 2022. Desværre tilgår en faldende andel patienter deres forløbsplan – forhåbentlig vil tallet stige med integrationen i MinLæge-appen. OBS: Tallene inkluderer ikke på nuværende tidspunkt adgang fra MinLæge-app. 74% af lægerne er i mål ift. OK22-kravet om 5 nye forløbsplaner pr. læge/kapacitet.

Næste skridt: Der er styregruppemøde den 29. marts 2023. Indtil videre understøttes udbredelse ift. OK22-kravene. Styregruppen skal beslutte udbredelsesmål for 2023.

Aktuelt er der fokus på:

- Forløbsplaner frem mod 2025, herunder eventuelle snitflader til Klinikens cockpit.
- Henvisning til kommunale tilbud via forløbsplanen.
- Deling af planer via NSP (Et samlet patientoverblik)
- Tilpasning til diagnosekortet
- Adskillelse af RKKP og forløbsplaner
- MinLæge-app

7 Eventuelt

Benchmarking: Henrik bemærker, at der er planer om benchmarking til regionalt og nationalt niveau. Oplevelsen er, at klyngeinitiativet rykker noget, og at praksisserne flytter sig, fx ift. LDL. Jens bemærker, at der er nogle afhandlinger i gang omkring klyngerne, og også her ser det ud til, at klyngerne har en positiv effekt på kvalitet.

Næste møde: Næste møde afholdes den 8. juni. På mødet vil det være fint med en opdatering/status på MedCom's arbejde med datakvalitet.