



Bilag X: Forløbsplaner frem mod 2025

Version: 2022 11 28

Baggrund

Dette papir beskriver forskellige udviklingsmuligheder for forløbsplaner inden for tre indsatsområder. For det første: Dialogen mellem læge (klinik), patient og pårørende. For det andet: Tværsektoriel deling og samarbejde om forløbsplanerne. For det tredje: Digital og datamæssig udvikling i og omkring almen praksis.

Papiret er udarbejdet på grundlag af beslutninger i FLP-styregruppen, dialog med MedCom, PLO, PLSP, KiAP og involverede i et afprøvningsprojekt vedrørende deling af forløbsplansdata i Københavns Kommune. Endvidere baserer papiret sig på konklusioner og ønsker fra Forløbsplansprojektets kliniske brugergruppe og patientbrugergruppen.

Følgende fremgår af referat fra FLP-styregruppemøde 6. juni 2022:

“Med få undtagelser ser de nuværende forløbsplaner ud som de gjorde tilbage i 2015/2016, hvor udviklingen af de første planer tog fart. Målet var dengang at bygge et digitalt dialogværktøj mellem læge og patient samt at give klinikken et overblik over tre væsentlige kronikerpopulationer (KOL, diabetes og hjerte). Disse formål er stadig gangbare, men i takt med at det øvrige sundhedsvæsen udvikler sig – og nye digitale løsninger ser dagens lys – er der behov for at igangsætte konkrete overvejelser om, hvordan forløbsplanerne version 2 ser ud. Dels er der efterspørgsel fra andre dele af sundhedsvæsnets på at få adgang til forløbsplanerne, dels bygges der aktuelt nye visninger af planerne i Min Læge app, og samtidig banker nye ”populationsvisninger” på i almen praksis. Dette nødvendiggør, at forløbsplanerne og deres patientlister for klinikken koordineres med disse projekter.

På den baggrund ønskes styregruppens opbakning til at igangsætte en proces, der både kan munde ud i konkrete anbefalinger til justeringer i de nuværende planers udseende og opbygning – både ift. brugen i klinikken og ift. deling af planerne – og mere ”bløde” anbefalinger som skal tages med i løbende videreudvikling af planerne.”

Nærværende papir er første bud på et sådant oplæg. Papiret skal ses som et katalog af mulige udviklingsmuligheder inden for de tre indsatsområder, som efterfølgende skal prioriteres nærmere af FLP-styregruppen.

Følgende fremgår af notat fra Henrik Rasmussen (formand for den kliniske brugergruppe og lægefaglig konsulent for KiAP) pr. 29. september 2022:

“Forløbsplaner har udviklet sig siden starten i 2018. Både nye indsigter og erfaringer fra projektet og den digitale udvikling i og omkring almen praksis tilsiger, at det giver god mening at overveje nye sigtelinjer for projektet, der flugter med de behov og ønsker der er til en fremtidssikret løsning.”

Af samme notat fremgår følgende:

“En af de nye indsigter er, at ikke kun de patienter der har fået lavet en plan, ønsker adgang til dette miljø, men alle patienter med relevant diagnose. En anden indsigt er at patienterne ønsker adgang til egne individuelle mål for deres sygdom og adgang til at beskrive egne mål (mine mål) der kan deles med egen læge og øvrige behandlere”.

Der er tale om konklusioner på baggrund af møder i den kliniske brugergruppe og patient-brugergruppen. Disse pointer omsættes nedenfor til mulige udviklingsmuligheder i konkretisering af indsatsområdet vedr. dialog mellem læge, patient og pårørende. Men som det vil fremgå, har det også implikationer ift. de to øvrige indsatsområder.

Afgrænsning

Papiret beskæftiger sig ikke med den basale implementering og udbredelse af forløbsplaner, som det er aftalt i OK18 og OK22. Dette håndteres i den eksisterende projektorganisering og aftalte procedurer for teknisk vedligehold og drift, og følges af de involverede parter i FLP-styregruppen. Tidligere rapporter (Muusmann, KvalitetsIT og Humade) er ikke direkte refereret i papiret, men indgår i grundlaget for de konkrete udviklingsmuligheder, som oprises for hvert indsatsområde.

Tre indsatsområder

Som beskrevet ovenfor inddeles udviklingen af forløbsplaner i tre indsatsområder. Disse beskrives i de følgende afsnit. For hvert indsatsområde gives en introduktion til udviklingsmuligheder og potentielle udfordringer. Herefter beskrives konkrete udviklingsmuligheder kortfattet. Formålet med disse beskrivelser er at give FLP-styregruppen (og relevante interessenter) grundlag for en prioritering. Herefter kan udarbejdes mere specifikke beskrivelser for de udviklingsmuligheder, som vurderes mest relevante.

Bemærk: Det er ikke hensigten, at alle skitserede udviklingsmuligheder skal realiseres. Papiret ridser udviklingsmulighederne op, og så kan FLP-styregruppen (og andre) tage stilling til, hvilke af disse der forventes at give reel værdi for hhv. klinikker, patienter og pårørende. Det er altså forventningen at en del af udviklingsmulighederne vælges fra.

1: Læge og klinik i dialog med patient og pårørende

Introduktion

Dette indsatsområde målrettes forløbsrelateret dialog mellem praktiserende læge, patient og pårørende.

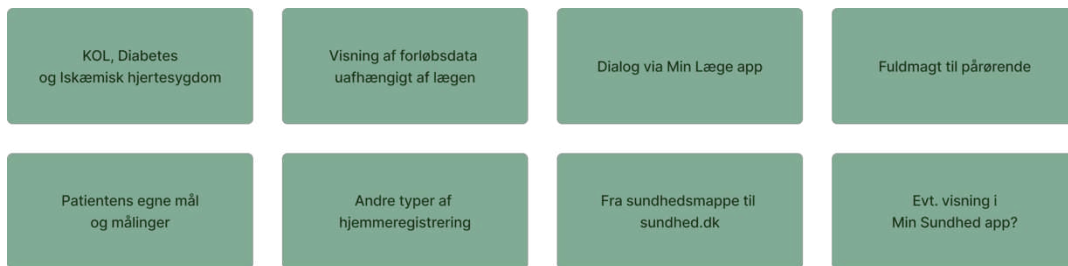
Udgangspunktet er i dag, at lægen eller klinisygeplejersken initierer og opdaterer forløbsplanen i dialog med patienten. Der sker via en webformular, som er tilgængelig fra

lægesystemet. Patienten har adgang til sin forløbsplan via "Sundhedsmappen". Fra og med oktober 2022 har diabetes-patienter også adgang til en visning af deres diabetes-relaterede data i Min Læge app.

Fremover er det hensigten, at patienter kan få vist forløbsrelaterede data, mål og personlige normalværdier uafhængigt af lægens oprettelse af forløbsplaner. Dette uddybes med specifikke udviklingsmuligheder i næste afsnit.

Konkrete udviklingsmuligheder til prioritering

Hermed en oversigt over de udviklingsmuligheder, som beskrives nedenfor:



Figur 1: Udviklingsmuligheder under Indsatsområde 1

1.1: KOL, Diabetes og Iskæmisk hjertesygdom

I løbet af oktober 2022 releases en app-visning af diabetes-forløbsplaner i Min Læge app. Videreudvikling af diabetes-visninger samt visninger for Iskæmisk hjertesygdom og KOL følger i løbet af 2023. Milepæle herfor skal besluttes i FLP-styregruppen. Visningerne knytter an til forløbsplanerne, om end de er tilpasset app-visning og i visse tilfælde også viser senest opdaterede data, frem for at vise data som de så ud, da forløbsplanen blev dannet.

Bemærk, at forløbsplaner aktuelt opdateres på to måder. Nye blodprøvesvar synkroniseres løbende til Sundhedsmappe, og vises under fanebladet "målinger" – se fx her: <https://demo.Sundhedsmappe.dk/minplan#maalinger>. Dette har status som "mindre opdateringer". I modsætning til en ny eller opdateret forløbsplan, sker disse mindre opdateringer uafhængigt af, om lægen aktivt gemmer planen. De mere statiske visninger af forløbsplanerne ses fx her: <https://demo.Sundhedsmappe.dk/minplan#konsultationer>. Sundhedsmappe rummer altså både den statiske visning og den dynamiske opdatering.

1.2: Visning af forløbsdata uafhængigt af lægen

Aktuelt er det sådan, at lægen eller klinisygeplejersken skal initiere og opdatere en forløbsplan i dialog med patienten. Dette vil fortsat være relevant og nødvendigt. Men der kan være mange patienter, som kunne have gavn af adgang til forløbsrelaterede data, uden at lægen først skal tage stilling til en egentlig forløbsplan. Jf. pointerne i indledningen. Dermed skal det afsøges, hvordan der kan laves forløbsrelevante visninger i Min Læge app, knyttet til en eller flere diagnoser, uafhængigt af lægens involvering.

1.3: Dialog via Min Læge app

Min Læge app fungerer allerede i dag som en af de primære kanaler for dialog mellem patient og praktiserende læge. Som noget nyt har PLO introduceret "klinikbeskeder", der i modsætning til e-konsultationer (som foregår 1-1 mellem læge og patient) kan sendes til en gruppe af patienter. Aktuelt kan målgruppen for disse beskeder udvælges på køn og alder. Fremover bliver det også muligt at udvælge målgruppen på diagnoser, ydelseskoder mm. I relation til forløbsplaner kan beskeder målrettet patienter med KOL-, Diabetes- og Hjertediagnoser give nye muligheder for dialog. Fx kan man knytte "patientbehandlinger" til beskederne, og det bliver dermed fx muligt at sende besked til KOL-patienter med mulighed for at booke tid til årskontrol hos lægen. Samt en række andre beskeder af denne type.

Bemærk: Udviklingsarbejdet på dette område drives ikke af FLP-projektet, men er en del af PLO og SUM's generelle udviklingsarbejde relateret til Min Læge app.

1.4: Fuldmagt til pårørende

Aktuelt kan patienter se oplysninger for deres børn under 15 år i Min Læge app. Men de har ikke adgang til at give/modtage fuldmagt til fx en ægtefælle. Der arbejdes på at introducere denne mulighed i Min Læge app. Implementering vil formentlig blive gennemført i løbet af 2023. Umiddelbart introduceres "generel" fuldmagt, hvilket betyder, at fuldmagtshaver vil få stort set de samme muligheder som fuldmagtsgiver. Dvs. at hvis den ene ægtefælle (fuldmagtsgiver) giver fuldmagt til den anden ægtefælle (fuldmagtshaver), så vil fuldmagtshaver få adgang til oplysninger og funktioner i Min Læge på lige fod med fuldmagtsgiver. Altså vil fuldmagtshaver fx kunne booke tid, sende en e-konsultation eller gennemføre videokonsultation på vegne af/sammen med fuldmagtsgiver. Specifikt ift. forløbsplaner kunne fuldmagtshaver altså fx booke tid til KOL-årskontrol på vegne af fuldmagtsgiver.

Bemærk: Udviklingsarbejdet på dette område drives ikke af FLP-programmet, men er en del af PLO og SUM's generelle udviklingsarbejde relateret til Min Læge app.

1.5: Patientens egne mål og målinger

Behovet for, at patienter selv kan sætte og opdatere KRAM-mål er blevet rejst i mange forskellige sammenhænge. Det er et indsatsområde i Et Samlet Patientoverblik. Det er blevet identificeret af Humade i deres rapport med konceptforslag til forløbsplaner. Det bliver også efterspurgt af den nævnte FLP-patientbrugergruppe. Endvidere kører der en mere generel dagsorden om, at patienter skal have mulighed for at inddatere oplysninger, og i det hele taget mere aktivt ansvar for egen sundhed. Det er teknisk simpelt at give patienterne mulighed for at sætte og løbende dokumentere egne mål og målinger i Min Læge app.

Helt konkret ønsker patientbrugergruppen, at få mulighed for at inddatere blodtryk og korttidsblodsukker i appen. Der følger en forventning med denne inddatering; at lægen monitorer eller i hvert fald forholder sig til disse inddateringer. Men man kunne også forestille sig en "forventningsafstemning", hvor det gøres klart for patienterne, at det er en "løsning til

dem selv”, som lægen ikke forholder sig til. Medmindre det er specifikt aftalt i givne tilfælde.

Patienterne har en ”indbygget” forventning om, at lægerne forholder sig til disse patientrapporterede data på sæt og vis. Mens lægerne på den anden side er skeptiske (ikke mindst når det handler om indrapportering af blodsukker). Der er i forvejen en mængde af patientdata at tage stilling til, og begrænset tid og kapacitet i klinikken.

Der ligger en særlig indsats i at udnytte, at forløbsplanerne arbejder med individuelle mål for udvalgte patientværdier. Det bør afklares hvordan dette skal håndteres i apps og web-løsninger, som (udover forløbsplanernes målværdier) viser patienten de generelle målværdier for samme prøver. Dette er en kendt udfordring i Min Læge app, og vil være relevant for visninger i Min Sundhed, Sundhedsjournal og andre løsninger, som viser laboratorieværdier eller andre personspecifikke patientværdier.

Styregruppen må tage stilling til, om man skal gennemføre en afprøvning på dette område. Man kunne dele afprøvningen op, sådan at én gruppe af patienter fik feedback fra lægen, mens en anden gruppe patienter ikke fik feedback.

1.6: Andre typer af hjemmeregistrering

FLP-patientbrugergruppen rejser også muligheden for andre typer af hjemmeregistrering. Det kunne fx være dagligt forbrug af cigaretter og alkohol. Som ville knytte naturligt an til den ”KRAM”-oversigt (Kost, Rygning, Alkohol og Motion/vægt), som indgår i den tidligere omtalte KOL-visning i Min Læge app.

Her støder vi ind i samme skisma som ovenfor beskrevet. Det er teknisk simpelt at introducere sådanne funktioner i Min Læge app. Lægerne ser en risiko i, at det genererer nye forventninger fra patienternes side, om at lægerne løbende forholder sig til (og reagerer på) disse indrapporteringer. De ser på den anden side også et potentiale, hvis det anvendes afgrænset som led i konsultationsforberedelse.

Vi skal være opmærksomme på, at der kan opstå ”kanalforvirring” ift. andre PRO-løsninger og telemedicinske løsninger, som i forvejen opsamler patientrapporterede data. Her kan nævnes Webpatient, National PRO samt regionale og kommunale telemedicinske løsninger og indsatser.

1.7: Fra Sundhedsmappe til sundhed.dk

Det er aftalt mellem PLO og RLTN i forbindelse med OK22, at den aktuelle patientrettede web-adgang til forløbsplaner skal flyttes fra Sundhedsmappe.dk til sundhed.dk. Denne aktivitet skal projektsættes i samarbejde mellem MedCom, KiAP og sundhed.dk. Der kan være god grund til, at PLO også indgår i rammesætningen af denne migrering, da der kan være behov for at afstemme forløbsvisninger (ikke mindst navngivning) i Min Læge app med kommende forløbsvisninger på sundhed.dk. En naturlig forventning vil være, at

forløbsvisningerne kommer til at indgå som en del af Sundhedsjournalen. Så styregruppe og projektansvarlige for Sundhedsjournal skal formentlig også inddrages i projektet.

1.8: Evt. visning i Min Sundhed app?

Når man migrerer web-visning fra Sundhedsmappe.dk til sundhed.dk, så rejser det naturligt spørgsmålet, om forløbsvisningerne også fremover skal indgå i Min Sundhed app. Hvis parterne konkluderer, at dette bør ske, så er der desto mere grund til at afstemme visningerne mellem sundhed.dk, Min Sundhed app og Min Læge app.

PLO, MedCom og sundhed.dk samarbejder aktuelt om et fælles koncept for visning af prøvesvar til borgere. Da prøvesvar udfør en væsentlig del af de forløbsrelaterede visninger, er der allerede her en kontur, som kan danne grundlag for videre samarbejde.

2: Tværsektoriel deling og samarbejde

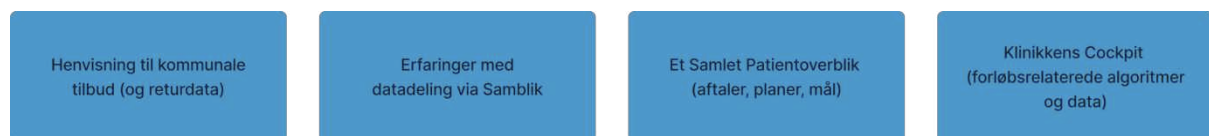
Introduktion

Dette indsatsområde målrettes deling af forløbsrelaterede data som led i tværsektorielt samarbejde. Der er i udgangspunktet et særligt fokus på samarbejde mellem lægen og kommunen (specifikt vedrørende genoptræning). Indsatsområdet inkluderer dog også udviklingsmuligheder som sigter til det tværsektorielle samarbejde mere bredt.

Konkrete udviklingsmuligheder til prioritering

Her anføres både indsatser, som er aftalt og i gang, og mulige indsatser, som afventer nærmere prioritering og beslutning.

Hermed en oversigt over de udviklingsmuligheder, som beskrives nedenfor:



Figur 2: Udviklingsmuligheder under Indsatsområde 2

2.1: Henvi- sning til kommunale tilbud (og returdata)

Som nævnt i indledningen er et afprøvningsprojekt under opstart, hvor lægen får mulighed for at initiere en henvisning til kommunal genoptræning fra forløbsplanen. Der er et ønske fra arbejdsgruppen for afprøvningsprojektet om, at dette projekt inkluderer returdata fra kommunen, men dette er i skrivende stund ikke en del af afprøvningens scope.

Følgende fremgår af MedCom's projektforslag fra februar 2022:

“Københavns- og Guldborgsund kommune har henvendt sig til Forløbsplansprojektet med ønsket om et samarbejde mhp. at øge antallet af kommunale henvisninger og deling af flere

data. Der har været afholdt et indledende møde mellem de 2 kommuner, lægefaglig konsulent fra KiAP, en praktiserende læge fra Guldborgsund, MedCom samt Steno Diabetes om muligheden for at etablere et pilotprojekt. Forløbsplansprojektets kliniske brugergruppe har foreslået en løsning, hvor der via en markering i forløbsplansformularen kan triggere afsendelse af en kommunehenvisning (XREF15) fra lægesystemet. Det er ønsket at henvisningen automatisk skal medtage relevante data fra forløbsplanen hos praksislægen”.

Endvidere fremgår det:

“Fra praksislægerne udtrykkes ønske om at få dato for afslutning eller sidste kontakt med borger retur fra kommunen i struktureret form. Dette er muligt via det eksisterende MedCom afslutningsnotat fra kommunerne ifm. forebyggelsestilbud, som er teknisk implementeret i kommunerne, men der er i dag begrænset brug af afslutningsnotatet”.

Afprøvningsprojektet bygger altså på den forudsætning, at man anvender eksisterende beskedsbaseret kommunikation (XREF15) til forsendelse af de forløbsoplysninger, som er relevante for kommunen. Endvidere kan ”afslutningsnotatet” bruges til relevante returdata fra kommunen til lægen. Med forbehold for manglende brug af afslutningsnotatet i kommunerne.

Den involverede afdelingsleder fra Center for Diabetes og Hjertesygdomme i Københavns Kommune har tilkendegivet, at man er indforstået med det aftalte scope for afprøvningen, men at man på sigt ønsker en mere ”delingsorienteret” model, hvor oplysninger ikke sendes frem og tilbage. Ønsket er fælles adgang til, og opdatering af forløbsplanen for de involverede aktører.

2.2: Erfaringer med datadeling via Samblik

Der er i regi af [Samblik](#)-projektet udviklet prototype-services, som udstiller forløbsplaner som såkaldte ”CDA’er”. Der er tale om forløbsplansdata (gemt på et specifikt tidspunkt), som ”pakkes” i dokumenter, og deles via [Dokumentdelingsservicen](#) (DDS) på NSP (National Service Platform). Der er udviklet en ”light” service, som udstiller en delmængde af forløbsplanen som CDA. Der er endvidere udviklet en ”all-inclusive” service, som udstiller alle data fra forløbsplanen i et CDA-format. Aktører med adgang til DDS og de tilknyttede sikkerhedsservices (fx [Min Log](#) og [Min Spærring](#)) kan få adgang til forløbsplanerne via denne eksisterende infrastruktur.

2.3: Et Samlet Patientoverblik (aftaler, planer, mål)

De nævnte nationale services (DDS, Min Log, Min Spærring) er også grundlaget for deling af patientens aftaler, planer og mål i regi af Et Samlet Patientoverblik.

Af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside fremgår følgende [patientens planer og mål](#):

“Især for patienter med kroniske sygdomme og mange kontakter til både hospital, kommune og praktiserende læge vil det give stor værdi, at behandlingen koordineres efter

samme mål og med kendskab til de øvrige planer. Derfor er det centralt, at der arbejdes efter de samme overordnede mål, og at planer for behandling og pleje stemmer overens, for at sikre bedst mulig kvalitet i behandlingen”.

Endvidere fremgår følgende vedr. [patientens aftaler](#):

“Det er svært for patienter med flere forløb og mange aftaler hos kommune, hospital og egen læge at få et samlet overblik over deres aftaler i sundhedsvæsenet. Desuden er det et problem for læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner, at de ikke kan tilgå aftaler hos andre parter på sundhedsområder, eksempelvis når der skal bookes nye tider til patienten.”

Det er oplagt, at deling af patientens forløbsplaner er relevant ift. ovenstående indsatser. Formentlig ikke som ”samlet deling af hele planen”, men snarere som fleksibel og tidstro deling af udvalgte dele af planerne.

Følgende fremgår af tidligere nævnte notat fra Henrik Rasmussen:

“Når vi skal gøre en forskel for de mest sårbare patienter, er der ofte flere behandlere involveret og dermed et stigende behov for at der på tværs af kommune, egen læge og ambulatorium samarbejdes om de forhold der relaterer til det fælles behandleransvar.

Det er således nødvendigt at kunne dele værdier der tværsektorielt giver mening i relation til at understøtte overblik, viden og egenomsorg for patienten. Dette taler også ind i det nationale projekt ”Et Samlet Patientoverblik” hvor der arbejdes med de samme sigtelinjer.

Det vurderes at deling af data giver bedst mening for sårbare patienter hvor der er et tværsektorielt fælles behandleransvar. Det vurderes at det således giver bedre mening at tilbyde alle relevante patienter en forløbsplan, og at deling med andre aktører kan vælges til eller fra afhængigt af om patienten indgår i tværsektorielle forløb er tilgængelig”.

Specifikke tiltag ud fra ovenstående skal konkretiseres. En del af disse er allerede i gang. Fx leverer almen praksis allerede aftaler til Aftaleoversigten (NSP/DDS) via PLSP.

2.4: Klinikens Cockpit (forløbsrelaterede algoritmer og data)

Hvor Et Samlet Patientoverblik fokuserer på datadeling i tværsektoriel sammenhæng, har Klinikens Cockpit et mere målrettet fokus på lægens og klinikens behov i det daglige arbejde med patientbehandling. Der indgår dog også mere populationsorienterede koncepter i Klinikens Cockpit, samt et mål om at understøtte den praktiserende læge i rollen som patientens tovholder i tværsektorielle forløb.

Man kan sige, at Et Samlet Patientoverblik har ”alle behandlingsansvarlige sundhedspersoner” som målgruppe, mens Klinikens Cockpit har den praktiserende læge og klinikens øvrige medarbejdere som målgruppe. Det fælles omdrejningspunkt for både Et Samlet Patientoverblik og Klinikens Cockpit er naturligvis patienten (og dennes pårørende).

3: Digital og datamæssig udvikling

Introduktion

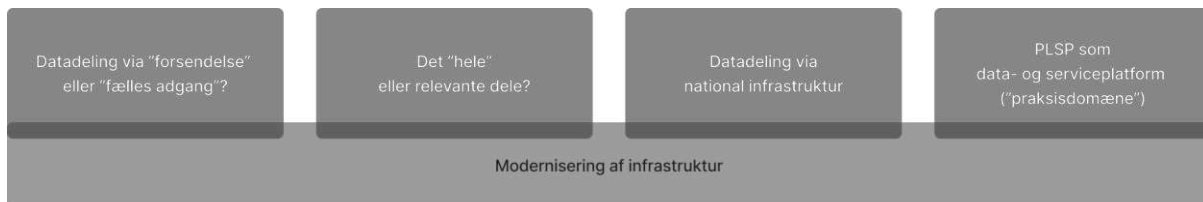
Der er en række projekter i gang, som på forskellig vis har til formål at opsamle og dele patientdata. Ikke mindst forløbsrelaterede data, som i væsentligt omfang produceres af praktiserende læger. Der er desuden flere eksisterende patientrettede løsninger, som udstiller oplysninger til patienterne allerede, og som har planer om at udstille flere oplysninger de kommende år.

Dette indsatsområde beskæftiger sig ikke snævert med forløbsplaner, men vender sig mod den fælles infrastruktur på tværs af disse projekter og løsninger, og giver forslag til hvordan data og algoritmer fra forløbsplanerne kan anvendes i samspil med fx Et Samlet Patientoverblik, Klinikens Cockpit, sundhed.dk m.fl.

Emner til afklaring og konkrete udviklingsmuligheder

Der er et vist overlap mellem de forrige indsatsområder (1, 2) og dette indsatsområde (3), fordi der her omtales infrastruktur og datadeling, som danner grundlag for nogle af de specifikke indsatser beskrevet ovenfor. De enkelte emner i de følgende afsnit er ikke helt så konkrete og afgrænsede som emnerne i afsnit 1 og 2. Der er brug for mere principiel afklaring i flere tilfælde, før de konkrete udviklingsmuligheder står klart.

Hermed en oversigt over de udviklingsmuligheder, som beskrives nedenfor:



Figur 3: Afklaringssemner og udviklingsmuligheder under Indsatsområde 3

3.1: Datadeling via "forsendelse" eller "fælles adgang"?

Der vil fortsat være brug for både at sende oplysninger via MedCom-baseret beskedkommunikation, samt deling af oplysninger via fælles infrastruktur. Denne deling kan foregå på "domæne-niveau" (fx via PLSP), og på nationalt niveau (typisk via NSP). Der er en modernisering på vej af hele infrastrukturen for datadeling, som både dækker datadeling via "forsendelse" og datadeling via "fælles adgang". De tekniske aspekter af dette beskrives ikke nærmere her. Mere information om MedCom's arbejde med modernisering af infrastrukturen kan findes her:

<https://www.medcom.dk/projekter/modernisering-af-infrastruktur>

<https://www.medcom.dk/aktuelt/moderniseret-infrastruktur-hiver-tre-ud-af-fire-jurypriser-hjem-til-den-europaeiske-interoperability-award-2022>

I relation til forløbsplaner er pointen, at vi for udviklingsindsats skal tage stilling til, om og hvordan vi vil dele data: Via en "forsendelsesmodel" (MedCom-kommunikation) og/eller en "adgangsmodel" (deling og synkronisering via fx PLSP og NSP). De to modeller rummer hver deres fordele og ulemper, og det kan i nogle tilfælde være relevant at lade de to modeller supplere hinanden i samme indsats.

Til nærmere afklaring:

1. *Hvilke dele af forløbsplanerne skal deles via "forsendelse"?*
2. *Hvilke dele af forløbsplanerne skal deles via "fælles adgang"?*
3. *Er der situationer, hvor der er brug for både "forsendelse" og "adgang"?*

3.2: Det "hele" eller relevante dele?

Ind til nu har vi håndteret datadeling af forløbsplaner som deling af "en samlet pakke" pr. diagnose pr. patient. Dette fra en logik om, at forløbsplanerne er en form for "snapshot" af forløbsrelevante oplysninger pr. diagnose, som "tidsstemples" på det tidspunkt, hvor lægen (i dialog med patienten) opretter eller opdaterer forløbsplanen.

Det medfører risiko for redundans på flere måder. For det første dannes en "ny" forløbsplan (fastholdt i et CDA-dokument) for hver ny opdatering, som lægen aktivt gemmer. Hvis kun få elementer i forløbsplanen opdateres, ender man altså med at dublere en række data, som ikke har ændret sig siden dannelsen af den forrige udgave. Endvidere indgår der data i forløbsplanen, som holdes opdateret via andre "autoritative" kilder. Det drejer sig fx om laboratorieresvar, medicinoplysninger og diagnoseoplysninger.

PLO og MedCom arbejder på at gøre deling af data fra forløbsplaner mere komponentbaseret, sådan at der skelnes mellem (1) de data (og regler, referenceområder mm) som er udarbejdet specifikt til forløbsplanen, og (2) de data som holdes løbende opdateret via andre kilder. Fremover skal det altså helst fungere sådan, at man ikke sidder og kigger på dublerede (og potentielt forældede) oplysninger om prøvesvar, medicin, diagnoser mv., men at man ser de mest aktuelle data i tilknytning til patientens diagnose/r eller forløb.

Et sådant skift fra "snapshot" af forløbsplanen til mere dynamisk opdaterede oplysninger for hver "rubrik" i forløbsplanen er allerede på vej i Min Læge app. Som nævnt sker det også med fx prøvesvar i de aktuelle forløbsplaner på Sundhedsmappe. Det er ikke nogen simpel øvelse. Der er brugssituationer, hvor man har brug for at kende forløbsplanen, som den så ud, da lægen og patienten senest havde dialog om den. Og der er andre brugssituationer, hvor der er brug for adgang til de mest aktuelle prøvesvar, medicinoplysninger og diagnoser.

Det er oplagt at denne mere komponentbaserede tilgang også kan komme i spil ift. datadeling og visning af diagnoserelaterede data i Klinikens Cockpit (PLO, MedCom) og i Et Samlet Patientoverblik (SDS). Der ligger en væsentlig indsats i at konkretisere og afgrænse disse udviklingsmuligheder i samarbejde med Cockpit-projektet, og i dialog med Programledelsen for Et Samlet Patientoverblik.

Konkrete bud på dette skal afklares i samarbejde med relevante projekter, PLO's it- og dataudvalg, den kliniske brugergruppe og patientbrugergruppen.

Til nærmere afklaring:

1. Hvordan deles og vises forløbsdata og -funktioner i Min Læge app?
2. Hvordan deles og vises forløbsdata og -funktioner i Sundhedsjournal?
3. Hvordan deles og vises forløbsdata og -funktioner i Klinikens Cockpit?
4. Hvordan deles og vises forløbsdata og -funktioner i Et Samlet Patientoverblik?

3.3: Datadeling via national infrastruktur

PLO har gennem flere år fastlagt en klar fremgangsmåde for datadeling i tværsektoriel sammenhæng. Denne indebærer, at data opsamles i snittet mellem lægepraksissystemerne og PLSP, som udstiller disse data til [Dokumentdelingsservicen](#) (DDS) på NSP (National Service Platform) i gængse og aftalte CDA-formater. Denne grundmodel for datadeling vil også danne grundlag for deling af forløbsplaner. Om end den nævnte modernisering af infrastrukturen forventes at påvirke "as is"-modellen væsentligt i de kommende år. Forudsætningerne for tværsektoriel datadeling af data fra almen praksis indebærer altid, at der foreligger lovhjælp for datadelingen, at der er indgået aftale mellem de relevante parter ud fra specifikke og kendte datadelingsformål, samt at de praktiserende læger skal kende og forstå implikationerne af denne datadeling i kraft af deres (typiske) rolle som dataansvarlige.

PLO har udarbejdet et papir vedr. principper og forudsætninger for tværsektoriel datadeling. Der henvises til dette for en uddybning.

3.4: PLSP som data- og serviceplatform ("praksisdomæne")

Udviklingen af Min Læge app har været drivende i etableringen af PLSP som fælles data- og serviceplatform på tværs af lægesystemerne. Udvikling og pilotdrift af Diagnosekortet i samarbejde med lægesystemerne har yderligere konsolideret PLSP som det primære omdrejningspunkt for tværsektoriel datadeling. Naturligvis særligt i de tilfælde hvor praktiserende læger er de primære dataansvarlige.

Typisk er det sådan, at det enkelte lægesystem er "Master" for de respektive patienters data. Dvs. at lægesystemet er den "autoritative" kilde for data, som er produceret af lægen eller klinikken pr. patient. Men for Diagnosekortets vedkommende overvejes nu en model, hvor PLSP bliver "Master" for patientens diagnoser. Dette er oplagt, når vi tager fat på at dele diagnoser tværsektorielt, i tilknytning til SDS' projekt for et "Fælles Diagnosekort".

PLSP fungerer allerede som dataplatform for forløbsplaner. I samspil med tekniske komponenter og algoritmer, som udvikles af KiAP. Pointerne under afsnit 3.1 og 3.2 bliver relevante for den videre udvikling og deling af forløbsplaner via PLSP. Der ligger et arkitekturmæssigt "grundarbejde" i at identificere og definere komponenter fra forløbsplanerne, som kan deles og opdateres hver for sig. Og som kan vises i Min Læge, Klinikens Cockpit og Et Samlet Patientoverblik i nye kombinationer og på nye måder.

Til videre afklaring:

1. *Hvilken dagsorden sætter den "moderniserede infrastruktur" for vores deling og visning af forløbsplaner?*
2. *Hvordan passer "FHIR-landsbyen" ind i denne sammenhæng?*
3. *Hvordan afgrænser og udstiller vi de enkelte komponenter i forløbsplaner?*
4. *Der er både "datakomponenter" og "applikationskomponenter" i forløbsplanerne. Hvordan håndteres disse hver især?*
5. *Hvilke afklaringer og beslutninger er der brug for mellem PLO, MedCom, KiAP og PLSP på dette område?*