



**Mødetitel** 17. møde i den kliniske brugergruppe for forløbsplaner

**Mødedato** 14. marts 2024

**Tidspunkt** 15:00-18:00

**Sted** MedCom – Mødelokale C  
Forskerparken 10  
5230 Odense M

**Deltagere** Speciallæge i almen medicin Henrik Rasmussen  
Lægehus Nord, Kolding

Speciallæge i almen medicin Ane Jørgensen  
Lægehuset i Ullerslev, Ullerslev

Speciallæge i almen medicin, professor Jens Søndergaard,  
SDU, Odense

Speciallæge i almen medicin, praksiskonsulent og RKKP-  
konsulent, Thomas Gregersen,  
Lægerne Aabos Plads, Aalborg (Online)

Sygeplejerske Astrid Mosegaard  
Lægehus Nord, Kolding

Maria Krüger (Online)  
DSAM-repræsentant

Trine Cecilie Jeppesen, (Online)  
PLO-repræsentant

Dataspecialist, afd.læge, ph.d. Maja Paulsen  
KiAP, Odense

Projektleder Rikke Viggers  
MedCom, Odense

Studertermedhjælper Johannes Hauritz Nielsen  
MedCom, Odense

GÆST: Steno Diabetes Center Copenhagen, Trine Kjeldgaard  
Møller (Online)  
Program- og projektleder  
Afdeling for Vidensformidling og Kompetenceudvikling

## Afbud:

Sygeplejerske Edi Pio  
Lægerne Amagerbrogade 172, København S

MedCom  
Forskerparken 10  
5230 Odense M

Tlf: +45 6543 2030

[www.medcom.dk](http://www.medcom.dk)

## Dagsorden:

1. Velkomst
2. DataSam – Bedre databrug og samarbejde om behandling af personer med type 2-diabetes i almen praksis
3. Nyt i forløbsplaner
4. Ændringsønsker
5. Orientering og drøftelse af udvalgte emner som blev behandlet på styregruppemødet 29. februar
6. Organisering
7. Eventuelt

## Referat:

### 1. Velkomst v. Henrik

Henrik byder velkommen, dagsorden præsenteres og alle mødedeltagere præsenterer sig selv.

### 2. DataSam – Bedre databrug og samarbejde om behandling af personer med type 2-diabetes i almen praksis v. Trine Kjeldgaard Møller

DataSam præsenterer oplægget vedrørende bedre databrug og samarbejde om behandling af personer med type-2-diabetes i almen praksis. Præsentation findes som bilag.

I forlængelse af oplægget var der mulighed for diskussion, hvor følgende input blev præsenteret:

Henrik: Vi oplever i forløbsplansprojektet at der bliver lavet flere og flere forløbsplaner, måske grundet at klinikkerne begynder at benytte det som et værktøj i mødet med patienten.

Maja: Vi oplever hos os, at der er kommet mere ro på i arbejdet med de her lister. Klinikkerne finder deres måde som de selv vil arbejde med listerne og hvor de lægger fokus. Det er mere konkrete spørgsmål de henvender sig med nu. Det virker til at det er blevet et værktøj som man kan bruge, som det giver mening i hver praksis.

Henrik: Hvad skal der til for at give praksis den oplevelse af at de kan bruge det og at det giver mening?

Trine (DataSam): Vi har sagt til almen praksis at de får betalt x antal timer for at gennemgå data struktureret og rydde lidt op i det. Når man først kan se hvordan data kommer frem, så kommer der en smule luft. Det er de her 3 gange (5 timer i alt), som er det der skal til at få dem igang. Det virker uoverskueligt i en travl hverdag, men vi oplever at mange ikke ved hvordan det virker og hvordan det bliver et behjæpelig værktøj.

Henrik: Bruger praksis det stadig, når der ikke er økonomi i det?

Trine (DataSam): De bliver ved i projektperioden, dog nogle enkelte der er faldet fra i projektperioden.

Den økonomiske kompensation har været for at skabe et overblik i data, men derefter har der ikke været økonomi i det. Vi har lavet det i en model for diabetes, men man kan også arbejde med det indenfor KOL eller andre sygdomme.

Trine (DataSam): Hvad er vigtigt for at rulle det ud?

Maja: At i kommer ud og snakker med klinikkerne og får brudt det med at det er besværligt, så de ser at det er et håndgribeligt arbejde.

Astrid: Jeg er jævnligt ude og undervise i diabetes, hjerte og hvordan man finder de nyresyge for praksislæger og sygeplejersker. Og det handler om at starte med overblik i form af, hvordan man bedst bruger data og hvordan man så arbejder hands on med patienten. På den måde bliver det mere tilgængeligt og nemmere at arbejde med i hverdagen. Det giver god respons.

Maria: Vi har haft stor succes med populationslisterne og vi har haft forespørgsler på klyngen om hvordan man får sine lister frem. Det handler meget om at få personalet med i det, hvor de måske er bedre til det her med at arbejde med overblik.

Trine: Det stemmer meget godt med det man selv oplever, når man får et indblik i det. Men jeg tror at jeres succes har været, at i har besøgt folk og hjulpet dem med det praktiske. Det er en økonomisk tung indsats at skulle besøge alle klinikker, men jeg ved ikke hvordan den store indsats skulle fungere.

Trine: Det kunne være en god ide, at kunne få besøg af datakonsulenterne, men jeg kender ikke økonomien til det.

Trine (DataSam): Datakonsulenterne i region hovedstaden kommer ud ved efterspørgsel.

Rikke: Det er jo datakonsulenterne der har opgaven at være opsøgende i udbredelsen af Forløbsplaner. Projektet betaler datakonsulenterne for opgaven men der er forskel på hvordan de griber det an. Man skulle måske prøve at få fortalt alle datakonsulenterne om det arbejde som DataSam har lavet i denne forbindelse. Det vil jeg gerne hjælpe med at få op at køre.

Maja: De ville jo kunne få noget inspiration og give det til jeres organisationskonsulenter. Nogle datakonsulenter er meget opsøgende, hvor andre er det i mindre grad.

Maja: Face-to-face kan ikke erstattes med andet, og det er utroligt vigtigt og giver meget til projektet. Det giver en form for kontaktværdi.

Astrid: Hvad med solopraksis?

Trine Data: Vi har solopraksis med også. Vi har eksempler på at det gør alt nemmere, men også at det bliver sværere.

Rikke: I brugen af forløbsplaner er der ikke forskel på hvor mange forløbsplaner man laver pr. Læge alt efter om man er en stor eller lille praksis.

Det aftales at DataSam sender deres resultater til KiAP, når data er færdigt.

### 3. Nyt i forløbsplaner v. Maja

Maja præsenterer nyt i forløbsplaner. Præsentationen findes som bilag.

Maja følger op på om der er kommet mere data på KRAM efter ændringen. Registreringen af KRAM er lagt ud i en lille tabel istedet for somn, hvor man skal klikke sig ind i barometervisningerne.

Der er ønsket om at familiær disposition af hyperkolesterolæmi kommer som en UPAC kode fra Maja.

LPSerne går snart i drift med initiering af kommunal henvisning Via en afkrydsningsboks i formularen. Løsningen kommer ud til lægerne i takt med at bliver certificeret.

Ved mouse over på atovalstatin og beskrivelse af andre data i øverste række vises de anbefalede mål.

Rikke: Skal vi gøre noget for at formidle det?

Maja: Der skal både laves en film og en reklame, men først når jeg har været rundt og tjekket det i nogle klinikker. Også beskrivelse af hvordan man kommer ind til det.

Henrik: der bliver lavet en klyngepakke på det her også.

### 4. Ændringsønsker v. Alle

#### 4.1 Laboratoriekoder for anbefalede mål

Anbefalede mål (beregnete) kommer idag ikke tilbage i labkortet og de kommer ikke med i visningen for patienten eller i henvisningen. Hvis der er et aftalt mål kommer det med. Det drøftes, om det er hensigtsmæssigt at få beregnede mål tilbage i labkortet.

Thomas: Når de så åbner forløbsplanerne kommer deres anbefalede mål med. Når vi åbner vores Labkort, vil den så blive rød når LDL er 1,4, men det aftalte var 1,2?

Rikke: Det gør den ikke. De røde markeringer i labkortet baseres på de generelle grænseværdier – ikke de individuelle. Vi har forsøgt at rejse det, men problemet er det samme i Min Læge og på sundhed.dk Dvs. At den samme værdi kan være markeret over niveau i forløbsplansvisningen selvom den ifølge de generelle labvisninger samme sted er markeret normal.

Ane: Jeg er bekymret over jo flere ting der kommer ind i labkortet.

Maja: Når vi laver en forløbsplan kan de værdier blive gemt hvor de bliver gemt, men jeg kan sørge for at de ikke kommer ind i labkortet. Hvis der er et anbefalet mål vil det stå der og hvis der er et aftalt mål vil det også stå der.

Trine: Jeg vil også nødig have det tilbage i labkortet.

Rikke: Jeg synes det er vigtigt at de aftalte mål kommer med i visning for patient og kommer videre til kommunal henvisning.

Der er enighed om at det anbefalede (eller alternativt aftalte) mål skal kunne komme i, i min læge og i sundhedsjournalen på sundhed.dk men at de ikke skal sendes tilbage til LPS labkort.

#### 4.2 Triple Whammy og nyrefunktionsvisning

Henrik: Triple whammy har cirkuleret meget. Den kliniske brugergruppe skal vurdere om de bakker op om af der skal laves en liste med TW, så Rikke kan tage det med til styregruppen, da det ligger udenfor af kommissoriet og forløbsplansprojektets formål.

Henrik: Giver det mening at lave en TW liste?

Astrid: Det giver god mening.

Ane: Der er ret meget at hente i det her.

Jens: Det lyder som en god ide, men så alligevel ikke. Store dele af brugen af NSAID er købt ved håndkøb. Jeg er lidt bekymret om man skal gennemgå for mange lister.

Ane: Jeg ville ikke gennemgå listerne, men give det en stor opmærksomhed. Det kunne skabe opmærksomhed om at informere patienterne der er i risiko.

Trine: Den her liste kommer jo om det er i Klinikens cockpit eller her. Jeg er mest interesseret i at det lander et sted politisk, hvor det kan lade sig gøre og man ikke træder nogen over tæerne.

Maja: Man kan få vist dem der har påvirket nyrefunktion.

Maria: Vi tænker jo meget på at vi ikke skal overbehandle og at vi får fokus på NSAID, ikke kun med TW, men også ift. Hjertekarsygdomme.

Trine: Tror i det her værktøj bliver brugt? Det bliver jo først taget i brug når KiAP laver en klyngepakke.

Henrik: Mens vi venter på cockpitet kan vi jo godt lave noget her, som så kan merge over i cockpitet på sigt.

Rikke: Jeg er bekymret over at man laver den her med baggrund i forløbsplansdata hvor medicin ikke er opdateret.

Maja: Det her er relevant data, og jeg tror listen bliver brugt i det omfang at de bliver gjort opmærksomme på den. Siden vi startede med at snakke om det for 1 år siden, er der kommet omkring 20.000 patienter ekstra i den her gruppe, så det er altså mange patienter.

Astrid: Kunne det være at når man har de her præparater at der kommer en red alert, når man ordinerer det?

Rikke: Det er der allerede i Fælles Medicinsk Beslutningsstøtte, hvor man også arbejder på at skærpe advarslen til en interaktionsadvarsel, som man ikke kan slukke.

Trine: Der er kommet så mange advarsler, at de mister deres betydning. Det nytter ikke noget. Vi skal finde ud af hvem der laver den her TW.

Nyrefunktion på tværs af forløbsplaner vurderes at være inden for kommissorium for forløbsplaner og sættes i produktion efter nærmere aftale.

Den kliniske brugergruppe finder samlet faglig indikation for Tripple whammy. Det vurderes dog at en sådan visning vil være uden for kommissorium for forløbsplaner, hvorfor dette bringes videre til politisk afklaring i styregruppen.

Rikke tager sagen videre.

## Orientering og drøftelse af udvalgte emner som blev behandlet på styregruppemødet 29. februar

Rikke præsenterer emner der er blevet behandlet på styregruppemødet. Præsentation findes under bilag.

### 5.1 Forløbsplaner fremadrettet

Rikke orienterer om punktet. Styregruppen godkendte at der udarbejdes et forretningsmål billede for forløbsplaner fremadrettet. Forretningsmål billedet tager udgangspunkt i brugerhistorier og ikke i teknik.

Gruppen vil blive involveret i arbejdet – specielt ift validering af brugerhistorier og de lægefaglige behov.

### 5.2 Status for forløbsplaner i sundhedsjournalen

Rikke orienterer om punktet. Releasen er forsinket pga omfattende testarbejde.

### 5.3 Nye statistikker

Rikke orienterer om punktet. Der har været en fejl i de udtræk vi har fået, som betyder at fordelingen mellem nye og vedligeholdte KOL og hjerteplaner ikke har været korrekt. Fejlen er nu rettet. Samtidig har vi fået opdaterede kapacitetstal og udeladt regions og udbudsklinikker fra OK22 opgørelsen. Samlet betyder dette at antallet af klinikker, der indenfor det seneste år har opfyldt OK22 er faldet til 78%. Styregruppen har sat en målsætning for OK22 opfyldelsen på 85%

### 5.4 Indholdsmæssig revidering af patientens KOL forløbsplan

Rikke orienterer om punktet.

KOL forløbsplanen fungerer ikke optimalt for patienterne, hvorfor styregruppen har godkendt at vi beder et eksternt konsulenthus om at undersøge netop dette.

Jens: Det er sjældent selve åndenøden KOL patienterne dør af, men ubehandlede komorbiditeter. Så er der en måde, hvor man kan kigge på kost, motion eller lignende.

Henrik: Princippet er jo at man kan få en mere positiv dialog om, hvordan man bedst lever med sit KOL.

Maja: De nuværende data skal der være som et resultat, hvor der skal være noget andet man kan snakke med patienterne om.

Henrik: Det er generelt en god ide, at få nogle til at snakke med patienterne om hvad de ønsker at se i deres KOL forløbsplaner.

Maja: Man kunne godt kigge på andre komorbiditeter i forløbsplanerne, hvor der kun står astma lige nu.

Rikke: Jeg forestiller mig at det skal handle om livskvalitet og egenomsorg. Har i nogle input?

Maja: Vi skal have patienter og patientforeninger til at se hvordan vi får noget mere ud af KOL forløbsplanerne.

Henrik: Patientinterviews har fungeret fint og det kunne være en mulighed.

Trine: Man kunne gøre mere ud af de kommunale tilbud som gågrupper eller lignende. Det er jo nogle andre ting de gerne vil. De meget lokale grupper. En eller form for tilbudsvision i lokalområdet.

Jens: En eller anden form hvor man kan påvirke noget i sin livsstil.

Rikke arbejder videre med sagen, og gruppen her vil blive involveret når det er relevant.

## 5. Organisering

Med afsæt i beslutning fra styregruppemødet om fremtidig ændring i forløbsplanprojektets organisering drøftes evt. ændring i den kliniske brugergruppes sammensætning v. Rikke

Rikke orienterer om punktet.

Skal der noget anderledes faglighed ind i den her gruppe?

Henrik: Vi har noget beslutningsstøtte der måske ender i cockpittet. Det vi er gode til, er at finde ud af hvad vi selv har brug for. Kunne man overveje nogle kommunale repræsentanter med? Det synes jeg kunne være interessant.

Maja: Der er masser af lægefagligt at tage fat i, så det er jo det vi godt kan lide.

Rikke: Vi skal måske have tænkt over om kommunen skal have den samme visning som patienten. I dag viser vi stort set det samme for patient og kommunale medarbejdere i Sundhedsjournalen.

Ane: Det er jo supergodt, at man får den her løsning med kommunal henvisning. Det er en kæmpe gevinst.

Trine: Det lyder jo godt at vi får nogle kommunale kompetencer med ind i den her gruppe. Særligt for en som mig er det umuligt at holde styr på hvad der er af tilbud, så en eller anden opdatering på tilbud ville være en stor hjælp.

Henrik: Cockpittet og kvalitetsplatformen er jo meget nyt. Indtil vi ved hvordan det bliver anderledes, så skal vi finde en måde at stå på. Nu fylder patientdelen meget med KOL som eksempel. Kunne man få et ”Jeg bor i denne kommune, jeg har KOL og derfor kunne der komme tilbud til mig”

## 6. Eventuelt

Næste møde 6/6 2024.

Skal mødet evt flyttes til 4/6 2024?