



NOVEMBER 2024

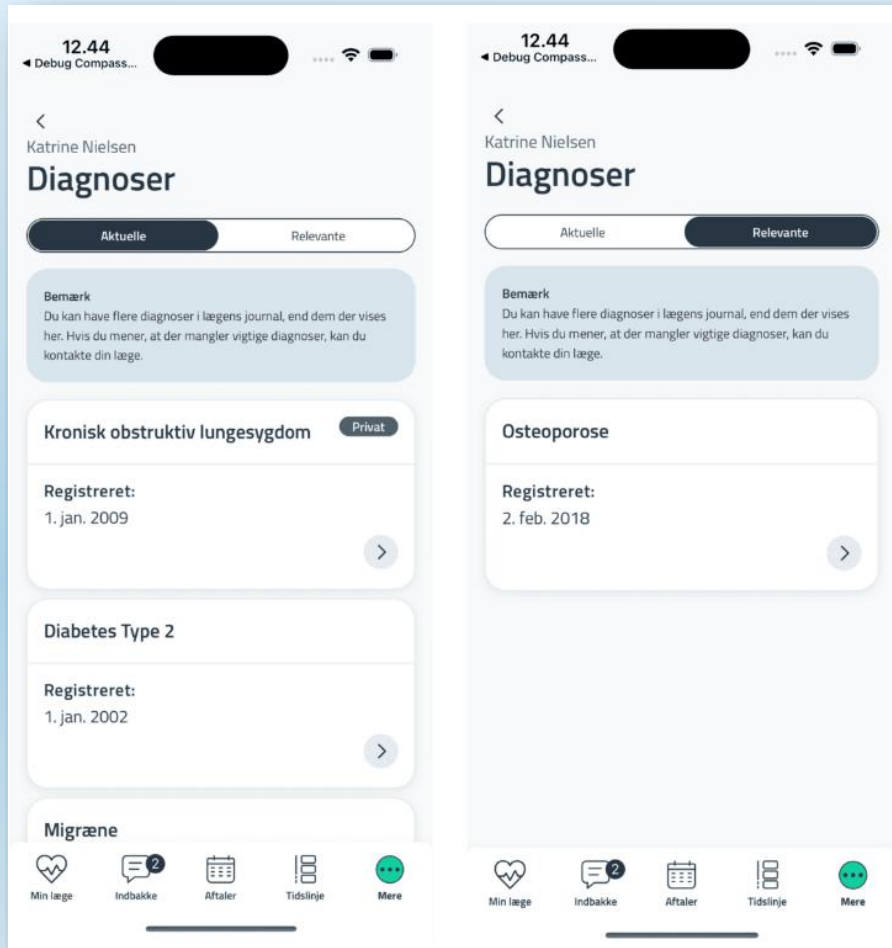
Diagnosekortet

Evaluering af diagnosekortet
i almen praksis



Deloitte.

Indholdsfortegnelse



- 3 Ledelsesresume
- 6 Diagnosekortet: Formål og Status
- 9 Diagnosetyper og diagnosekodning
- 12 Den tekniske løsning
- 15 Overordnet brugerrejse
- 17 Diagnosekodning i praksis
- 20 Diagnosekortet: Anvendelsesgrad og -mønstre
- 22 Erfaringer med diagnosekortet
- 30 Igangværende og planlagte tiltag
- 32 Konklusioner
- 34 Anbefalinger
- 36 Datagrundlag og metode
- 39 Referencer

”Det er et spørgsmål om tid, før det bliver en naturlig del af samarbejdet med patienterne.”

– Praktiserende læge

Ledelsesresume

Ledelsesresumé

Diagnosekortet er indført for at give et fælles digitalt overbliksbillede over en patients aktuelle helbredstilstand, tidligere relevante sygdomsforløb, hændelser og tilstande. Diagnosekortet skal understøtte overblik, sammenhæng og patientsikkerhed i forløb på tværs af sektorer. Dette overblik vil også skulle indgå i *Et Samlet Patientoverblik* og forventeligt i det internationale *Patient Summary*, som EHDS stiller krav om.

Det igangværende diagnosekortprojekt etablerer den tekniske understøttelse, og per september 2024 havde 95% af klinikkerne adgang til diagnosekortet i deres lægepraksissystemer. Der bliver forventeligt åbnet op for deling med behandlere i andre sektorer sidst i første kvartal af 2025. Aktuelt er det alene patienter, som kan se diagnosekortet (i MinLæge).

Nærværende evaluering fokuserer på at beskrive og analysere de praktiserende lægers konkrete erfaringer med diagnosekortet, primært med afsæt i klinikbesøg med gennemgang af arbejdsgange og interviews med lægerne. Der er herudover trukket nationale anvendelsesstatistikker, analyseret systemdokumentation og interviewet et antal andre aktører.

Analysen viser, at diagnosekortet indtil videre har en begrænset anvendelse, hvor maksimalt 20% på landsplan har et anvendelsesmønster, som indikerer en tilstrækkeligt hyppig anvendelse. Analysen viser ligeledes, at der er meget stor variation, både i den generelle diagnostiske kodepraksis og specifikt i anvendelsen af diagnosekortet. En mere ensartet generel diagnosekodning er en forudsætning for diagnosekortet.

Parterne omkring projektet har besluttet at lade en samlet organisatorisk implementering afvente de første erfaringer, herunder tilvejebringelse af bedre overblik over diagnosekodning og datakvalitet. Denne tilgang har dog også givet anledning til forvirring hos nogle læger, som har oplevet at få funktionen i deres systemer, men uden en detaljeret forklaring.

I forlængelser heraf viser analysen, at værdien for de praktiserende læger indtil videre opleves som uklar, hvilket dog skal ses i sammenhæng med, at der endnu ikke er kommunikeret aktivt herom – og ligeledes skal ses i sammenhæng med, at der endnu ikke er åbnet op for tværsektoriel deling.

Udgangspunktet for diagnosekortet er, at den praktiserende læge som tovholder på patientens forløb er ansvarlig for at vedligeholde et samlet helhedsbillede af patienten i form af aktuelle og relevante diagnoser. Kategorien ”relevante” er indført med diagnosekortet og kræver lægens skøn af hvilke udvalgte, historiske diagnoser, der fortsat kan være relevante for en helhedsvurdering af patienten. Hovedparten af de deltagende læger anerkender intentionen med at udvælge de relevante historiske diagnoser for at give hurtigere overblik og mindske støj, primært i sektorovergange, men også i den interne styring af klinikken. Selve begrebet ”relevante” giver dog anledning til usikkerhed og bør derfor være genstand for tydelig kommunikation ifm. den forestående organisatoriske implementering. Endelig peger enkelte læger på, at udvælgelsen af relevante diagnoser også medfører en risiko for at fravælge noget, der kunne have haft betydning for udredning og indsatser besluttet af behandlere i andre sektorer.

Diagnosekortet adskiller sig fra FMK ved alene at skulle vedligeholdes af almen praksis. Analysen viser en markant skævhed i, hvor systematisk diagnosekortet vedligeholdes, alt efter om der er tale om diagnoser stillet i klinikken selv, eller om diagnosekortet skal opdateres pba. oplysninger i epikriser fra sygehuset, uden at patienten er i konsultation. Blandt de læger, som aktivt bruger diagnosekortet, sker det primært, når diagnosen stilles i klinikken. Dette giver behov for skærpet opmærksomhed på tidstro ajourføring af diagnosekortet ved modtagelse af epikriser – hvor lægerne i dag i begrænset grad har en arbejdsgang med at overføre diagnoser til egen journal. Lægerne oplever endvidere også, at epikrisernes kvalitet varierer. 4

Ledelsesresumé (fortsat)

Den begrænsede og varierende anvendelse vurderes også at hænge sammen med den tekniske understøttelse i lægernes systemer. Selvom der ikke er gennemført en systematisk analyse af systemernes konfiguration, indikerer analysen dog, at der 1) generelt er udfordringer med hvor smart, diagnosekortet er indlejret i journalnotatet og klinikkens arbejdsgange, og 2) er forskelle på systemernes understøttelse, hvilket kommer til udtryk som forskellige anvendelsesmønstre hos lægerne. Det er en udfordring, at der af markedsmæssige hensyn ikke kan stilles krav til hvordan, ny system-funktionalitet understøtter klinikkens arbejdsgange. Det bemærkes dog, at det kun var de fire største systemer, som havde været live længe nok til at indgå i analysen. Ligeledes har der løbende været lavet forbedringer i systemerne. Derfor anbefales en opfølgning efter et passende tidsrum.

I arbejdet med at øge den tværsektorielle datadeling er det vigtigt at være opmærksom på, at data som udgangspunkt dannes i den kontekst, hvor de skal anvendes – hvorfor det kan kræve en indsats at gøre data overskuelige og relevante i en anden behandleres kontekst. Denne forskel ses også med diagnosekodningen, hvor almen praksis og sekundærsektoren ikke alene anvender forskellige kodesprog, men også mere grundlæggende har forskellige formål med deres kodning: I sekundærsektoren en detaljeret dokumentation af diagnostik og behandling; en slags ”facit”, der forudsætter et afklaret sygdomsbillede. I almen praksis kodes der omvendt for at sikre overblik i egen journal, fx ved at kode årsagen til en henvendelse, uden at der på tidspunktet foreligger en endelig diagnose. Analysen viser, at lægerne primært bruger diagnosekodning til overblik og styring internt i klinikken, og at de her har meget forskellige rutiner og tilgange. Disse forhold er også en del af baggrunden for, at der med diagnosekortet er indført en arbejdsgang med aktivt at ajourføre diagnosekortet, herunder ved at lægen aktivt tager stilling til udvælgelsen af relevante diagnoser.

Registreringskvalitet hænger erfaringsmæssigt tæt sammen med den forventede anvendelse og værdiskabelse. Lægernes vurdering af diagnosekortet må forventes at ændre sig, når der i 2025 åbnes op for deling med behandlere i andre sektorer, og lægerne får konkrete erfaringer med deling af diagnoser i det tværsektorielle samarbejde. Analysen har dog vist et skærpet behov for at motivere værdiskabelsen, både for den enkelte praksis og for det tværsektorielle. I den forestående organisatoriske implementering anbefales det at 1) gøre øget brug af datakonsulenterne, 2) sikre tydelig kommunikation, herunder om værdiskabelsen (i sammenhæng med at der åbnes op for den tværsektorielle deling), 3) sikre klarere retningslinjer, herunder om diagnosekodning generelt, og 4) arbejde for at sikre bedre understøttelse af arbejdsgangene i systemerne. Endvidere anbefales det planlagte projekt om datakvalitet gennemført, ligesom det bør undersøges hvordan, lægernes bedst kan understøttes i oprydningen i historiske data (som er påkrævet ved oprettelse af diagnosekortet).

Diagnosekortet skal ses i sammenhæng med den bredere bevægelse mod øget deling af data med både patienter og andre behandlere, herunder den seneste overenskomsts aftale om at dele journalnotater fra almen praksis. Erfaringerne med diagnosekortet peger på, at det er en væsentlig forandring at dele registreringer, der hidtil primært har været brugt som et internt arbejdsværktøj, og at der er behov for en særlig opmærksomhed på både arbejdsgange og på at gøre visninger relevante for modtageren.



”Min generation tænker rigtig meget i, at hvad vi skriver, skal være noget, der skal deles. Vi ser allerede journalen som patientens og ikke vores.”

– Praktiserende læge

Diagnosekortet: Formål og status

Formålet med diagnosekortet

Diagnosekortet skal give et digitalt overbliksbillede over patientens aktuelle helbredstilstand, tidligere relevante sygdomsforløb, hændelser og tilstande. Ligesom det fælles medicinkort (FMK) skal diagnosekortet løbende afstemmes, så det sikres, at kortet er opdateret og retvisende. Diagnosekortet adskiller sig dog fra FMK ved alene at vedligeholdes af almen praksis, ikke andre behandlere.

Formålet med diagnosekortet er at forbedre patientsikkerhed og samarbejde i sektorovergange ved at dele et udvalgt, prioriteret overblik over patientens diagnoser med andre behandlere. Samtidig bliver det med diagnosekortet muligt at dele overblikket med patienten via MinLæge-app'en og på sundhed.dk. I overenskomsten for 2022 (OK22) blev det endvidere aftalt på sigt at dele strukturerede data fra almen praksis, herunder kodede diagnoser, hvilket planlægges gjort via diagnosekortet og deling af notater med kodede diagnoser.

Nærværende evaluering vedrører det igangværende projektet med teknisk og organisatorisk implementering af diagnosekortet og det ledsagende arbejde med at fremme en øget ensretning af diagnosekodningen. Evalueringen har sit fokus på lægernes praktiske arbejde med diagnosekodning og særligt diagnosekortet.

Diagnosekortet er i nogen grad et forudsætningskabende projekt: Det skaber forudsætningerne for at vise diagnoser i det fællesoffentlige *Et Samlet Patient-overblik* og forventeligt på sigt tilsvarende i dét patientresume, som med implementeringen af *European Health Data Space* (EHDS) skal kunne deles med behandlere i andre lande. Diagnosekortet vil også være en forudsætning for at lave diagnosebaserede visninger i *Klinikkens Cockpit*.

Endelig kan projektet med den seneste overenskomsts (OK25) aftale om også at dele journalnotater fra almen praksis give relevante erfaringer, idet både deling af diagnoser og notater giver anledning til overvejelser om registreringspraksis, tidsforbrug og generelt spørgsmålet om hvordan, lægernes arbejdsgange omkring journalføring påvirkes af, at data går fra at være et internt arbejdsredskab til også at fungere som en kommunikation til patienter og andre sundhedsprofessionelle.

”Diagnosekortet skal billedligt talt være den klogt pakkede håndbagage med det, vi ikke kan undvære, hvis vores bagage forsvinder på turen – og som sammen med Det Fælles Medicinkort (FMK) vil gøre rejsen tryk, uanset hvor vi lander.”¹

– Anders Beich, daværende formand for DSAM, 2016



Status på diagnosekortprojektet



Det igangværende projekt *Diagnosekort i almen praksis* blev oprindeligt etableret i et samarbejde mellem Medcom, PLO og DSAM. Projektet skaber grundlaget for deling af diagnoser i det nationale *Et Samlet Patientoverblik* (et nationalt program som ledes af Sundhedsdatastyrelsen) og med patienten selv (via MinLæge og på sundhed.dk). Diagnosekortet er et projekt under programmet *Digital Almen Praksis* (DAP).

Da kvaliteten i diagnosekodningen varierer meget, og lægerne ligeledes har meget forskellige tilgange, har der været et ønske om først at arbejde for at forbedre overblikket over og kvaliteten af diagnosekodningen – herunder ved at forbedre den tekniske understøttelse – inden almen praksis iværksætter den tiltænkte deling af diagnosekoder med andre dele af sundhedsvæsenet. Den bredere organisatoriske implementering afventer derfor også. Projektet har tre delprojekter:

1. Prioriteret overblik over patientens diagnoser i almen praksis
2. Deling af overblik over patientens diagnoser med patienten via MinLæge-app'en
3. Oplæg til model og plan for kommende tværsektoriel deling af patientens diagnoser via *Primærsektorens LeverandørServicePlatform* (PLSP)

MedCom har i samarbejde med leverandørerne udviklet en testprotokol til at godkende lægernes it-systemer i korrekt implementering. Delprojekt 2 er næsten afsluttet, idet fem af de seks lægepraksissystemer per september 2024 er godkendt og i drift med diagnosepakke version 1.0 – hvorefter 95% i klinikkerne har adgang til diagnosekortet i deres systemer. Det er dog kun de fire største systemhuse, som har kunnet indgå i nærværende evaluering (herunder fordi MultiMed ikke har været i drift længe nok til at kunne evalueres ud fra lægernes praktiske erfaringer). Det vil således være relevant at genbesøge evalueringen, når der er erfaring med alle seks systemer.

Aktuelt deles data med patienter via MinLæge. Data deles endnu ikke med behandlere i andre sektorer. Dette forventes etableret ved udgangen af første kvartal 2025.

KiAP vedligeholder mappingen mellem sekundærsektorens ICD-kodning og almen praksis' ICPC-kodning. Mappingen anvendes ved overgange til og fra sygehuse.

”Hvis jeg skal til at rydde op i diagnoserne, er der noget andet, jeg ikke skal lave.”

– Praktiserende læge

Diagnosetyper og diagnosekodning

Diagnosetyper omfattet af diagnosekortet

Diagnosekortet skal give et prioriteret og retvisende billede af patientens aktuelle helbredstilstand og tidligere betydningsfulde hændelser. Det omfatter *ikke* alle diagnoser, men alene et udsnit i form af henholdsvis ”aktuelle” og ”relevante” diagnoser – hvor relevansen skal vurderes af den praktiserende læge.

Kontakt diagnoser: En kontaktdiagnose er en diagnose, der ved afslutning af en patientkontakt betegner en årsag til de sundhedsinterventioner, der er udført på patientkontakten.¹ Det kan være en konsultation, et sygebesøg, en telefonsamtale, en e-konsultation eller en videokonsultation. En række kontaktdiagnoser kan eventuelt blive knyttet sammen i et forløb, som tilknyttes en overordnet forløbsdiagnose.

Forløbsdiagnoser: En forløbsdiagnose er en diagnose, der udtrykker et helbredsforløb. Et helbredsforløb beskriver udviklingen af en helbredstilstand over tid.² Det kan enten være en kronisk diagnose (som ikke afsluttes) eller et forløb over en kortere periode.

Aktuelle diagnoser:
Diagnoser som en patient er udredt og i aktuel behandling for.

Relevante diagnoser:
Diagnoser som patienten *ikke* er i aktuel behandling for, men som kan være relevante for en helhedsvurdering af patienten.

Diagnosekodning er en arbejdsrutine for den behandler, som tager stilling til patienternes diagnoser og behandling. Diagnoser kan ses som formaliserede ”metadata”, der tilknyttes notater og andre oplysninger i patientens journal, så diagnoser let kan fremsøges i klinikken, deles med andre behandlere, anvendes i forsknings- og kvalitetsarbejde mv.

I almen praksis skelnes der mellem kontakt- og forløbsdiagnoser (forløbsdiagnoser har også været betegnet som kroniske eller faste diagnoser). Diagnosekortet er primært tiltænkt forløbsdiagnoser, men kan i princippet også anvendes til kontaktdiagnoser (fx hvis det er en kontaktdiagnose for en tilstand, der typisk vil kræve et behandlingsforløb, fx astma).

Med diagnosekortet er der **indført en sondring mellem aktuelle og relevante diagnoser** (se definitioner nederst i figuren til venstre). Terminologien er godkendt af en lægefaglig referencegruppe. Når en læge skal overføre en diagnose til diagnosekortet, skal lægen kategorisere den som aktuel eller relevant (diagnosen kan også kategoriseres som ”øvrig” og vil derved *ikke* blive delt). Hensigten med dette arbejdsstrin er at sikre korrekt ajourføring, mere ensartet kodning og et lægefagligt skøn af hvilke historiske diagnoser, der fortsat er relevante for andre behandlere.

Diagnosekortet indebærer en ekstra arbejdsgang for de praktiserende læger, da de i tilfælde af ændringer skal ajourføre diagnosekortet og vælge hvad, der skal deles som henholdsvis aktuelle og relevante diagnoser. Dette sker ikke automatisk, men systemerne kommer dog med forslag til hvilke diagnoser, der kan overføres til kortet. Særligt kategorien relevante kræver lægens skøn, da der skal sorteres i de historiske diagnoser.

Forskelle i klassifikationssystemer og i formål med at diagnosekode

Almen praksis og sekundærsektoren anvender forskellige diagnosesystemer, hvorfor der er behov for at mappe frem og tilbage, hhv. ved henvisning *til* sekundærsektoren og ved udskrivelse (epikrise) *fra* sygehuset. De to sektorer har også forskellige formål med deres diagnosekodning: I sekundærsektoren en detaljeret dokumentation af diagnostik og behandling; en slags ”facit”, der forudsætter et afklaret sygdomsbillede – og samtidig en kodning for at dokumentere korrekt visitation. I almen praksis kodes der omvendt for at sikre overblik i egen journal og ofte efter henvendelsesårsager, som kan være mere eller mindre specifikke.



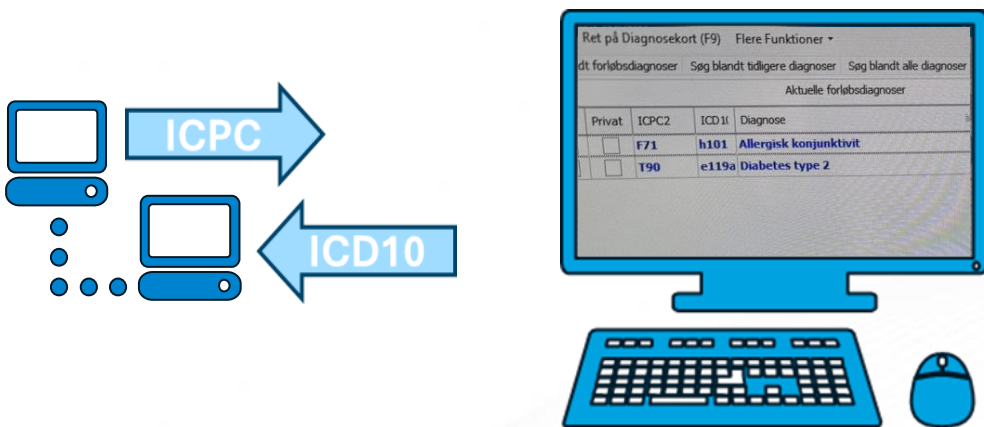
ICPC: står for *International Classification of Primary Healthcare*. I Danmark er ICPC-2-DK det primære klassifikationssystem for almen praksis. ICPC vedligeholdes af et internationalt netværk af ca. 40 praktikere. ICPC-2-DK er tilpasset danske krav. Indeholder ca. 688 koder.



ICD10: Version 10 af WHO's *International Classification of Diseases and Related Health Problems* anvendes af sekundærsektoren i en dansk tilpasset version. Dansk ICD10 indeholder flere internationale specifikationer og er med ca. 19.000 koder langt mere detaljeret end ICPC.

ICPC er opbygget efter henvendelsesårsager. Den danske tilpasning blev i 2008 opdateret (ICPC-2-DK). Opdateringen indebar bl.a. en mapning til den danske version af ICD10-diagnosekoderne (på de første fem tegn). MedCom godkender lægepraksissystemerne i korrekt implementering.

Da der er forskel på ICPC og ICD10 i både opbygning og detaljeringsgrad, skal der ske en mapning frem og tilbage: Dels ved henvisning til sekundærsektoren, hvor der til brug for sygehuset eller den praktiserende speciallæge skal mappes til den/de rette diagnose(r) i det mere detaljerede ICD10-system. Den væsentligste diagnose, som har ført til indlæggelse eller forløb, betegnes som en *aktionsdiagnose*. Når patienten udskrives, sendes der en epikrise til egen læge, hvorfor der skal mappes den modsatte vej, fra ICD10 til ICPC. Typisk vil det være aktionsdiagnosen, som egen læge skal oprette på diagnosekortet som aktuel eller relevant.



Systemmæssigt er der derfor etableret en mapningsproces, som med afsæt i en manuelt vedligeholdt mapningstabel hjælper med at mappe mellem de to codesystemer. Herved vil det i brugerfladen blive muligt at se begge koder (som vist på billedet til venstre og på billederne s. 13).

”Det tror jeg faktisk er noget, jeg kommer til at bruge. Det så ikke sådan ud første gang, jeg så det. Men nu er det egentlig meget smart.”

– Praktiserende læge

Den tekniske løsning

Diagnosekortet som et udvalg af data til deling – men med mulighed for privatmarkering

Diagnosekortet er et datasæt med udvalgte diagnostiske oplysninger, som kan udstilles via de digitale løsninger i sundhedsvæsenets nationale infrastruktur. Der er dog også mulighed for at privatmarkere diagnoser, så de ikke deles med andre parter.

Diagnosekortet er et datasæt bestående af *udvalgte* diagnoser registreret i lægepraksissystemet. Når det afstemmes/ajourføres, deles det via PLSP-platformen og kan herfra gøres tilgængeligt for patienten og andre behandlere (datastrømmene er vist på næste side).

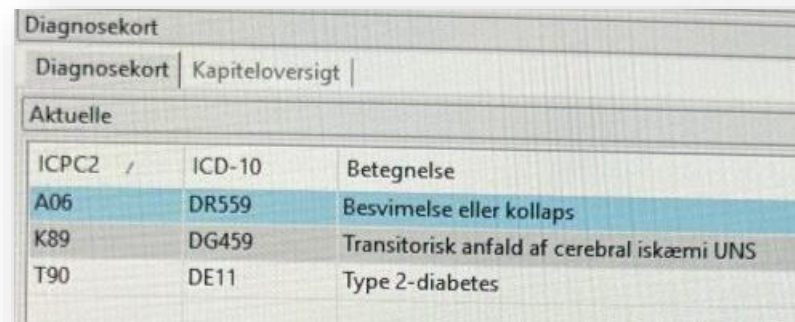
Diagnoserne består af metadata i form af diagnosekoder med ledsagende diagnosebetegnelser (begge billeder viser eksempler herpå). Diagnoserne og diagnosebetegnelserne kan bruges til at skabe overblik i lægens eget system og kan give både læge, patient og andre behandlere indsigt i patientens tilstand og sygdomshistorie. Som det ses af eksemplerne til højre, er diagnosebetegnelserne mere sigende end koderne i sig selv.

Diagnosekortet oprettes og afstemmes i den praktiserende læges journal-system og kan herefter deles. Andre behandlere kan *ikke* opdatere kortet.

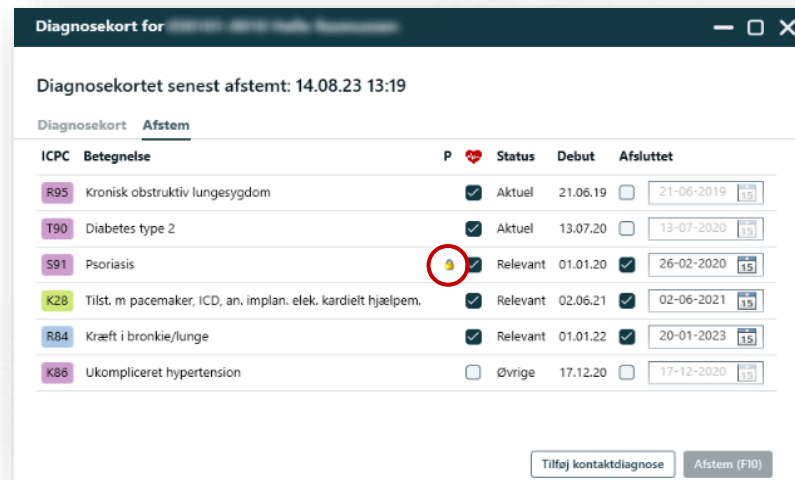
Privatmarkering

Der er mulighed for at privatmarkere diagnoser. De overføres dog fortsat til PLSP og kan derigennem vises for patienten i MinLæge-app'en (med en visuel markering af diagnosen som privat). Men privatmarkerede diagnoser kommer *ikke* videre til den nationale infrastruktur og bliver dermed ikke delt bredere.

Et eksempel på lægesystemets visning af privatmarkering ses på det nederste billede i form af hængelåsen markeret med en rød cirkel.



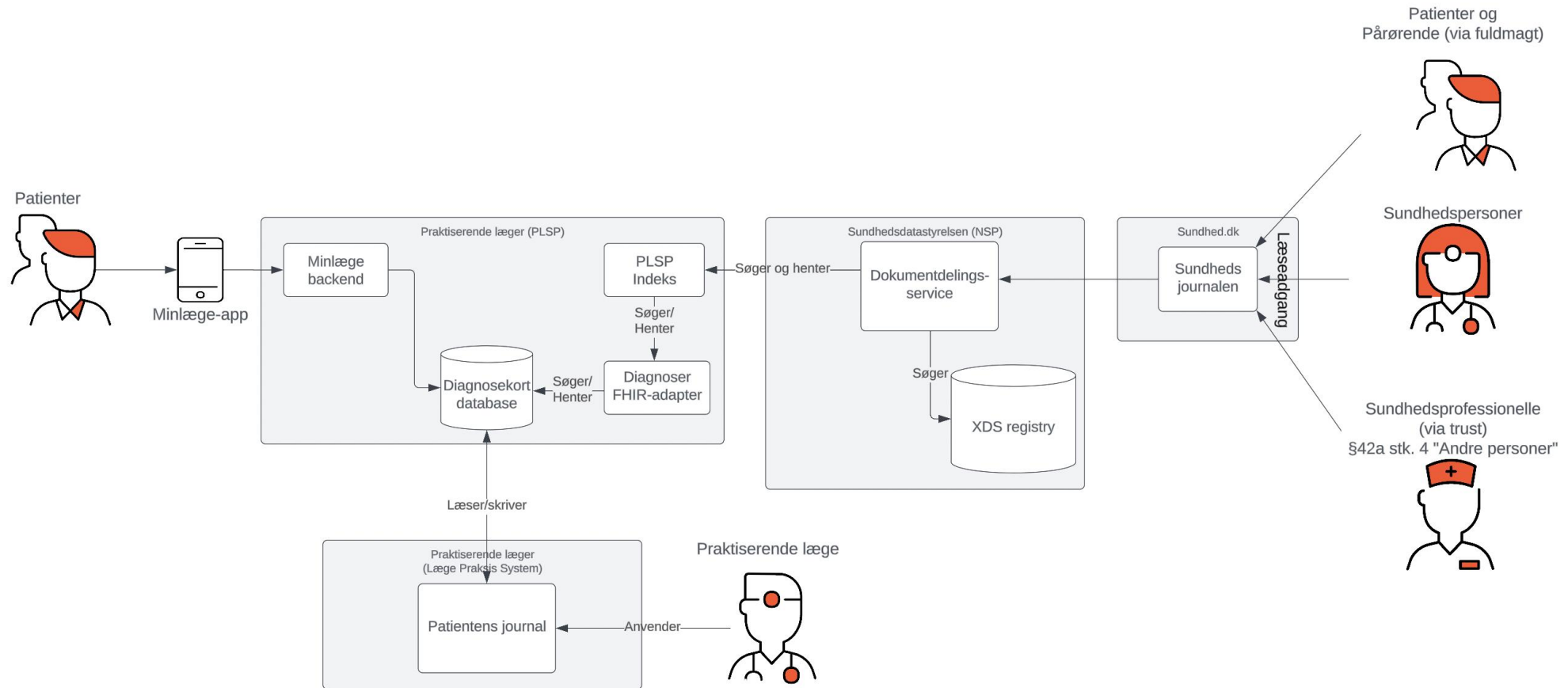
ICPC2	ICD-10	Betegnelse
A06	DR559	Besvimelse eller kollaps
K89	DG459	Transitorisk anfald af cerebral iskæmi UNS
T90	DE11	Type 2-diabetes



ICPC	Betegnelse	P	Status	Debut	Afsluttet
R95	Kronisk obstruktiv lungesygdom	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktuel	21.06.19	21-06-2019
T90	Diabetes type 2	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktuel	13.07.20	13-07-2020
S91	Psoriasis	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	01.01.20	26-02-2020
K28	Tilst. m pacemaker, ICD, an. implan. elek. kardielt hjælpem.	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	02.06.21	02-06-2021
R84	Kræft i bronkie/lunge	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	01.01.22	20-01-2023
K86	Ukomplikeret hypertension	<input type="checkbox"/>	Øvrige	17.12.20	17-12-2020

Deling af diagnosekortet via PLSP og den nationale dokumentdelingservice

Figuren viser datastrømmene i den tekniske løsning. De praktiserende læger vedligeholder (ajourfører/afstemmer) diagnoser i eget lægepraksissystem. Ajourførte diagnoser opsamles via PLSP-plattformen og kan herfra vha. dokumentdelings servicen (DDS) på den nationale serviceplatform (NSP) gøres tilgængelige for andre modtagere via Sundhedsjournalen. Aktuelt er alene den borgervendte deling i MinLæge-app'en via PLSP aktiveret. Den bredere datadeling med andre behandlere via Sundhedsjournalen forventes aktiveret ved udgangen af første kvartal af 2025, hvorefter patienter og pårørende også vil kunne se diagnoser på sundhed.dk.



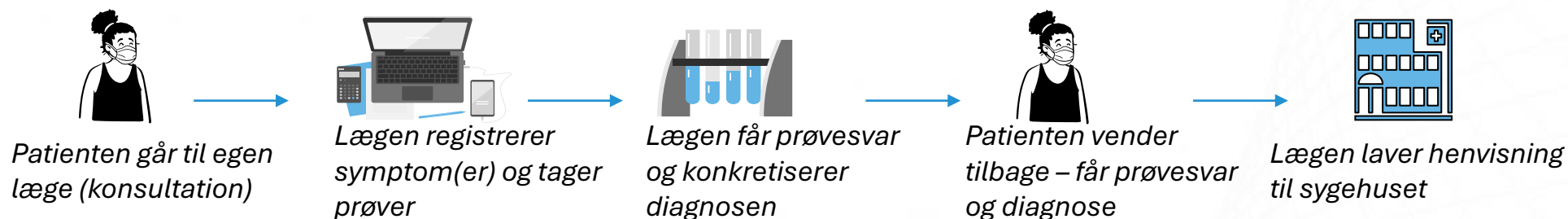
”Det er vigtigt at holde fokus på hvorfor. Det skal give mening.”

– Praktiserende læge

Overordnet brugerrejse

Overordnet brugerrejse: Diagnosen stilles i klinikken ved aktiv brug af diagnosekortet

Et arketyrisk eksempel på den overordnede brugerrejse er her illustreret for scenariet, hvor en diagnose stilles i klinikken, og lægen gør aktiv brug af diagnosekortet. Det andet hovedscenarie er de situationer, hvor lægen ifm. patientens udskrivelse fra sygehuset modtager en epikrise og på baggrund heraf skal ajourføre diagnosekortet. Baseret på de gennemførte interview har dette dog været lavere prioriteret af lægerne, bl.a. med henvisning til tidsforbrug og uklar værdiskabelse.



Almen praksis



Læger der kontaktkoder

Snakker med patienten om symptomer

Lægen koder symptom-/kontaktdiagnosen og opdaterer journalen

Pba. prøvesvar opdateres til en mere konkret forløbsdiagnose

Lægen opdaterer journalen pba. konsultationen

Lægen laver en henvisning til sekundærsektoren (sygehus)



Læger der ikke kontaktkoder

Snakker med patienten om symptomer

Lægen opdaterer journalen, men koder endnu ikke diagnosen

Pba. prøvesvar oprettes en forløbsdiagnose

Lægen opdaterer journalen pba. konsultationen

Lægen laver en henvisning til sekundærsektoren (sygehus)



Patienten

Deler symptomer med lægen

Patienten afventer svar

Patienten indkaldes til konsultation

Diagnosen vil blive **synlig i MinLæge-app'en**, hvis den er registreret på diagnosekortet

Diagnosen som begrunder henvisning (aktionsdiagnose) vil blive synlig i MinLæge



Lægens system (diagnoser)

Hvis symptom-/kontaktdiagnosen bliver kodet, sker dette som led i journalføringen

Diagnosen bliver ændret til en mere konkret forløbsdiagnose

Lægen **opretter*** diagnosekortet i eget system

Lægen registrerer henvisningens diagnose og ajourfører/afstemmer diagnosekortet



Diagnosekortet

Afstemte diagnoser **overføres** til diagnosekortet

Diagnosekortet opdateres med seneste ajourføring

*) Princippet for oprettelse af en patients diagnosekort er, at den første aktivering sker i forbindelse med en konsultation. Herefter vil arbejdsgangen være en ajourføring med afsæt i forslag fra systemet.

”Vi bruger det ikke for andres skyld.”

– Praktiserende læge

Diagnosekodning i praksis

Diagnosekodning i praksis

Det er meget forskelligt hvor detaljeret og hvor tidligt i et forløb, lægerne generelt diagnosekoder. Nogle benytter sig allerede tidligt af symptomdiagnoser, imens andre først koder, når de har en bekræftet forløbsdiagnose – og endelig er der læger, som alene koder de diagnoser, der er aftalt i overenskomsten.

Dem der kontaktkoder alle fysiske kontakter

Syv ud af de 12 interviewede læger koder ved alle fysiske kontakter (med symptomdiagnoser/henvendelsesårsager). Der var dog generel enighed om ikke at kode de henvendelser, de fik over telefon eller e-mail. Det bemærkes, at de interviewede læger forventes at have en højere end gennemsnitlig registreringspraksis (jf. s. 37).

Enkelte havde brugt rigtig lang tid på at opbygge en stærk kodningspraksis i deres klinik, begrundet i at dette generelt hjælper dem i deres interne styring og drift. Disse læger vurderede dog ikke, at diagnosekortet ændrer noget i den interne styring og udvikling af klinikken.

De lægerne, der kontaktkoder, bruger det primært som et hjælperedskab for sig selv – som en måde at skabe overblik i den enkelte journal og/eller som planlægnings- og styringsgrundlag på tværs af klinikkens patienter. Kontaktkodning er et eksempel på, at diagnoser i almen praksis bruges til at registrere årsagen til en henvendelse, uden at der foreligger en afklaret diagnose.

Dem der først koder, når de har en bekræftet diagnose

Dem som først sætter en diagnose på, når den endelig er bekræftet (fx via en diagnostisk test), er også meget forskellige i deres kodepraksis. Nogle koder kun de nødvendige diagnoser (kronikerdiagnoser krævet af overenskomsten), imens andre koder alle bekræftede diagnoser.

Her kommer det igen an på hvad, de har været vant til, og hvordan de oplever, at kodningen hjælper dem i klinikken. De interviewede læger havde endvidere forskellige holdninger til, hvor specifikke diagnoser, de selv har brug for.

"Det [kodning] hjælper på søgning."



"Sjældent jeg har brug for så specifik en diagnose."

Epikriser og kodning/validering i eget system

Generelt ses der en mindre systematisk kodepraksis for de diagnoser, som ved udskrivning fra sygehus kommer ind via en epikrise sammenlignet med de diagnoser, de praktiserende læger selv stiller. Dette gælder både journalføringen generelt og specifikt opdatering af diagnosekortet.

Lægerne tilkendegiver, at epikriser ofte ikke kræver handling, ligesom der også er variation i kvaliteten af de modtagne epikriser. De diagnoser fra epikriser, som lægerne mest systematisk koder i deres system, er kroniske sygdomme som kræft, KOL og diabetes. Men mange af de interviewede læger læser/arkiverer epikriserne uden at foretage aktive handlinger vedr. diagnosekoder i eget system. Dette kan udfordre grundtanken om, at almen praksis er eneste tovholder på vedligeholdelse af diagnosekortet, idet der er en risiko for, at kortet ikke ajourføres ifm. udskrivning (selvom epikrisen måtte tilsige dette), men eventuelt først senere ved næste konsultation.

Hvis lægerne åbner en epikrise, vil systemerne dog ud fra aktionsdiagnosen foreslå en eller flere diagnoser, som kan oprettes på diagnosekortet.

Diagnosekodning i praksis (fortsat)

Generelt er der meget stor variation i lægernes kodepraksis, hvilket bl.a. kan forklares af hvordan, klinikken selv bruger diagnosekodning til at skabe overblik, og af hvor godt diagnosekodningen er understøttet i systemerne. De store forskelle i diagnosekodning påvirker mulighederne for at lave ensartede diagnosekort.

Generelt stor variation i kodepraksis

Blandt de deltagende klinikker ses der generelt en meget stor variation i kodepraksis. Forskellene skyldes i nogen grad lokale forhold i den enkelte klinik (eksempelvis historik og prioritering af diagnosekodning, herunder hvorvidt det bruges som internt styringsværktøj). Men også mere generelle forhold som 1) systemernes opsætning og brugervenlighed, 2) hvad der er af krav og retningslinjer (og kendskab til disse) og 3) den forventede værdiskabelse for andre.

Forskelle i generel kodepraksis vil direkte påvirke både anvendelse og værdi af diagnosekortet. Det forventes således at være relevant at adressere alle tre generelle forhold omtalt ovenfor som forudsætning for en vellykket implementering af diagnosekortet og for det bredere løft af datadelingen i sundhedsvæsenet – herunder også fordi et af formålene med diagnosekortet er at øge patientsikkerheden i sektorovergange.

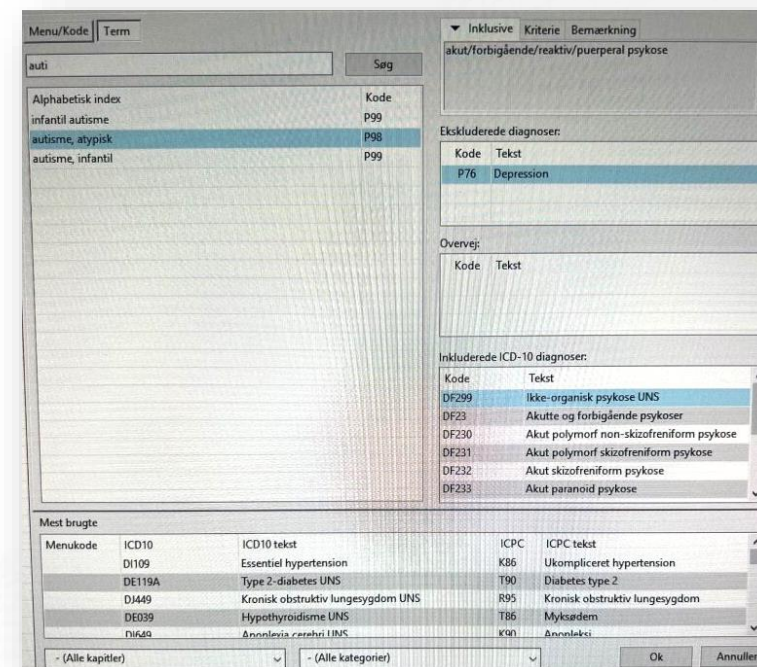
Efterspørgsel på tydeligere vejledning

Flere af deltagende klinikker efterspørger tydeligere generelle retningslinjer for kodning, herunder hvornår noget er hvilken type diagnose, og hvad der er henholdsvis krav og best practice.

Et konkret eksempel på usikkerhed og forskelle er p-piller, hvor et af systemerne foreslår det som en diagnose, selvom p-piller er medicin. Denne type forskelle giver en ekstra opgave med at rydde op i systemerne og risiko for inkonsistens i data. Lægerne peger på behov for mere ensartede krav til kodning, og at dette understøttes i systemerne.

Flere læger pegede også på behovet for vejledning til uddannelseslæger, så man ikke er afhængige af, at klinikken selv skal definere retningslinjerne.

Billedet viser et eksempel på fremsøgning af diagnose, hvor lægen påpeger, at søgemuligheder og brugerflade er vanskeligt at navigere i.

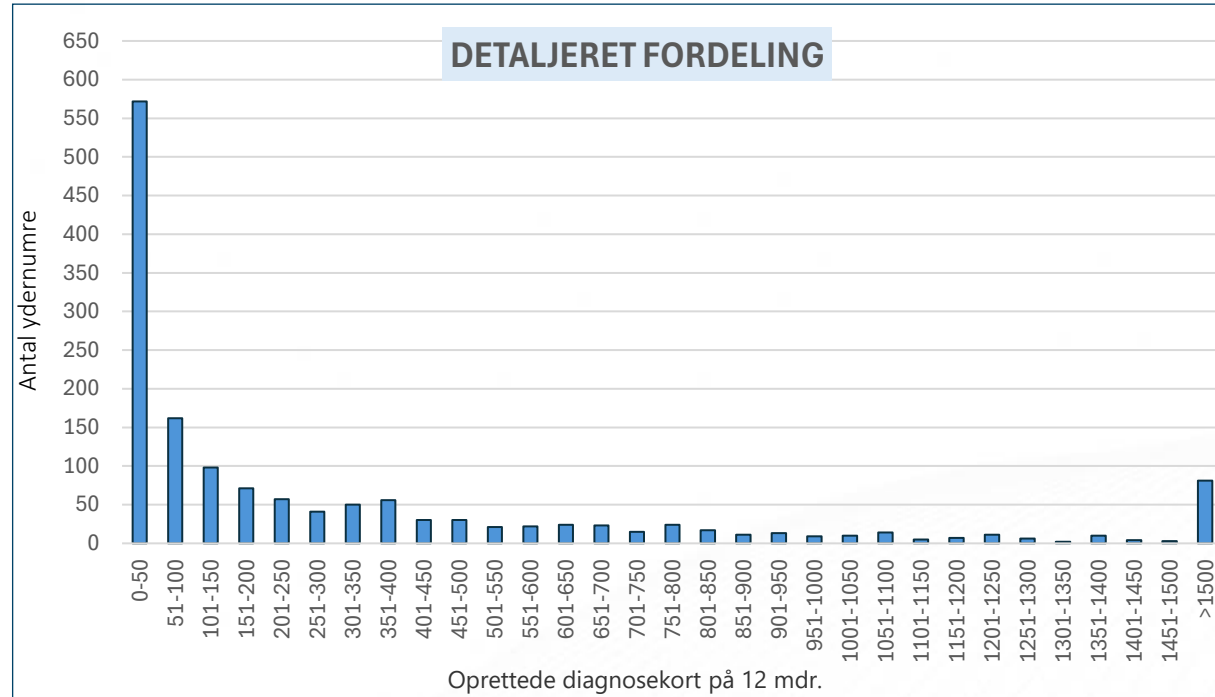
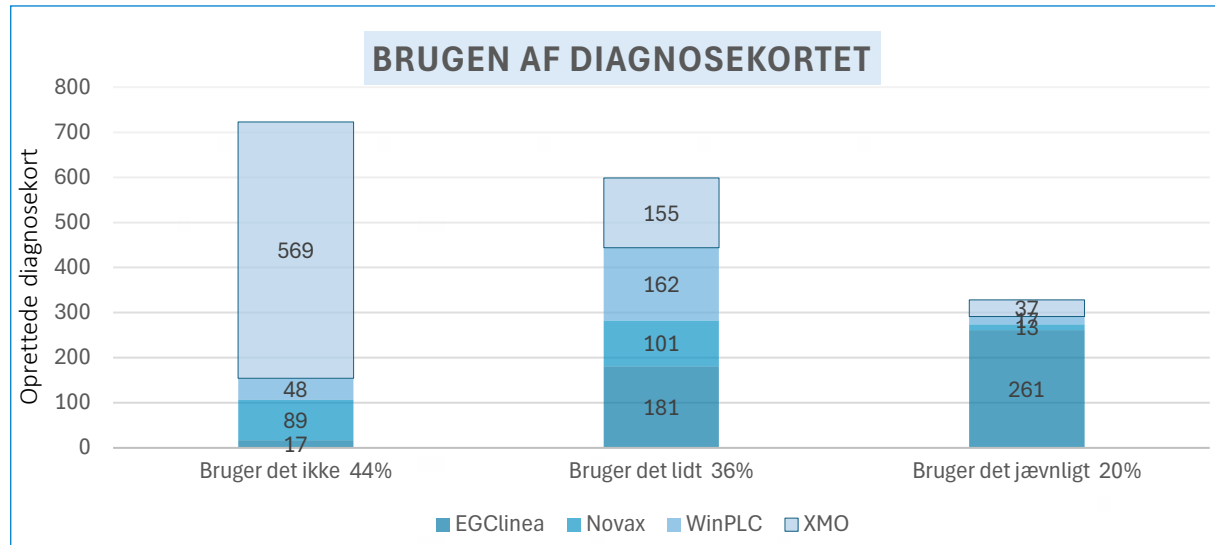


”Jeg deler ikke, fordi jeg ikke kan overskue det.”

– Praktiserende læge

Diagnosekortet: Anvendelsesgrad og -mønstre

Anvendelsesgrad og -mønstre



På landsplan viser data, at der er en stærkt **begrænset anvendelse** af diagnosekortet, idet det kun er hver femte ydernummer, som i løbet af 12 måneder har oprettet over 500 aktuelle diagnoser og dermed kan siges at bruge diagnosekortet jævnligt. Det bemærkes endvidere, at 500 er et lavt sat, konservativt estimat for det antal af diagnoser per ydernummer, som en tilstrækkelig anvendelse gennemsnitligt forventes at indebære.

Data viser også, at der er en **stor spredning** i hyppigheden af anvendelsen blandt de læger, som aktivt bruger diagnosekortet.

Figurerne til venstre viser anvendelsesdata for alle ydernumre, som har ét af de fire største systemer (disse fire har været i drift længe nok til at indgå).

Den øverste figur viser fordelingen af ydernumre og systemer i tre intervaller:

- **Bruger det ikke:** har oprettet mellem 0 og 50 aktuelle diagnoser på 12 mdr.
- **Bruger det lidt:** har oprettet mellem 51 og 500 diagnoser på 12 mdr.
- **Bruger det jævnligt:** har oprettet over 500 aktuelle diagnoser på 12 mdr.

Den nederste figur viser en mere detaljeret oversigt over anvendelsesgradens fordeling på ydernumre. Antal ydernumre med over 1500 diagnosekort er af overskuelighedshensyn grupperet samlet (det højeste antal er 5085).

Data er baseret på et udtræk fra PLSP for de seneste 12 måneder (01.10.2023 – 30.09.2024) fordelt på hhv. ydernumre og systemer. Det er alene de diagnoser, som oprettes på diagnosekortet og afstemmes/ajourføres, der bliver overført til PLSP og derved kan indgå i denne optælling. Opgørelsen er baseret på antallet af registrerede aktuelle diagnoser. Det bemærkes, at den samme patient kan have flere diagnoser.

”Ingen af systemhusene har løst det rigtig godt.”

– Datakonsulent

Erfaringer med diagnosekortet

Organisatorisk implementering og kendskab til diagnosekortet

Data viser jf. ovenfor en begrænset anvendelse på landsplan. Klinikbesøgene viser i forlængelse heraf, at der også er en begrænset kendskab til diagnosekortet, endda selvom de deltagende læger vurderes at have en over gennemsnitlig indsigt i igangværende initiativer. Der ses således generelt indtil videre en svag og varierende organisatorisk implementering, hvilket dog skal ses i sammenhæng med, at den større, samlede implementeringsindsats fortsat udestår.

Begrænset kendskab

Næsten alle deltagende læger udtrykker, at de enten tilfældigt har opdaget det i systemet, har hørt andre tale om det, eller slet ikke havde opdaget diagnosekortet endnu. Der var kun én læge, som kunne huske at have set en nyhedsmail og derefter havde læst vejledningsmaterialet. Alle andre havde enten ikke brugt det eller forsøgt sig frem. Kendskab skal ses i forhold til, at parterne omkring projektet har besluttet, at en større, samlet organisatorisk implementering skal afvente de indledende erfaringer med løsningen og arbejdet med at få overblik over og sikre større ensartethed i kodningen (jf. s. 8).

Der ses en højere anvendelse i arbejdsgange, hvor lægen selv stiller diagnosen, end i arbejdsgange, hvor lægen modtager en epikrise og skal opdatere diagnosekortet uden at se patienten.

Det varierer meget fra system til system, hvordan og hvor synligt diagnosekortet er i brugerfladen og hvor naturligt, det indgår i lægens arbejdsgang. Det er dog en ekstra arbejdsgang for alle, da diagnosekortet ligesom FMK skal afstemmes/ajourføres. Til højre er vist et eksempel, hvor diagnosekortet er et faneblad, som bliver synligt, når man vil søge på diagnoser.

Generel træning og vejledningsmateriale

Det er forskelligt hvilken slags vejledningsmateriale, der ligger om de forskellige systemer. Men overordnet vurderes materialet at være både overkommeligt og pædagogisk. Interviewene peger dog på, at meget få i praksis har brugt materialet – og i det omfang lægerne havde kendskab til materialet, har de henvist til, at det ville være tidskrævende at gennemgå. Systemhusene har også tilbudt træning, der dog ligeledes i begrænset grad er brugt.

Endelig tilbyder de regionale datakonsulenter træning i systemanvendelse, men de har oplevet en lav kendskab og efterspørgsel.

”Jeg faldt helt tilfældigt over det en dag i systemet.”

”Der stod nok noget om det i en release mail på et tidspunkt.”

”Grundtanken er god, men både teknisk og organisatorisk er det implementeret mærkeligt.”



Søgning på diagnoser

Søg i tidligere diagnoser (F7) Ret på Diagnosekort (F9) Flere Funktioner

Søg blandt forløbsdiagnoser | Søg blandt tidligere diagnoser | Søg kategori | **Diagnosekort**

Aktuelle forløbsdiagnoser

Delt	Privat	ICPC2	ICD1	Diagnose	Hokus	Start
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A03	r509	Feber		01-11-20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A08	r688	Hævelse		29-09-20
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	T90	e119	Diabetes type 2		01-07-20

.....

Relevante diagnoser

Delt	Privat	ICPC2	ICC	Diagnose	Hokus	Start	Slut	Kontaktdiagno	Relevant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R95	j44	Kronisk obstruktiv lungesygdom		23-05-2	30-05-2		Ja

Arbejdsgange, brugervenlighed og teknisk implementering

Selvom oprettelse og afstemning af diagnosekortet er en ny arbejdsgang, peger de aktivt anvendende læger på, at det kun i begrænset grad opleves som tidskrævende. Der er større skepsis blandt de læger, som enten endnu ikke har erfaringer eller aktivt har fravalgt kortet, hvilket indikerer et potentiale for at løfte den organisatoriske implementering. Derudover ses der systemforskelle: Selvom der ikke har været gennemført en systematisk sammenligning af systemerne, indikerer analysen et generelt potentiale for at løfte den tekniske implementering ved at sikre større brugervenlighed, bedre understøttelse i arbejdsgange og bedre visninger.

Arbejdsgange og anvendelse

Nogle af de deltagende læger giver udtryk for, at de aktivt har fravalgt at bruge diagnosekortet, fordi det er et tidskrævende ekstra registreringstrin, og de er usikre på værdien. Andre har blot slet ikke opdaget kortet. Det mindretal som har taget diagnosekortet til sig, synes omvendt ikke, at det er særligt tidskrævende. Flere påpeger, at det giver værdi med afstemning og overblik.

Ovenstående gælder situationer, hvor lægen selv stiller diagnosen, hvorimod arbejdsgangen omkring ajourføring af diagnosekortet ud fra en modtagen epikrise er væsentligt mere udfordret (jf. s. 18).

Nogle læger påpeger, at diagnosekortet burde oprettes automatisk (primært baseret på forløbsdiagnoser), og at der kun bør være behov for en aktiv handling, hvis patienten frabeder sig deling, eller hvis der i systemet er en usikkerhed om kodningen og behov for lægens validering. Andre fremhæver dog omvendt vigtigheden af aktiv afstemning (som med FMK). Systemerne foreslår allerede diagnoser til diagnosekortet, men lægen skal vurdere, om det er de rigtige – og særligt udvælgelsen af de relevante kræver lægens skøn.

Der ses ikke en sammenhæng mellem hyppig generel kodning og anvendelse af diagnosekortet, idet læger med hyppig kodning mest anvender diagnosekortet, hvis det i systemet passer ind i arbejdsgangene. Dette understreger systemopsætningens vigtighed.

"Man skal passe på at det ikke bliver registrering for registrerings skyld."

"Jeg har aldrig lavet et diagnosekort. Jeg troede, det skete automatisk."



"Jeg ved simpelthen ikke hvordan, den [koden] er kommet derind [på diagnosekortet]."

Brugervenlighed og teknisk implementering

Det er meget forskelligt fra system til system, hvor brugervenligt og intuitivt diagnosekortet er indarbejdet, men generelt er det ikke i tilstrækkelig grad tænkt ind i arbejdsgange og visninger. Hvordan kortet er opbygget i de enkelte systemer hænger også sammen med hvilke overblik- og filtreringsmuligheder, der i forvejen var. Billedet nedenfor viser et eksempel, hvor lægen med en synlig gul bjælke bliver gjort opmærksom på manglende ajourføring. Da meget få læger læser vejledningsmaterialet, bliver det afgørende for vellykket implementering, at det opleves som intuitivt og meningsfuldt i brugerfladen, uden at man skal bruge tid på at læse vejledninger.

Der har ikke været gennemført en systematisk sammenligning af systemerne, men både data og klinikbesøg indikerer dog, at systemforskelle er en medvirkende årsag til forskellene i anvendelse. Der ses både indbyrdes forskelle mellem systemerne, men også at der på tværs generelt kunne være en bedre teknisk understøttelse.

Forløb: Vis kun valgte forløb

Diagnosekortet er ikke ajourført!				
1	D94	Ulcerøs colitis UNS	04.05.22	
2	N87	Parkinsons sygdom	11.05.22	
3	P70	Demens	11.05.22	
4	K89	Transitorisk cerebral iskæmi	24.05.22	

Oprydning i historiske data og mapping til/fra sekundærsektorens diagnosekoder

Som led i indførslen af diagnosekortet har lægerne skullet validere og rydde op i historiske data. Nogle læger tilkendegiver, at dette er en større opgave, som har gjort, at de aldrig rigtig er kommet i gang med at bruge diagnosekortet. Læger har også oplevet fejl i hvilke diagnoser, systemerne foreslår at overføre. Herudover opleves der i den løbende anvendelse af diagnosekortet også udfordringer med den korrekte mapping til og fra sekundærsektorens diagnosekoder. Dette peger på et fortsat behov for at arbejde med at sikre, at diagnoser overføres og foreslås så korrekt og ensartet som muligt, herunder evt. gennem tekniske valideringsregler.

Oprydning og mapping

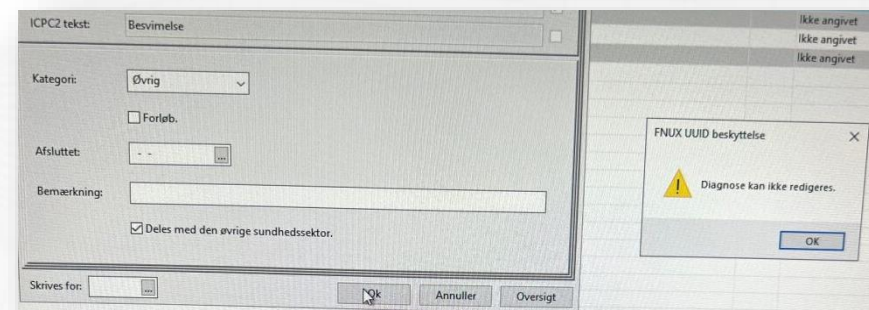
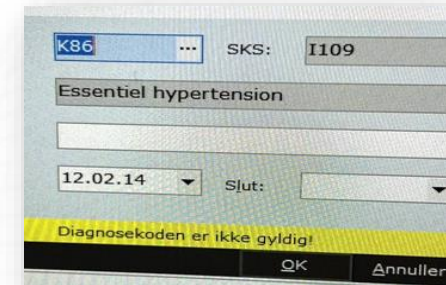
Ved den første aktivering af diagnosekortet for en patient skal der ofte gennemføres en "oprydning" i form af at få valideret og opdateret de eksisterende og historiske diagnoser som grundlag for korrekt oprettelse og ajourføring af diagnosekortet. Særligt udvælgelsen af relevante diagnoser kræver lægens skøn. Blandt de deltagende læger var der meget forskellige holdninger til, hvor krævende oprydningen var. Flere gav dog udtryk for, at dette var medvirkende til, at de aldrig fik taget diagnosekortet i brug. Flere læger påpegede også, at de havde oplevet en række fejl i hvordan, systemerne foreslår diagnoser ud fra historiske data, fx at der foreslås irrelevante diagnoser, hvilket forstyrrer overblikket og tager ekstra tid.

Herudover skal der løbende ske en validering af mappingen til og fra sekundærsektorens diagnosekoder (som beskrevet på s 11). Systemerne er generelt gode til selv at foreslå en korrekt mapping mellem de to kodesprog, men lægerne oplever dog også udfordringer, fx at forslagene giver mening, at en kode fra sygehuset skal mappes til en mere specifik ICPC-kode, end der er grundlag for, og at man i nogle tilfælde skal vælge blandt diagnoser, der ikke vurderes relevante – hvilket foruden fejlagtig registrering også har medført spørgsmål fra patienter, der undrede sig over, at de i MinLæge kunne se en misvisende diagnose. Nogle oplever udfordringer med kun at kunne se ICD10-koden ved at åbne epikrisen.

Billederne viser eksempler på, at lægerne får fejlmeddelelser, uden at det er tydeligt, hvad de skal gøre for at registrere korrekt. Tilsvarende oplever lægerne indforståede, tekniske fejl (med henvisning til FNUX-formatet) ved overtagelse af patientjournaler fra en anden læge.

Mappingen til og fra praksissektorens ICPC-2 vedligeholdes af én medarbejder.

"Det er småting, men hvis man synes, det er for tit, at der er nogle ting, der roder, så gider man ikke at rydde op i det."



Opdeling i aktuelle og relevante diagnoser

Med diagnosekortet er der indført en ny terminologi i form af en opdeling i aktuelle og relevante diagnoser. Særligt kategorien ”relevante” er ifølge hovedparten af de deltagende læger forvirrende og ikke intuitiv. Lægerne anerkender dog formålet med at sondre, og de fleste anerkender også intentionen om at sortere i hvilke historiske diagnoser, der fortsat er relevante for at give et overbliksbillede og understøtte en helhedsvurdering af patienten.

Opdelingen i aktuelle og relevante diagnoser

Med diagnosekortet er der indført en ny sondring mellem aktuelle og relevante diagnoser (jf. s. 10), hvor særligt kategorien ”relevante” giver anledning til forvirring. Det er primært semantisk forvirring over hvad, der menes med relevante. Men selve opdelingen i aktuelle og relevante anerkendes dog af de deltagende læger. Ligeledes anerkender de fleste intentionen om at sortere i hvilke historiske diagnoser, der fortsat er relevante for at give et overblik over patienten. De fleste af de deltagende læger anerkender således værdien af arbejdet med at sortere i tidligere diagnoser for at hjælpe både egen klinik og andre behandlere med at få et overblik.

På nuværende tidspunkt giver forvirringen omkring kategorien ”relevante” dog anledning til usikkerhed – og med deraf følgende forskelle i tolkning og anvendelse. Endvidere kræver kategorien relevante i sagens natur et større skøn af lægen, da lægen skal udvælge hvilke diagnoser, som patienten ikke er i aktuel behandling for, men som fortsat vurderes relevante for et overblik.

Endvidere er der også eksempler på usikkerhed omkring hvorvidt, en diagnose – fx vedr. proteser og pacemakers – skal placeres under aktuel eller relevant (og forskelle i systemernes forslag), med deraf følgende risiko for varierende registreringspraksis.

ICPC2 /	ICD-10	Betegnelse
A06	DR559	Besvimelse eller kollaps
K89	DG459	Transitorisk anfald af cerebral iskæmi UNS
T90	DE11	Type 2-diabetes

ICPC2 /	ICD-10	Betegnelse
A98	DZ299	Kontakt mhp forebyggende foranstaltning UNS, BRC...

Aktuelle Forløbsdiagnoser

- 2020 A08 Hævelse
- 2019 T90 Diabetes type 2

Relevante Diagnoser

- 2022 - 2022 R95 Kronisk obstruktiv lunge...
- 2021 - 2022 A03 Feber
- A09 Svedproblem

Afsluttede Forløbsdiagnoser

- 2022 - 2022 R95 Kronisk obstruktiv lung...
- 2021 - 2022 A03 Feber

Aktuelle Forløbsdiagnoser (2)

A08 Hævelse	2020
T90 Diabetes type 2	2019

Relevante Forløbsdiagnoser (2)

R95 Kronisk obstruktiv lungesygdom	[2022 - 2022]
A03 Feber	[2021 - 2022]

Seneste Labsvar (30 dage)

Lægernes holdning til deling af udvalgte diagnostiske data fra almen praksis

Datadeling af diagnostiske data sker ved overførsel af patientens aktuelle og relevante diagnoser til PLSP, hvorfra diagnoserne bliver delt i MinLæge-app'en og på sigt med andre behandlere via Sundhedsjournalen. Det er alene de diagnoser, som lægen udvælger og afstemmer på diagnosekortet, der deles – der er således ikke tale om en direkte adgang til diagnostiske data i lægepraksissystemerne. Endvidere er der mulighed for at privatmarkere diagnoser, som ikke skal deles med andre behandlere. For både datadeling og privatmarkering ses der blandt de deltagende læger en variation i både holdninger og tilgange.

Deling af udvalgte diagnoser

Der er store forskelle i de deltagende lægers syn på deling af diagnoser og på den bredere datadeling. Nogle mener, det er naturligt at dele alt i journalen, og at data tilhører patienten, mens andre af forskellige grunde gerne vil begrænse delingen, bl.a. med henvisning til journalen som et internt arbejdsværktøj.

Specifikt vedr. deling af diagnosedata er der opbakningen til dette fra næsten alle de interviewede læger. Som det ses i de to citater længst til højre, er der til gengæld læger, som problematiserer, at det kun er udvalgte diagnosedata, der deles. Andre påpeger omvendt værdien af netop at sortere i data for at sikre overblik og relevans. Ideen med at man på diagnosekortet kun deler udvalgte relevante diagnoser er at understøtte overblik i sektorovergange, men nogle læger peger dog på, at der kan være et trade-off ved at sortere diagnoser fra, idet dette ganske vist understøtter hurtigere overblik, men at man også risikerer at fravælge en historisk diagnose, som kunne være relevant.

Generelt peger lægerne endvidere på, at det er en udfordring, at de ikke selv kan se de samme visninger, som patienten og andre sundhedsprofessionelle får vist – da de herved mangler et retvisende grundlag for dialog med modtageren om det viste.

Billeder: NOVAX, 2022; EG Healthcare, 2024.

"Hvis nogen deler med mig, men de så ikke deler det hele, så ved jeg det jo ikke – og så ved jeg jo ikke, at jeg ikke ved det."

"Min generation tænker rigtig meget i, at hvad vi skriver, skal være noget, der skal deles. Vi ser allerede journalen som patientens og ikke vores."

"Det bliver lidt pseudo; enten deler vi, eller så deler vi ikke."

ICPC	Betegnelsen	P	Status	Debut	Afsluttet
R05	Kronisk obstruktiv lungesygdom	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktuel	21.06.19	21-06-2019
T90	Diabetes type 2	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktuel	13.07.20	13-07-2020
S91	Psoriasis	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	01.01.20	26-02-2020
K28	Tilst. m pacemaker, ICD, an. implan. elek. kardielt hjælpem.	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	02.06.21	02-06-2021
R84	Kræft i bronkie/lunge	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	01.01.22	20-01-2023
K86	Ukompliceret hypertension	<input type="checkbox"/>	Øvrige	17.12.20	17-12-2020

Kategori: 1

Forløb. 2

Afsluttet: 3

Bemærkning: 4

Deles med den øvrige sundhedssektor. 5

Forklaringer: 1) Diagnosens kategorisering som Aktuel, Relevant eller Øvrig; 2) Mulighed for at markere diagnosen som en del af et forløb; 3) Diagnosen kan gives en afsluttet-dato; 4) Mulighed for at angive en supplerende tekst; 5) Mulighed for at dele eller fjerne, at diagnosen skal deles.

Privatmarkering

Der er stor forskel på hvilke tanker, lægerne gør sig om privatmarkeringsfunktionen – og endvidere er der generelt usikkerhed om betydningen af at privatmarkere på diagnosekortet.

Den forventede værdiskabelse set fra almen praksis: Primær brug

De interviewede læger stiller generelt en del spørgsmålstejn ved værdien af det fælles diagnosekort, idet flertallet på nuværende tidspunkt har svært ved at se værdien, og flere er usikre på formålet. En række læger var endvidere forud for interviewet slet ikke bekendt diagnosekortet. På denne og næste side beskrives den forventede værdiskabelse, dog *alene set fra almen praksis*. Vurderingen skal ses også i forhold til, at der endnu ikke er åbnet op for deling med andre behandlere.

Primær brug: Klinikken selv

Klinikken selv

”For mig står det ikke klart ‘what’s in it for me’ for almen praksis.”

Hovedparten af lægerne kan ikke se en klar værdiskabelse for dem selv ved diagnosekortet – det ses som en ekstra arbejdsgang, hvor der lige nu ikke er nogen ”modtager” i form af behandlere i andre sektorer.

Nogle læger peger dog på, at det giver værdi i form af overblik og løbende oprydning, fordi man bliver tvunget til at udvælge og afstemme. Samt at diagnosekortet kan give værdi sammenholdt med FMK, fx som forklaring på, at en patient ikke får en medicin, man ellers ville forvente. En enkelt læge peger på, at den forventede værdi vil komme i form af diagnosespecifikke visninger i Klinikken Cockpit. En anden nævner muligheden for segmentering og for at bruge diagnosekortet til at sende PRO-skemaer ud til relevante patientgrupper.

Enkelte læger peger på, at det vil give værdi, hvis diagnosekortets indførelse bidrager til en mere ensartet registreringspraksis. Samt at mere ensartede diagnosekort også vil gøre det lettere at overtage patienter fra en anden klinik, idet diagnosekortet kan hjælpe lægen med hurtigere at finde ud af hvilke diagnoser, der fortsat er relevante (hvor lægen i dag ofte bruger lang tid på at sammenstykke et billede af patientens situation ud fra FMK, notater, epikriser mv.).

Primær brug: Sygehuse og kommuner

Sygehuse og speciallæger

Nogle praktiserende læger ser en værdi for akutmodtagelse og vagtlæge ved, at de hurtigt kan få et opdateret overblik for patienter, herunder svækkede patienter og/eller patienter, som ikke er kendt af sygehuset. Flere bemærker dog, at de kun forventer en begrænset merværdi i forhold til FMK, idet diagnoser allerede kan udledes af medicinering – og hvor lægerne aktuelt har mere tiltro til, at FMK er korrekt afstemt.

Kommuner

Der er stor forskel på lægernes vurdering af den mulige værdi for de sundhedsprofessionelle i kommunerne – og vurderingerne er endnu ikke baseret på konkret erfaring. Nogle påpeger, at det kan være et gavnligt overblik i sektorovergange, give højere patientsikkerhed og et fælles afsæt for kommunikationen om patienten og de kommunale indsatser. Lægerne tror dog ikke, at diagnosekortet kan ændre i kontaktmønstret og reducere kommunale henvendelser.

En KL-analyse fra 2019 har undersøgt den kommunale sygeplejers behov for diagnostiske oplysninger. Analysen konkluderer på den ene side, at diagnoser fra almen praksis vil have værdi for kommunerne, men på den anden side, at der også vil være brug for bredere videnoverdragelse af handlingsanvisende oplysninger (Carve, 2019: 31; se også PA, 2022).

Den forventede værdiskabelse set fra almen praksis: Patienter og sekundær brug

På denne side beskrives den forventede værdiskabelse for henholdsvis patienter og til sekundær brug. Vurderingerne er alene baseret på de deltagende lægers forventninger og skal også ses i lyset af, at der endnu er begrænsede erfaringer med diagnosekortet – og endnu ingen erfaringer med sekundær anvendelse.

Patienter (og pårørende med fuldmagt)

De fleste læger vurderer, at det vil have begrænset betydning, at patienterne selv kan se deres aktuelle og relevante diagnoser. Enkelte påpeger, at de ser en mulig værdi for mindre ressourcestærke patienter, som har svært ved at skabe overblik (dette forudsætter dog, at de eller deres pårørende har overskud til aktivt at tilgå diagnosekortet – og at det fremstår tilstrækkeligt intuitivt). Andre læger giver udtryk for, at det både naturligt og værdifuldt, at patienten kan se sine egne sundhedsdata.

Endvidere peger lægerne på, at patienternes og deres pårørendes læseadgang generelt skærper behovet for, at data er retvisende og selvforklarende, da det ellers kan give unødige bekymringer og ekstra henvendelser. I denne sammenhæng er det også vigtigt, at lægerne selv kan se de samme overbliksbilleder og visninger som deres patienter.

En tidligere analyse har på baggrund af de foreløbige erfaringer med pilotafprøvning vist, at diagnosekortet giver et bedre grundlag for dialog med patienten om behov og forløb (PA, 2022).

Sekundær brug

De deltagende praktiserende læger har i begrænset grad fokus på sekundær brug. Enkelte læger har dog nævnt typer af statistikker, det kunne være relevant for dem at se – og hvor en mere ensartet kodepraksis vil give mere retvisende statistikker på tværs. Korrekt opdatering af diagnosekortet giver også lægerne et bedre grundlag for deres forløbsplaner og indberetninger, da de får valideret diagnoserne.

Hvis diagnosekortets implementering fører til en mere retvisende og ensartet diagnosekodning ud fra en fælles systematik, vil dette generelt give bedre betingelser for sekundær brug, både til kvalitet, forskning og administrative formål. Potentielt også til dannelse/udvidelse af registre.

Gevinsterne for sekundær brug ses således primært at være i form af afledte effekter; ved at arbejdsgangene med at afstemme diagnosekortet over tid fører til en bedre og mere ensartet kodepraksis og dermed en højere datakvalitet. Hos lægernes egne systemleverandører vil det dog også være muligt at bruge diagnosekortet som omdrejningspunkt for udvikling af ny funktionalitet til lægerne.

”Hvad gør dette for vores faglige udvikling i egen praksis?”

– Praktiserende læge

Igangværende og planlagte tiltag

Igangværende og planlagte tiltag på området

Evalueringens observationer og anbefalinger skal ses i forhold til, at der allerede er planlagt og igangsat en række tiltag, som i nogen grad vil adressere de identificerede udfordringer. På denne side er udvalgte tiltag med relevans for diagnosekortet vist. Herudover er EHDS og Klinikens Cockpit allerede tidligere omtalt (se s. 7 ovenfor). Endelig laver MedCom løbende analyser af erfaringerne fra det igangværende diagnosekortprojekt og opstiller på baggrund heraf konkrete forbedringsforslag. Parterne omkring projektet har aftalt, at der på baggrund af evalueringer og erfaringer tages stilling til eventuelle justeringer i diagnosekortet.



Et Samlet Patientoverblik

Diagnosekortprojektet skal danne grundlag for den fremtidige deling af diagnoser fra almen praksis i *Et Samlet Patientoverblik*. Det er aftalt, at almen praksis er tovholder på patientens diagnosekort og dermed på den nationale diagnoseoversigt. Sundhedsdatastyrelsen planlægger endvidere en evaluering af data fra diagnosekortet i fjerde kvartal af 2025, hvilket vil kunne indgå i arbejdet med at forbedre understøttelsen og anvendelsen.



Lægers mulighed for at se det samme billede som deres patienter

PLSP har på deres roadmap, at de praktiserende læger på Klinik+ skal kunne se samme visning, som patienterne kan tilgå i MinLæge og på sundhed.dk.



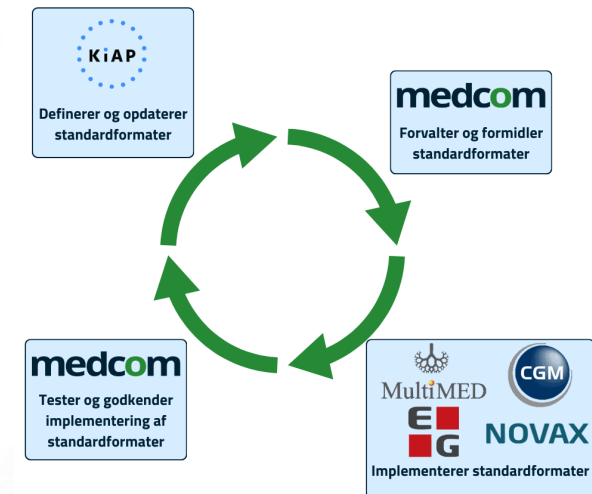
Vejledningsmateriale til diagnosekodning

KiAP er ved at opdatere deres vejledningsmateriale og planlægger e-læring. Endvidere vil der på et tidspunkt skulle ske en generel opdatering til ICPC-3, ligesom sekundærsektoren vil skulle igennem en større opdatering til ICD-11.



Samarbejde med de regionale datakonsulenter

Der er allerede et løbende samarbejde mellem MedCom og de regionale datakonsulenter, og specifikt for diagnosekortet er der en igangværende dialog om øget brug af datakonsulenterne til undervisning og implementering.



Datastandardisering i almen praksis

MedCom har beskrevet et projekt for bedre datakvalitet på praksisområdet, som forventes igangsat i 2025. Figuren ovenfor viser den foreslåede driftsmodel for arbejdet. Projektet forventes også at adressere problematikkerne omkring valideringsregler og oprydning i historiske data.

”Jeg er nødt til at bruge dét ord, fordi det [journalføringen] er mit arbejdsredskab.”

– Praktiserende læge

Konklusioner

Konklusioner

Analysen har fokuseret på de praktiserende lægers konkrete erfaringer med at anvende diagnosekortet – og deres perspektiver på værdien heraf. Analysen viser, at diagnosekortet indtil videre har en **begrænset anvendelse**, hvor **maksimalt 20%** på landsplan har et anvendelsesmønster, som indikerer en tilstrækkeligt hyppig anvendelse. Ligeledes viser analysen, at der er **stor variation**, både i den generelle kodepraksis og specifikt i anvendelsen af diagnosekortet. Endelig viser analysen også en **begrænset kendskab** til diagnosekortet blandt de deltagende læger.

Den begrænsede og varierende anvendelse vurderes særligt at skyldes, at den **organisatoriske implementering i nogen grad udestår** – idet parterne omkring projektet har besluttet at lade en større, samlet implementeringsindsats afvente de første erfaringer. Denne strategi har dog også givet anledning til forvirring hos nogle læger, da de har oplevet, at diagnosekortet pludselig var der, men kun i begrænset grad har oplevet at få det begrundet og forklaret. I sammenhæng hermed viser analysen, at **værdiskabelsen for de praktiserende læger opleves som uklar**, hvilket dog igen skal ses i sammenhæng med, at der endnu ikke er kommunikeret aktivt herom – og ligeledes skal ses i sammenhæng med, at der endnu ikke er åbnet op for tværsektoriel deling, hvorfor værdien er delvist hypotetisk. Lægerne er endvidere opdelt i deres syn på, om diagnoser er et internt arbejdsværktøj, noget der bør deles i udvalg (som med diagnosekortet), eller noget der bør deles fuldt ud. De fleste læger er dog enige i diagnosekortets tilgang med at **udvælge de relevante diagnoser for at give overblik** og mindske støj.

Den begrænsede og varierende anvendelse vurderes også at hænge sammen med en **varierende og ofte ikke tilstrækkeligt brugervenlig teknisk understøttelse** i lægernes systemer. Det er en udfordring, at der ikke kan stilles krav til hvordan, ny funktionalitet understøtter arbejdsgange.

Mere grundlæggende hænger den varierende anvendelse også sammen med, at lægerne **generelt har en varierende kodepraksis**. Udgangspunktet for diagnosekortet er, at den praktiserende læge som **tovholder på patientens forløb er ansvarlig for at vedligeholde** et samlet helhedsbillede af patienten i form af aktuelle og relevante diagnoser – hvilket skal understøtte patientsikkerhed og samarbejde i sektorovergange. Dette overblik vil også skulle indgå i nationale løsninger som *Et Samlet Patientoverblik* og forventeligt i det internationale *Patient Summary*, som EHDS stiller krav om. At vedligeholde patientens diagnosekort er en ny opgave for almen praksis. Det adskiller sig fra FMK ved alene at skulle varetages af almen praksis. Dette giver skærpet opmærksomhed på **tidstro ajourføring af diagnosekortet ved modtagelse af epikriser** – hvor lægerne i dag i begrænset grad har en arbejdsgang med at overføre diagnoser til egen journal. Herudover oplever lægerne, at epikrisernes kvalitet varierer.

Således viser analysen en **markant skævhed i, hvor systematisk diagnosekortet vedligeholdes**, alt efter om der er tale om diagnoser stillet i klinikken, eller om der modtages epikriser, som giver behov for ajourføring af diagnosekortet, *uden* at patienten er i konsultation. Blandt de læger, som aktivt bruger diagnosekortet, sker det primært, når diagnosen stilles i klinikken selv. Her **opleves arbejdsgangen med at afstemme diagnosekortet ikke som særligt tidskrævende**. Omvendt peger de læger, som endnu ikke bruger diagnosekortet, på, at det vil være tidskrævende og har en uklar værdiskabelse. Nogle har aktivt fravalgt det efter at have prøvet, mens andre slet ikke har prøvet, hvilket indikerer et potentiale for, at flere læger kan få en positiv indstilling, når de selv får konkrete erfaringer med arbejdsgangen – og får erfaringer med, at der er modtagere i andre sektorer.

Endelig peger lægerne på **udfordringer med at rydde op i historiske data** ved den første oprettelse, hvilket er en barriere for ibrugtagning.

”Det burde deles automatisk som udgangspunkt, medmindre patienten frabeder sig deling.”

– Praktiserende læge

Anbefalinger

Anbefalinger

Analysen har givet anledning til en række anbefalinger, som kan indgå i det videre arbejde i og omkring projektet. Der henvises også til de allerede igangværende og planlagte tiltag beskrevet på side 31 ovenfor.

Uafhængigt af diagnosekortet som løsning peger analysen på et generelt behov for at arbejde med **mere ensartet diagnosekodning** i almen praksis, herunder også registreringen af diagnoser ved modtagelse af epikriser. Denne indsats kan bl.a. løftes via kvalitetsarbejdet og på uddannelserne.

Organisatorisk implementering har særlige vilkår givet måde, almen praksis er organiseret og styret på, samt ligeledes fordi der ikke på it-området er en superbrugerorganisation eller tilsvarende. Inden for de nuværende rammer anbefales den organisatoriske implementering at **1) gøre øget brug af datakonsulenterne** (allerede under planlægning), **2) sikre klar og tydelig kommunikation, herunder om værdiskabelsen** (dette anbefales gjort som led i en bredere kampagne, når der åbnes op for andre behandles adgang), **3) sikre klarere retningslinjer**, herunder om diagnosekodning generelt og **4) sikre bedre understøttelse i systemerne**. Tiltag vedr. systemernes brugervenlighed er begrænset af, at der af markedsmæssige hensyn ikke må stilles krav til selve brugerfladerne, men der vurderes dog – herunder med henvisning til kvalitet og patientsikkerhed – at være grundlag for at kunne tage en dialog med systemhusene om en bedre og smartere indlejring i journalføringen, så systemerne bedst muligt hjælper lægerne.

Mapningen mellem codesystemer bliver varetaget af en enkelt medarbejder og er baseret på en ældre database, hvilket vurderes at være skrøbeligt, givet hvor vigtigt dette arbejde er, samt fordi ændringer slår igennem i systemerne og kan give fejl. Derfor anbefales det at **styrke setupet omkring mapningen**, evt. i samarbejde med SDS fsva. SKS/ICD10.

Kategorien **”relevant” giver anledning til usikkerhed**. Analysen viser, at lægerne ved nærmere forklaring anerkender begrebet, men ikke finder det

tilstrækkeligt intuitivt til, at det forstås uden forklaring. Dette peger på et behov for, at der i en eventuel kampagne **kommunikerer meget tydeligt**.

Analysen har kun omfattet fire af de seks systemhuse, da de andre på undersøgelsestidspunktet ikke havde været live længe nok til at indgå. Da systemhusene generelt har løst det forskelligt, vil det være relevant også at **vurdere opsætning og brugerflade hos de sidste to systemer mhp. et endnu mere dækkende billede af aktuelle erfaringer og muligheder**. Det anbefales derfor, at der efter et passende tidsrum sker en opfølgning med særligt fokus på de sidste to systemhuse (men eventuelt også omfattende ændringer i de øvrige systemer, og eventuelt med brug af survey for at sikre bredere dækning). En sådan opfølgning vil samtidig kunne undersøge erfaringerne med tværsektoriel datadeling og tillige patienternes erfaringer (scope skal dog ses i sammenhæng med den af SDS planlagte evaluering).

Datakvalitet (herunder af diagnosekodningen) er helt afgørende for både den tværsektorielle datadeling generelt og for diagnosekortet specifikt. Det **planlagte projekt om datakvalitet anbefales gennemført**, og som led heri bør det undersøges, hvordan der bedst kan gøres brug af systemmæssige valideringsregler, dels i den løbende anvendelse, og dels til at gøre oprydningen i historiske data så let som mulig for lægerne.

Registreringskvalitet hænger erfaringsmæssigt tæt sammen med den forventede anvendelse og værdiskabelse. Analysen har vist et skærpet **behov for at motivere værdiskabelsen**, både for den enkelte praksis og for det tværsektorielle samarbejde. Eftersom almen praksis skal være tovholder på det samlede, nationalt delte diagnosekort, bør der endvidere være **særlig opmærksomhed på epikriser** (herunder arbejdsgangene, systemunderstøttelsen og kvaliteten fra afsender), så diagnosekortet i højere grad også opdateres ved overgange fra sekundær- til primærsektor. Det sidste er en ny arbejdsgang og bliver kun i stærkt begrænset grad gjort af de deltagende læger, med deraf følgende huller og forsinkelser i data. ³⁵

”Det er et helt nomenklatur, som er blevet opfundet uden at involvere os.”

– Praktiserende læge

Datagrundlag og metode

Klinikbesøg og kvalitative interviews kombineret med generel statistik på anvendelse

Det primære datagrundlag for evalueringen har været fysiske klinikbesøg. Enkelte klinikker er dog interviewet over video. Herudover er der gennemført interviews med en række andre centrale videnspersoner. Endelig er der trukket statistik på anvendelse for hele landet.

Det primære datagrundlag har været fysiske klinikbesøg, da der i analysens opdrag var lagt vægt på at se arbejdsgangene demonstreret i praksis. Der har været gennemført 10 fysiske klinikbesøg, hvor alle fire største lægepraksis-systemer har været set i praksis. To yderligere interviews er gennemført virtuelt.

I udvælgelsen af klinikker har der foruden systemerne været lagt vægt på at sikre en vis geografisk spredning og ligeledes på at sikre, at der er klinikker med forskellige typer populationer, herunder både i og uden for de store byer.

Klinikkerne er udvalgt via PLO og er i nogen grad klinikker, som har deltaget i andre projekter og således har et over gennemsnitligt kendskab til igangværende initiativer. Det er således *ikke* et repræsentativt udsnit. Det vurderes, at der er et bias til fordel for læger, som har både kendskab og motivation over gennemsnittet. Jf. næste side har det dog været muligt at sikre en god spredning i kodepraksis.

For at kompensere for den manglende repræsentativitet er der trukket anvendelsesstatistik (via PLSP efter aftale med PLO og MedCom). Endvidere er der interviewet enkelte andre centrale videnspersoner (se oversigt på næste side).

Klinikbesøg er gennemført som individuelle og semi-strukturerede interviews med demonstration af arbejdsgange. Forud for interviewene blev der udarbejdet en detaljeret interviewguide, hvori der også indgik en række hypoteser, bl.a. om betydningen af systemer (brugerflade, procesunderstøttelse, vejledninger), arbejdsgange og forventet værdi for henholdsvis klinik, patient og andre sektorer. Hypoteser og observationer er løbende kvalificeret yderligere, hvorved det så vidt muligt har været undersøgt, om en given observation kunne bekræftes hos andre.

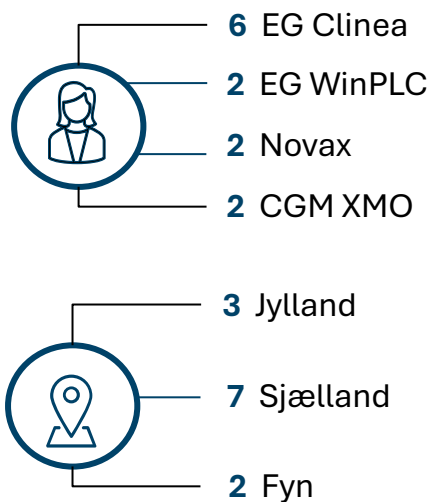
Klinikbesøg og interviews er foretaget i september 2024.



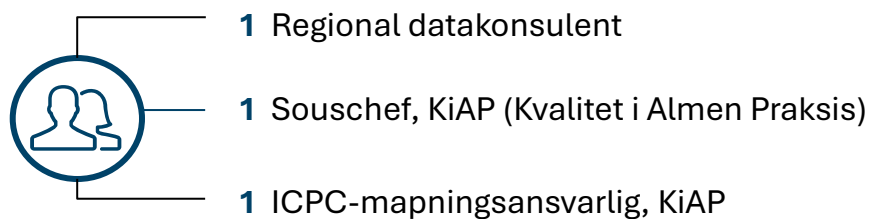
Deltagende klinikker og øvrige interviewpersoner





Oversigt over de deltagende klinikkers fordeling efter lægepraksissystem, landsdel og overordnet anvendelsesmønster. Tabellen viser, at der har deltaget mindst to klinikker med hver af de fire mulige kombinationsmuligheder mellem kodepraksis (kontaktkodning) og anvendelse af selve diagnosekortet.

Deltagende klinikker:



Øvrige interviewpersoner:



 Region	 System	 Bruger diagnosekortet	 Koder ofte (kontakt)
Jylland	EG Clinea	Nej	Ja
Sjælland	NOVAX	Nej	Nej
Fyn	EG Clinea	Ja	Ja
Sjælland	EG Clinea	Ja	Nej
Sjælland	NOVAX	Nej	Nej
Fyn	CGM XMO	Ja	Ja
Sjælland	EG Clinea	Ja	Nej
Jylland	EG Clinea	Ja	Ja
Jylland	EG Clinea	Ja	Nej
Sjælland	EG WinPLC	Nej	Ja
Sjælland	CGM XMO	Nej	Ja
Sjælland	EG WinPLC	Nej	Ja

Referencer

Referencer

Billeder er fra de gennemførte klinikbesøg, medmindre andet er angivet.

Carve (for KL), 2019: *Den kommunale sygeplejers behov for diagnostiske oplysninger*. URL: <https://www.kl.dk/media/gfqdph1g/den-kommunale-sygepleje-behov-for-diagnostiske-oplysninger-2019.pdf>

CompuGroup Medical, 2023: *Diagnosekortet (vejledning)*. URL: <https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/02/vejledning-diagnosekortet.pdf>

Det etiske råd, 2016: *Diagnosen som begreb og praksis*. URL: <https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637834740683294184/2016%20Baggrundstekst%201%20Diagnosen%20som%20begreb%20og%20praksis.pdf>

EG Healthcare, 2024: *EG WinPLC manualen, Diagnosekortet (vejledning)*. URL: <https://manual-winplc.eghealthcare.dk/index.html?diagnosekortet.html>

KiAP, 2008: *Kravspecifikation for ICPC-2-DK (anden udgave)*. URL: https://kiap.dk/resources/files/icpc/systemhuse/icpc_2_kravspecifikation.pdf

KiAP, 2024: *ICPC-2*. URL: <https://kiap.dk/kiap/praksis/services/koder/icpc/icpc2.php>

MedCom, 2020: *Projektinitieringsdokument (PID): Diagnosekort i almen praksis*. URL: https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/02/2020-09-02_pid_diagnosekort_i_almen_praksis.pdf

MedCom, 2021: *Diagnosekort opsummeret*. URL: <https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/02/2021-04-27-konklusionsnotat.pdf>

MedCom, 2022: *Introduktion til diagnosekodning og diagnosekort*. URL: https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/Diagnosekort%20i%20Almen%20praksis/Dokumentation/Introduktion%20til%20diagnosekodning%20og%20diagnosekort_2022-12-22.pdf

MedCom, 2023: *Diagnosekortet kan nu deles med patienten via Min Læge-appen*. URL: <https://medcom.dk/diagnosekortet-kan-nu-deles-med-patienten-via-min-laege-appen/>

MedCom, 2024a: *Datastandardisering i almen praksis*. URL: <https://medcom.dk/projekter/datastandardisering-i-almen-praksis/>

MedCom, 2024b: *Projektmonitorering (september 2024)*. URL: <https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/03/18-Diagnosekort.pdf>

NOVAX, 2022: *NOVAX Læge (vejledning)*. URL: <https://kap-s.dk/wp-content/uploads/2023/06/Novax-vejledning-Diagnosekortet.pdf>

PA (for Sundhedsdatastyrelsen), 2022: *Foranalyse af national deling af diagnoser*. URL: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/patientoverblik/diagnoser/rapport_deling_diagnoser.pdf?la=da

Rosendal & Falkø, 2009 (i Ugeskrift for Læger): *Diagnoseklassifikation i Danmark med fokus på almen praksis*. URL: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/diagnoseklassifikation-i-danmark-med-fokus-pa-almen-praksis>

Sundhedsdatastyrelsen, 2021: *Klassifikation af sygdomme*. URL: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer/klassifikation-sygdomme>

Sundhedsdatastyrelsen, 2024: *Teknisk Implementeringsvejledning Diagnoser (under Et Samlet Patientoverblik)*. URL: <https://www.nspop.dk/display/ESP/Teknisk+Implementeringsvejledning+Diagnoser>

UfL (Ugeskrift for Læger), 2016: *Praktiserende læger foreslår diagnosekort*. URL: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/praktiserende-laeger-foreslar-diagnosekort>



Deloitte er en betegnelse for et eller flere af Deloitte Touche Tohmatsu Limiteds (DTTL) medlemsfirmaer, dets netværk af medlemsfirmaer og disses tilknyttede virksomheder (samlet betegnet "Deloitte-organisationen"). DTTL (der også omtales som "Deloitte Global") og ethvert af dets medlemsfirmaer og tilknyttede virksomheder er selvstændige og uafhængige juridiske enheder, som ikke kan forpligte hinanden over for tredjemand. DTTL og de enkelte DTTL-medlemsfirmaer og tilknyttede virksomheder er kun ansvarlige for egne handlinger og undladelser. DTTL leverer ikke ydelser til kunder. Vi henviser til www.deloitte.com/about for nærmere oplysninger.

Deloitte er leverandør af brancheførende revisions- og erklæringsopgaver, skattemæssige og juridiske ydelser, konsulentydelse, finansiell rådgivning og ydelser inden for risikostyring til næsten 90% af virksomhederne på Fortune Global 500®-listen og tusindvis af private virksomheder. Vores medarbejdere leverer målbare og varige resultater, der medvirker til at styrke offentlighedens tillid til kapitalmarkederne, gøre det muligt for kunder at udvikle sig og trives samt vise vejen til en stærkere økonomi, et mere lige samfund og en bæredygtig verden. Deloitte blev grundlagt for mere end 175 år siden og findes i dag i over 150 lande og territorier. Læs mere på www.deloitte.com om, hvordan Deloittes mere end 450.000 medarbejdere gør en forskel.

Denne meddelelse indeholder udelukkende generelle oplysninger. Indholdet er ikke udtryk for professionel rådgivning, og ingen af Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL), dets netværk af medlemsfirmaer eller disses tilknyttede virksomheder (samlet betegnet "Deloitte-organisationen") kan holdes ansvarlig herfor. Inden du træffer beslutninger på baggrund af indholdet, bør du derfor kontakte en rådgiver med de fornødne faglige kompetencer. Der afgives ingen erklæringer, garantier eller tilsagn (hverken direkte eller indirekte) vedrørende nøjagtigheden eller fuldstændigheden af oplysningerne i denne publikation, og ingen af DTTL, dets medlemsfirmaer, tilknyttede virksomheder, medarbejdere eller repræsentanter er ansvarlige for eventuelle tab eller krav af nogen art, som direkte eller indirekte følger af, at en person støtter ret på denne publikation. DTTL og ethvert af dets medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder er selvstændige og uafhængige juridiske enheder.

© 2024 Kontakt Deloitte Global for yderligere oplysninger.