

Digitale forløbsplaner i almen praksis

Forretningsmål billede



Udgiver	MedCom. Forløbsplansprojektet.
Version	0.89
Versionsdato	9. juni 2025
Web-adresse	www.medcom.dk
Titel	Digitale forløbsplaner i almen praksis. Forretningsmål billede

Rapporten kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

0.	Ledelsesresumé.....	5
1.	Indledning	6
1.1	Baggrund	6
1.2	Formål.....	7
1.3	Ramme og omfang.....	7
1.4	Læsevejledning	8
2.	Forretningens behov	10
2.1	Temaer og funktioner	10
2.2	Arbejdsgange	12
2.3	Kernefunktionalitet for udarbejdelse af en forløbsplan	13
3.	Hvad er en plan?	15
3.1	De grundlæggende dataelementer i en plan	15
3.2	Data i den nuværende forløbsplan	16
4.	Systemskitse as-is	19
4.1	Vurdering af nuværende løsning: Styrker og svagheder	20
5.	Strategisk målbillede.....	22
5.1	Læring fra erfaringer	22
5.2	Strategiske principper for den videre udvikling	23
5.3	Understøttelse af forretningsbehov	23
6.	Systemskitse to-be.....	25
6.1	Fra narrativ klinisk viden til digitalt beslutningsgrundlag	25
6.2	Datatilgængelighed i realtid og fremtidssikret datadeling	27
6.3	Styrket klinisk og tværsektorielt samarbejde	28
7.	Realisering af målbilledet	29
7.1	Trinvis tilgang.....	29
7.2	Genbrug og placering af funktioner	30
7.3	Tværgående anvendelse og potentiale	30
7.4	Juridiske og organisatoriske forudsætninger	30

8.	Referencer.....	32
9.	Bilag 1. User stories	33
10.	Bilag 2. Status for nationale autoritative kilder.....	39

o. Ledelsesresumé

Digitale forløbsplaner er siden 2018 blevet en integreret del af almen praksis i Danmark og anvendes i dag bredt til patienter med kroniske sygdomme som KOL, type 2-diabetes og iskæmisk hjertesygdom. I 2024 blev der oprettet over 240.000 planer, og mere end 80 % af landets lægeklinikker anvender løsningen i det daglige. Den kliniske relevans og tværsektorielle anvendelighed har gjort forløbsplaner til et væsentligt redskab i det samlede sundhedsvæsen.

Løsningen er løbende blevet forbedret, og er i dag et vigtigt arbejdsredskab til håndtering af udvalgte kroniske sygdomme i almen praksis. Erfaringer fra implementeringen har dog vist behov for modernisering. Den nuværende løsning er udviklet i en tid, hvor der ikke fandtes den infrastruktur vi har i dag, og løsningen omfatter derfor kompleks dataudveksling af store datamængder, høj grad af personafhængighed, vanskeligheder ved at skalere til nye sygdomsområder og en teknisk arkitektur, der er begrænset af historiske beslutninger og proprietære formater.

Dette forretningsmål billede sætter retning for den videre udvikling frem mod 2030. Det bygger på konkrete behov i almen praksis og opstiller fire centrale forretningsstemaer:

1. Dokumentation og registrering
2. Patientidentifikation og opfølgning
3. Klinisk beslutningsstøtte
4. Kommunikation og samarbejde

Særligt klinisk beslutningsstøtte fremhæves som kernen i den digitale forløbsplan og skal i fremtiden kunne opdateres hurtigt, standardiseret og uafhængigt af teknisk kodning.

Den strategiske retning peger på en fremtidig løsning, der er modulær, standardiseret og interoperabel – baseret på åbne formater (bl.a. HL7 FHIR) og adgang til autoritative datakilder i realtid. Det skal sikre fleksibel vedligeholdelse, understøttelse af flere sygdomsområder og et styrket tværsektorielt samarbejde, hvor både patient, kommune og sygehus kan anvende forløbsplanen som et fælles redskab.

Målbilledet udgør grundlaget for de næste skridt mod en bæredygtig og klinisk anvendelig digital løsning, som i endnu højere grad kan styrke kvaliteten, overblikket og sammenhængen i behandlingen af patienter i almen praksis. Det skal bemærkes, at regeringen har vedtaget en sundhedsreform, hvor den fremtidige organisering og tilrettelæggelse af opgaver i sundhedsvæsenet endnu ikke er endeligt fastlagt. Når dette arbejde er afsluttet, kan det medføre behov for en revision eller justering af nærværende målbillede for digitale forløbsplaner.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Forløbsplaner udarbejdes af patientens egen læge med det formål at bidrage til at styrke patientens egenomsorg og kontrol med egen sygdom. Planen skal tage udgangspunkt i patientens egne ressourcer og motivation og understøtter at patientens behandlingsmål kan fastlægges ud fra relevante kliniske retningslinjer og anbefalinger fra DSAM, Sundhedsstyrelsen [1][2] m.fl.

It-understøttelse af forløbsplaner er en udløber af økonomaftalen for 2016 [3] mellem Danske Regioner og regeringen og indgik i MedCom10 og løsningen blev pilottestet i januar 2017. Løsningen har været i daglig drift siden august 2018, da de første almene praksisser startede med at oprette forløbsplaner for patienter med diabetes type 2 og KOL [4]. I juni 2019 besluttede Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) at udvikle og implementere en forløbsplan for iskæmisk hjertesygdom. Driften af forløbsplaner for iskæmisk hjertesygdom startede i løbet af 2020, med implementering i almen praksis over de følgende år.

I 2024 blev der oprettet mere end 240.000 digitale forløbsplaner i almen praksis [5] i Danmark. Dette tal oversteg det fastsatte mål og indikerer en betydelig stigning i anvendelsen af forløbsplaner for patienter med KOL, type 2-diabetes og iskæmisk hjertesygdom.

I juni 2024, blev det muligt for patienter og pårørende, sundhedspersonale i kommuner og hospitaler at få adgang til forløbsplaner gennem Sundhedsjournalen, hvilket bidrager til at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring patientbehandlingen for de tre kroniske sygdomme.

Statistikker fra MedCom viser, at i december 2024 havde 80 % af alle lægehuse oprettet mindst fem nye forløbsplaner pr. læge inden for det seneste år.

Den løbende teknologiske udvikling betyder dog, at muligheder og forventninger til den måde, hvorpå vi i Danmark leverer sundhed til borgerne, hele tiden ændres. Erfaringer fra arbejdet med forløbsplansløsningen er:

- Kompleks kommunikation af data

Kommunikation af data der indgår i forløbsplansløsningen, er kompleks. Data kommer fra flere forskellige datakilder som lagres i de enkelte almenpraksis klinikker og derefter kommunikerer videre til et fælles nationalt forløbsplansmodul. Designet er fastlagt ud fra kommunikation af meddelelser som var det der var muligt for 10 år siden. I dag kan kommunikationen også ske via datadeling hvilket løsningen ikke understøtter tilstrækkeligt.

- Forløbsplansløsningen kan mere end at lave planer

Den nuværende forløbsplansløsning indeholder flere funktioner som ikke er kerne-opgaven.

- Svært at tilføje nye forløbsplaner

Det er ressourcekrævende og komplekst at tilføje en forløbsplan for et nyt sygdomsområde.

- Store afhængighed af personer

Der er en stor afhængighed af personer der udvikler og vedligeholder forløbsplansløsningen og de personer der vedligeholder de kliniske retningslinjer.

- Forløbsplansløsningen er proprietær

Den nuværende forløbsplansløsning er proprietær. Det er ressourcekrævende at vedligeholde dokumentationen.

1.2 Formål

Styregruppen for Digital Almen Praksis (DAP) har på sit møde i december 2024 bedt MedCom udarbejdet et forretningsmål billede for den videre udvikling af digitale forløbsplaner i almen praksis:

Målbilledet skal fungere som styrings- og dialogværktøj der udstiller den overordnede vision og underliggende strategier og mål for den videre udvikling af løsningen og for forløbsplanernes sammenhæng til øvrige it-projekter i almen praksis.

Målbilledet kan desuden anvendes som et fælles referencepunkt for alle involverede parter – herunder læger og andre sundhedspersoner, it-leverandører, regioner, kommuner og myndigheder – så der sikres en fælles forståelse af retningen, prioriteringerne og samspillet mellem forskellige digitale initiativer. Det giver mulighed for løbende koordinering og justering i takt med, at behov og teknologiske muligheder udvikler sig.

1.3 Ramme og omfang

Dette dokument (Del I) udgør den strategiske ramme for det samlede forretningsmæssige målbillede for digitale forløbsplaner i almen praksis.

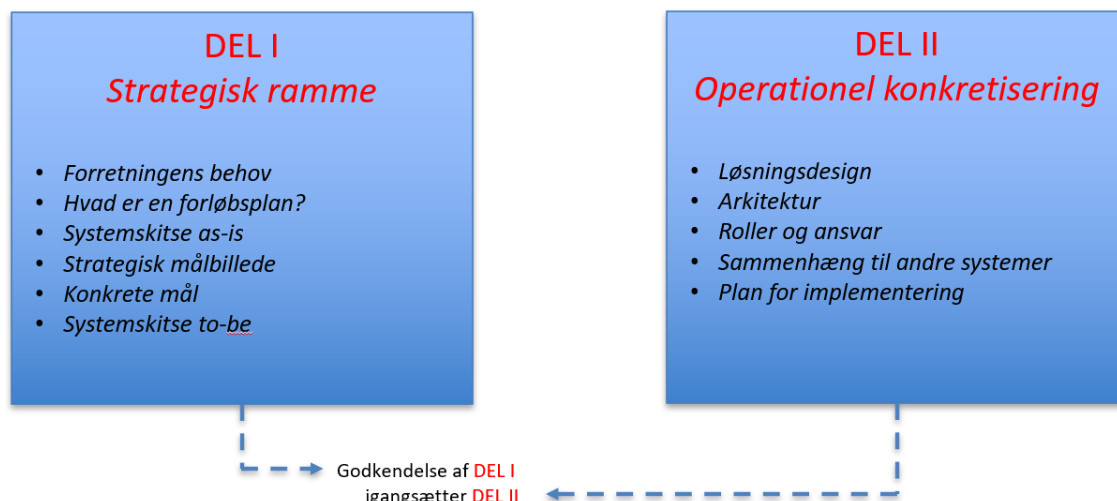
Formålet med Del I er at:

- Beskrive, behovet for at understøtte forretningen i almen praksis med digitale forløbsplaner
- Skitsere overordnede principper og retning for en fremtidig forløbsplansløsning til håndtering af udvalgte kroniske sygdomme.
- Understøtte fælles prioritering og koordinering med øvrige digitale initiativer

Dokumentet danner grundlag for styregruppens videre drøftelser og beslutning om næste fase.

Del II kan igangsættes, når styregruppen for Digital Almen Praksis (DAP) har behandlet og godkendt Del I. Anden del vil konkretisere den fremtidige løsning og indeholde:

- Forslag til løsningsdesign og teknisk arkitektur
- Beskrivelse af roller og ansvar
- Plan for implementering og sammenhæng til andre systemer



Figur 1. Målbilledet beskrives i Del I og Del II.

Tilsammen udgør Del I og II et samlet målbillede, som sikrer strategisk retning og operationel realisering af en moderne og sammenhængende digital understøttelse af forløbsplaner i almen praksis.

1.4 Læsevejledning

Dette dokument udgør **Del I** af det samlede målbillede for digitale forløbsplaner i almen praksis. Det beskriver den strategiske ramme og giver et fælles grundlag for den videre udvikling af løsningen.

Dokumentet er opbygget som følger:

- **Kapitel 1 – Indledning:** Introducerer baggrund, formål og rammer for arbejdet med forretningsmålbilledet for forløbsplaner.
- **Kapitel 2 – Forretningens behov:** Beskriver de kliniske behov, herunder fire centrale temaer og brugsscenarier.
- **Kapitel 3 – Hvad er en plan?:** Forklarer de grundlæggende elementer i en forløbsplan og brugen af data.

- **Kapitel 4 – Systemskitse as-is:** Giver overblik over den nuværende løsning, dens struktur og funktioner.
- **Kapitel 5 – Strategisk målbillede:** Præsenterer vision og principper for den fremtidige udvikling frem mod 2030.
- **Kapitel 6 – Systemskitse to-be:** Skitserer det fremtidige systemdesign med fokus på modularitet, datatilgængelighed og beslutningsstøtte.
- **Kapitel 7 – Realisering af målbilledet:** Beskriver, hvordan den strategiske retning omsættes til praksis gennem en trinvis implementering. Kapitlet gennemgår de overordnede forudsætninger for realisering, herunder genbrug af eksisterende komponenter, placering af funktioner, tværgående potentiale samt juridiske og organisatoriske rammer. Det giver læseren et overblik over, hvordan visionen for digitale forløbsplaner kan realiseres i et nationalt og tværsektorielt perspektiv.

2. Forretningens behov

Digitale forløbsplaner for KOL, diabetes type 2 og iskæmisk hjertesygdom udarbejdes og anvendes bredt i almen praksis og kan i de kommende år i endnu højere grad understøtte det kliniske arbejde med udvalgte kroniske sygdomme i almen praksis. Forløbsplanerne skal ikke blot fungere som dokumentationsværktøjer, men som aktive redskaber, der fremmer kvalitet, overblik og patientinddragelse.

Med udgangspunkt i konkrete behov fra forløbsplansprojektets kliniske brugergruppe er der udarbejdet en række centrale brugsscenarier (user stories), som illustrerer den forretningsmæssige værdi og retning for videreudviklingen af forløbsplansløsningen.

En user story er en kort, enkel beskrivelse af en funktion eller et behov, skrevet ud fra brugerens perspektiv. Den klassiske opbygning af en user story er baseret på en skabelon som vist på Figur 2.

Som [rolle] ønsker jeg at [hvad du gerne vil kunne gøre] når [situation/kontekst] sådan at [hvorfor du vil det / hvilken værdi det giver] Eksempel: Som læge i almen praksis ønsker jeg at få vist patientens tidligere målinger og mål når jeg gennemfører en årskontrol sådan at jeg kan vurdere behandlingens effekt og justere planen.

Figur 2. Skabelon for user story

De udarbejdede user stories er vist i bilag 2 og udgør behovet og fundamentet for den fremtidige forløbsplansløsning og kan bruges som rettesnor for prioritering af funktionalitet og brugeroplevelse.

2.1 Temaer og funktioner

User stories, som er beskrevet i foregående afsnit, er blevet anvendt som udgangspunkt for at identificere fire centrale temaer med tilhørende funktioner, der er afgørende for at sikre en fremtidssikret og klinisk relevant forløbsplansløsning i almen praksis.

De fire temaer repræsenterer de overordnede forretningsmæssige behov og er visualiseret på Figur 3.

Temaerne er:

1. **Dokumentation og registrering**

Understøtter registrering af diagnoser, patientværdier, livsstils mål mv. Kan give et overblik for patientens udvikling og behandling i et sygdomsforløb.

2. **Patientidentifikation og opfølgning**

Muliggør tidlig opsporing og systematisk identifikation af patienter med behov for forløbsplaner, samt planlægning af opfølgning.

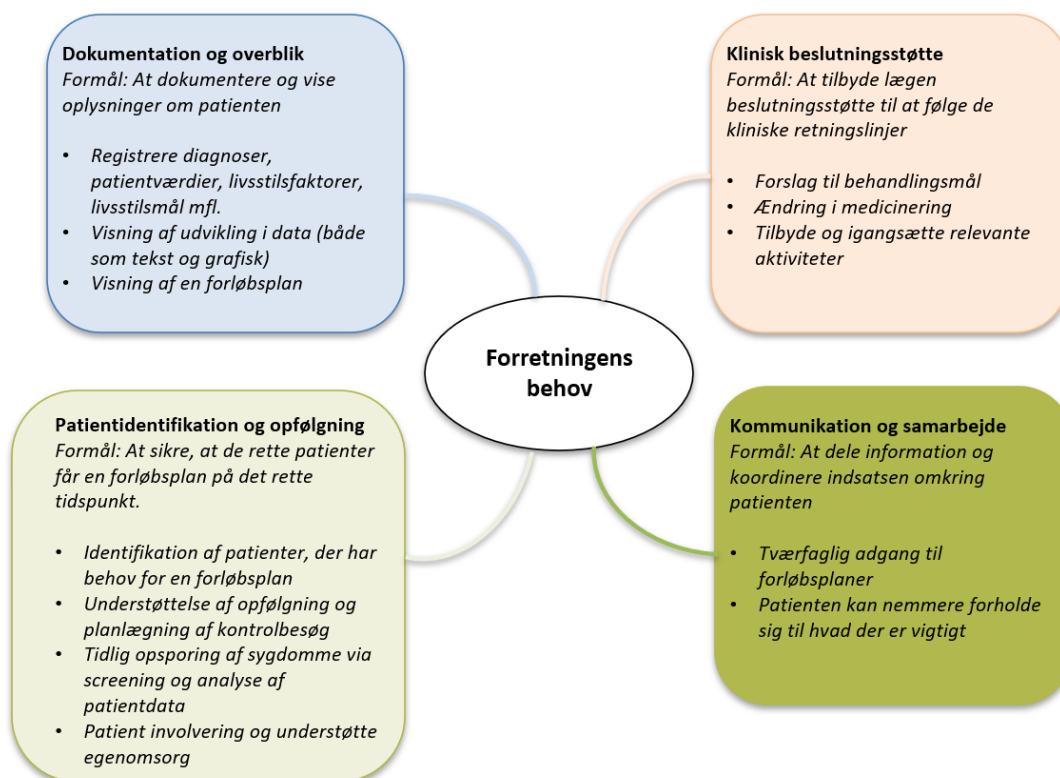
3. **Klinisk beslutningsstøtte**

Leverer støtte til lægen i form af forslag til behandlingsmål, medicinjusteringer og andre faglige anbefalinger baseret på den enkelte patients data og kliniske retningslinjer.

4. **Kommunikation og samarbejde**

Sikrer deling af forløbsplaner mellem almen praksis, kommune, sygehus og patienten via f.eks. Sundhedsjournalen.

Hvert tema indeholder udvalgte funktioner, der direkte adresserer de behov, som er fremhævet i de kliniske brugeres user stories. Figuren danner dermed et samlet billede af, hvordan den fremtidige løsning bør bygges op omkring brugernes behov.



Figur 3. Forretningens behov

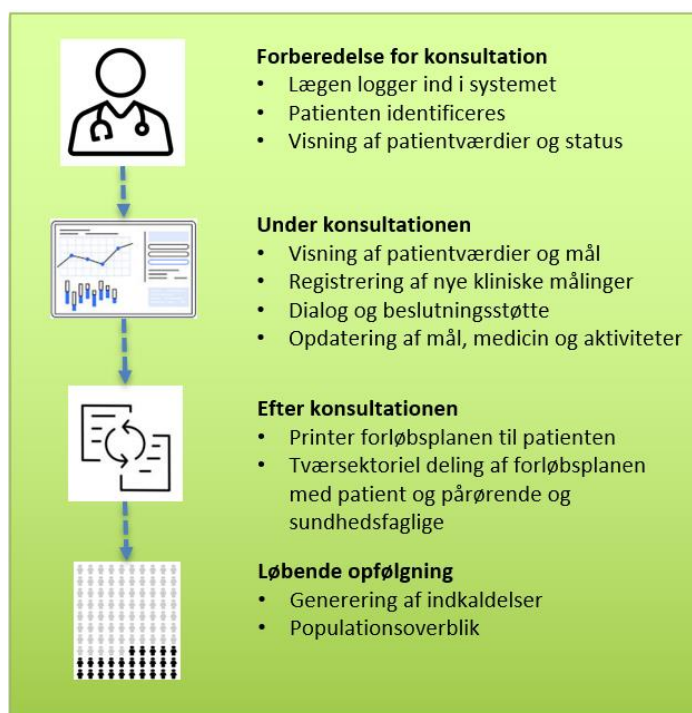
2.2 Arbejdsgange

Dette leder naturligt videre til, hvordan behov og funktioner afspejles i konkrete kliniske arbejdsgange, som vist i Figur 3.

Brugerrejsen tager udgangspunkt i en årskontrol for en patient med kronisk sygdom (f.eks. type 2-diabetes) og viser, hvordan løsningen skal understøtte hele det kliniske forløb – fra tidlig opsporing og forberedelse før konsultationen, til beslutningsstøtte under samtalen og deling af forløbsplanen efter konsultationen.

Eksemplet viser, hvordan den relevante funktionalitet skal være tilgængelig i hver fase af patientforløbet, og hvordan systemet kan understøtte dialog, overblik og opfølgning. Det giver et tydeligt billede af den sammenhængende digitale støtte, der skal sikre, at den tekniske løsning matcher den kliniske arbejdsgang.

Brugerrejsen er et centralt redskab til at oversætte temaerne til konkrete arbejdsgange i almen praksis og kan bruges som pejlemærke i design og implementering.



Figur 4. Eksempel på brugerrejse:

2.3 Kernefunktionalitet for udarbejdelse af en forløbsplan

Den centrale funktion i en digital forløbsplan er at understøtte lægen i at træffe kvalificerede, evidensbaserede beslutninger i det daglige kliniske arbejde med kronikere. Det sker gennem integreret klinisk beslutningsstøtte, som omsætter nationale kliniske retningslinjer til konkrete anbefalinger og handlinger i mødet med patienten.

Beslutningsstøtten [6] bidrager til, at forløbsplanen bliver mere end blot et dokumentationsværktøj – den fungerer som et aktivt redskab, der foreslår relevante behandlingsmål, medicinjusteringer og opfølgninger baseret på patientens aktuelle tilstand og historiske data. Derved mindskes risikoen for variation i behandling og ensartet høj kvalitet på tværs af almen praksis understøttes.

Klinisk beslutningsstøtte realiseres gennem funktioner som:

- Automatisk visning af relevante målinger og trends
- Forslag til behandlingsmål i overensstemmelse med faglige guidelines (f.eks. DSAM og Sundhedsstyrelsen)
- Indikation for behov for opfølgning eller justering af behandlingen
- Advarsler ved afvigelser fra anbefalinger eller manglende data

Et konkret eksempel illustrerer værdien af beslutningsstøtten:

Som læge i almen praksis

ønsker jeg at få vist patientens tidligere målinger og mål sammen med anbefalinger for næste skridt

når jeg gennemfører en årskontrol

sådan at jeg kan vurdere behandlingens effekt og modtage forslag til justering, der følger de gældende kliniske retningslinjer.

Figur 5. Eksempel på værdien af beslutningsstøtte

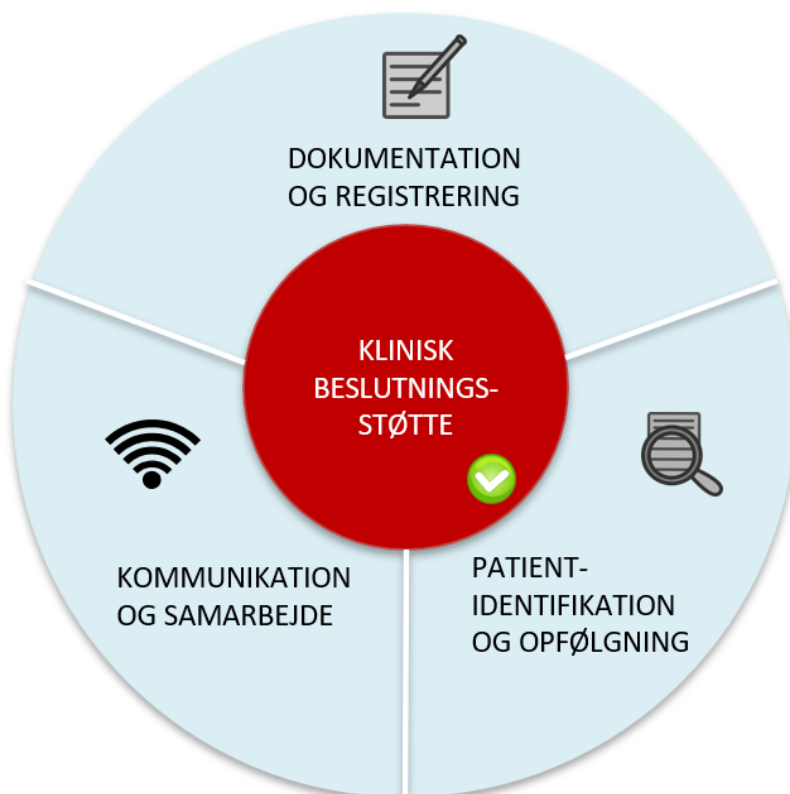
Denne type funktionalitet gør det muligt for lægen at handle rettidigt og på et solidt fagligt grundlag – uden at skulle søge information i flere forskellige systemer eller dokumenter.

Klinisk beslutningsstøtte anvendes af lægen under konsultationen og i dialogen med patienten. Den kliniske beslutningsstøtte betragtes som kernefunktionaliteten i en forløbsplan – og er det, der adskiller forløbsplanen fra andre former for klinisk dokumentation eller administrative værktøjer.

De øvrige tre temaer, som fremgår af Figur 2 – *Dokumentation og registrering, Patientidentifikation og opfølgning*, samt *Kommunikation og samarbejde* – er vigtige og understøtter anvendelsen af forløbsplaner i praksis. Men de udgør ikke i sig selv kernen i en forløbsplan.

- Dokumentation **og overblik** er en basal funktion i mange sammenhænge i almen praksis og ikke unik for forløbsplaner. Det er en nødvendig ramme for at sikre sporbarhed og kontinuitet i patientforløb – men ikke det, der gør forløbsplaner særlige.
- **Patientidentifikation og opfølgning** er centrale aktiviteter i almen praksis generelt og anvendes bredt til mange formål – f.eks. screeningsprogrammer, årskontroller og kronikeropfølgning.
- **Kommunikation og samarbejde** er vigtigt for det tværsektorielle arbejde, men har værdi og relevans langt ud over selve udarbejdelsen af en forløbsplan.

Disse temaer er *tværgående forretningsbehov*, som også er relevante i mange andre kontekster end forløbsplaner. Klinisk beslutningsstøtte derimod er det unikke element, der skaber konkret værdi i det øjeblik, en forløbsplan anvendes som et aktivt behandlingsredskab.



Figur 6. Forretningsbehovet og kernefunktionalitet ved udarbejdelse af i en forløbsplan

Figuren opsummerer den overordnede rollefordeling mellem funktionerne og tydeliggør, hvorfor beslutningsstøtten er central for planens værdi og anvendelse.

3. Hvad er en plan?

I almen praksis – og i sundhedsvæsenet generelt – anvendes begrebet *plan* som et centralt redskab i behandlingen af patienter med en konkret sundhedstilstand. En plan udarbejdes af en læge og tager udgangspunkt i, at patienten har en bestemt *tilstand*, som også kan betegnes som et *problem* eller mere formelt som en *diagnose*. Et eksempel på en sådan tilstand kunne være diabetes.

3.1 De grundlæggende dataelementer i en plan

Formålet med en plan er at skabe overblik og struktur i behandlingen. Den fungerer som et fælles arbejdsredskab mellem patient og læge – og eventuelt andre sundhedsprofessionelle – med det mål at sikre sammenhæng, kvalitet og opfølgning i behandlingsforløbet.

En plan består typisk af fire grundlæggende elementer:

1. **Tilstand/diagnose:** Planen udløses af, at patienten har en identificeret sundhedstilstand, som kræver systematisk opfølgning og behandling. Dette kan være en kronisk sygdom som KOL eller diabetes, en psykisk lidelse eller et andet sundhedsfagligt problem.
2. **Mål:** Der opstilles konkrete mål [7] for behandlingen af tilstanden. Lægen fastsætter individuelle *behandlingsmål* for den enkelte patient med udgangspunkt i kliniske, evidensbaserede vejledninger – f.eks. ønskede niveauer for blodsukker, blodtryk eller vægt ved diabetes. Ud over disse faglige mål indeholder planen også *patientens egne livsmål*, som kan handle om livskvalitet, funktionsevne, arbejdsliv eller sociale forhold. Kombinationen af sundhedsfaglige og personlige mål sikrer, at planen er meningsfuld og relevant for den enkelte patient.
3. **Aktiviteter:** For at opnå målene beskriver planen de nødvendige tiltag. Det kan inkludere medicinsk behandling, livsstilsændringer, motion, kostvejledning eller andre sundhedsfaglige interventioner. Aktiviteterne tilpasses den enkelte patients situation og ressourcer.
4. **Patientværdier:** Planens effekt vurderes gennem *opfølgning og evaluering*, hvor man følger, hvordan det går med at nå de opstillede mål. Dette sker ved løbende sundhedsfaglige konsultationer, særligt for patienter med kroniske sygdomme. For eksempel kan en patient med diabetes indkaldes til en årlig kontrol, hvor blodsukker, blodtryk, vægt og andre relevante målinger gennemgås. Resultaterne fra disse undersøgelser og prøver (patientværdier) sammenholdes med planens mål og bruges til at justere planen, i nødvendigt omfang.



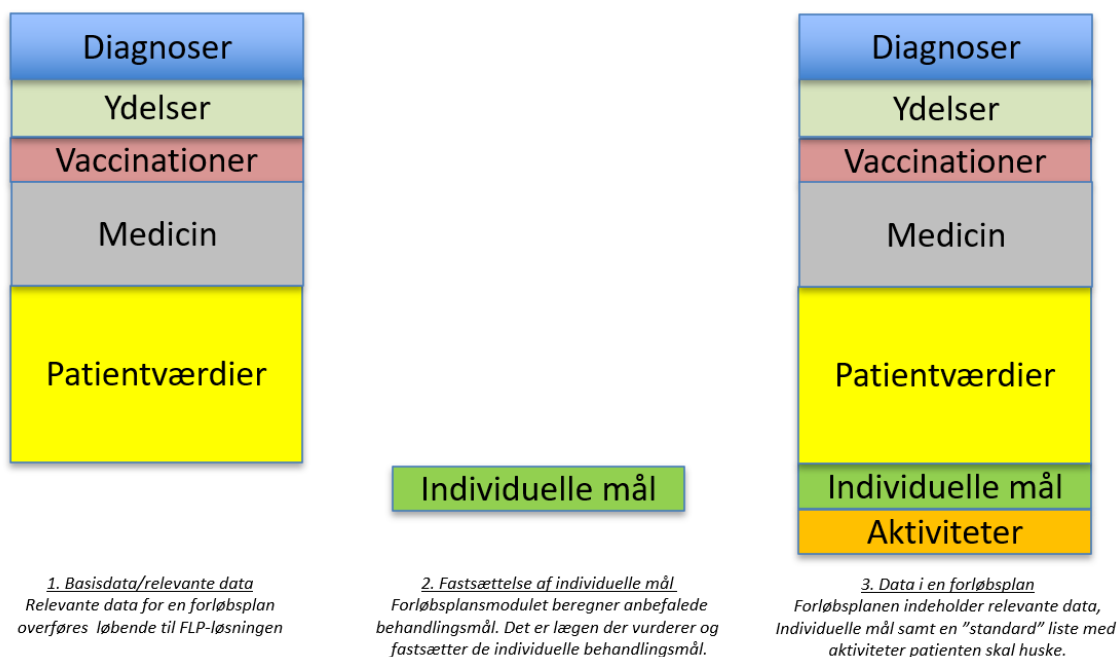
Figur 7. De grundlæggende dataelementer i en plan. Eksempel med diabetes type 2.

Planen er et dynamisk redskab, der løbende justeres i takt med ændringer i patientens tilstand eller behov. Den understøtter et systematisk og patientcentreret behandlingsforløb.

Konceptet med en plan er ikke unikt for udarbejdelse af forløbsplaner i almen praksis i Danmark. Det er en internationalt naturvidenskabelig og sundhedsfaglig tilgang og udgør en grundsten i struktureret sundhedsfaglig behandling.

3.2 Data i den nuværende forløbsplan

De data der er i lægepraksissystemet for den enkelte patient, spiller en central rolle i udarbejdelsen og opdatering af en forløbsplan. Figur 8 illustrerer, hvordan data anvendes i tre trin – fra overførsel af basisdata til fastsættelse af individuelle mål og dannelse af selve forløbsplanen.



Figur 8. Oversigt over data i den nuværende forløbsplansløsning.

Basisdata / relevante data

Den venstre søjle viser de data, der stammer fra det enkelte lægehus' praksissystem. Det omfatter:

- Diagnoser
- Ydelser
- Vaccinationer
- Ordineret medicin
- Patientværdier (fx blodsukker, blodtryk, BMI)

Der er tale om en *relevant delmængde* af de data, der findes i journalsystemet – udvalgt ud fra, hvad de kliniske vejledninger vurderer som nødvendige for at kunne planlægge og følge op på behandling af den pågældende tilstand. Disse data overføres løbende til forløbsplansmodulet og udgør grundlaget for at kunne oprette og vedligeholde en plan.

Fastsættelse af individuelle mål

I den midterste søjle anvender forløbsplansmodulet de overførte, relevante data til at beregne *anbefalede behandlingsmål*, baseret på gældende kliniske vejledninger (fx DSAM eller Sundhedsstyrelsen). Lægen gennemgår disse anbefalinger og tilpasser dem efter individuel vurdering af patientens helbred, motivation og ressourcer. Det er ikke alle mål, der nødvendigvis kan eller skal opnås på én gang – derfor foretages en klinisk prioritering i tæt dialog med patienten.

Data i en forløbsplan

Den højre søjle viser, hvad den faktiske forløbsplan for en patient indeholder:

- Basisdata (fra søjle 1)

- Individuelt fastsatte behandlingsmål (fra søjle 2)
- Aktiviteter

I den nuværende forløbsplansløsning er aktiviteterne begrænsede og fremstår hovedsageligt som *statisk information*. Det kan f.eks. være påmindelser til patienten om at bestille tid til øjenundersøgelse, influenzavaccination eller andre sundhedsydelser. Aktivitetskomponenten i planen er således endnu ikke fuldt udviklet som et dynamisk og handlingsorienteret redskab.

Samlet set viser figuren, hvordan data bruges som grundlag for både beslutningsstøtte og dokumentation, men også at aktivitetsdelen i planen i dag er begrænset og har potentiale for videreudvikling.

4. Systemskitse as-is

KiAP¹ (tidligere DAK-E) udviklede forløbsplansteknologien for mere end 10 år siden. Den første version af forløbsplansmodulet blev skabt med udgangspunkt i de tekniske muligheder, der fandtes på daværende tidspunkt. Alle relevante data for at udarbejde og vedligeholde en forløbsplan blev hentet fra lægepraksissystemet i den enkelte klinik. En stor del af de relevante data var indhentet som meddelelseskommunikation via sundhedsdatanettet.

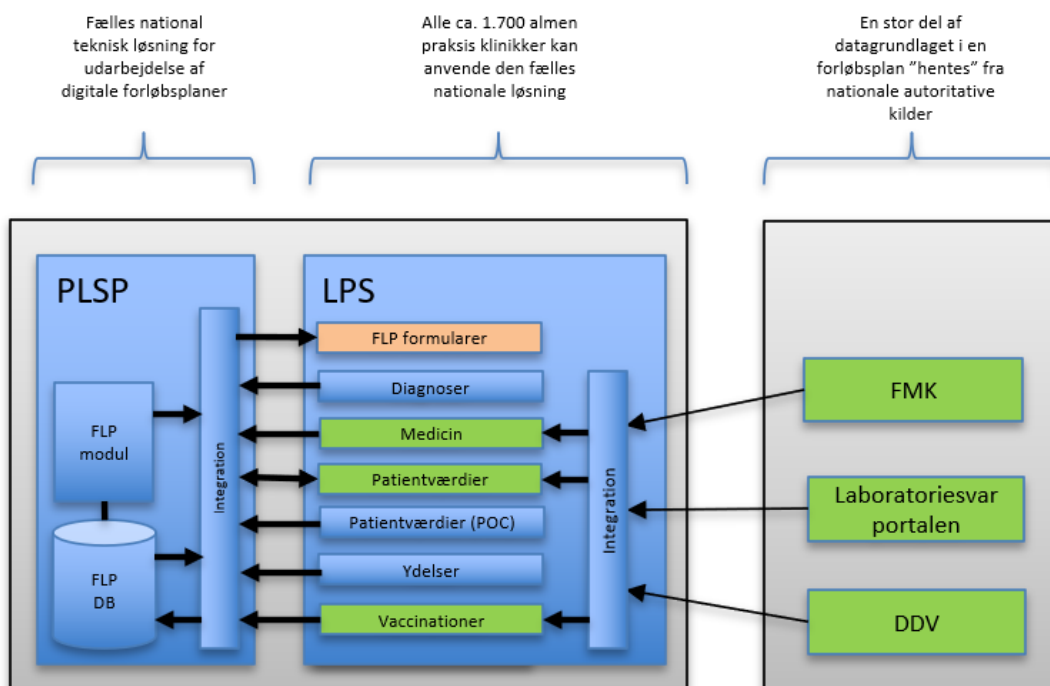
Modulet blev oprindeligt designet til at kunne installeres og drives i det enkelte lægehus eller hos den pågældende leverandør af lægepraksissystemet. Denne arkitektur gjorde det muligt hurtigt at komme i gang med digital understøttelse af forløbsplaner, men skabte også en række udfordringer i forhold til videreudvikling, vedligeholdelse og datatilgængelighed.

I 2019 blev der derfor truffet en strategisk beslutning om at etablere en Fælles National Teknisk Løsning for Forløbsplaner hos PLSP² (Primærsektorens Leverandør Service Platform). Hermed blev det besluttet, at driften af forløbsplansmodulet skulle centraliseres som en fælles, national komponent. Det betød, at alle ca. 1.700 alment praktiserende lægeklinikker i Danmark kunne anvende den samme løsning.

I den nuværende arkitektur (jf. Figur 9) kommunikerer løbende alle relevante data for de patienter der opfylder inklusionskriteriet for en forløbsplan til PLSP, uanset om der udarbejdes en forløbsplan.

¹ Kvalitet i Almen Praksis. www.kiap.dk

² Primærsektorens Leverandør Service Platform. www.plsp.dk



Figur 9. Systemskitse as-is for forløbsplansløsningen

Alle data der kommunikerer til PLSP, er lagret i lægepraksissystemet. Når lægen opretter eller opdaterer en forløbsplan, sender forløbsplansmodulet, som afvikles på PLSP) en formular vises i for lægen. Med formularen kan lægen indtaste nye patientværdier og rette de behandlingsmål som automatisk udregnes. Nye værdier synkroniseres automatisk tilbage til lægepraksissystemet og gemmes i laboratoriet modulet. Det betyder at lægens ikke skal indtaste oplysningerne flere gange og lægen behøver dermed heller ikke åbne en forløbsplansformular for at få vist udviklingen i patientværdier og individuelle mål. Oplysningerne kan ses laboratiemodulet.

Centraliseringen af forløbsplansmodulet hos PLSP har også gjort det muligt at give adgang til forløbsplaner for andre aktører i sundhedsvæsenet, f.eks. via Sundhedsjournalen [8], hvilket styrker samarbejdet omkring patienten.

4.1 Vurdering af nuværende løsning: Styrker og svagheder

Dette kapitel giver en overordnet introduktion til den nuværende opbygning af forløbsplansløsningen. Beskrivelsen er ikke udtømmende, men har alene til formål at give læseren et samlet billede af, hvordan løsningen fungerer i dag – herunder hvordan data anvendes og deles, hvordan beslutningsstøtten er integreret i klinisk praksis.

Ved at forstå den nuværende løsning – herunder både dens styrker og udfordringer – skabes et nødvendigt afsæt for at kunne vurdere, hvilke ændringer og prioriteringer der er nødvendige i

den videre udvikling af forløbsplaner i almen praksis. Det gælder både teknisk arkitektur, brugeroplevelse, tværsektoriel anvendelse og muligheden for at udvide løsningen til nye sygdoms-områder.

Den nuværende forløbsplansløsning, som i dag drives centralt af PLSP, rummer en række betydelige styrker. Først og fremmest skaber centraliseringen en ensartet og landsdækkende tilgang til forløbsplaner i almen praksis. Alle lægeklinikker benytter den samme formular og det samme beslutningsstøttesystem, hvilket sikrer en høj grad af standardisering og understøtter implementeringen af nationale kliniske retningslinjer i det daglige arbejde. Desuden har løsningen muliggjort en effektiv tværsektoriel deling af forløbsplaner via Sundhedsjournalen, hvilket styrker koordinationen og kontinuiteten i patientforløbet – især for patienter med kroniske sygdomme, hvor de tre eksisterende forløbsplaner (KOL, diabetes type 2 og iskæmisk hjertesygdom) anvendes i daglig drift.

En væsentlig teknisk styrke er integrationen med lægepraksissystemerne, hvor data automatisk synkroniseres mellem PLSP og laboratoriemodulet. Det minimerer dobbeltindtastning for lægerne og sikrer, at oplysninger om patientens målinger og mål kan tilgås uden nødvendigtvis at åbne forløbsplansformularen. Dette øger anvendeligheden og letter den kliniske arbejdsgang.

Men den nuværende løsning har også nogle klare svagheder. Den største tekniske udfordring er, at løsningen er baseret på omfattende dataudveksling mellem systemer, hvilket medfører en betydelig datamængde – i dag er der f.eks. mere end 600 millioner kopierede patientværdier i databasen hos PLSP. Dette giver bekymringer om dataredundans og øger kompleksiteten i både drift og videreudvikling.

Derudover er integrationen til de forskellige lægepraksissystemer ressourcekrævende at vedligeholde og udbygge. Hver ny version eller funktion kræver test og koordinering på tværs af leverandører. Det bliver særlig tydeligt, når der skal tilføjes nye forløbsplaner for andre sygdoms-områder – en proces, der i dag typisk tager mindst halvandet år, dels på grund af krav til klinisk validering og godkendelse, dels fordi der skal implementeres nye integrationer og funktioner i forløbsplansløsningen.

Endelig stiller løsningen høje krav til løbende vedligehold, idet de kliniske retningslinjer, som beslutningsstøtten bygger på, løbende opdateres. Dette forudsætter både teknisk tilpasning og tæt koordinering med de faglige miljøer for at sikre, at indholdet i forløbsplanerne forbliver aktuelt og evidensbaseret. Dette behov for løbende opdatering understreger vigtigheden af en fleksibel, modulær arkitektur i fremtidige iterationer.

5. Strategisk målbillede

Digitale forløbsplaner har siden 2018 udviklet sig til at være et centralt redskab i almen praksis, for behandling af patienter med kroniske sygdomme som KOL, diabetes type 2 og iskæmisk hjertesygdom. Implementeringen og udbredelsen har været en betydelig succes: I 2024 blev der oprettet over 240.000 forløbsplaner, og løsningen anvendes nu i over 80 % af landets lægepraksisser. Det vidner om, at forløbsplaner opleves som klinisk relevante og operationelle i hverdagen – både som fagligt beslutningsstøtteværktøj og som grundlag for struktur og kvalitet i behandlingsforløb.

Denne succesfulde udbredelse danner et solidt fundament for at tænke videre. Det strategiske målbillede skitserer, hvordan løsningen bør videreudvikles frem mod 2030, så den, hvis det besluttet, kan dække flere kroniske sygdomsområder, være mere fleksibel og i endnu højere grad støtte både patienter og klinikere i hverdagen.

5.1 Læring fra erfaringer

Arbejdet med forløbsplaner siden 2018 har givet værdifuld læring. Fem forhold – identificeret i kapitel 1.1 – er særligt centrale for at forstå behovet for forandring:

- **Kompleks kommunikation af data:** Den nuværende løsning bygger på en arkitektur, hvor data overføres mellem mange systemer og lagres i lægehusets praksissystem. Det skaber teknisk kompleksitet og stor datamængde, som er ressourcekrævende at vedligeholde og videreudvikle.
- **Funktionelt overlap og uklar modulgrænse:** Løsningen indeholder i dag funktioner, som rækker ud over kerneformålet – det gør det sværere at skelne mellem, hvad der er en forløbsplansopgave, og hvad der er generel klinisk funktionalitet.
- **Tung proces for nye sygdomsområder:** Tilføjelse af nye forløbsplaner kræver i dag lang udviklingstid, omfattende test og koordination mellem klinikere og udviklere.
- **Personafhængig drift og udvikling:** Vedligeholdelse og videreudvikling er i høj grad afhængig af få personer med specialiseret viden – både teknisk og klinisk.
- **Proprietær løsning uden åbne standarder:** Det gør det vanskeligt at dokumentere, genbruge og integrere løsningen med øvrige sundhedssystemer.

Disse erfaringer peger samlet set på behovet for en mere fleksibel, modulær og standardiseret arkitektur, som både teknisk og organisatorisk kan understøtte den videre udvikling.

5.2 Strategiske principper for den videre udvikling

Frem mod 2030 skal forløbsplansløsningen udvikles i overensstemmelse med en række strategiske principper, der sikrer sammenhæng, anvendelighed og bæredygtighed:

- **Klinikernær og patientnær løsning:** Løsningen skal tage udgangspunkt i klinikerens arbejdsgange og patientens behov – og være integreret dér, hvor arbejdet foregår.
- **Modularitet og skalérbarhed:** Det skal være muligt at tilføje nye sygdomsområder, ændre fagligt indhold og tilpasse funktionalitet uden fuld omlægning af hele systemet.
- **Standardisering og interoperabilitet:** Der skal anvendes åbne standarder (f.eks. HL7 FHIR), så data og funktionalitet kan genbruges og deles på tværs af systemer.
- **Datatilgængelighed frem for dataflytning:** I stedet for at kopiere og lagre store mængder data skal løsningen understøtte adgang til relevante, autoritative kilder i realtid.
- **Tværasektoriel anvendelse og transparens:** Forløbsplaner skal kunne anvendes af andre sundhedsprofessionelle – herunder kommuner og hospitaler – og sikre sammenhængende og koordinerede patientforløb.
- **Bæredygtig drift og governance:** Vedligehold og opdatering af klinisk indhold skal være organiseret og fordelt på en måde, der sikrer stabilitet og transparens over tid.

Disse principper skal fungere som pejlemærker for både understøttelse af forretningens behov og for den tekniske videreudvikling.

5.3 Understøttelse af forretningsbehov

Det strategiske målbillede bygger direkte videre på de forretningsbehov, som er identificeret og dokumenteret i kapitel 2 – og særligt de fire temaer:

- Dokumentation og registrering
- Patientidentifikation og opfølgning
- Klinisk beslutningsstøtte
- Kommunikation og samarbejde

Dokumentation og registrering dækker over den systematiske registrering af patientdata, som danner grundlag for overblik, opfølgning og kvalitet i patientbehandlingen. Funktionen sikrer, at relevante oplysninger om diagnoser, målinger, livsstilsfaktorer og behandlingsmål registreres ensartet og tilgængeligt for sundhedsprofessionelle og patienten selv.

Særligt **klinisk beslutningsstøtte** skal styrkes og gøres mere fleksibel. I dag er beslutningsstøtten bundet tæt til den enkelte formular og plan, hvilket begrænser mulighederne for hurtigt at kunne implementere en sundhedsfaglig opdatering. Fremadrettet bør beslutningsstøtten kunne

opdateres uafhængigt af den tekniske løsning ved at gøre brug af en fælles, standardiseret komponent.

Løsningen skal også i højere grad understøtte systematisk **patientidentifikation og opfølgning** af patienter, f.eks. gennem dynamiske patientlister og risikobaseret visitation, der kan bruges aktivt i klinikken. Det vil understøtte en proaktiv indsats, hvor patienterne får tilbud om plan og opfølgning på det rette tidspunkt.

Endelig skal **kommunikation og samarbejde** udvides, så det bliver lettere for andre sektorer at se, forstå og anvende forløbsplaner som et fælles redskab i det tværfaglige samarbejde omkring patienten. Samtidig skal patienten selv have adgang og kunne se sin plan i en letforståelig og meningsfuld form.

6. Systemskitse to-be

Udviklingen af fremtidens digitale forløbsplaner kræver en løsning, der både understøtter det daglige kliniske arbejde i almen praksis og opfylder strategiske krav om skalerbarhed, samarbejde på tværs af sektorer og vedligeholdelsesvenlighed. Dette kapitel præsenterer den ønskede systemarkitektur ("to-be") med fokus på standardisering, realtidsdata og modulært design.

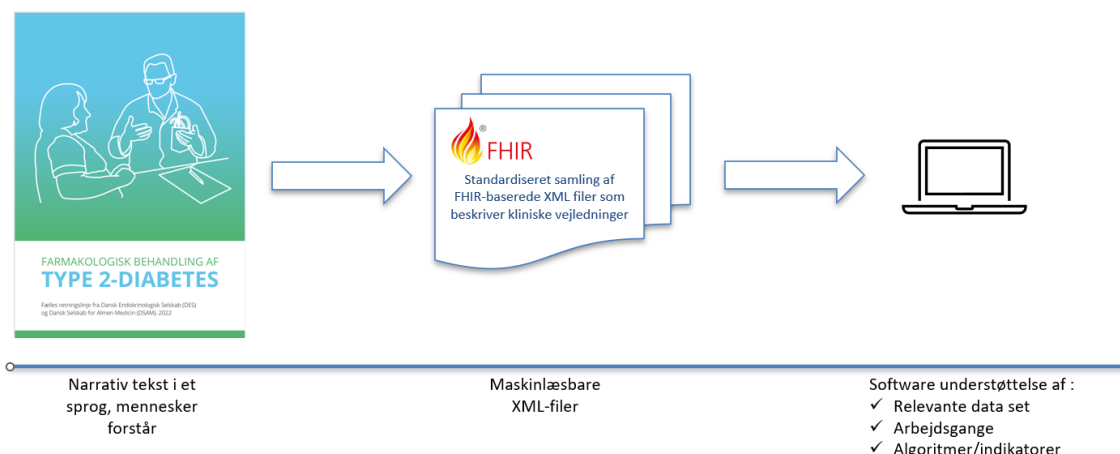
6.1 Fra narrativ klinisk viden til digitalt beslutningsgrundlag

De kliniske retningslinjer, som fx DSAM's vejledning for type 2-diabetes [9] (Figur 10), foreligger i dag primært som narrative dokumenter rettet mod sundhedspersoner.

De kliniske retningslinjer skal tolkes og omsættes manuelt til et sprog, som kan forstås af systemudviklere og implementeres i digitale løsninger. Det indebærer typisk, at sundhedsfaglige anbefalinger og behandlingsvejledninger skal oversættes fra narrativ tekst til strukturerede regler, algoritmer og beslutningslogik. Denne proces kræver tæt samarbejde mellem kliniske eksperter og tekniske specialister og rummer en række udfordringer:

- For det første er det tidskrævende. Hver enkelt sætning i en vejledning skal analyseres og fortolkes i kontekst – ofte med behov for klinisk afklaring og konsensus.
- For det andet er processen sårbar over for misforståelser og inkonsistens. Forskellige udviklingsteams kan tolke og implementere de samme anbefalinger forskelligt, hvilket kan føre til variation i klinisk praksis.
- Endelig er det svært at vedligeholde løsningen over tid. Når de faglige anbefalinger opdateres, kræver det ny fortolkning og ofte også ændringer i den tekniske kode – hvilket igen medfører risiko for fejl og forsinkelser.

Denne manuelle tilgang gør det vanskeligt at sikre, at kliniske beslutningsstøttesystemer altid er opdaterede, korrekte og i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Det er derfor nødvendigt at arbejde hen imod en mere struktureret og automatiserbar model for implementering af klinisk viden.



Figur 10. Maskinlæsbare kliniske vejledninger

Ved at transformere de kliniske retningslinjer til **maskinlæsbare formater**, baseret på FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) [10], skabes et struktureret grundlag, der kan anvendes direkte i it-systemer. En sådan tilgang muliggør:

- Automatiseret klinisk beslutningsstøtte
- Systematisk og ensartet anvendelse af nationale anbefalinger
- Skalerbarhed på tværs af sygdomsområder
- Dynamisk vedligehold af fagligt indhold uden behov for kodeændringer i praksissystemerne

Maskinlæsbare kliniske vejledninger giver mulighed for at beskrive vejledninger, beslutningslogik og datakrav i en fælles, interoperabel struktur. Hver vejledning skal konverteres til et sæt FHIR-baserede XML-filer, som indeholder:

- Beslutningsregler (fx HbA1c < 53 mmol/mol)
- Anbefalede mål og opfølgninger
- Indikatorer og algoritmer til risikovurdering
- Sammenhænge mellem diagnose, mål, aktiviteter og opfølgning

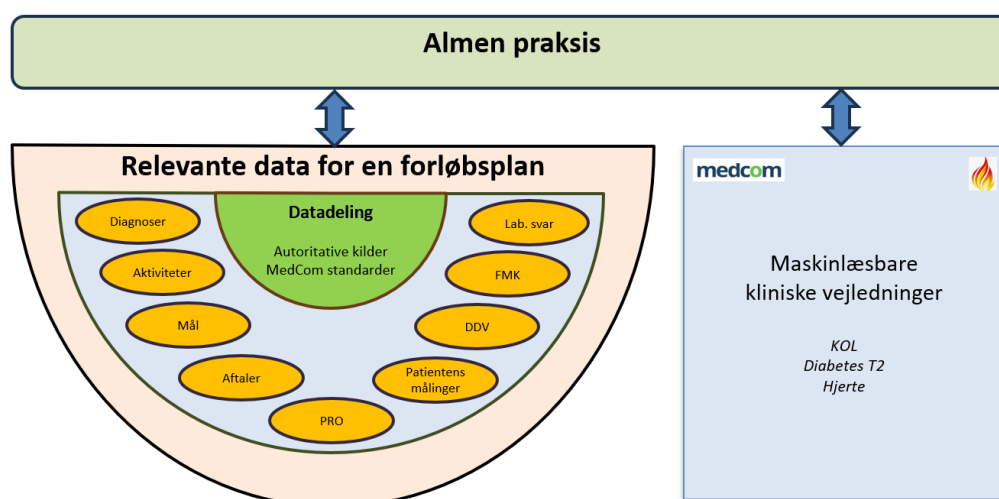
De maskinlæsbare kliniske vejledninger udgør et fælles grundlag, og dermed muliggør en ensartet anvendelse og løbende faglig opdatering. Den store fordel ved at anvende et maskinlæsbart format er at flere klinikere kan komme tættere på arbejdet med at omsætte de narrative kliniske vejledninger til en maskinlæsbare standard.

Denne tilgang gør det muligt at vedligeholde klinisk indhold og tekniske komponenter uafhængigt af hinanden.

6.2 Datatilgængelighed i realtid og fremtidssikret datadeling

En væsentlig ændring i den fremtidige arkitektur er overgangen fra datakopiering og lokal lagring til dynamisk adgang til autoritative datakilder i realtid. Denne tilgang reducerer kompleksitet og datamængde i kommunikationen og styrker samtidig datakvaliteten. I den nuværende løsning overføres store mængder patientdata fra praksissystemet til PLSP, hvor de lagres og anvendes ved oprettelse og opdatering af forløbsplaner. Dette medfører udfordringer med vedligeholdelse og store datamængder.

Den fremtidige arkitektur skal i stedet understøtte, at data tilgås direkte fra kilderne som FMK, laboratoriesvarportalen, diagnosekortet mfl. – præcist når data skal bruges. Det betyder, at data altid vil være opdaterede, og at hentning af relevante data for en forløbsplan altid kan reflektere patientens tilstand. Når data hentes dynamisk, åbner det for at relevante data fra sygehuse og kommuner på sigt også være tilgængelige ved en konsultation og indgå i opdatering af en forløbsplan.



Figur 11. Systemskitse to-be

En status for de nationale autoritative kilder er vist i bilag 2.

Som beskrevet i afsnit 6.1, anvendes de relevante dynamisk tilgængelige data i samspil med maskinlæsbare kliniske vejledninger. Nederst til højre på Figur 11 er illustreret, hvordan brugeren kan anvende de relevante data til at få anbefalinger fra de maskinlæsbare kliniske vejledninger. Det muliggør f.eks.:

- Automatisk forslag til nye mål for vægt og motion baseret på opdaterede målinger
- Forslag til justering af medicin, hvis der er sket ændringer i patientens nyrefunktion
- Visning af advarsler, hvis værdier ligger uden for anbefalede grænser

Denne kombination af dynamisk dataadgang og struktureret, maskinlæsbar (evidensbaseret) viden skaber et langt mere fleksibelt og klinisk relevant system, hvor forløbsplanen fungerer som et løbende opdateret beslutningsredskab.

6.3 Styrket klinisk og tværsektorielt samarbejde

Et centralt formål med transformationen er at sikre, at data kan anvendes bredt og tværsektorielt. Når kliniske vejledninger bliver maskinlæsbare og forløbsplaner tilgængelige i Sundhedsjournalen, bliver det muligt for både kommune, hospital og patient at anvende planen aktivt. De enkelte sundhedsaktører kan med deres respektive lokale fagsystemer opdatere de nationale autoritative kilder.

7. Realisering af målbilledet

Dette kapitel sætter rammerne for realiseringen af det strategiske målbillede og peger på de overordnede elementer, som er nødvendige for at omsætte vision og principper til handling.

Detaljeret løsningsdesign, implementeringsplan og roadmap indgår ikke i denne del, men vil blive behandlet i Del II. Del II skal operationalisere målbilledet gennem konkrete beslutninger om teknisk arkitektur, prioritering af funktioner og trinvis implementering.

7.1 Trinvis tilgang

Den nuværende løsning er i daglig drift og er tilgængelig i alle almen praksis klinikker. Det er vigtigt at den nuværende løsning fortsat kan anvendes indtil målbilledet er realiseret. Realiseringen bygger derfor på en trinvis tilgang, hvor strategiens principper og visioner omsættes til konkrete komponenter og løsninger. I praksis betyder det en prioriteret omlægning, hvor dele af den nuværende løsning, omlægges trinvist.

Systemskitsen to-be, som vist på Figur 11, indeholder to vigtige områder:

- dynamisk tilgang af data
- maskinlæsbare kliniske vejledninger.

Omlægning til dynamisk datahentning fra nationale autoritative kilder i forløbsplanen er klar til opstart og vil styrke datakvalitet og driftseffektivitet.

Angående etablering af maskinlæsbare kliniske vejledninger skal der igangsættes et pilotprojekt der har til formål at demonstrere Proof of Concept (PoC). Ved dette arbejde skal der opnås kendskab til hvordan et fremtidigt samarbejde mellem FHIR-standardisering og kliniske kompetencer kan tilrettelægges. Desuden skal arbejdet demonstrere og dokumentere hvordan udvalgte dele af en klinisk vejledning, f.eks. for diabetes, kan oversættes til en FHIR-standard og hvordan det tekniske samspil med almen praksis systemerne kan udføres. Hvis PoC viser sig at være teknisk eller organisatorisk for ambitiøs i første omgang, må en plan B overvejes – f.eks. ved at fortsætte i en lettere, midlertidig konfiguration baseret på eksisterende ”software-komponenter” med fokus på vedligehold og gradvis modernisering.

7.2 Genbrug og placering af funktioner

Det samlede målbillede skal i videst muligt omfang bygge på og genbruge eksisterende fælleskomponenter og services i sundheds-it-økosystemet – f.eks. opgaverekvisitionskomponenten³, nationale datakilder (FMK, laboratoriesvarportalen, vaccinationsregister m.fl.) og cockpit-funktioner [11] i almen praksis.

En fremtidssikret løsning kræver samtidig klar afgrænsning og placering af opgaver. Nogle funktioner vil med fordel kunne indgå i eksisterende kliniske cockpit-løsninger i almen praksis, mens andre bør placeres centralt – f.eks. i nationale services – for at sikre vedligehold, deling og opdatering.

7.3 Tværgående anvendelse og potentiale

Det er vigtigt at understrege, at de systemskitsen to-be – og de tilhørende komponenter – har et potentiale, der rækker ud over almen praksis.

Dynamisk hentning af relevante data fra de autoritative kilder kan bruges til at lave planer/forløbsplaner for andre sygdomsområder og i andre sektorer i sundhedsvæsenet.

Forløbsplanerne kan bidrage til bedre sammenhængende tværsektorielle forløb, idet de nationale kilder på sigt kan indeholde informationer fra almen praksis, kommune og sygehuse. F.eks. kan planlagte aktiviteter for et sygdomsforløb indgå i en forløbsplan.

Endeligt kan den opdaterede forløbsplansløsning – og de tilhørende komponenter - understøtte og styrke det nære sundhedsvæsen med at udarbejde personlige behandlingsplaner baseret på de nye kronikerpakker [12]. Indholdet i kronikerpakkerne er endnu ikke beskrevet, men skal kunne sikre et sammenhængende, rettidigt og systematisk forløb i et tværsektorielt samarbejde. Forløbsplanerne kan i sin opbygning understøtte livslange og komplekse sygdomsforløb som ofte er forankret i almen praksis og med inddragelse af kommunerne og speciallæger. Forløbsplanerne bidrager udover behandlingen også til fokus på forebyggelse og livsstil (kost, motion, rygestop mv.).

7.4 Juridiske og organisatoriske forudsætninger

Realiseringen af målbilledet forudsætter opmærksomhed på de juridiske rammer – særligt i forhold til datadeling, ansvar for opdatering af kliniske vejledninger og adgang på tværs af sektorer.

Der skal etableres klare governance-strukturer og roller, så det bliver tydeligt, hvem der har ansvar for hvad – både teknisk og fagligt.

³ Komponent der fx understøtter initiering af en henvisning til kommunal forebyggelsesindsats fra forløbsplanen. Komponenten er implementeret på PLSP og i alle lægesystemer og understøtter på generisk måde at PLSP kan sende opgaver til lægesystemet.

Det er derfor afgørende, at realiseringen sker i tæt koordination med øvrige nationale initiativer og politiske beslutninger.

8. Referencer

- [1] Dansk Selskab for Almen Medicin. Kliniske vejledninger.
<https://www.dsam.dk/vejledninger>
- [2] Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer.
<https://www.sst.dk/da/viden/nationale-kliniske-retningslinjer>
- [3] Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2016. Oktober 2015.
<https://www.ism.dk/Media/638158580600493282/aftaler-om-den-kommunale-og-regionale-oekonomi-for-2016.pdf>
- [4] MedCom. KOL Forløbsplaner. Evaluering af KOL forløbsplaner og forslag til nyt design. December 2024.
<https://medcom.dk/wp-content/uploads/2025/04/Evaluering-af-KOL-forloebplaner-2024.pdf>
- [5] MedCom. Statistik. Forløbsplaner.
<https://medcom.dk/statistik/forloebplaner/>
- [6] Reed T. Sutton et. al. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. February 2020.
<https://www.nature.com/articles/s41746-020-0221-y>
- [7] Sundhedsdatastyrelsen. Analyse af patientens mål. Delprojekt i program for et samlet patientoverblik.
https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638652710588729597/Analyse_af_patientens_maal.pdf
- [8] Sundhedsjournalen.
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/hjaelp-sundhedsfaglig/informationsmateriale/undervisningsmateriale/sundhedsjournalen/>
- [9] DSAM. Farmakologisk behandling af type 2-diabetes.
<https://www.dsam.dk/vejledninger/fb-type2>
- [10] HL7. FHIR – Fast Healthcare Interoperability Resources.
<https://www.hl7.org/fhir/>
- [11] MedCom. Klinikens Cockpit. Kortlægning af as-is for planlægning og arbejde med multisyge og sårbare patienter. April 2024
<https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/03/Klinikens-Cockpit-as-is-analyse-endeelig-udgave.pdf>
- [12] Indenrigs- og sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform for 2024. November 2024.
https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf

9. Bilag 1. User stories

Tabellen nedenfor viser de user stories, der er indsamlet fra patienter og kliniske brugere i almen praksis og kommuner.

User stories er struktureret efter den klassiske model: 'Som [rolle], ønsker jeg at [funktion], når [situation], sådan at [værdi]'. Disse beskrivelser danner udgangspunkt for den videre udvikling af funktionalitet i forløbsplansløsningen.

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
1	almen praksis	at patientens mål og de værdier, der er relevante for patientens kroniske sygdom, vises samlet og er let tilgængelig fra/i mit LPS	Patienten kommer til (års)kontrol	Jeg kan få overblik over patientens værdier og mål
2	almen praksis	At kunne indtaste klinikmålte værdier og at disse synkroniseres til LPS lab. kort	Patienten kommer til (års)kontrol	Jeg skal ikke registrere klinikmålte værdier flere steder.
	almen praksis	At få vist anbefalede mål for de relevante værdier ift. patientens kroniske sygdom. Fx LDL for hjertepatienter. Værdierne skal være beregnede ud fra gældende kliniske retningslinjer.	Patienten kommer til (års)kontrol	Jeg får støtte til at følge de kliniske retningslinjer
4	almen praksis	At få vist behandlingsforslag (fx medicin) iht de gældende kliniske retningslinjer	Patienten kommer til (års)kontrol	Jeg får støtte til at følge de kliniske retningslinjer
5	almen praksis	At kunne ændre de anbefalede mål hvis jeg ud fra en individuel vurdering mener at patientens mål skal afvige fra det anbefalede	Patienten kommer til (års)kontrol	Sammen med patienten kan opstille relevante og realistiske individuelle mål som patienten efterfølgende kan se i sin digitale forløbsplan.
6	almen praksis	At kunne identificere de patienter som skal have udarbejdet en forløbsplan	jeg arbejder med min patientpopulation	jeg kan få indkaldt de patienter som ikke har været til årskontrol og ikke har

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
				fået udarbejdet en forløbsplan
7	almen praksis	At kunne oprette en forløbsplan for en patient	Patienten kommer til (års)kontrol	sådan at patienten får indsigt i sin sygdom og sine mål og kan inddrages i behandlingen
8	almen praksis	At kunne printe en forløbsplan	Patienten kommer til (års)kontrol	jeg kan udlevere en printet forløbsplan til patienter der har behov for eller ønsker det
9	almen praksis	At kunne lave en grafisk fremstilling, der viser hvordan medicin og forskellige mål følges ad	ved konsultationer	Alle parter får et grafisk overblik, der gør det overskueligt at se om og hvordan medicinen påvirker patientens behandling
10	almen praksis	At kunne skrue på kompleksiteten	ved konsultationer	Patienter med forskellige behov kan se en forløbsplan, der er tilpasset til deres ønske/behov ift. kompleksitet
11	almen praksis	At der er en ensartethed i layout mellem faglig visning og patientvisning	altid	patienten ser det sammen på lægens skærm som på sin egen skærm og vi dermed får et bedre udgangspunkt for dialogen
12	almen praksis	Have overblik over patientens aftaler med andre sektorer (fx kommune)	ved konsultationer	At det er nemt at gøre det rigtige ift. planlægning af patientens forløb
13	almen praksis	At få PRO oplysninger fra patienter	inden (års)kontrol	jeg kan spare tid til selve konsultationen

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
14	almen praksis	At der er god integration med LPS og med funktionerne fra Klinikens Cockpit	altid	jeg ikke skal finde og indtaste informationer ind flere steder
15	almen praksis	At ikke skulle klikke unødvendigt meget rundt når jeg skal åbne forløbsplanerne i mit LPS	når jeg udarbejder forløbsplaner	jeg kan spare tid til selve konsultationen
16	almen praksis	At flere emner inkluderes under egenomsorg (KRAMSSS)	når jeg udarbejder forløbsplaner	alle livsstilsfaktorer kan indgå i patientens plan
17	almen praksis	At få hjælp til stratificering af patienterne	ved konsultationer	patienten kan få den relevante behandling og tilbud
18	almen praksis	At få overblik over tidligere ordinationer, der er mere end 2 år gamle.	ved konsultationer	jeg kan få overblik over effekten af de tidligere ordinationer
19	almen praksis	At få en compliance visning	ved konsultationer	jeg kan se om patienten henter den ordinerede medicin
20	almen praksis	At kunne se hvilke indlæggelser patienten har haft pga forværringer	ved konsultationer	jeg kan følge patientens indlæggelser
21	patient	At kunne se min forløbsplan (værdier der er relevante for min kroniske sygdom og de aftaler og mål vi aftalte sidst jeg var til kontrol hos min læge)	altid	Jeg har overblik over mit sygdomsforløb og de mål vi har aftalt
22	patient	At jeg får en reminder om årskontrol (indsigter fra Deloitte)	tiden nærmer sig for årskontrol	Jeg husker hvornår jeg skal til årskontrol og kan forberede mig bedst muligt
23	patient	At være mere aktiv	altid	min kroniske sygdom begrænser mig mindst muligt
24	patient	At kommunale behandlere kan se mine livsstils- og behandlingsmål	jeg er i kontakt med den kommunale sektor	jeg skal ikke fortælle de samme ting flere gange når jeg møder

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
				sundhedspersoner i forskellige sektorer
25	patient	At kunne se en samlet visning af "min sundhed", der ikke er sygdomsopdelt	altid	Jeg kan danne mig et overblik over mine generelle mål og nemmere kan forholde mig til hvad der er vigtigt for min sundhed
26	patient	At notere at behandlingen er sufficient	altid	jeg kan se hvilken behandling eller indsats som har virket
27	patient	At få en visualisering af mine mål på en enkelt måde, der er sammenhængende med behandlingen	altid	Jeg kan finde ud af hvad der er vigtigst for mig og nemt kan se udviklingen i mit forløb
28	patient	En dynamisk plan, der løbende kan ændres efter behov	altid	planen afspejler min aktuelle situation og mine behov
29	patient	At vide hvad jeg skal gøre eller hvem jeg skal kontakte, hvis der sker en forværring i min sygdom	jeg oplever forværring eller skal planlægge en rejse	jeg kan være tryk og have frihed til fx at rejse
30	patient	at kunne samarbejde med mit lægehus (før og efter konsultation) ved at indtaste egne målinger og status på aftaler (PRO)	jeg skal til årskontrol	så konsultationen kan tage udgangspunkt i min aktuelle situation
31	patient	At kunne finde mine lokale KOL-tilbud, som fx KOL-kor	altid	så jeg let kan finde de muligheder der er for aktiviteter i min kommune
32	patient	At få et overblik over mine aftaler på tværs af sektorer	altid	Jeg altid har et overblik over mine aftaler tilgængeligt

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
33	patient	at mine behandlere kender og tager udgangspunkt i min situation	ved kontakt med sundhedssektoren	der kan tages hensyn til om jeg skal genoptræne eller blot skal have palliativ behandling
34	patient	se link til telemedicinske tilbud	altid	så jeg kender mulighederne for behandling hvis/når det bliver relevant
35	patient	se link patientforeninger og anden relevant information om min sygdom	altid	så jeg kan vide mere om min sygdom
36	sundhedsfaglig	At kunne se patientens forløbsplan	Patienten skal visiteres til et kommunalt tilbud	Patienten modtager det relevante tilbud og oplever kontinuitet i behandlingen
37	Sundhedsfaglig	at forstå hvad patienten har brug for ift. hvilken fase (omsorg vs. egenomsorg)	jeg visiterer og planlægger patientens behandling	patienten får den behandling han/hun har brug for ift. sin samlede situation
38	Sundhedsfaglig	Se grundlag for de scorer der indgår i forløbsplanen (KOL) CAT MRC	jeg visiterer og planlægger patientens behandling	jeg har en bedre faglig indsigt i patientens tilstand
39	Sundhedsfaglig	overblik over patientens aftaler (AP, Amb., mv.)	jeg visiterer og planlægger patientens behandling	jeg kan hjælpe patienten med overblik og kan handle ud fra indsigt i kommende aftaler
40	Sundhedsfaglig og almen praksis	at kunne se hvor bliver patienten fulgt	jeg visiterer og planlægger patientens behandling	jeg ved hvem jeg skal kontakte ved behov
41	Sundhedsfaglig	at kunne redigere patientens mål og status for mål	når patienten er til behandling hos mig	så patientens mål er opdaterede og relevante

ID	Som en/et	Ønsker jeg	Når	Sådan at
42	sundhedsfaglig	at få tilbagemeldinger fra års-kontroller i AP - evt. notater	jeg visiterer og planlægger patientens behandling	så jeg kan behandle patienten ud fra opdateret viden om patientens tilstand

10. Bilag 2. Status for nationale autoritative kilder

Datakilde	Indhold	Status
Diagnosekortet	Patientens aktuelle og relevante diagnoser	Daglig drift Udbredelse pågår
Aktivitet	Patientens planlagte aktiviteter/indsatser, som endnu ikke er booket.	Eksisterer ikke
Mål	Patientens egne mål	Eksisterer ikke
Aftaler	Patientens aftaler	Daglig drift
PRO (Patient rapporterede oplysninger)	Patientens besvarelse af spørgeskemaer	Daglig drift Udbredelse pågår
Patientens målinger	Patientens målinger i eget hjem	Daglig drift Udbredelse pågår
DDV (Det Danske Vaccinationsregister)	Patientens vaccinationer	Daglig drift
FMK (Fælles medicinkort)	Patientens ordinerede medicin	Daglig drift
Laboratoriesvarportalen	Patientens laboratoriesvar.	Daglig drift Vil i 2025 også indeholde laboratoriesvar udført i almen praksis