



Digital understøttelse af kronikerpakker

Analyse



Udgiver	MedCom
Version	0.90
Versionsdato	4. december 2025
Web-adresse	www.medcom.dk
Titel	Digital understøttelse af kronikerpakker. Analyse.

Rapporten kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

0.	Ledelsesresumé.....	6
1.	Indledning	7
1.1	Baggrund	7
1.2	Formål.....	7
1.3	Afgrænsninger	8
1.4	Læsevejledning	9
2.	Metode.....	10
2.1	Metodiske principper	10
3.	Eksisterende løsninger og komponenter	12
3.1	Lægepraksissystemerne	12
3.2	Digitale forløbsplaner	13
3.3	Klinikkens cockpit.....	14
3.4	Web-patient	14
3.5	Opgaverekvisitionskomponenten.....	15
3.6	Pakkehenvvisning/dynamisk henvisning	16
3.7	Fælles Medicinkort	17
3.8	Sundhed.dk og Sundhedsjournalen	17
3.9	Min Læge	18
3.10	Aftaleoversigten.....	19
3.11	Det Danske Vaccinationsregister	19
3.12	Deling af planer	20
4.	Digital understøttelse frem mod 1. januar 2027	21
4.1	MVP 1: Baseline	22
4.1.1	Konkrete leverancer i MVP 1: Baseline	23
4.2	MVP 2: Udbygget	24
4.2.1	Konkrete leverancer i MVP 2: Udbygget	25
4.3	MVP 3: Komplet	26
4.3.1	Konkrete leverancer i MVP 3: Komplet	27

5.	GAP analyse	30
5.1	Indledende fase: Trin 1. Opstart af pakkeforløb	31
5.1.1	Kriterier	32
5.1.2	Behovsvurdering	32
5.1.3	Differentiering	33
5.1.4	Behandlingsplan	33
5.1.5	Henvisning	34
5.2	Indledende fase: Trin 2: Yderligere indsats	34
5.2.1	De almenmedicinske tilbud	35
5.2.2	Sygehuse og øvrig praksissektor	36
5.2.3	Kommune	36
5.2.4	Patientrettet forebyggelse	37
5.2.5	Civilsamfund	38
5.3	Vedvarende fase	38
5.3.1	Opfølgning ved det almenmedicinske tilbud	39
5.3.2	Opfølgning	40
5.3.3	Monitorering og kvalitetsudvikling	40
6.	Anbefalinger, forudsætninger og risici	42
6.1	Anbefalinger	42
6.1.1	Gennemfør MVP1 og MVP2 som beskrevet i analysen	42
6.1.2	Priorité udviklingen af et fælles digitalt overblik (MVP3)	42
6.1.3	Etabler national indikatorramme for monitorering og kvalitetsudvikling	43
6.1.4	Fasthold principper for genkendelighed og minimal forstyrrelse af eksisterende arbejdsgange	43
6.1.5	Iværksæt systematisk test, pilotafprøvning og certificering	43
6.2	Forudsætninger	43
6.2.1	Pakkeforløb skal være fagligt godkendte og publiceret i struktureret form	43
6.2.2	Opgaverekvisitioner og henvisningsgrundlag skal være tilgængelige	44
6.2.3	National implementeringsstøtte	44
6.2.4	Respekt for kapacitets- og tidsmæssige begrænsninger i almen praksis	44
6.3	Risici og afbødende tiltag	44
6.3.1	Forsinkelser i pakkeforløb og nationale faglige specifikationer	44
6.3.2	Forsinkelser hos leverandører	44

6.3.3	Manglende test eller utilstrækkelig afprøvning	45
6.3.4	Forventnings- eller kapacitetsproblemer i almen praksis	45
6.3.5	Manglende datastandardisering for MVP ₃	45

o. Ledelsesresumé

Indledende bemærkning

Denne analyse er udarbejdet på bestilling af Styregruppen for Digital Almen Praksis (DAP) og skal behandles på styregruppemødet den 16. december 2025. Styregruppens bemærkninger indarbejdes efterfølgende og den færdige analyse vil foreligge primo januar 2026.

Styregruppens kommentarer til analysen indarbejdes efterfølgende og den færdige analyse forventes at foreligge i uge 1 2026.

Analyse beskriver, hvordan den digitale understøttelse af kronikerpakkerne for KOL og lænderygsmerter kan etableres frem mod 1. januar 2027 ved at videreudvikle allerede eksisterende digitale løsninger i almen praksis.

Tilgangen er baseret på en MVP-struktur, hvor nødvendige funktioner leveres i to trin (MVP 1 og MVP 2) frem mod 2027, mens en fuldt udbygget løsning (MVP 3) etableres efterfølgende.

Analysen viser, at:

- En første digital løsning er realistisk at etablere inden 1. januar 2027.
- Eksisterende løsninger – Lægepraksissystemerne, digitale forløbsplaner, Klinikens Cockpit og øvrige komponenter – kan tilsammen understøtte de centrale dele af kronikerpakkerne.
- Der ikke er behov for nye systemer, men for målrettede tilpasninger og koordinering af eksisterende løsninger.
- En fuldt digital løsning efter 2027 kræver udvikling af vigtige nye elementer, f.eks. fælles, tværsektorielle datakilder og et samlet digitalt overblik. Udviklingen af den fuldt digitale løsning kan med fordel initieres i 2026 med fastlæggelse af et målbillede arbejdet.

I perioden frem mod 2027 kan almen praksis anvende en stabil og genkendelig digital understøttelse, som håndterer de grundlæggende elementer i Sundhedsstyrelsens generiske model for kronikerpakker.

Læsere, der ønsker et hurtigt overblik til brug for beslutninger, kan med fordel starte med kapitel 6, der samler analysens anbefalinger, forudsætninger og risici.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Med Aftale om Sundhedsreform 2024 er der truffet beslutning om at indføre en ny patientret-tighed i form af kronikerpakker. Fra 1. januar 2027 får borgere med kroniske sygdomme – i første omgang KOL og lænderygsmerter – ret til et sammenhængende, systematisk og individuelt til-passet behandlingsforløb. Kronikerpakkerne skal bidrage til at reducere ulighed i sundhed, styrke det nære sundhedsvæsen og sikre mere sammenhængende patientforløb på tværs af al-men praksis, kommuner og hospitaler.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for pakkeforløb som ramme for de syg-domsspecifikke pakker. Modellen fastlægger principper for behovsvurdering, differentiering, behandlingsplaner og digitalt overblik. Den danner således grundlaget for, hvordan kronikerpak-kerne skal implementeres i almen praksis og på tværs af sektorer.

Siden 2018 har digitale Forløbsplaner været udbredt i almen praksis som et redskab til struktu-rering af indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Løsningen anvendes i dag bredt, til patien-ter med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdomme. I 2024 blev der oprettet mere end 240.000 planer. I september 2025 blev der oprettet mere end 30.000 forløbsplaner og over 90 % af lan-dets klinikker benytter værktøjet i daglig drift.

Sideløbende er der udviklet Klinikken Cockpit, som giver almen praksis nye muligheder for at arbejde proaktivt med udvalgte patientgrupper. Cockpit-projektet understøtter klinikken i at identificere sårbare patienter, målrette indsatsen og skabe populationsbaserede overblik.

I praksis vil den første version af digital understøttelse af kronikerpakkerne ske med udgangs-punkt i en kombination af lægepraksissystemerne, digitale forløbsplaner, Klinikken Cockpit og andre relevante eksisterende komponenter. Ved at koble den generiske model med disse vær-k-tøjer kan praksis både følge og understøtte den enkelte patients forløb og samtidig styre indsats-sen på tværs af patientgrupper. Analysen skal samtidig belyse, hvordan en første version af di-gitalisering af kronikerpakkerne kan være driftsklar pr. 1. januar 2027 og danne grundlag for videre udvikling efter 2027.

1.2 Formål

Denne analyse er bestilt af Styregruppen for Digital Almen Praksis (DAP) og gennemføres i hen-hold til det godkendte kommissorium af 16. juni 2025. Kommissoriet fastlægger rammen for arbejdet, herunder at analysen skal danne grundlag for at vurdere, hvordan eksisterende digitale løsninger – herunder digitale forløbsplaner – kan anvendes og videreudvikles til at understøtte kronikerpakkerne fra 1. januar 2027.

Formålet med analysen er at skabe et solidt fagligt og teknisk beslutningsgrundlag for digital understøttelse af kronikerpakkerne. Det indebærer:

- **Undersøge og dokumentere** i hvilket omfang digitale forløbsplaner, Klinikens Cockpit og andre relevante systemer kan anvendes til at understøtte kronikerpakkeforløb for KOL og lænderygsmerter.
- **Identificere nødvendige tilpasningsbehov** – tekniske, kliniske og organisatoriske – for at realisere en fuld digital understøttelse.
- **Udarbejde en plan og anbefalinger** for udvikling og implementering frem mod 2027, så løsningen kan tages i daglig drift i almen praksis pr. 1. januar 2027.
- **Gennemføre en gap-analyse**, der viser hvilke dele af den generiske model og den digitale understøttelse, som først kan realiseres efter 2027, og dermed skal prioriteres i en videreudvikling.

Ved at kombinere de to eksisterende digitale spor – forløbsplaner som det patientnære værktøj og Klinikens Cockpit som det populationsbaserede styringsredskab – kan almen praksis både følge den enkelte patients forløb og samtidig prioritere ressourcer på tværs af patientgrupper.

Analysen skal danne grundlag for en prioriteret plan for, hvilke elementer der kan udvikles frem mod 1. januar 2027, og hvilke der forudsætter en længerevarende indsats.

1.3 Afgrænsninger

Denne analyse fokuserer udelukkende på den digitale understøttelse af Sundhedsstyrelsens generiske model for kronikerpakker for KOL og lænderygsmerter. Analysen omfatter vurdering af, hvordan eksisterende nationale og sektorielle løsninger – herunder digitale forløbsplaner, LPS, Klinikens Cockpit og nationale løsninger og services – kan anvendes og tilpasses frem mod 1. januar 2027.

Analysen omfatter ikke faglig videreudvikling af pakkeforløbene, ændringer af kliniske retningslinjer eller beskrivelse af nationale implementerings- eller omlægningsprogrammer. Finansiering, driftsansvar og organisatoriske konsekvenser i kommuner og regioner ligger ligeledes uden for projektets ramme og behandles derfor ikke.

Analysen er dermed afgrænset til at beskrive, hvad der kan etableres inden for eksisterende løsninger og realistisk udviklingskapacitet i 2026, samt hvilke elementer der skal prioriteres frem mod driftsstart 1. januar 2027.

1.4 Læsevejledning

Dette dokument er opbygget, så læseren trin for trin får et klart overblik over grundlaget for den digitale understøttelse af kronikerpakkerne samt de valg, forudsætninger og prioriteringer, der ligger til grund for analysens anbefalinger.

Kapitel 1 introducerer baggrunden for arbejdet, formålet med analysen, dens afgrænsninger samt denne læsevejledning. Kapitlet giver det overordnede udgangspunkt for, hvorfor og hvordan den digitale understøttelse af kronikerpakkerne skal analyseres frem mod 1. januar 2027.

Kapitel 2 beskriver den anvendte metode. Her præsenteres både den overordnede tilgang til analysen og de metodiske principper, som har været styrende for vurderingerne – herunder princippet om, at løsningen skal bygge på eksisterende og driftsklare komponenter, og at løbsplanerne og Klinikens Cockpit udgør fundamentet for første version af kronikerpakkerne.

Kapitel 3 giver en faktuel og systematisk gennemgang af de centrale digitale løsninger og komponenter, som indgår i den første version af digital understøttelse af kronikerpakkerne. Kapitlet fungerer som et opslagsværk for løsningerne i almen praksis og de tilkoblede nationale services, og det danner det tekniske og funktionelle udgangspunkt for vurderingerne i de efterfølgende kapitler.

Kapitel 4 beskriver udviklingsvejen frem mod 1. januar 2027 gennem en MVP-tilgang¹. Kapitlet viser, hvordan den digitale understøttelse etableres i tre trin (Baseline, Udbygget og Komplet), og angiver konkrete leverancer og ansvar for MVP 1, MVP 2 og MVP 3. Dette kapitel udgør analysens centrale vurdering af, hvad der realistisk kan udvikles og bringes i drift frem mod driftsstart i almen praksis den 1. januar 2027.

Kapitel 5 – GAP-analysen – analyserer forskellen mellem Sundhedsstyrelsens generiske model for kronikerpakker og den digitale understøttelse, der kan etableres med eksisterende løsninger frem mod 1. januar 2027. Kapitlet synliggør, hvilke elementer der kan realiseres i MVP 1 og MVP 2, og hvilke der først kan etableres efter 2027 som en del af videreudviklingen mod den fuldt digitale model.

Kapitel 6 samler analysens hovedresultater i form af anbefalinger, forudsætninger og risici. Afsnittet kan læses særskilt og fungerer som beslutningsgrundlag for styregrupper og programledelse.

¹ Minimal Viable Product

2. Metode

Analysen af digital understøttelse af kronikerpakkerne er gennemført på baggrund af en kombination af dokumentstudier, tekniske vurderinger, møder, interviews og løbende faglig afstemning med centrale aktører. Metoden er tilrettelagt, så den både belyser eksisterende løsninger, behovet for tilpasninger og de realistiske leverancer frem mod 1. januar 2027.

Ud over de konkrete aktiviteter bygger analysen på en række **styrende principper**, som har fungeret som metodisk ramme. Disse principper har været afgørende for afgrænsning, vurdering af løsningsmuligheder og prioritering af leverancer i MVP 1, MVP 2 og MVP 3 som er beskrevet i kapitel 4.

2.1 Metodiske principper

Analysen bygger på en række metodiske principper, som har været styrende for vurderingen af eksisterende løsninger, prioriteringen af opgaver og afgrænsningen af den digitale understøttelse frem mod 1. januar 2027. De metodiske principper er beskrevet i tabellen nedenfor.

Princip	Beskrivelse
Kun én løsning i almen praksis	Det er et centralt princip, at der ikke udvikles parallelle løsninger. Den digitale understøttelse skal bygge ovenpå de systemer, klinikkerne allerede arbejder i. Lægepraksissystemerne (LPS) er derfor den primære platform, hvor kronikerpakkerne skal realiseres.
Forløbsplaner bliver til kronikerpakker	Analysen tager udgangspunkt i, at de eksisterende digitale forløbsplaner er den bærende komponent i den første version af digital understøttelse af kronikerpakker. I den første version af digitalisering af kronikerpakkerne konfigureres så de kan rumme behovsvurdering, differentieret tilbud, behandlingsplan henvisning – uden at der etableres et helt nyt system.
Genbrug af eksisterende løsninger og komponenter	Der udvikles kun nyt, hvor det er strengt nødvendigt. Eksisterende nationale løsninger og komponenter – f.eks. digitale forløbsplaner, Klinikens Cockpit, Web-patient, PRO, Sundhedsjournalen, Aftaleoversigten, Det Danske Vaccinationsregister og MedCom-standarder – genbruges og tilpasses i nødvendigt omfang.
Kun løsninger, der er modne og driftsklare	Alle komponenter, der indgår i den første version af kronikerpakkerne pr. 1. januar 2027, skal være:

Princip	Beskrivelse
	• kendte, • implementerede, • stabile, • og allerede anvendt i drift. Dette reducerer risikoen og sikrer, at klinikkerne kan tage løsningen i brug.
Genkendelighed og kontinuitet	Den digitale løsning skal understøtte arbejdsgange, som er genkendelige for klinikkerne. Funktionalitet, der allerede bruges i dag (forløbsplaner, spørgeskemaer, aftaler, henvisninger, FMK, Web-patient), skal videreføres og ikke erstattes af nye koncepter.
Klar til drift den 1. januar 2027	Metoden prioriterer leverancer, der er realistiske at nå i 2026. Dette indebærer, at: • før løsningen kan tages i brug, skal samtlige seks praksissystemer gennemføre test og godkendes af MedCom • løsningen skal være klar til test senest september 2026,

3. Eksisterende løsninger og komponenter

Dette kapitel giver en kort og faktuel beskrivelse af de digitale løsninger og centrale komponenter, som kan genbruges som byggesten i realiseringen af den første version af kronikerpakkerne. Fokus er på hvad der allerede findes i almen praksis og tilknyttede systemer og mindre på analyse eller vurdering af krav i den generiske kronikermodel. I de følgende afsnit beskrives:

- Lægepraksissystemer (LPS)
- Digitale forløbsplaner
- Klinikens Cockpit
- Web-patient
- Opgaverekvisitionskomponenten
- Pakkehenvvisning/dynamisk henvisning
- Fælles Medicinkort
- Sundhed.dk og Sundhedsjournalen
- Min Læge
- Aftaleoversigten
- Det Danske Vaccinationsregister
- Deling af planer

3.1 Lægepraksissystemerne

Lægepraksissystemerne (LPS) er kernen i digitaliseringen i almen praksis og udgør lægens primære arbejdsredskab. Alt klinisk arbejde – udredning, diagnostik, behandling, medicinering, opfølgning og kommunikation – foregår og dokumenteres i et LPS. Systemerne fungerer som klinikens journalsystem og samler oplysninger om patientens sygdomshistorik, aktuelle problemstillinger, medicin, prøvesvar og kontakter til sundhedsvæsenet.

LPS er samtidig bindeleddet til det øvrige sundhedsvæsen. Systemerne integrerer nationale løsninger som Fælles Medicin Kort, laboratoriesvarportalen, henvisninger, aftaler, spørgeskemaer og digitale forløbsplaner og anvender fælles MedCom-standarder til tværsektoriel kommunikation. Det betyder, at klinikken kan dokumentere behandling ét sted og dernæst udveksle oplysninger med hospitaler, kommuner og patienter, uden at data skal indtastes flere steder.

I praksis er LPS den platform, som alle klinikens arbejdsgange tager udgangspunkt i: lægen slår patienten op i LPS, dokumenterer konsultationen, opdaterer medicin, ordinerer prøver, sender henvisninger, opretter eller opdaterer en forløbsplan, indhenter laboratorieresultater og kommunikerer med patienten – alt sammen i det samme system. Det gør LPS til den afgørende komponent for effektiv drift og kvalitet i almen praksis.

Systemerne udbygges løbende i samarbejde mellem LPS-leverandørerne, MedCom, SDS, PLO, PLSP og KiAP og nye funktioner implementeres løbende, så de bliver en naturlig del af de rutiner, praksispersonalet arbejder efter. Integrationer til Min Læge, Sundhed.dk og den nationale infrastruktur er etableret gennem PLSP, og LPS er i stigende grad en platform, hvor både kliniske data, patientinddragelse og tværsektoriel koordinering samles.

I relation til kronikerpakkerne spiller LPS en helt central rolle og er en forudsætning for at pakkeforløbene kan fungere i praksis, idet pakkeforløbene skal være fuldt integreret direkte i lægens daglige arbejdsgang. Både forløbsplaner, Klinikens Cockpit, aftaler, spørgeskemaer og hjemmemålinger skal tilgås og opdateres fra LPS, og alle pakkeaktiviteter – fra stratificering til opfølgning – vil blive udført via funktioner i LPS. LPS bliver derfor også den primære platform, hvor kronikerpakkerne realiseres i almen praksis.

3.2 Digitale forløbsplaner

Digitale forløbsplaner er en central national løsning, som understøtter almen praksis i arbejdet med kroniske patienter. Løsningen er udviklet i et samarbejde mellem MedCom, PLO, KiAP, PLSP og LPS-leverandørerne og er fuldt integreret i Lægepraksissystemerne. Forløbsplanerne er indført for KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme, og anvendes i dag i almen praksis som et generelt værktøj til systematisk opfølgning, dokumentation og patientinddragelse.

En digital forløbsplan samler de oplysninger, der knytter sig til et kronisk patientforløb, herunder individuelle behandlingsmål, patients egne mål og relevante målinger. Planen giver lægen og praksispersonalet et struktureret udgangspunkt for konsultationer og opfølgninger, og patienten får adgang til sin plan via Min Læge og sundhedsjournalen på Sundhed.dk. En patients forløbsplan deles via den nationale infrastruktur og gør det muligt at aktører på tværs af organisationer kan skabe et mere sammenhængende forløb for patienten. Forløbsplanen fungerer dermed som et fælles referencepunkt mellem patient og det samlede sundhedsvæsen hvad angår behandling af en kronisk sygdom.

I praksis indgår forløbsplanerne i klinikens daglige arbejdsgange. Planerne oprettes typisk i forbindelse med diagnose eller opstart af systematisk opfølgning og opdateres løbende ud fra kliniske observationer og målinger.

Digitale forløbsplaner spiller en central rolle i den kommende første version af digitale understøttelse af kronikerpakkerne. Forløbsplanen bliver bærende for pakkelogikken, da pakken indlejres i planens struktur. Den fungerer som koblingen mellem patientens individuelle forløb og det populationsbaserede overblik i Klinikens Cockpit. Da forløbsplanerne allerede er implementeret i alle praksis, kan de genbruges direkte i første version af kronikerpakkernes digitale understøttelse med relativt begrænsede tilpasninger.

3.3 Klinikens cockpit

Klinikens Cockpit er et projekt initieret af Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Regionerne som har ophæng i programmet Digital Almen Praksis med projektledelse i MedCom. Målet er at udvikle løsninger, som giver almen praksis bedre mulighed for at varetage sin rolle som tovholder for patientforløb — både for den enkelte patient og på populationsniveau.

Projektet bygger på erkendelsen af, at klinikkerne i stigende grad står med komplekse patientforløb og mange kroniske patienter med behov for koordinerede indsatser. For at imødekomme dette udvikles Klinikens Cockpit som en digital understøttelse, der integreres med lægepraksissystemerne (LPS) og fungerer også som platform for opsøgende arbejde med sårbare grupper.

Projektet har to primære fokusområder:

- At give klinikken et fokuseret overblik, så den enkelte patients status, behov og forløb tydeligt fremgår og kan følges proaktivt.
- At give klinikken populationsoverblik, dvs. mulighed for at identificere og arbejde med patientgrupper med særlige behov – for eksempel kroniske sygdomme, multimorbiditet eller sårbare patienter.

Arkitekturen bag Klinikens Cockpit indebærer, at lægepraksissystemerne via nationale profiler og tekniske snitflader kan trække lister over patienter, udvælge dem og handle på dem — alt sammen inde fra LPS-brugerfladen.

Klinikens Cockpit er i implementeret for brugere af tre lægepraksissystemer. De første profiler er frigivet, og løsningen er ved at blive implementeret bredere i klinikkerne. Dette gør Cockpittet til et relevant værktøj i relation til digital understøttelse af kronikerpakkerne, idet praksis får konkrete digitale funktioner til at arbejde målrettet og rettidigt med kroniske patienter.

Klinikens Cockpit skal således ses som en byggeklod i digital understøttelse af kronikerpakkerne. Klinikens Cockpit er en del af LPS og kan samarbejde med forløbsplaner, og leverer populationsdata, som kan anvendes til realisering af pakkeforløb for kroniske sygdomme.

3.4 Web-patient

Web-patient er en national løsning, der gør det muligt for patienter at sende strukturerede oplysninger til deres læge, herunder spørgeskemaer og en række hjemmemålinger. Løsningen anvendes bredt i almen praksis og er integreret med lægepraksissystemerne, så de oplysninger patienten indsender, automatisk vises i klinikens system.

Web-patient benyttes især i forbindelse med udredning og opfølgning, hvor patienten kan udfylde digitale spørgeskemaer eller indtaste måledata mellem konsultationerne i almen praksis.

Data indsamlet med Web-patient kan lægen og praksispersonalet trække ind i behandlingsplanlægningen, f.eks. ved KOL-kontroller, diabetesopfølgning eller andre kroniske sygdomsforløb.

I klinisk hverdag anvendes Web-patient som et supplement til konsultationer, særligt når patientens egen rapportering spiller en vigtig rolle. Data integreres automatisk i LPS, hvor de kan indgå i vurdering af sygdomsstatus, justering af behandlingsplaner eller som grundlag for planlagte pakkeforløbsaktiviteter. Da data sendes struktureret, kan de også viderebehandles i forskellige sammenhænge, f.eks. i forløbsplaner eller i Klinikens Cockpit.

I relation til kronikerpakkerne bidrager Web-patient især til det patientnære og kontinuerlige element i forløbet. Mange pakkeforløb vil kræve løbende rapportering mellem kontroller, og Web-patient giver en allerede implementeret og moden kanal til dette. I den første version af digital understøttelse af kronikerpakkerne kræves ingen videreudvikling for at kunne håndtere pakkespecifikke skemaer og målinger, da infrastrukturen og snitfladerne allerede er på plads.

Web-patient vurderes derfor som en velegnet og klar komponent i den kommende digitale understøttelse af kronikerpakkerne, særligt i forhold til systematisk indsamling af patientens spørgeskemabesvarelser og hjemmemålinger.

3.5 Opgaverekvisitionskomponenten

Opgaverekvisitionskomponenten er en digital komponent, som understøtter sammenhængende arbejdsgange mellem it-systemer. Formålet er at sikre, at et afsendersystem kan oprette og sende en struktureret opgave til et modtagersystem, der derefter kan behandle opgaven i sin egen arbejdsgang.

Komponenten bruges i dag i flere nationale løsninger og er dermed en moden og velafprøvet teknologi. Den indgår bl.a. i:

- Initiering og udfyldelse af kommunal henvisning fra digitale forløbsplaner.
- Ajourføring af stamkortoplysninger mellem systemer.
- Initiering og udfyldelse af sygehushenvisninger fra den Digitale Svangre journal.

Opgaverekvisitionen gør det muligt at udfylde henvisninger med vedhæftninger eller strukturerede data fra afsendersystemet, som modtageren skal anvende i sin behandling af opgaven. Eksempler omfatter kliniske oplysninger, kontaktdata og behandlingsformål.

I relation til kronikerpakkerne vurderes komponenten som central, fordi den kan understøtte:

- Automatiseret afsendelse af kommunale opgaver, fx rehabiliteringsforløb og patientuddannelse.

- Tværsektoriel koordinering, hvor praktiserende læge, kommune eller sygehus udløser en opgave hos en anden aktør.
- Strukturerede bestillinger og henvisninger, som kan kobles direkte til patientens behandlingsplan.

Opgaverekvisitionskomponenten kan derfor genbruges i første version af den digitale understøttelse af kronikerpakkerne, og kræver kun begrænset videreudvikling—primært tilpasning af opgavetyper, så de svarer til pakkelogikken for KOL og lænderygsmærter.

3.6 Pakkehenviisning/dynamisk henviisning

Pakkehenviisning – ofte omtalt som *dynamisk henviisning* – er en national mekanisme, der gør det muligt at sende strukturerede henvisninger baseret på pakkeforløbets vejledning, krav og indhold. Pakkehenviisninger er udviklet i regi af MedCom og bygger på de nationale standarder for elektroniske henvisninger, men udvidet med pakkespecifik information og logik. Formålet er at sikre, at henvisninger i pakkeforløb indeholder de nødvendige kliniske oplysninger og leveres på en ensartet måde til de modtagende sektorer.

Med en pakkehenviisning kan lægen sende en henvisning, der automatisk tilpasses det konkrete pakkeforløb og inkluderer relevante data, f.eks. diagnoser, resultater, målinger og opfølgninger, som pakkens retningslinjer kræver. Den dynamiske del består i, at systemet kan tilføje strukturerede data fra LPS og patientens forløbsplan, så henvisningen både bliver mere fuldstændig og mere ensartet. Det reducerer risikoen for mangelfulde oplysninger og sikrer bedre kontinuitet, når patienten overgår til kommunale tilbud eller sygehusafdelinger.

Pakkehenviisningen sendes via den eksisterende nationale infrastruktur for meddelelsesudveksling og anvender MedComs standarder.

I relation til kronikerpakkerne vil pakkehenviisning få en central funktion, fordi mange af pakkerne aktiviteter kræver henvisning til f.eks. kommunal træning, patientuddannelse, sygehusbaseret opfølgning eller billeddiagnostik. Pakkehenviisningen kan sikre, at disse henvisninger automatisk følger pakkens krav og indeholder al nødvendig information fra forløbsplanen, herunder mål, stratificering, relevante målinger og behandlingsstatus.

Løsningen er teknisk moden, og anvendelsen i kronikerpakkerne vil primært kræve tilpasning af de pakkespecifikke skabeloner. Den underliggende infrastruktur, standarder og udvekslingsmekanismer kan genbruges direkte, hvilket gør pakkehenviisningen til en realistisk og værdifuld komponent i første version af den digitale understøttelse af kronikerpakkerne.

3.7 Fælles Medicinkort

Fælles Medicinkort (FMK) er den nationale løsning, der samler alle oplysninger om borgerens aktuelle og tidligere ordinationer, recepter og dispenseringer. FMK er fuldt integreret i lægepraksissystemerne (LPS) og fungerer som lægens primære værktøj til medicin håndtering. Herfra kan lægen opdatere medicinlisten, forny recepter, registrere ændringer og sikre, at behandlingsansvaret er tydeligt dokumenteret. FMK bruges af hele sundhedsvæsenet og sikrer dermed, at både hospitaler, kommuner og almen praksis arbejder ud fra et fælles og opdateret medicingrundlag.

Løsningen er central i det daglige kliniske arbejde, fordi alle medicinrelaterede beslutninger – ændringer i dosering, ophør, bivirkninger, behandlingsmål og interaktioner – registreres og kommunikerer via FMK. Systemet fungerer samtidig som kilde til Min Læge og Sundhed.dk, hvor patienten kan følge med i sin egen medicin og anmode om fornyelser. FMK udgør dermed fundamentet for sikker medicin håndtering og kontinuitet på tværs af sektorer.

I relation til kronikerpakkerne spiller FMK en særlig rolle, da en stor del af behandlingsindsatsen for kroniske patienter er medicinsk. Korrekt og opdateret medicininformation er afgørende både ved behovsvurdering, stratificering, opfølgning og planlægning af pakkens aktiviteter. Oplysninger i FMK er integreret i digitale forløbsplaner, så pakkeforløbets mål og anbefalinger tager udgangspunkt i borgerens faktiske medicinstatus. Kombinationen af FMK-data og klinikkens Cockpit giver desuden mulighed for at identificere patienter med risikofaktorer eller manglende medicinopfølgninger.

FMK er en moden national komponent med stabile integrationer til LPS og andre fagsystemer. Løsningen kan derfor genbruges uden tekniske ændringer i den første version af kronikerpakkernes digitale understøttelse.

3.8 Sundhed.dk og Sundhedsjournalen

Sundhed.dk er borgerens adgang til egne sundhedsdata og fungerer som den fælles digitale indgang til store dele af det danske sundhedsvæsen. Platformen samler information fra regioner, kommuner og praksissektoren og giver borgeren et samlet overblik over egne forløb, aftaler, prøvesvar, medicin og kontaktoplysninger.

En central del af sundhed.dk er Sundhedsjournalen, som udstiller en række tværsektorielle sundhedsdata til både borgere, pårørende og sundhedsfaglige. Her vises blandt andet laboratorieresvar, medicinoplysninger fra FMK, henvisninger, epikriser, spørgeskemabesvarelser, hjemmemålinger, forløbsplaner og journaluddrag fra sygehuse. Sundhedsjournalen skaber dermed en fælles visning af data, så både patient og sundhedspersonale arbejder ud fra det samme grundlag.

Sundhed.dk fungerer som et vigtigt supplement til de data, der vises i klinikens egne systemer. Platformen samler mange af de datakilder, som kronikerpakkerne baserer sig på – f.eks. laboratorieværdier, medicinoplysninger og tidligere forløb – og giver dermed både patienten og de sundhedsfaglige et samlet overblik, der gør det lettere at forstå og følge behandlingsforløbet.

Rollen i kronikerpakkerne er især knyttet til gennemsigtighed og patientinddragelse. Når patienten får adgang til sin forløbsplan, sine målinger, sine aftaler og centrale journaloplysninger, bliver det lettere at forstå mål og progression i pakkeforløbet. For nogle patienter fungerer sundhed.dk som den primære adgang hvor oplysningerne er samlet ét sted og tilgængelige på tværs af sektorer.

Løsningen kan anvendes direkte i den første version af kronikerpakkernes digitale understøttelse, hvor der kan udvikles en visning af MinPlan der er en sammenstilling af data for kroniske sygdomme for alle relevante datakilder der allerede findes i Sundhedsjournalen.

Sundhedsjournalen vurderes derfor som en robust og moden national komponent, der kan indgå i pakkeforløbene.

3.9 Min Læge

Min Læge-app er den nationale borgerrettede adgang til almen praksis og fungerer som patientens direkte kommunikations- og informationskanal til egen læge. Appen er fuldt integreret med lægepraksissystemerne (LPS), så oplysninger vises og opdateres i realtid uden behov for ekstra registrering. For mange patienter er Min Læge den primære digitale indgang til kontakt med lægen og en central del af deres løbende sygdomsforståelse og egenomsorg.

Appen giver patienten mulighed for at se aftaler, modtage beskeder, forny medicin og orientere sig i prøvesvar og andre relevante oplysninger. Forløbsplaner fra LPS vises direkte i Min Læge, så patienten kan følge mål, planlagte opfølgninger og de centrale elementer i behandlingsforløbet. Dette gør forløbsplanerne mere tilgængelige og understøtter, at patienten kan tage aktiv del i sin egen behandling. Herudover anvender mange patienter også Min Læge til overblik over FMK og fornyelse af recepter, samt udfyldelse af skemaer, herunder forberedelse til første graviditetskonsultation.

Min Læge spiller en særlig rolle i kronikerforløb, hvor kontinuerlig kommunikation og indsigt i progression er vigtig. Når patientens individuelle forløbsplan vises i appen, skabes en rød tråd mellem klinikens planlægning og patientens hverdag.

I forhold til digitalisering af den første version af kronikerpakkerne er Min Læge en moden og allerede udbredt kanal, der kan bruges direkte uden større tekniske ændringer. Appen bidrager til at gøre pakkeforløbene mere gennemsigtige og hjælper patienten med at forstå mål, indsatser og næste skridt. Den videre udvikling vil primært handle om at fremhæve pakkespecifikke

oplysninger og sikre en klar og sammenhængende præsentation af forløbsplanens centrale elementer.

3.10 Aftaleoversigten

Aftaleoversigten er den nationale løsning, der samler borgerens aftaler på tværs af sundhedsvæsenet og præsenterer dem ét sted – både for borgere, pårørende og sundhedsfaglige. Løsningen er en del af Sundhedsdatastyrelsens initiativ *Et Samlet Patientoverblik* og modtager aftaleinformation fra både regionernes booking- og journalsystemer, de kommunale EOJ-systemer og lægepraksissystemerne (LPS). Formålet er at give et klart, samlet og opdateret billede af alle planlagte kontakter i sundhedsvæsenet, uanset sektor.

I almen praksis fremstår aftalerne som en naturlig del af arbejdsgangen, fordi de oprettes og administreres i LPS og samtidig udstilles i Min Læge og på sundhed.dk. For patienten betyder det, at både konsultationer i praksis, sygehusaftaler, kommunale træningsforløb og andre planlagte aktiviteter tydeligt fremgår samlet. For sundhedsfaglige aktører skaber Aftaleoversigten et fælles grundlag, hvor alle relevante aftaler kan ses på tværs af systemer og sektorer, hvilket bidrager til bedre koordinering og færre misforståelser.

I relation til kronikerpakkerne er Aftaleoversigten en central komponent, fordi pakkeforløbene stiller krav til systematisk planlægning af kontroller, undersøgelser, træningsforløb og andre opfølgingsaktiviteter. Når disse aftaler vises samlet, får både klinikken og patienten et tydeligt overblik over, hvor man befinder sig i forløbet, og hvad næste skridt er. Den tætte kobling mellem forløbsplanen i LPS og aftalerne i Aftaleoversigten gør det muligt at operationalisere pakkelogikken i praksis og sikre sammenhæng på tværs af sektorer.

Aftaleoversigten er teknisk moden og i fuld drift, og centrale snitflader er allerede etableret og implementeret bredt. Det betyder, at den kan anvendes direkte i første version af den digitale understøttelse af kronikerpakkerne uden større udviklingsbehov. Den fremtidige videreudvikling vil primært handle om at aftaleoversigten skal opdateres med statusinformationer om aftalen er blevet gennemført. Det vil give almen praksis en god mulighed for at følge op på om henvisninger og tværsektorielle aktiviteter udføres som planlagt.

3.11 Det Danske Vaccinationsregister

Det Danske Vaccinationsregister (DDV) er den nationale løsning, der samler oplysninger om alle vaccinationer givet i Danmark. Registeret drives af Sundhedsdatastyrelsen og anvendes på tværs af sektorer – i almen praksis, på sygehuse og i kommunale tilbud – og er samtidig tilgængeligt for borgere og pårørende via sundhed.dk. DDV fungerer som det centrale referencepunkt for borgerens vaccinationsstatus og sikrer, at alle aktører arbejder ud fra de samme og opdaterede informationer.

For almen praksis er DDV fuldt integreret i lægepraksissystemerne (LPS), hvor vaccinationer nemt kan registreres og ses som en del af den samlede kliniske dokumentation. Løsningen indgår naturligt i patientforløb, hvor vaccinationsstatus er relevant for vurdering, behandling og forebyggelse. Dette gælder særligt for KOL-patienter og andre kroniske patientgrupper, hvor vaccination mod influenza, pneumokokker og covid-19 er en del af de faglige anbefalinger.

DDV's rolle i kronikerpakkernes digitale understøttelse handler især om at sikre, at korrekt vaccinationsstatus bliver synlig og anvendelig i forløbsplaner og i Klinikens Cockpit. Når oplysningerne er tilgængelige i struktureret form, kan de indgå både i vurderingen af patientens behandlingsbehov og i udvælgelsen af patientgrupper med manglende eller forældede vaccinationer.

DDV understøtter dermed både det individuelle forløb og det populationsbaserede arbejde. Løsningen er teknisk moden og integrationerne til LPS, sundhed.dk og Sundhedsjournalen fungerer allerede. Det betyder, at DDV kan indgå i den første version af kronikerpakkernes digitale understøttelse uden behov for udvikling.

3.12 Deling af planer

Forløbsplaner kan deles via den nationale infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Løsningen er en del af Sundhedsdatastyrelsens arbejde med *Et Samlet Patientoverblik* og bygger på MedComs standarder for struktureret dokumentudveksling, herunder den danske HL7 CDA-profil (CPD). Formålet er at sikre, at forløbsplaner kan deles sikkert og konsekvent mellem almen praksis, hospitaler, kommuner og borgere.

I praksis giver deling af planer et mere sammenhængende patientforløb, fordi alle aktører har adgang til de samme, opdaterede oplysninger. Det styrker koordineringen omkring patienter med komplekse forløb og reducerer risikoen for fejl eller manglende information. Samtidig får patienten og pårørende adgang via sundhed.dk, hvilket øger transparens og understøtter borgerens evne til at følge og forstå sit forløb.

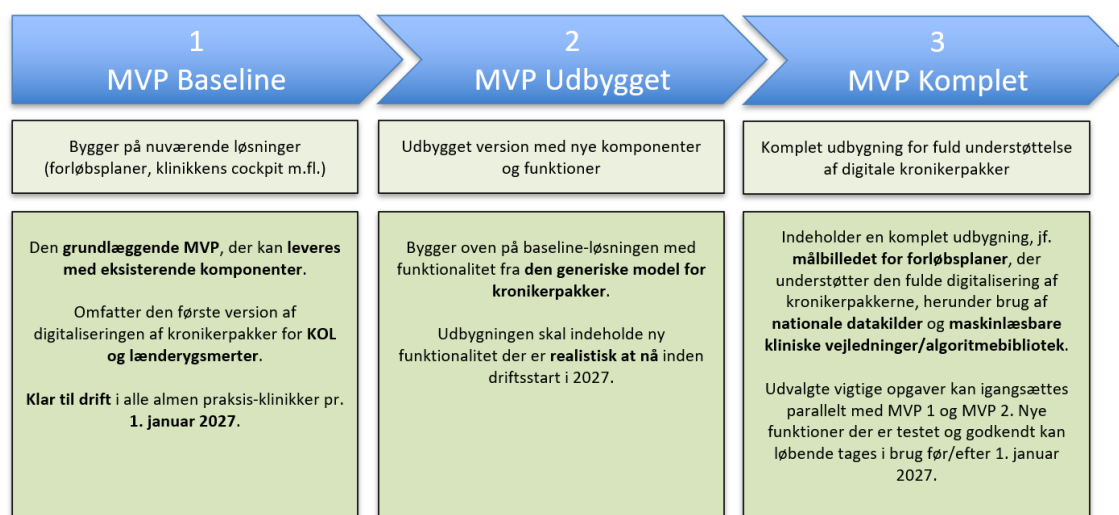
I relation til kronikerpakkerne er deling af planer en vigtig forudsætning, da pakkeforløbene ofte involverer flere sektorer og forskellige typer af indsatser. Når oplysninger om mål, opfølgning og behandlingsstatus deles på tværs, sikres et fælles grundlag for samarbejdet, uanset hvem der varetager næste skridt i pakkeforløbet. Løsningen er teknisk moden, og den eksisterende infrastruktur kan genbruges direkte. I den første version af kronikerpakkernes digitale understøttelse vil der være et mindre behov for udvikling til de specifikke krav i kronikerpakkerne.

4. Digital understøttelse frem mod 1. januar 2027

Implementeringen af kronikerpakkerne forudsætter en digital understøttelse, der både kan anvendes i den daglige drift i almen praksis og skabe sammenhæng til det tværsektorielle samarbejde. På baggrund af de eksisterende løsninger og komponenter beskrevet i kapitel 4 – herunder Lægepraksissystemerne, Digitale forløbsplaner, Klinikens Cockpit, Min Læge, Sundhed.dk, Aftaleoversigten og de relevante MedCom-standarder – er der et solidt grundlag for at etablere en første version af den digitale understøttelse allerede pr. 1. januar 2027.

Da implementeringshorisonten er relativt kort, og de nationale og lokale aktører samtidig skal understøtte drift, udvikling og uddannelse, anvendes en **MVP-tilgang (Minimal Viable Product)**. Formålet er at identificere *det mindste, men tilstrækkelige funktionelle sæt* af digitale arbejds-gange, der kan bringe kronikerpakkerne i drift på en sammenhængende måde.

MVP-tilgangen, for digital understøttelse af kronikerpakker, er opdelt i tre trin, som tilsammen udgør en realistisk og fremadskridende udviklingssti:



Figur 1. Den digitale understøttelse af kronikerpakker er opdelt i 3 trin.

- **Trin 1. Baseline:** Bygger på nuværende løsninger (forløbsplaner, klinikens cockpit m.fl.)
 - Den **grundlæggende MVP**, der kan **leveres med eksisterende komponenter**.
 - Omfatter den første version af digitaliseringen af kronikerpakker for **KOL og lænderygsmærter**.
 - **Klar til drift** i alle almene praksis-klinikker pr. **1. januar 2027**.
- **Trin 2. Udbygget:** Udbygget version med nye komponenter og funktioner

- Bygger oven på baseline-løsningen med funktionalitet fra **den generiske model for kronikerpakker**.
- Udbygningen skal indeholde ny funktionalitet der er **realistisk at nå** inden driftsstart i 2027.
- **Trin 3. Komplet:** Komplet udbygning for fuld understøttelse af digitale kronikerpakker
 - Indeholder en komplet udbygning, jf. **målbilledet for forløbsplaner**, der understøtter den fulde digitalisering af kronikerpakkerne, herunder brug af **nationale datakilder** og **maskinlæsbare kliniske vejledninger/algoritmebibliotek**.
 - Udvalgte vigtige opgaver kan igangsættes parallelt med MVP 1 og MVP 2. Nye funktioner der er testet og godkendt kan løbende tages i brug før/efter 1. januar 2027.

4.1 MVP 1: Baseline

I MVP 1 introduceres der ikke nye systemer, men der bygger oven på en eksisterende digitale løsninger og komponenter. Dette gør det muligt at etablere en første version af digital understøttelse af kronikerpakkerne inden for den tidsramme, der er fastsat frem mod 1. januar 2027.

Tidsrammen for sammensætning af MVP1 er meget kort. Den korte tidsramme udfordres desuden af at løsningen skal testes grundigt før den sættes i daglig drift. Erfaringer fra tilsvarende opgaver viser at der skal afsættes 3-4 måneder til testen. Det betyder at den samlede løsning til digital understøttelse af kronikerpakkerne skal være klar til test senest i september 2026.

System	LPS	FLP	KC	PRO	SDK	MinLæge
Opgave	Forløbsplaner: - Inklusionskriterier for lænderygsmærter - Opdatere opgaverekvisitions-komponenten - Test & certificering Klinikens Cockpit: - Implementere KC - Test & certificering	Opdatere/konfigurere FLP: Lænderygsmærter: - Relevante data - Tilføj formulærer - Forretningsregler - Testprotokoller - Test & certificering	- Forretningsregler - Profiler for KOL og lænderygsmærter - Testprotokoller - Testdata - Test & certificering - Udbredelse/ibrugtagning	Konfigurere Web-Patient med spørgeskemaer for KOL og lænderygsmærter	Konfigurere nuværende løsning til visning af lænderygsmærter	Konfigurere nuværende løsning til visning af lænderygsmærter
Omfang	Forløbsplaner: - Lille Klinikens Cockpit: - Stor	- Mellem	- Stor	- Lille	- Mellem	- Mellem

Figur 2. MVP 1: Baseline.

Figur 1, viser en oversigt for de eksisterende systemer, hvilke opgaver der skal udføres samt et estimat for omfanget af det arbejde der skal udføres.

På figuren er der følgende centrale elementer:

1. **Læge Praksis Systemerne (LPS)**, er det centrale arbejdsredskab, hvor pakkens aktiviteter dokumenteres.
2. **Digitale forløbsplaner (FLP)**, udgør den strukturerede ramme for pakkeforløbet. I MVP 1 anvendes det eksisterende forløbsplansmodul til individuelle behandlingsmål, indsatser, stratificering og opfølgning. FLP bruges både til klinisk dialog og til tværsektoriel deling af patientens behandlingsplan.
3. **Klinikkens Cockpit (KC)**, som giver klinikken mulighed for at identificere og arbejde systematisk med relevante patientgrupper. I MVP 1 bruges cockpit primært til at understøtte populationsbaseret overblik og udvælge patienter, der skal starte eller følges i pakkeforløb.
4. **Det omkringliggende økosystem**, - herunder PRO, Min Læge og Sundhed.dk – der anvendes som eksisterende understøttende kanaler til visning af aftaler, prøvesvar, medicin, forløbsplaner samt indsamling af spørgeskemaer og målinger.

4.1.1 Konkrete leverancer i MVP 1: Baseline

MVP 1 består udelukkende af funktionalitet, der allerede findes i drift i lægepraksissystemerne og i de nationale løsninger. For at kunne bringe MVP 1 i anvendelse fra 1. januar 2027 skal der gennemføres en række afgrænsede aktiviteter, der primært handler om konfiguration, tilpasning, test og implementering. Der udføres således ikke ny udvikling eller nye integrationer.

De konkrete leverancer for MVP 1 er opsummeret i nedenstående tabel, hvor hver leverance er angivet med et unikt ID. Tabellen danner samtidig grundlag for planlægning og opfølgning i udviklings- og testperioden frem mod september 2026.

Id	Leverance	Ansvarlig	Omfang (L, M, S)
MVP1-LPS-01	Alle 6 LPS skal implementere inklusionskriterier for kronikerpakken lænderygsmarter og sikre at relevante data synkroniseres til PLSP.	LPS-leverandørerne	L
MVP1-LPS-02	Opdatering af implementeringen af opgaverekvisitionskomponenten	LPS-leverandørerne	L
MVP1-LPS-03	MedCom test & certificering (MVP1-LPS-01 og MVP1-LPS-02)	LPS-leverandørerne	L
MVP1-LPS-04	Implementere Klinikens Cockpit i de resterende tre LPS.	LPS-Leverandørerne	M
MVP1-LPS-05	MedCom test & certificering (MVP1-LPS-04)	LPS-Leverandørerne	S
MVP1-FLP-01	Opdatere/konfigurere FLP med relevante data for lænderygsmarter	KiAP	L
MVP1-FLP-02	Opdatere/konfigurere FLP med formularer for lænderygsmarter	KiAP	M
MVP1-FLP-03	Opdatere FLP med forretningsregler for lænderygsmarter	FLP teknikgruppen	L
MVP1-FLP-04	Udarbejde testprotokoller og testdata for MVP-LPS03	FLP-teknikgruppen (MedCom og KiAP)	M
MVP1-FLP-05	MedCom test & certificering (MVP1-LPS-05)	FLP-teknikgruppen (MedCom og KiAP)	M
MVP1-FLP-06	Opgradering af driftsmiljøet for forløbsplaner (ekstra belastning)	PLSP	M

Id	Leverance	Ansvarlig	Omfang (L, M, S)
MVP1-FLP-07	Juridisk kvalitetssikring af aftalegrundlaget og databehandleraf-taler for national deling af behandlingsplaner for KOL og lænde-rygsmerter	KiAP	M
MVP1-KC-01	Udarbejde forretningsregler for KC til brug med kronikerpakker	MedCom KC projektet	L
MVP1-KC-02	Udarbejde profiler for KOL og længerygsmerter	MedCom KC projektet	M
MVP1-KC-03	Udarbejde testprotokoller og testdata for (MVP-KC02)	MedCom KC projektet	M
MVP1-KC-04	MedCom test og certificering af implementeringen af KC i de seks LPS.	MedCom KC projektet	S
MVP1-KC-05	Udbredelse og ibrugtagning af KC i alle klinikker.	MedCom KC projektet	S
MVP1-KC-06	Etablering af et KC testmiljø	MedCom KC projektet	M
MVP1-PRO-01	Udvikling og udgivelse af PRO-pakker for behovsvurdering af KOL og lænderygsmerter.	Sundhedsdatasty- relsen. PRO-sekreta- riatet.	L
MVP1-PRO-02	Konfigurering af Web-patient med PRO-pakker (MVP1-PRO-01)	Region Nordjylland. SynLab.	L
MVP1-SDK-01	Visning af forløbsplaner i Sundhedsjournalen skal opdateres med visning behandlingsplan for lænderygsmerter.	Sundhed.dk	M
MVP1-SDK-02	MedCom test og certificering af implementeringen af lænderyg-smerter i Sundhedsjournalen	MedCom	L
MVP1-ML-01	Visning af forløbsplaner i Min Læge skal opdateres med visning behandlingsplan for lænderygsmerter.	PLO PLSP og Trifork	M
MVP1-ML-02	MedCom test og certificering af implementeringen af lænderyg-smerter i Min Læge	MedCom	L
MVP1-MC-01	Definition af inklusionskriterier og relevante data for behand- lingsplan for lænderygsmerter. Forudsætning: DSAM's vejledning for lænderygsmerter er pub- liceret senest januar 2026 og lægges til grund for behandlings- planen.	MedCom Klinisk reference- gruppe: Forløbsplans pro- jektet Klinikkens Cockpit projektet	M
MVP1-MC-02	Beskrivelse og review af de kliniske arbejdsgange af den første version af digitale kronikerpakker.	MedCom Klinisk reference- gruppe: Forløbsplans pro- jektet Klinikkens Cockpit projektet	M
MVP1-MC-03	Analyse af datakompletheden/datakvaliteten i LPS der indgår i kronikerpakkerne.	MedCom Praksis-lab-team	M

4.2 MVP 2: Udbygget

MVP 2 repræsenterer næste skridt i den digitale understøttelse af kronikerpakkerne og bygger videre på baseline-løsningen fra MVP 1. I dette trin udvides funktionaliteten, så flere elementer i Sundhedsstyrelsens generiske model kan realiseres digitalt. Fokus er på funktioner, der er realistiske at udvikle og implementere i 2026 – og som dermed kan indgå i den første fulde version af løsningen omkring driftsstart 1. januar 2027.

MVP 2 indeholder en række målrettede udbygninger, der styrker kvalitet og sammenhæng i pakkeforløbene. Det gælder særligt brugergrænseflader, cockpit-funktionalitet og tværsektoriel ding af MinPlan.

System	LPS	FLP	KC	PRO	SDK	MinLæge
Opgave	- Justere menuer - Etablere dybe link fra KC til FLP - Test & certificering	- Åbne formularer med dybe link fra KC - Tilføje relevante data for rød/gul/grøn markering - Opdatere formularer - Test og certificering	- Forretningsregler - Profiler - Testprotokol - Test & certificering - Udbredelse/ibrugtagning	Ingen	- Ny visning af kronikerpakker baseret på erfaringerne fra Samblik (sammenstilling af data fra forløbsplaner, aftaler, FMK, lab-svar, mfl.). - Målrettet visning for patienter (MinPlan) og for sundhedsfaglige	Ingen
Omfang	- Mindre	- Mellem	- Mellem	- Ikke relevant	- Stor	- Ikke relevant

Figur 3. MVP 2: Udbygget.

Figur 3 viser, hvordan MVP 2 udvider funktionaliteten i både Lægepraksissystemerne, digitale forløbsplaner, Klinikens Cockpit og visningen i Sundhedsjournalen på Sundhed.dk. I dette trin introduceres en række nye muligheder, der ikke indgår i baseline, men som vurderes vigtige i den første version af digital understøttelse af kronikerpakkerne.

For LPS indebærer MVP 2 en styrkelse af arbejdsgangene ved at etablere en bedre sammenhæng mellem Klinikken Cockpit og forløbsplaner.

4.2.1 Konkrete leverancer i MVP 2: Udbygget

MVP 2 omfatter de funktionelle udvidelser, der skal udvikles og implementeres i løbet af 2026 for at styrke den digitale understøttelse af kronikerpakkerne ved driftsstart 1. januar 2027. Målet er at understøtte flere elementer af den generiske model, herunder mere strukturerede data, bedre overblik og mere sammenhængende visninger på tværs af løsninger.

De konkrete leverancer for MVP 2 fremgår af tabellen nedenfor. Leverancerne er angivet med unikke ID'er og danner grundlag for planlægning, udvikling og test gennem 2026.

Id	Leverance	Ansvarlig	Omfang (L, M, S)
MVP2-LPS-01	Leverandørerne skal i nødvendigt omfang justere LPS, så de understøtter et generisk pakkeforløb.	LPS-leverandørerne	L
MVP2-LPS-02	I LPS skal der etablere dybe link fra populationsoversigter i Klinikens Cockpit til en patients behandlingsplan.	LPS-leverandørerne	L
MVP2-LPS-03	MedCom test & certificering (MVP2-LPS-02)	LPS-leverandørerne	L

Id	Leverance	Ansvarlig	Omfang (L, M, S)
MVP2-FLP-01	En udvalgt formular i en behandlingsplan skal kunne åbnes via et dybt link fra Klinikens Cockpit.	KiAP	L
MVP2-FLP-02	Behandlingsplaner for KOL og Lænderygsmærter skal indeholde stratificering (rød, gul, grøn)	KiAP PLSP	L
MVP2-FLP-03	Udarbejde testprotokoller og testdata for MVP2-LPS-03	FLP-teknikgruppen (MedCom og KiAP)	M
MVP2-FLP-04	MedCom test & certificering (MVP2-LPS-03)	FLP-teknikgruppen (MedCom og KiAP)	M
MVP2-KC-01	Opdatere forretningsregler for kroniske behandlingsplaner	MedCom KC-projektet	L
MVP2-KC-02	Udarbejde nye profiler for opfølgning	MedCom KC-projektet	M
MVP2-KC-03	Udarbejde testprotokoller og testdata for (MVP-KC02)	MedCom KC-projektet	M
MVP2-KC-04	MedCom test og certificering af KC	MedCom KC-projektet	M
MVP2-KC-05	Udbredelse og ibrugtagning	MedCom KC-projektet	M
MVP2-SDK-01	Ny visning af kronikerpakker i Sundhedsjournalen (MinPlan). Inddrage erfaringer fra Samblik, Graviditetsmappen mfl.	Sundhed.dk	S
MVP2-SDK-02	MedCom test og certificering af implementeringen af MinPlan i Sundhedsjournalen	MedCom	M
MVP2-MC-01	MedCom test og certificering af implementeringen af deling af behandlingsplaner via den nationale infrastruktur	MedCom PLSP KiAP LPS x 6	M
MVP2-MC-02	Connectathon/end-2-end test. Alle leverandører/systemer mødes fysisk i 2 dage og gennemfører en afprøvning af kronikerpakkerne.	MedCom	S

4.3 MVP 3: Komplet

MVP 3 repræsenterer den fuldt udbyggede digitale understøttelse af kronikerpakkerne på tværs af hele sundhedsvæsenet. Dette trin ligger uden for den leverancehorisont, som denne analyse fokuserer på, og er ikke en løsning, der skal være klar pr. 1. januar 2027. MVP 3 er medtaget for at pege på den langsigtede retning og for at identificere områder, hvor forberedende arbejde med fordel kan igangsættes allerede fra 2026 – vel vidende, at udvikling og implementering vil fortsætte efter driftsstart af MVP 1 og MVP 2.

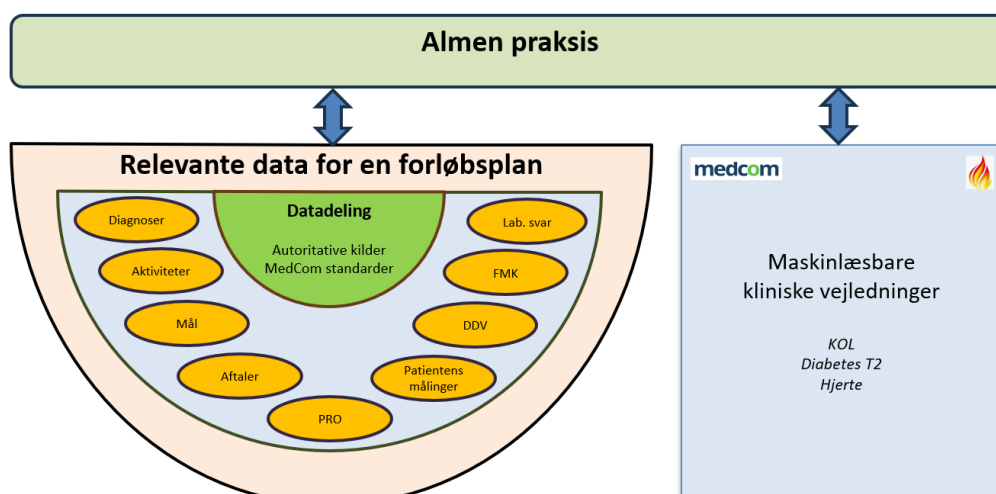
Den langsigtede løsning indebærer en mere komplet og dynamisk understøttelse af den generiske model for kronikerpakker, herunder mere avanceret beslutningsstøtte, automatiseret stratificering, tættere kobling mellem kliniske data og PRO-data, mere finmasket tværsektoriel koordination og en stærkere digital understøttelse af borgerens egen rolle i forløbet. Sådanne funktioner forudsætter både tekniske valg, fælles datamodeller og organisatoriske aftaler, som rækker ud over det, der realistisk kan udvikles og implementeres i perioden frem mod 1. januar 2027.

Formålet med at beskrive MVP 3 i denne rapport er derfor ikke at definere en detaljeret kravspecifikation eller en konkret tidsplan, men at tydeliggøre, at nogle af de nødvendige forberedende aktiviteter bør igangsættes tidligt. Det kan f.eks. være afklaringer af fælles arkitektur og standarder, videreudvikling af datamodeller til behandlingsplaner og indikatorer, governance på tværs af sektorer samt finansiering og organisering af den fortsatte udvikling efter 2027.

MVP 3 skal således forstås som en løbende videreudviklingsretning, der både kan påbegyndes parallelt med arbejdet med MVP 1 og MVP 2 og fortsættes efter driftsstart 1. januar 2027. Denne analyse afgrænser sig til at beskrive den første etape frem mod 2027, men peger samtidig på de områder, hvor tidlige beslutninger og forberedelse er afgørende for, at en fuldt udbygget digital understøttelse af kronikerpakkerne kan realiseres over tid.

4.3.1 Konkrete leverancer i MVP 3: Komplet

De elementer der indgår i MVP 3 er alle udpeget som centrale i det nationale *Forretningsmål* billede for *forløbsplaner* (f.eks. autoritative datakilder og maskinlæsbare kliniske guidelines). Disse elementer skaber til sammen et mere robust fundament for fremtidens kronikerpakkeforløb.



Figur 4. Målbillede for forløbsplaner frem mod 2030.

Det skal bemærkes at arbejdet med konkretisering af arkitekturen af Målbillede for forløbsplaner er igangsat men ikke afsluttet. Det forventes at titlen for målbilledet kan/skal ændres til Målbillede for kronikerforløb i almen praksis, som også skal håndtere kronikerpakker.

Nedenfor beskrives, identificerede områder der med fordel kan igangsættes i 2026.

Aftaleoversigten – status for bookninger

For almen praksis som tovholder er det afgørende at kunne følge, om patienten møder op til de undersøgelser eller tilbud, som praksis har henvist til. I dag vises aftaler, men der er ingen

national standard for returnering af status (gennemført/aflyst/ikke mødt). Et fremtidigt pakkeforløb kræver, at klinikken automatisk kan se, om en kommunal indsats eller undersøgelse på et hospital er gennemført. Det gør det muligt at reagere rettidigt, følge progression og koordinere opfølgning uden manuelle opslag.

Mål fra andre sektorer – fælles mål i forløbsplanen

Sundhedsstyrelsens generiske model stiller krav om, at mål skal fastlægges i fællesskab med patienten – og ofte også med hospital og kommune. I dag kan almen praksis kun se og vedligeholde egne mål. På sigt skal mål kunne deles og opdateres på tværs af sektorer, så praksis kan se, hvilke mål der er aftalt i kommunen (fx funktionsevne eller mestring), og hospitalet kan se praksis' behandlingsmål. Dette er centralt for at undgå parallelle planer og styrke koordination og fælles retning.

Planlagte, men ikke-bookede aktiviteter – synliggørelse af pakkelogik

I et fuldt digitalt pakkeforløb skal både patienten og de sundhedsfaglige kunne se *planlagte, men endnu ikke bookede* aktiviteter – såsom kommende kontroller, træningsforløb, prøver og opfølgninger. Dette er i dag ikke understøttet nationalt. For almen praksis betyder det, at klinikken kan arbejde forløbsorienteret og automatisk kan se at de planlagte næste skridt. Samtidig sikres, at patientens samlede forløb hænger sammen på tværs af sektorer.

Kilde til kronikerpakkeforløb – national autoritativ model

Behandlingsplanerne skal i fremtiden understøttes af en autoritativ national kilde, der beskriver pakkernes indhold, aktiviteter, stratificering og progression. Det gør det muligt at sikre ensartethed på tværs af sundhedsvæsenets organisationer og dermed kan der undgås lokale variationer. En national datakilde vil fungere som reference og vil gøre det muligt at opdatere en patients pakkeforløb ifølge de sundhedsfaglige retningslinjer.

Maskinlæsbare kliniske vejledninger – nødvendig for skalering

Den største barriere for fuld digital understøttelse er, at de kliniske retningslinjer i dag er narrative og derfor kræver manuelle oversættelser og implementering i de digitale løsninger. Dette er tidskrævende, dyrt og sårbart. Maskinlæsbare kliniske guidelines vil gøre det muligt at oversætte faglige anbefalinger til digital logik hurtigt og konsekvent, så beslutningsstøtte, mål og aktiviteter altid afspejler gældende evidens. Det gør både implementering og vedligehold markant mere effektivt.

Udvikling af fælles digitalt overblik

En patients behandlingsplan bliver vist i mange forskellige systemer og platforme (f.eks. LPS, Sundhedsjournalen, Min Læge appen). Det er vigtigt at oplysninger vises med brug af de samme principper og sammenstilles så de formidler den rette information. Et fælles digitalt overblik styrker almen praksis' rolle som tovholder ved at samle oplysninger, der i dag ligger spredt i sektorspecifikke systemer. Det forventes at indholdet i en kronikerpakke er dynamisk og at der løbende vil forekomme ændringer i de dataelementer der indgår. Det stiller store

krav til de systemer og platforme, der viser patientens behandlingsplan både hvad angår tilgængelige ressourcer og samtidigheden for at opdatere visningen. Den fælles visning skal derfor baseres på en aftale om principper for visningen og tekniske rammer, der muliggør en brug af fælles komponenter. Udviklingen kan med fordel bygge videre på eksisterende initiativer såsom sundhedsjournalens tværsektorielle datagrundlag og Sundhedsdatastyrelsens arbejde med Et samlet patientoverblik.

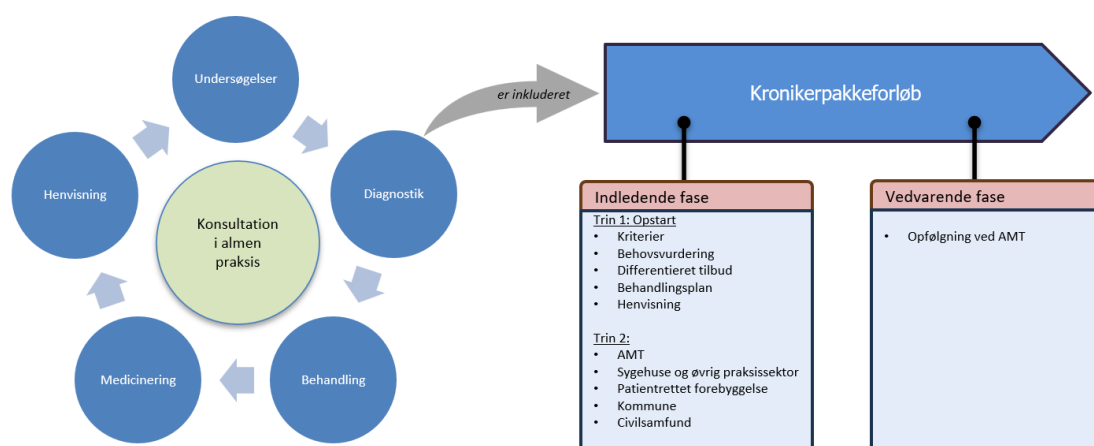
Id	Leverance	Ansvarlig	Omfang (L, M, S)
MVP3-nn-01	Aftaleoversigten skal opdateres med statusskift (booket, aflyst, gennemført, slettet, ikke fremmødt mfl.).	Sundhedsdatastyrelsen MedCom	S
MVP3-nn-02	Etablering af en autoritativ kilde for behandlingsmål og patientens egne mål.	Sundhedsdatastyrelsen MedCom	S
MVP3-nn-03	Etablering af en autoritativ kilde for planlagte, endnu ikke-bookede aktiviteter/indsatser.	Sundhedsdatastyrelsen MedCom	S
MVP3-nn-04	Etablering af en autoritativ kilde til deling af kerneelementerne i en patients kronikerpakkeforløb.	Sundhedsdatastyrelsen MedCom	S
MVP3-nn-05	Gennemførelse af pilotprojekt (Proof of Concept) for anvendelse af en national service baseret på en international standard for Maskinlæsbare Kliniske Vejledninger.	MedCom Sundhedsstyrelsen	M
MVP3-nn-06	Funktionalitet der muliggør visning af et fælles digitalt overblik i realtid over behandlingsplanen for både patient samt alle relevante sundhedsfaglige aktører.	MedCom Klinikken Cockpit Sundhed.dk	S

Med de beskrevne leverancer etableres der et struktureret grundlag for den fremadrettede proces, samtidig med at fokus fastholdes på de leverancer, der skal bringe MVP 1 og MVP 2 sikkert i mål. Dermed udgør MVP 3 ikke en konkret leveranceplan, men en strategisk retning og en række tidlige skridt, der sikrer kontinuitet og retning.

5. GAP analyse

Figur 5 illustrerer den kliniske proces i almen praksis med et generisk kronikerpakkeforløb og er det grundlæggende udgangspunkt for GAP-analysen. Til venstre vises et klassisk, kontinuerligt patientforløb i almen praksis, hvor patienten gennem år modtager undersøgelser, diagnostik, medicinsk behandling og eventuelle henvisninger, alt sammen som en del af den løbende sygdomsudredning og behandling. Denne praksisnære tilgang er kendetegnende for almen praksis' rolle som tovholder og som ansvarlig for sammenhængen i patientens samlede forløb.

Til højre vises Sundhedsstyrelsens generiske model for kronikerpakker, som strukturerer indsatsen i en indledende fase og en vedvarende fase. Når en patient på et givent tidspunkt får stillet en diagnose, der indgår i en kronikerpakke, suppleres forløbet med en række faste elementer, f.eks. behovsvurdering, differentieret tilbud og behandlingsplan.



Figur 5. Den kliniske proces i almen praksis og elementer i den generiske model.

GAP-analysen tager udgangspunkt i de "elementer" (f.eks. kriterier, behovsvurdering, differentieret tilbud) som indgår i Sundhedsstyrelsens generiske model. For hvert element beskrives de funktioner løsningen understøtter i den første version den 1. januar 2027. Hver funktion bliver desuden scoret med en modenhed jf. nedenstående tabel. For hvert element vurderes:

1. Hvor langt den digitale understøttelse kan bringes frem mod 1. januar 2027, baseret på de eksisterende løsninger og de udviklingsopgaver, der indgår i MVP 1 og MVP 2.
2. Modenheden af de funktioner, der kan realiseres, vurderet ud fra den skala, der fremgår af figur 6.
3. Hvilke krav, funktioner eller databehov i den generiske model der ikke kan understøttes i den første version, og som derfor skal indgå i den videre udvikling efter 2027 (MVP 3).

Modenhed	Betegnelse	Beskrivelse	Eksempel
0. Ikke understøttet	Ingen understøttelse	Funktionen findes ikke i systemet	-
1. Grundlæggende understøttelse	Delvis, ustruktureret understøttelse	Kun frit tekst eller manuelle notater. Ingen struktur, regler eller integration	Vurderingen skrives som et notatfelt uden skabelon eller datafelter
2. Struktureret registrering	Simpel struktur og datamodel	Funktion giver mulighed for struktureret input, men begrænset procesunderstøttelse	Vurdering kan registreres via faste felter
3. Procesunderstøttet funktionalitet	System guider brugeren igennem arbejdsgangen	Systemet understøtter hele arbejdsgangen	Systemet guider gennem vurderingsproces
4. Integreret og automatiseret	Integration med øvrige data og funktioner	Data genbruges, beregnes og valideres. Integreret med andre systemer	Vurderingen trækker automatisk data fra andre kilder og udfylder dele automatisk
5. Optimeret og analyseret	Helhedsorienteret, datadrevet	Arbejdsgang og data bruges til analyse, rapportering og forbedring	Systemet analyserer vurderinger og giver indsigt i tendenser

Figur 6. Modenhed af funktioner der understøtter kravene i den generiske model.

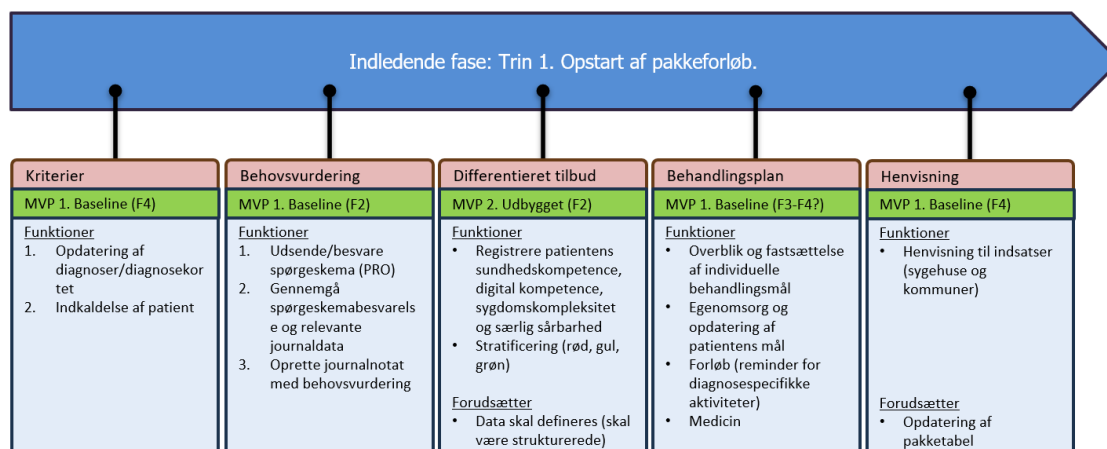
Formålet med GAP-analysen er således at skabe et klart overblik over, med hvilken funktionel modenhed den generiske model der kan realiseres frem mod driftsstart den 1. januar 2027 — og at identificere de elementer, hvor der fortsat vil være et GAB mellem modellen og den første version af digital understøttelse af kronikerpakker.

5.1 Indledende fase: Trin 1. Opstart af pakkeforløb

Figur 7 giver et overblik over, hvordan de enkelte elementer i Sundhedsstyrelsens generiske model for den indledende fase: Trin 1, kan understøttes funktionelt frem mod 1. januar 2027. Elementerne i modellen er markeret med lyserød farve, og udgør den faglige og strukturelle ramme for kronikerpakkerne.

Med grøn farve vises de MVP-trin (MVP 1 og MVP 2), som den digitale løsning kan realisere for hvert element. Modenhederne angives i parentes ud fra skalaen i figur 6, og viser, hvor langt funktionaliteten kan bringes med eksisterende løsninger og de opgaver, der planlægges gennemført i 2026.

De lyseblå felter viser de funktioner, der konkret indgår i den første digitale understøttelse, dvs. de komponenter og arbejdsgange der kan anvendes i daglig drift pr. 1. januar 2027.



Figur 7. Indledende fase: Trin 1. Opstart af pakkeforløb

5.1.1 Kriterier

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

De diagnostiske kriterier, som ligger til grund for at afgøre, om en patient er omfattet af et pakkeforløb, kan fuldt ud understøttes med eksisterende funktionalitet. Diagnoser registreres allerede systematisk i LPS. Dette giver et entydigt grundlag for, at LPS kan identificere patienter, der opfylder kriterierne for KOL- eller lænderygsmerter.

GAP-vurdering:

Kriterieelementet kan realiseres fuldt ud pr. 1. januar 2027 uden behov for yderligere udvikling efterfølgende.

5.1.2 Behovsvurdering

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Behovsvurderingen er et centralt element i den indledende fase og skal i pakkeforløbet danne grundlag for stratificering samt valg af relevante indsatser. I den første version pr. 1. januar 2027 kan behovsvurderingen understøttes digitalt gennem en kombination af eksisterende funktionalitet i LPS, Web-patient og digitale forløbsplaner.

I dag kan både kliniske oplysninger, PRO-data og spørgeskemaer indsamles og vises i LPS. PRO-pakkerne for KOL og lænderygsmerter udgives i 2026 og kan fra dag 1 integreres i Web-patient og indgå i lægens vurdering. Forløbsplanerne kan desuden konfigurere felter og formularer, som gør det muligt at samle de relevante data ét sted og dokumentere resultatet af behovsvurderingen.

GAP-vurdering:

Kernen i behovsvurderingen kan realiseres inden 1. januar 2027. Kliniske oplysninger, PRO-data

og vurderingsresultater kan registreres og ses samlet. Der er dog fortsat begrænsninger, da behovsvurderingen endnu ikke kan understøttes af en nationalt standardiseret model eller automatiseret logik. Der findes heller ikke ét samlet nationalt overblik, som kan strukturere alle relevante datakilder på tværs af sektorer (MVP3). Den digitale løsning afhænger derfor af manuelt klinisk skøn og funktionalitet i de eksisterende systemer.

5.1.3 Differentiering

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Differentiering omfatter den første faglige inddeling af patienten i et passende behandlings- og indsatsniveau. I pakkeforløbet sker denne differentiering på baggrund af den kliniske vurdering, resultaterne fra behovsvurderingen og relevante faglige kriterier. Formålet er at skabe et tydeligt udgangspunkt for, hvilke indsatser, kontakter og opfølgninger patienten skal have i forløbet. Frem mod 1. januar 2027 kan differentieringen understøttes i begrænset omfang gennem de eksisterende komponenter. LPS og Klinikens Cockpit kan hjælpe lægen med overblik over diagnoser, symptomer, målinger og PRO-data, som indgår i vurderingen. Digitale forløbsplaner kan anvendes til at registrere valg af indsatsniveau (rød, gul, grøn).

GAP-vurdering:

Den digitale løsning understøtter ikke en struktureret eller standardiseret differentieringsmodel i første version. Der mangler fælles national logik for, hvordan patienten skal kategoriseres i de enkelte pakker, og hvordan denne differentiering skal deles på tværs af sektorer. Differentieringen beror derfor fortsat på klinisk skøn og manuel dokumentation. En fuldt standardiseret og tværsektoriel differentieringsfunktion vurderes først mulig i MVP 3 efter 2027.

5.1.4 Behandlingsplan

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Behandlingsplanen er det centrale styringsværktøj i pakkeforløbet og beskriver de aftalte mål, indsatser, opgaver og opfølgningsskridt, som patienten skal gennemføre i den indledende fase og efterfølgende. Ifølge den generiske model skal behandlingsplanen være fælles, tværsektoriel og dynamisk, så både almen praksis, kommune og sygehus kan tilføje, opdatere og følge relevante dele af planen.

Frem mod 1. januar 2027 kan der etableres en grundlæggende digital behandlingsplan baseret på digitale forløbsplaner i LPS. Planen kan indeholde mål, aftalte indsatser, registreringer og planlagte aktiviteter for det samlede pakkeforløb. Indholdet kan vises både for praksis, borger og de øvrige sektorer gennem sundhedsjournalen og MinLæge.

GAP-vurdering:

Den første version kan ikke realisere den fuldt tværsektorielle behandlingsplan, som den generiske model beskriver. Der mangler national standardisering for, hvordan behandlingsplanen opdateres tværsektorielt og hvordan planlagte-ikke-bookede aktiviteter kan synkroniseres. Planen kan heller ikke endnu understøtte fælles opgavefordeling eller automatisk synkronisering af mål

og indsatser på tværs af systemer. Disse elementer forudsætter fælles datamodeller og nye autoritative kilder og vurderes først mulige som en del af MVP 3 efter 2027.

5.1.5 Henvisning

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Henvisninger er et centralt element i opstartsfasen af pakkeforløbet, hvor de tværsektorielle indsatser, der følger af behandlingsplanen, iværksættes. Den generiske model beskriver, at henvisningen skal være fagligt velbegrunder og indeholde de nødvendige oplysninger, så modtageren kan planlægge og udføre opgaven uden unødigt informationsarbejde. Frem mod 1. januar 2027 kan henvisningsarbejdet i betydeligt omfang understøttes digitalt. Almen praksis kan allerede i dag sende henvisninger til både sygehuse og kommuner via de eksisterende MedCom-standarder. Digitale forløbsplaner anvender opgaverekvisitionskomponenten, som automatisk kan udfylde dele af henvisningen dynamisk på baggrund af oplysninger, der allerede findes i behandlingsplanen og i LPS.

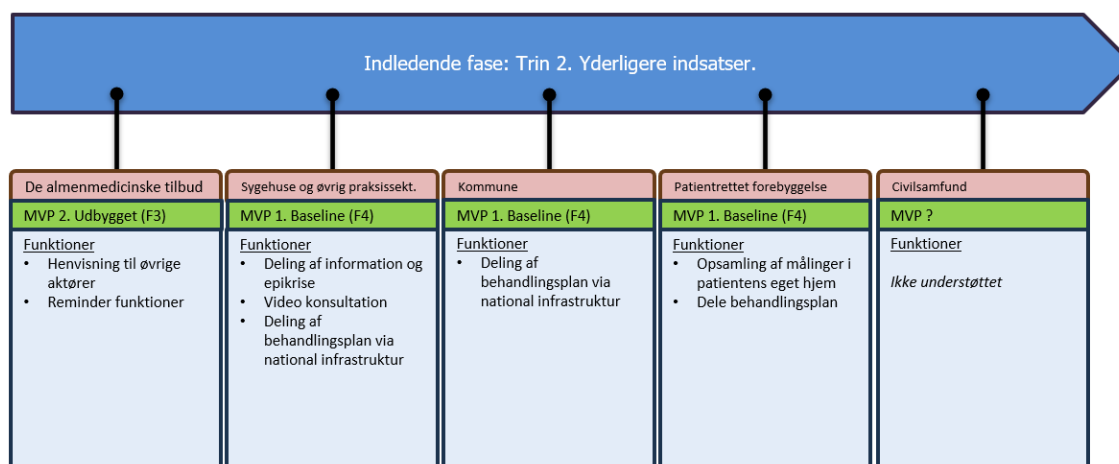
Derudover vil det være muligt at sende henvisninger baseret på de pakkespecifikke tilbud, forudsat at disse tilbud udarbejdes og gøres tilgængelige inden forløbsplanerne. Hvorvidt henvisningen kan knytte sig direkte til de aftalte pakketilbud, afhænger således ikke af den tekniske platform, men af at pakkernes indsatser og ydelser beskrives og formidles i et format, der kan anvendes i løsningen.

GAP-vurdering

I den første version etableres der ikke en tværsektoriel visning af henvisningsstatus, hvor almen praksis, kommunerne og sygehusene kan se fremdrift i et samlet digitalt overblik. Den digitale understøttelse af specialistrådgivning, som er en del af den generiske models beskrivelse af henvisningsprocessen, udvikles heller ikke i denne fase. Disse funktioner vurderes at kræve yderligere standardisering og tværsektoriel udvikling og forventes først at kunne realiseres som en del af MVP 3 efter 2027.

5.2 Indledende fase: Trin 2: Yderligere indsatser

Figur 8 er opbygget på samme måde som Figur 7 med lyserøde modelementer, grønne MVP-trin (med modenhed i parentes) og lyseblå funktioner, der indgår i den første version pr. 1. januar 2027.



Figur 8. Indledende fase: Trin 2. Yderligere indsatser

5.2.1 De almenmedicinske tilbud

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

De almenmedicinske tilbud udgør det største sammenfald mellem den generiske model og de funktioner, der allerede er fuldt implementeret i almen praksis. Som vist på Figur 8 kan størstedelen af disse funktioner realiseres i MVP 1 og MVP 2 med høj modenhed. I den generiske model omfatter dette de aktiviteter, der traditionelt varetages i almen praksis, herunder monitorering af sygdom, justering af behandling, opfølgning på medicin, håndtering af forværringer samt gennemførelse af planlagte kontakter baseret på behovsvurderingen fra trin 1. Opgaven indebærer, at lægen har et stabilt og aktuelt overblik over patientens tilstand, udvikling og aftalte mål, så det løbende forløb kan styres og tilpasses efter behov.

Frem mod 1. januar 2027 kan de almenmedicinske tilbud i høj grad understøttes gennem de eksisterende digitale komponenter. LPS fungerer fortsat som det centrale arbejdsredskab og giver adgang til alle relevante oplysninger om sygdomsstatus, medicin, henvisninger og tidligere kontakter. Digitale forløbsplaner gør det muligt at se og følge behandlingsplanen, de aftalte mål og de elementer, som blev fastlagt i opstartsfasen. Klinikens Cockpit kan anvendes til at skabe et overskueligt klinisk overblik over målinger, stratificering og behandlingshistorik, som understøtter den løbende opfølgning. Samtidig kan redskaber som spørgeskemaer og hjemmemålinger fortsat indsamles via Web-patient og integreres i LPS. Samlet set kan almen praksis derfor varetage langt størstedelen af de almenmedicinske tilbud på et solidt digitalt grundlag i første version.

GAP-vurdering

Den fulde digitale understøttelse af de almenmedicinske tilbud, som den generiske model beskriver, realiseres dog ikke helt i første version. Der udvikles ikke et fælles tværsektorielt overblik, hvor oplysninger fra kommune, sygehus og praksis samles i én fælles visning, og hvor opdateringer automatisk indgår i almen praksis' daglige beslutningsstøtte. Der etableres heller ikke

en national standard for struktureret deling af mål, vurderinger og behandlingsstatus i den vedvarende fase. Sammenhængen mellem behandlingsplanen og de løbende kontakter forbliver derfor delvis og afhængig af manuel vurdering og deles i et vist omfang via de nuværende kommunikationskanaler (epikriser og korrespondancemeddelelser). De manglende funktioner forudsætter yderligere standardisering og tværsektoriel udvikling og forventes først at kunne realiseres som en del af MVP 3 efter 2027.

5.2.2 Sygehuse og øvrig praksissektor

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Sygehuse og den øvrige praksissektor bidrager i et patientforløb med diagnostik, behandling og opfølgning, som ligger uden for almen praksis' ansvarsområde. Ifølge den generiske model skal disse aktører løbende kunne dele relevante oplysninger om undersøgelser, behandlingsstatus, planlagte indsatser og opfølgninger, så almen praksis fortsat kan varetage sin koordinerende rolle i pakkeforløbet. Udredning, billeddiagnostik, speciallægefaglige vurderinger og rehabiliterende tilbud skal fremgå som en integreret del af det samlede pakkeforløb, og opdateringer fra sygehuse og speciallæger bør kunne ses i almen praksis uden forsinkelse.

Frem mod 1. januar 2027 kan denne del af pakkeforløbet understøttes gennem de eksisterende kommunikations- og informationskanaler. Almen praksis vil fortsat modtage epikriser, laboratorieresvar, billeddiagnostiske beskrivelser og andre kliniske dokumenter gennem de gældende MedCom-standarder, og disse data vil kunne ses både i LPS, digitale forløbsplaner og Klinikens Cockpit. Sundhedsjournalen og Min Læge giver yderligere adgang til relevante oplysninger og opfølgningsstatus, som patienter og sundhedsfaglige kan anvende på tværs af sektorer. Dermed vil der i første version være et solidt informationsgrundlag, som gør det muligt for almen praksis at følge patientens forløb, overvåge udviklingen og tilpasse behandlingen i den vedvarende fase.

GAP-vurdering

Den digitale understøttelse for sygehuse og øvrig praksissektor er i store træk den samme som beskrevet under afsnit 5.1.5 Henvisninger. Det centrale gap består fortsat i, at der frem mod 1. januar 2027 ikke etableres en tværsektoriel, fælles behandlingsplan med statusopdateringer eller systematisk feedback fra modtagende sektorer. Løsningen kan sende komplette henvisninger og relevante data, men mangler en national mekanisme til at modtage strukturerede tilbagemeldinger eller automatiske statusskift for gennemførte indsatser. Dette gap er derfor primært et udestående for MVP 3 efter 2027.

5.2.3 Kommune

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Kommunerne bidrager i den vedvarende fase med en række sundhedsindsatser, herunder rehabilitering, forebyggende forløb, hjælpemidler, træning og støtte til egenomsorg. Den generiske model lægger vægt på, at disse indsatser bør være integreret i et tværsektorielt pakkeforløb, hvor status og progression er synlig for almen praksis, og hvor udviklingen i kommunens arbejde

indgår som et aktivt element i den løbende behandlingsplanlægning. For at dette kan fungere i praksis, forudsætter modellen en vis grad af fælles digital infrastruktur på tværs af sektorer. Frem mod 1. januar 2027 kan de kommunale tilbud i vid udstrækning indgå i pakkeforløbets daglige drift gennem de eksisterende løsninger. Kommunerne kan som i dag modtage henvisninger fra almen praksis, behandle dem og dele relevante dokumenter og beskeder gennem gældende MedCom-standarder. Oplysninger om gennemførte indsatser, planlagte kommunale forløb og centrale kontaktpunkter vil fortsat kunne ses gennem de allerede tilgængelige kommunikationskanaler og gennem de visninger, som sundhed.dk stiller til rådighed. Hermed kan almen praksis også i den første version af pakkeforløbet følge patientens udvikling og tage højde for kommunale aktiviteter i den løbende behandling.

GAP-vurdering

Selvom kommunale indsatser frem mod 1. januar 2027 kan indgå i pakkeforløbene via de eksisterende kommunikationskanaler, etableres den fuldt integrerede, tværsektorielle understøttelse, som den generiske model beskriver, ikke i første version. Kommunerne kan fortsat modtage henvisninger og sende tilbagemeldinger, men der udvikles ikke en fælles digital plan eller en samlet statusvisning, hvor kommunale aktiviteter indgår struktureret i pakkeforløbet. Dette svarer til det generelle tværsektorielle gap, der allerede er beskrevet for øvrige elementer i kapitel 5, og som først forventes adresseret gennem MVP 3 efter 2027.

5.2.4 Patientrettet forebyggelse

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Patientrettet forebyggelse udgør en væsentlig del og omfatter blandt andet støtte til egenomsorg, ændringer i livsstil, fastholdelse af behandling og anvendelse af værktøjer, der styrker patientens evne til selv at håndtere sin sygdom. Den generiske model beskriver, at patientrettet forebyggelse skal ske som en integreret del af pakkeforløbet, hvor både almen praksis, kommune og andre aktører bidrager, og hvor information om indsatser og progression deles på tværs, så de indgår i den samlede behandlingsplan.

Frem mod 1. januar 2027 kan patientrettet forebyggelse delvist understøttes digitalt gennem de eksisterende komponenter. Almen praksis kan fortsat anvende digitale forløbsplaner til at fastholde mål, planlagte indsatser og aftalte opfølgninger. Patientens egenomsorg kan understøttes gennem Web-patient, hvor spørgeskemaer, hjemmemålinger og andre data kan indsamles og vises i LPS og Klinikens Cockpit. Kommunernes forebyggelsestilbud kan fortsat iværksættes gennem henvisninger, og relevante dokumenter og tilbagemeldinger vil være tilgængelige som i dag via MedCom-standardiserede beskeder og gennem visninger på sundhed.dk. Samlet set giver dette et solidt udgangspunkt for at indarbejde patientrettet forebyggelse i den første version af pakkeforløbet.

GAP-vurdering

Frem mod 2027 etableres ikke den fælles digitale understøttelse, som den generiske model beskriver, hvor alle patientrettede forebyggelsesindsatser registreres og deles i én samlet plan.

Kommunale og regionale aktiviteter indgår således ikke struktureret i en fælles digital visning, og opdateringer fra de øvrige aktører skal fortsat tolkes via dokumenter og beskeder. Dette gap er grundlæggende det samme som for andre tværsektorielle elementer i kapitel 5 og forventes først at kunne adresseres i MVP 3 efter 2027.

5.2.5 Civilsamfund

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Civilsamfundets aktører, herunder patientforeninger, frivillige fællesskaber, støttegrupper og andre ikke-offentlige tilbud, kan spille en vigtig rolle i den vedvarende fase af pakkeforløbet. Den generiske model beskriver, at civilsamfundets indsatser kan supplere de sundhedsfaglige aktiviteter ved at styrke patientens egenomsorg, skabe motivation, reducere ensomhed og understøtte fastholdelse af livsstilsændringer. Da tilbuddene er mangeartede, varierer i organisering og ofte drives uden for de etablerede sundhedsstrukturer, lægger modellen op til, at lægen kan henvise eller anbefale relevante tilbud, men uden at civilsamfundet indgår som en formel del af sundhedsvæsenets registrerings- og opfølgingsstruktur.

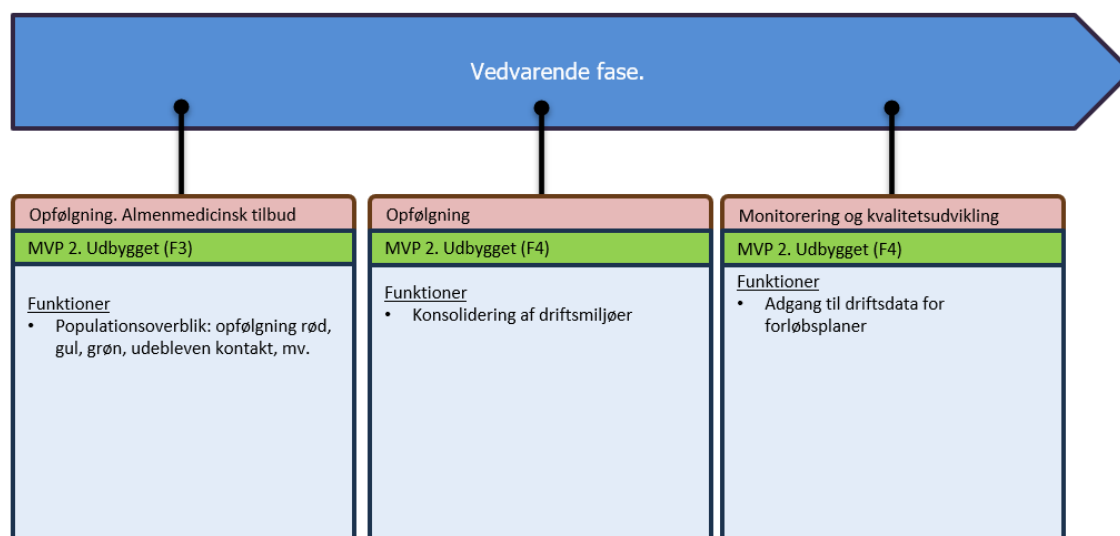
Frem mod 1. januar 2027 vil civilsamfundets rolle i pakkeforløbet fortsat være af informativ og støttende karakter.

GAP-vurdering

Den generiske model beskriver ikke en egentlig digital integration mellem civilsamfundets indsatser og pakkeforløbets tekniske understøttelse, og der etableres derfor heller ikke en sådan integration frem mod 2027. Civilsamfundets aktiviteter vil fortsat ligge uden for de tværsektorielle dataflows, og der vil ikke blive udviklet mekanismer til struktureret registrering eller statusopdatering fra frivillige eller private aktører. Dette afspejler det generelle tværsektorielle gap, som allerede er beskrevet for øvrige aktører, men i dette tilfælde er gap'et mindre betydningsfuldt, fordi civilsamfundet heller ikke i den fulde model forventes at være en formel del af de digitale pakkeforløb. En eventuel mere systematisk digital inddragelse vil kræve særskilt afklaring og ligger tidligst i perspektivet for MVP 3 efter 2027.

5.3 Vedvarende fase

Figur 9 er opbygget på samme måde som Figur 7 med lyserøde modelementer, grønne MVP-trin (med modenhed i parentes) og lyseblå funktioner, der indgår i den første version pr. 1. januar 2027.



Figur 9. Vedvarende fase.

5.3.1 Opfølgning ved det almenmedicinske tilbud

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Opfølgningen i den vedvarende fase bygger videre på de almenmedicinske tilbud beskrevet i afsnit 5.2.1, hvor langt størstedelen af de daglige arbejdsgange allerede er fuldt digitalt understøttet. I den vedvarende fase består forskellen primært i, at opfølgningen er gentagen og løbende og tager udgangspunkt i den behandlingsplan, der blev etableret i indledende fase. LPS er fortsat det centrale værktøj til at planlægge og dokumentere kontroller, justere behandling og vurdere patientens udvikling over tid. Klinikens Cockpit kan anvendes til at identificere patienter, der mangler planlagte opfølgninger, og til at følge udviklingen i PRO-data, målinger og symptomer.

Digitale behandlingsplaner kan fortsat fastholde mål, vurderinger og de aftalte indsatser for hvert pakkeforløb, og Web-patient giver mulighed for fortsat indsamling af hjemmemålinger og spørgeskemaer. Samlet giver dette almen praksis et stabilt og kvalificeret grundlag for opfølgning i den vedvarende fase, uden behov for væsentlig ny funktionalitet frem mod 1. januar 2027.

GAP-vurdering

Den tværsektorielle understøttelse af opfølgningen – som den generiske model beskriver – etableres ikke i denne version. Der udvikles ikke en fælles behandlingsplan eller automatiske statusopdateringer fra kommune og sygehus, og lægen vil derfor fortsat skulle tolke eksterne informationer via dokumenter og meddelelser. Dette er det samme grundlæggende tværsektorielle gap, som allerede er beskrevet i afsnit 5.2, og forventes først adresseret som led i MVP 3 efter 2027.

5.3.2 Opfølgning

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Opfølgning i den vedvarende fase omfatter en løbende vurdering af, om patienten når sine mål, om behandlingen har effekt, og om der er behov for ændringer i indsatsniveauet. Den generiske model beskriver opfølgning som en helhedsorienteret proces, hvor kliniske data, PRO-informationer, mål, symptomer og tidligere indsatser vurderes i sammenhæng.

Frem mod 1. januar 2027 kan denne funktion i høj grad understøttes af de eksisterende løsninger i almen praksis. LPS forbliver det centrale værktøj til at dokumentere og justere behandling og opfølgninger, og digitale behandlingsplaner giver et samlet overblik over mål, aftalte indsatser og progression. Web-patient kan fortsat anvendes til hjemmemålinger og spørgeskemaer, og disse vises i både LPS og Klinikens Cockpit. Cockpit kan desuden bruges til at identificere, om planlagte opfølgningsaktiviteter mangler eller er forfaldne. Samlet giver dette et solidt digitalt grundlag for at gennemføre sundhedsfaglig opfølgning uden behov for væsentlig ny funktionalitet i første version af pakkeforløbene.

GAP-vurdering

Den generiske model forudsætter, at opfølgningen også omfatter tværsektorielle aktiviteter, herunder progression i kommunale og regionale indsatser. En sådan samlet visning etableres ikke frem mod 2027. Der vil heller ikke være automatisk integration af opdateringer fra andre aktører direkte i forløbsplanen. Disse begrænsninger svarer til det generelle tværsektorielle gap, som allerede er beskrevet i kapitel 5, og forventes først adresseret som en del af MVP 3 efter 2027.

5.3.3 Monitorering og kvalitetsudvikling

Understøttelse frem mod 1. januar 2027

Monitorering og kvalitetsudvikling i den vedvarende fase omfatter anvendelse af data til at følge kvaliteten af behandlingen, identificere afvigelser og sikre, at indsatsen tilpasses patientens behov over tid. Den generiske model beskriver dette som en kontinuerlig proces, hvor praksis skal kunne omsætte kliniske data, PRO-informationer, målinger og relevante hændelser til forbedringsaktiviteter og justeringer af patientforløbene.

Frem mod 1. januar 2027 kan monitorering i betydelig grad understøttes gennem de eksisterende løsninger. Klinikens Cockpit giver populationsoverblik og mulighed for at identificere patienter, der mangler opfølgning eller udviser tegn på forværring. Digitale forløbsplaner fastholder mål, indsatser og progression, og LPS giver adgang til alle relevante kliniske registreringer, som indgår i den daglige vurdering af kvaliteten.

Derudover vil data i forløbsplansdatabasen blive stillet til rådighed for de nationale sundhedsmyndigheder, så der kan etableres en første version af en national monitorering af pakkeforløbene. Denne tilgang bygger videre på de eksisterende erfaringer, hvor data fra forløbsplansdatabasen allerede overføres og anvendes til kvalitetsudvikling på områder som blandt andet KOL. Samlet giver dette et solidt grundlag for både lokal og national monitorering i den første version af pakkeforløbene.

GAP-vurdering

Den generiske model lægger op til en mere sammenhængende og tværsektoriel tilgang til monitorering, hvor data fra kommune og sygehus indgår struktureret i kvalitetsovervågningen og bindes tættere til den digitale behandlingsplan. Dette etableres ikke frem mod 2027. Der udvikles heller ikke en national, fælles monitoreringskomponent for pakkeforløb, hvor nøgletal og progression automatisk beregnes og deles mellem sektorer. Monitorering og kvalitetsudvikling vil derfor fortsat være baseret på praksis' egne kliniske data og eksisterende kvalitetsprogrammer, uden en fuldt integreret digital løsning. Dette svarer til de tværsektorielle begrænsninger, der også er beskrevet for øvrige elementer, og forventes først at kunne adresseres i MVP 3 efter 2027.

6. anbefalinger, forudsætninger og risici

Dette kapitel samler analysens hovedkonklusioner og beskriver de centrale anbefalinger, forudsætninger og risici, der skal håndteres for at sikre, at den digitale understøttelse af kronikerpakkerne kan tages i brug i almen praksis pr. 1. januar 2027. Afsnittet bygger på MTV trinnene i kapitel 4 og GAP-analysen i kapitel 5.

6.1 Anbefalinger

På baggrund af analysen anbefales følgende hovedspor med henblik på at sikre en national, driftssikker og sundhedsfagligt anvendelig digital understøttelse af kronikerpakkerne:

6.1.1 Gennemfør MVP1 og MVP2 som beskrevet i analysen

Den første version af understøttelsen bør fokusere på de komponenter, der allerede er udviklet, velafprøvede og kan bringes i daglig drift i almen praksis uden omfattende nyudvikling. Det indebærer primært anvendelse af:

- Lægepraksissystemerne som det centrale kliniske arbejdsredskab
- Digitale forløbsplaner som ramme for patientens behandlingsplan der bla. indeholder stratificering, diagnoser, individuelle mål, patientens mål og udvikling af sygdommen
- Klinikens Cockpit som populationsoverblik
- Nationale datakilder (FMK, DDV, Aftaler mfl.) til visning af behandlingsplaner og MinPlan
- Web-patient som kilde til patient rapporterede oplysninger (PRO)

Denne tilgang sikrer, at pakkeforløbene kan implementeres nationalt i 2027 med høj stabilitet og uden at introducere væsentlige nye arbejdsgange i almen praksis.

6.1.2 Prioritér udviklingen af et fælles digitalt overblik (MVP3)

Den generiske model forudsætter på sigt en fælles digital plan med statusopdateringer fra sygehuse og kommuner. Det anbefales, at arbejdet med datagrundlag, informationsmodeller og standardisering påbegyndes i 2026, så den videreudviklede version kan implementeres gradvist efter 2027. Arbejdet bør koordineres nationalt og med udgangspunkt i de løsninger, der allerede anvendes i almen praksis. At igangsætte arbejdet med MVP3 ved starten af 2026 er ligeledes i tråd med den strategi om digital understøttelse af almene praksis generelt, der er aftalt i regi af Digital Almen Praksis

6.1.3 Etabler national indikatorramme for monitorering og kvalitetsudvikling

Frem mod 2027 kan første version af national monitorering baseres på data i forløbsplansdatabasen. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen og de relevante faglige miljøer i fællesskab fastlægger:

- Et sæt nationale indikatorer for pakkeforløb
- En model for datatræk og rapportering
- En klar arbejdsdeling mellem kommuner, regioner og almen praksis

Dette kan understøtte både faglig kvalitet og videreudvikling af pakkeforløbene.

6.1.4 Fasthold principper for genkendelighed og minimal forstyrrelse af eksisterende arbejdsgange

Den digitale understøttelse skal opleves som en direkte videreudvikling af eksisterende funktioner og ikke som et nyt system. Arbejdsgange i almen praksis bør ændres så lidt som muligt i første version.

6.1.5 Iværksæt systematisk test, pilotafprøvning og certificering

For at sikre stabil drift fra dag 1 anbefales det, at:

- alle LPS certificeres af MedCom
- funktionalitet afprøves i pilotpraksis
- der gennemføres tekniske og sundhedsfaglige scenarietests
- almen praksis får adgang til trænings- og testmiljøer i god tid

6.2 Forudsætninger

For at levere løsningen frem mod 1. januar 2027 skal følgende forudsætninger være opfyldt:

6.2.1 Pakkeforløb skal være fagligt godkendte og publiceret i struktureret form

Digitale forløbsplaner og LPS kræver klare regler, målpunkter, opfølgningsintervaller og indsatser. Det forudsættes at de behandlingsvejledninger der anvendes for forløbsplaner for KOL fortsat er gældende. Desuden forudsættes det at DSAM's vejledning for længerygsmerter publiceres senest ultimo januar 2026 og vil danne grundlaget for udarbejdelsen af behandlingsplanen for lænderygsmerter. I nødvendigt omfang skal Sundhedsstyrelsen levere tydelig faglig guidance for eventuelt supplerende indhold.

6.2.2 Opgaverekvisitioner og henvisningsgrundlag skal være tilgængelige

For at kunne generere pakkebaserede henvisninger skal regioner og kommuner have udarbejdet og publiceret relevante tilbud i standardiseret form.

6.2.3 Juridisk kvalitetssikring

En central forudsætning for den første version af digitale kronikerpakker er, at det juridiske grundlag for håndtering og deling af behandlingsplaner er fuldt afklaret. Frem mod 1. januar 2027 skal aftalegrundlaget, databehandlertaaler og relevante dokumenter opdateres og kvalitetssikres, så national deling af behandlingsplaner for både KOL og lænderygsmerter kan ske inden for gældende lovgivning.

6.2.4 National implementeringsstøtte

Almen praksis skal have adgang til implementeringsmateriale, vejledninger, support og evt. e-læring for at sikre en smidig overgang.

6.2.5 Respekt for kapacitets- og tidsmæssige begrænsninger i almen praksis

Almen praksis er en sektor med høj belastning. Implementeringen skal være skånsom, veltilrettelagt og med minimal forstyrrelse af daglig drift.

6.3 Risici og afbødende tiltag

6.3.1 Forsinkelser i pakkeforløb og nationale faglige specifikationer

Risiko	Uklare krav eller forsinket indhold kan stoppe systemudvikling.
Korrigerende tiltag	Tæt koordinering mellem Sundhedsstyrelsen, SDS, MedCom og PLSP; tidlig publicering af præliminære specifikationer.

6.3.2 Forsinkelser hos leverandører

Risiko	LPS-leverandører, KiAP eller PLSP når ikke opfyldelse af de tekniske krav i tide
Korrigerende tiltag	Etablering af en fælles national udviklingsplan, milepæle og tidlig certificering.

6.3.3 Manglende test eller utilstrækkelig afprøvning

Risiko	Funktionalitet virker ikke i praksis.
Korrigerende tiltag	Pilotpraksis, teknisk testmiljø, scenarietest med sundhedsfaglig validering.

6.3.4 Forventnings- eller kapacitetsproblemer i almen praksis

Risiko	For høje eller uklare forventninger til, hvad første version indebærer.
Korrigerende tiltag	Klar kommunikation, support, implementeringsmateriale og træning.

6.3.5 Manglende datastandardisering for MVP3

Risiko	Arbejdet efter 2027 bliver forsinket hvis der ikke arbejdes parallelt med data-modeller.
Korrigerende tiltag	Igangsætning af nationalt arbejde med målbillede, arkitektur og infrastruktur allerede i 2026.