

Automatisk indberetning af data fra almen praksis

Indhold

Formål med notat.....	2
Indberetning er aftalt i lovgivning	2
Indberetning godkendes af DSAM.....	2
Parter, der deltager i indberetning.....	3
Data, der indberettes	4
Principper for automatisk indberetning fra almen praksis	4
Princip 1: Gøre det nemmere at indberette.....	4
Princip 2: Rådata.....	4
Princip 3: Synlighed og gennemsigtighed - rådata	4
Princip 4: Synlighed og gennemsigtighed – kvalitet.....	5
Kvalitet af indberetninger.....	5
Data	5
Kvalitetsindikatorer	5
Hvis der er fejl i indberetninger.....	6
Hvis der er ændringer til indberetninger.....	6
Hvad er næste skridt for indberetning fra almen praksis.....	8
Bilag	10
Bilag 1: Om data til RKKP m.m.....	11
Bilag 2: Et teknisk overblik over indberetningsløsning.....	12
Bilag 3: Skabelon til ændring af indberetninger til RKKP.....	13

Formål med notat

Dette notat har til formål at give en generel introduktion til indberetninger fra almen praksis til Regionernes Kliniske KvalitetsProgram (RKKP) samt beskrive den løsning, der anvendes til at indberette.

Frem til 31. januar 2023 har almen praksis indberettet manuelt, hvilket har betydet, at den enkelte klinik skulle godkende og sende indberetninger. Efter den 31. januar 2023 skal den enkelte klinik ikke foretage sig noget aktivt for at indberette, idet PLO i samarbejde med PLSP A/S har udviklet en Automatisk IndberetningsMotor (AIM).

Dette notat beskriver, hvordan de automatiske indberetninger finder sted, hvilke data der automatisk bliver indberettet, hvem der beslutter hvilke data, der indberettes, samt hvordan det sikres, at det er de rette data, der automatisk bliver indberettet.

Den primære målgruppe for notatet er de organisationer, som er involveret i arbejdet med indberetninger fra almen praksis til de kliniske kvalitetsdatabaser herunder RKKP, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)¹, PLO og leverandører af lægepraksissystemer.

Øvrige relevante modtagere er Danske Regioner, regionerne, Sundhedsdatastyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som stiller krav til indberetninger fra almen praksis i lovgivning og politiske aftaler, og som har behov for at forstå det tekniske og organisatoriske set-up for indberetninger i almen praksis.

Indberetning er aftalt i lovgivning

Almen praksis er af sundhedslovens §196² forpligtet til at indberette data til nationale kliniske kvalitetsdatabaser, hvis kvalitetsdatabaserne opfylder en række bestemmelser fastsat i lovgivningen. De kliniske kvalitetsdatabaser indeholder oplysninger om patienters sygdom og forløb i sundhedsvæsenet. Formålet er at belyse sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter.

Almen praksis er forpligtet til at indberette til fem DSAM-godkendte nationale kliniske kvalitetsdatabaser for patienter med diagnoserne Astma, Atrieflimren, KOL, Diabetes og Hjertesvigt. Forpligtigelsen er desuden aftalt i Overenskomsten mellem PLO og RLTN for 2018 (OK18) med en milepælsplan for adgang til data fra almen praksis.³

Indberetning godkendes af DSAM

I regi af RKKP oprettes nye kliniske kvalitetsdatabaser, og eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser vedligeholdes og ændres.

DSAM godkender almen praksis' deltagelse i nye og eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser. For hver RKKP-database, der påtænkes oprettet, foretages en grundig sagsbehandling i DSAMs bestyrelse, hvor man overordnet tilser, at den påtænkte database ved sin udformning og funktion flugter med DSAMs pejlemærker.⁴

¹ For medlemmer, kommissorium og referater m.m.:

https://www.dsam.dk/organisation/udvalg_og_interessegrupper/kvalitetsudvalget_dsam_s/kommissorium/

² <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>

³ https://www.laeger.dk/media/hqhew43c/forhandlingsaftale_om_almen_praksis-ok18.pdf

⁴ <https://www.dsam.dk/presse-holdninger/holdninger-og-politikker/principper-for-rkkp-databaser>

Inden DSAM kan godkende en ny RKKP-database med deltagelse af almen praksis, skal det bl.a. sandsynliggøres ved en relevant almenmedicinsk forskningsbaseret tilgang, at den valgte diagnose og de valgte indikatorer giver mening, dvs. giver kvalitet på patientniveau.

Parter, der deltager i indberetning

Nedenfor er de parter, der arbejder med indberetning fra almen praksis, beskrevet kort med henblik på at få en overordnet forståelse af organiseringen.

Tabel 1: Parter, der indgår i arbejdet med indberetning fra almen praksis.

PART	ANSVAR OG OPGAVER
DSAM	<p>RKKP-indberetninger fra almen praksis er fagligt organiseret i et samarbejde mellem DSAM - og DSAM-udpegede repræsentanter til udvalgte styregrupper for en klinisk kvalitetsdatabase - og de nationale styregrupper for de respektive kvalitetsdatabaser.</p> <p>Det er DSAM's bestyrelse, som godkender databaser og indikatorer for almen praksis. Der er en godkendelsesproces, som involverer DSAM's Kvalitetsudvalg, men det er DSAM's bestyrelse, der endeligt godkender RKKP-forespørgslerne på baggrund af stillingtagen til en række faglig relevante kriterier, herunder evidens. DSAM's repræsentanter i RKKP-styregrupperne repræsenterer almenmedicinske perspektiver og DSAM's synspunkter, jf. DSAM's principper for RKKP-databaser</p>
PLO	<p>PLO ejer og forvalter den centrale indberetningsmotor (AIM) for almen praksis, der sikrer automatisk indberetning fra alle klinikker via de seks lægepraksissystemer.</p> <p>PLO holder således kontrakten for den centrale løsning på vegne af PLOs medlemmer og har dialog med DSAM, RKKP og leverandører af lægepraksissystemer fx ifm. videreudvikling, drift, support og vedligehold af AIM.</p>
Den enkelte klinik	Klinikken har en licens til et af de seks lægepraksissystemer, hvor data om patientbehandlingen registreres ifm. konsultationen.
PLSP A/S	<p>PLSP (Primærsektorens Leverandør Service Platform) leverer de fælles løsninger, der bl.a. indebærer databaser, automatisk indberetningsmotor (AIM) og en brugergrænseflade til alle klinikker, hvor klinikken kan se egne data indberettet til RKKP.</p> <p>PLSP står for integrationen til RKKP, så aflevering af indberettede data fra de forskellige lægepraksissystemer gøres på en fælles og ensartet måde.</p>
Regionernes Kliniske KvalitetsProgram (RKKP)	<p>RKKP står for udarbejdelse af årsrapporter samt løbende levering af resultater for de enkelte databaser og har dialogen med DSAM om rapportens indhold.</p> <p>RKKP står for den løbende analyse af kvaliteten af de indsamlede data fra almen praksis og holder dialogen med DSAM.</p>
Kvalitet i Almen Praksis (KiAP)	<p>KiAP bistår med lægefaglig og teknisk kvalificering af dataspecifikationer fra RKKP samt "teknisk" oversættelse til leverandørerne af lægepraksissystemer.</p> <p>KiAP bistår øvrigt med kvalificering af testmateriale (testcases og testdata) samt efterfølgende evaluering af fx datakvalitet.</p>
Lægepraksissystem	<p>Lægepraksissystemerne opsamler og sender løbende de efterspurgte data i aftalt format til den centrale automatiske indberetningsmotor hos platformleverandøren PLSP A/S.</p> <p>Alle lægepraksissystemer bliver testet og certificeret i korrekt opsamling og forsendelse. Det er MedCom, der står for denne test og certificering.</p>

Data, der indberettes

For de fem DSAM-godkendte nationale kliniske kvalitetsdatabaser, som almen praksis er forpligtet til at indberette data til, er der identificeret en række data, som automatisk trækkes fra det enkelte lægepraksissystem og indberettes til RKKP.

Det er som tidligere nævnt DSAM, der i samarbejde med RKKP, fastlægger og godkender disse data. Af bilag 1 er der yderligere information om data, links, samt information om hvilke DSAM-repræsentanter, der kan kontaktes for yderligere information.

Principper for automatisk indberetning fra almen praksis

Princip 1: Gøre det nemmere at indberette

Frem til 31. januar 2023 har almen praksis indberettet data til RKKP *manuelt*. Ved den manuelle indberetning skal hver klinik godkende og sende indberetninger for hver af de RKKP-databaser, som det er blevet aftalt at indberette til. Den manuelle indberetning medfører en række praktiske udfordringer for den enkelte klinik, som ofte skal bruge tid på at fejlsøge og gentage forsøg på at foretage indberetning.

Med den automatiske indberetning skal den enkelte klinik ikke foretage sig noget aktivt i forhold til indberetningen, idet lægepraksissystemet automatisk identificerer og indberetter de data, der er relevante for den enkelte RKKP-database. Med den automatiske indberetning er det dermed *nemmere at indberette for den enkelte klinik*, og indberetninger sker løbende med daglige opdateringer.

Princip 2: Rådata

Som nævnt ovenfor har den manuelle indberetningsløsning indebåret en del arbejde for den enkelte klinik. I nogle tilfælde har det medført, at indberetninger er blevet forsinket, og i andre tilfælde at indberetningen ikke er blevet gennemført. Det er derfor et væsentligt princip for den automatiske indberetning, at den enkelte klinik ikke forventes at gøre noget aktivt for at få indberetningen ind.

I den manuelle indberetningsløsning var der både rådata og beregnede data fra den enkelte klinik (eksempel: Rådata: Højde og vægt. Beregnede data: BMI). I den manuelle indberetningsløsning var der ydermere en kombination af rådata og beregnede data, som resulterede i nye parametre, som den enkelte klinik skulle kvalitetssikre og godkende inden indberetning.

I den automatiske indberetning er der alene fokus på rådata, idet indberetninger sker løbende, og den enkelte klinik ikke skal bruge tid på at kvalitetssikre og godkende beregninger. Beregninger på baggrund af rådata sker hos modtager af indberetninger, det vil sige hos RKKP. Med andre ord: Hvor den enkelte klinik tidligere både skulle forholde sig til rådata og beregnede data, vil den enkelte klinik nu kun afgive rådata, mens RKKP tager sig af beregninger.

Princip 3: Synlighed og gennemsigtighed - rådata

Den enkelte klinik kan følge med i, hvilke rådata der indberettes fra den enkelte klinik via en specifik brugergrænseflade i AIM.⁵ Hvis klinikken mener, at der er fejl i de data, der indberettes, eller ikke kan forstå hvorfor data indberettes, kan klinikken henvende sig til det enkelte lægepraksissystem.

⁵ Der vil være en mindre divergens mellem de rådata, som klinikken kan se i brugergrænsefladen i AIM, og de rådata, som modtages af RKKP. Det skyldes, at RKKP kun modtager indberetninger, hvis alle værdier i indberetningen er korrekte. I senere versioner af AIM vil divergensen forsvinde.

I relation hertil er det væsentligt at understrege, at der alene indberettes data, som er lovpligtige samt fastlagt i overenskomster. Det er også væsentligt at understrege, at rådata i sig selv ikke siger noget om kvalitet i almen praksis.

Princip 4: Synlighed og gennemsigtighed – kvalitet

Som nævnt ovenfor siger rådata ikke noget om kvalitet. Rådata bliver relevante, når de bruges til at udarbejde kvalitetsindikatorer. Den enkelte klinik kommer til at kunne se kvalitetsdata på den kommende Kvalitetsplatform, som udvikles af KiAP.

Kvalitet af indberetninger

Det er afgørende for tilliden til indberetning, at de rådata, der indberettes fra almen praksis, er de rette, og den måde, hvorpå rådata bliver anvendt til at sige noget om kvalitet, er valid. Både data og kvalitetsindikatorer undergår løbende en række kvalitetsforanstaltninger.

Data

Der laves en lang række foranstaltninger for at sikre kvaliteten af de rådata, der indberettes fra det enkelte lægepraksissystem:

- MedCom certificerer hvert enkelt lægepraksissystem, hvis der tilføjes væsentlige data til den enkelte indberetning.
- Alle data, der leveres fra det enkelte lægepraksissystem, bliver valideret ud fra eventuelle udfaldsrum (fx Regex), værdier m.m.
- Data, der ikke lever op til stillede krav, afvises og vil ikke blive leveret til RKKP.
- Yderligere foretages årligt en analyse af de afviste data for at kunne levere information til de relevante leverandører af data, herunder fx det enkelte lægepraksissystem og laboratorier.

Kvalitetsindikatorer

Formålet med de kliniske kvalitetsdatabaser er at belyse, hvorvidt den sundhedsfaglige kvalitet på de givne sygdomsområder er tilfredsstillende samt identificere forbedringsmuligheder og motivere til forbedring af praksis. Til vurdering af dette udvikles kvalitetsindikatorer på de forskellige sygdomsområder. Dette udviklingsarbejde er forankret i de kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper.

For hver klinisk kvalitetsdatabase udarbejder RKKP en årsrapport, hvor kvalitetsindikatorerne afrapporteres. Indikatorresultaterne afrapporteres desuden i den løbende levering af data via Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA), som opdateres dagligt.

Årsrapportens resultater gennemgås i databasens faglige styregruppe ved den nationale kvalitetsaudit. Her vurderes indikatorresultater og dermed den overordnede kliniske kvalitet på området. Det beslutes desuden, om der skal effektueres tiltag eller gives anbefalinger, hvis der vurderes muligheder for kvalitetsforbedringer.

Som en del af den nationale kvalitetsaudit vurderes databasens datagrundlag med henblik på dækningsgrad, datakomplethed, datakilder og datakvalitet. For almen praksis vil det dog ikke være muligt at vurdere dækningsgrad på baggrund af beregnet dækningsgrad, da der ikke findes en ekstern referencekilde, som data kan sammenlignes med. Dækningsgraden estimeres derfor i stedet ved f.eks. valideringsstudier. Disse vurderinger indgår i årsrapportens kommentering.

I den løbende levering stilles indikatorresultaterne til rådighed for den enkelte klinik, herunder det underliggende data på individniveau. Der medsendes to typer af information

1. Oplysning på individniveau om manglende indikatoropfyldelse samt begrundelsen for den manglende opfyldelse (Uopfyldte).
2. Oplysning om manglende registrering, som betyder at patienten ikke indgår i indikatorberegningen. Her medsendes hvilke oplysninger, der mangler, for at indikatoren kan beregnes (Uoplyste).

Det er altså her muligt for den enkelte klinik at identificere kvalitetsforbedringsmuligheder, ligesom manglende eller fejlagtige registreringer, datafejl eller datamangler kan identificeres og rettes. Der leveres også aggregerede indikatorresultater i den løbende leverance, hvor den enkelte kliniks resultater kan sammenlignes på f.eks. klynge og landsniveau og derigennem vurdere sine resultater og anvende det i kvalitetsarbejdet f.eks. i klyngeregi.

Hvis der er fejl i indberetninger

Hvis den enkelte klinik oplever, at der er fejl i indberetninger, skal klinikken kontakte det lægepraksissystem, som klinikken har licens til (kaldet "first level support").

Hvis det pågældende lægepraksissystem ikke kan udbedre fejlen, eller kan forstå fejlen, skal lægepraksissystemet kontakte PLSP (kaldet "second level support"). Den enkelte klinik skal forvente, at det er lægepraksissystemet, der sørger for at kontakte PLSP. Den enkelte klinik skal også forvente, at det er lægepraksissystemet, der vender tilbage til klinikken med en løsning eller en forklaring, uagtet om det er PLSP, der har løst problemet.

Hvis der er ændringer til indberetninger

Det er naturligt, at der under tiden kommer ændringer til indberetninger. Det vil fx ske, når man bruger kvalitetsindikatorerne og konstaterer, at der mangler data for at kunne beskrive kvaliteten fyldestgørende. I de tilfælde foregår indberetningsprocessen på nedenstående vis.

Ændringer kan deles i fire kategorier:

- Kategori 1: Ændringer, der kan håndteres internt hos RKKP
 - o Eksempel: Beregninger af de indberettede rådata laves på anden måde.
 - o Disse ændringer påvirker ikke den automatiske indberetningsmotor (AIM) og dermed hverken PLSP eller de enkelte lægepraksissystemer. Dermed består ændringsprocessen udelukkende af koordinering internt i RKKP samt til oplysning af relevante parter.
- Kategori 2: Ændringer, der forudsætter ændringer hos både RKKP og i den automatiske indberetningsmotor (AIM) / PLSP – men ikke hos de enkelte lægepraksissystemer
 - o Eksempel: Der indberettes alene *tidspunkt* for blodtryk. Det ændres til, at man også medtager *værdien* for blodtryk.
 - o Disse ændringer kan håndteres af RKKP og af PLSP. Ændringsprocessen består dermed alene af koordinering og efterfølgende effektivering mellem RKKP og PLSP.
- Kategori 3: Ændringer, der forudsætter ændringer hos flere parter: RKKP, PLSP og i lægepraksissystemer (samt KiAP så længe forløbsplaner er involveret).
 - o Eksempel: Inkludere en måling, som bliver foretaget af den enkelte klinik, men som ikke indberettes i dag.
 - o Disse ændringer er mere komplekse, idet både planlægning og effektivering skal planlægges sammen med samtlige lægepraksissystemer. Ændringsprocessen er tidsmæssigt relativ lang og skal passes ind i MedComs certificerings-årshjul.

- Kategori 4: Ændringer, der forudsætter, at lægen skal registrere data, som ikke registreres i dag.
 - o Eksempel: Nye behandlingspakker til en bestemt diagnose.
 - o Denne slags skal afklares i regi af DSAM, jævnfør beskrivelse i nærværende dokument.

I forbindelse med ændringer til indberetninger fra almen praksis udfyldes en skabelon, der beskriver ændringen, deadlines og adviseringsperioder samt hvordan de relevante parter involveres i at effektuere ændringen (se bilag 3). På denne måde bliver ændringer gennemsigtig for alle parter. For så vidt angår ændringen, skal denne beskrives detaljeret, og forudsætninger for data skal beskrives. Er det fx muligt at fremskaffe data og findes de i en kvalitet, der tilfredsfredstiller ændringens behov.

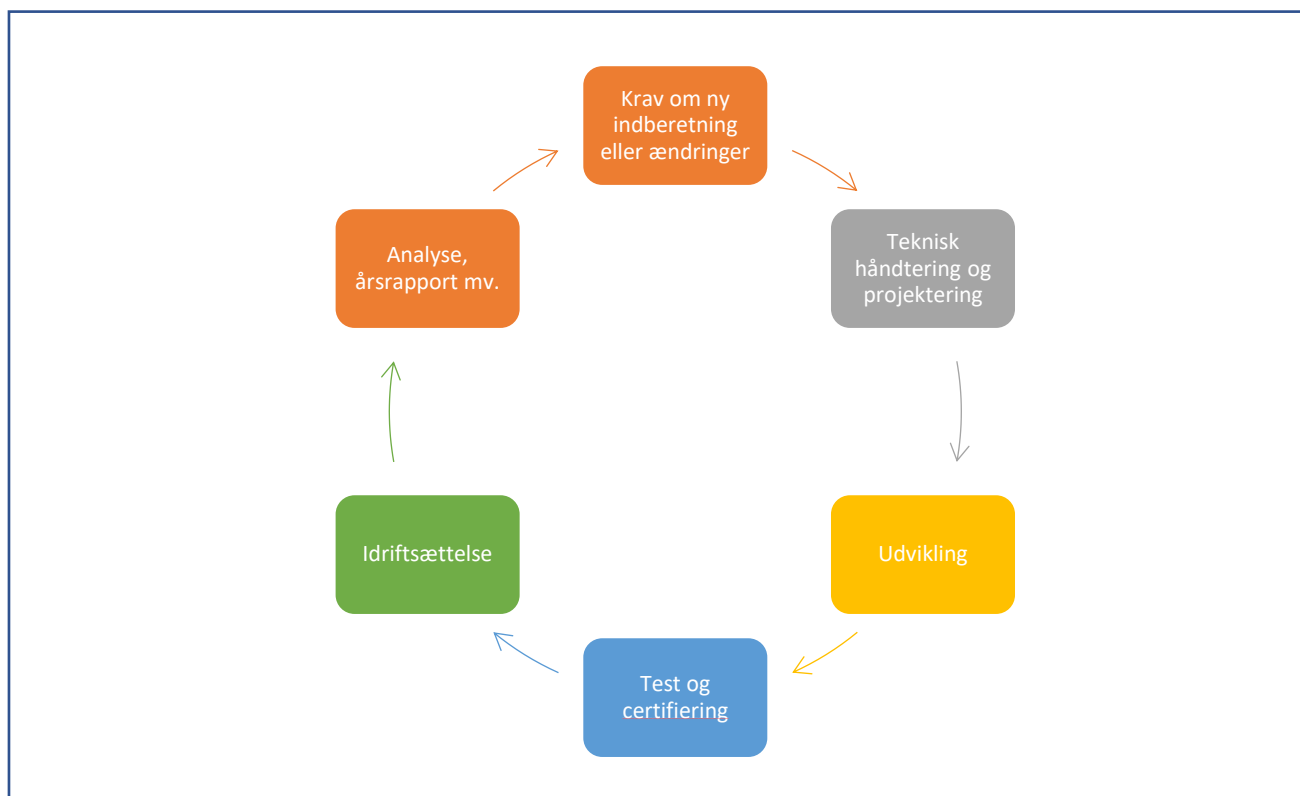
Godkendelse af ændringer afhænger af ændringens kategori (1-4 jævnfør beskrivelsen ovenfor), og en vurdering på flere planer:

- Fagligt plan: RKKP-databasens styregruppe samt DSAM inkluderes for at vurdere og godkende ændringen fra et fagligt niveau.
- Teknisk plan: Relevante parter inkluderes i en teknisk vurdering af ændringen.
- Økonomisk plan: Koordinationsgruppen – som er parter fra RKKP, DSAM og PLO – har de økonomiske midler og kan således prioritere.

Det er PLSP, der som systemforvalter af AIM driver ændrings- og godkendelsesprocessen, og PLSP er i tæt dialog med PLO gennem processen.

Af den nedenstående figur fremgår den overordnede proces fra identifikation af behov for indberetning til udarbejdelse af analyser og årsrapporter.

Figur 1: Eksempel på proces fra behov om indberetning identificeres til analyser og årsrapporter udarbejdes.



Hvad er næste skridt for indberetning fra almen praksis

Næste skridt for indberetning fra almen praksis er, at PLO indberetter data fra almen praksis til det statslige niveau, Sundhedsdatastyrelsen.

De data, der kommer til at blive indberettet til Sundhedsdatastyrelsen, er de samme data, som indberettes til RKKP. Årsagen til, at man indberetter de samme data til to forskellige modtagere, er, at RKKP ikke må dele de data, der indberettes til RKKP, med andre modtagere. Af den grund skal Sundhedsdatastyrelsen modtage data direkte fra almen praksis.

Årsagen til, at det er interessant for PLO at indberette til Sundhedsdatastyrelsen, er

- 1) PLOs generelle åbenhed overfor at dele relevante data med resten af sundhedsvæsenet,
- 2) at der i regi af Sundhedsdatastyrelsen er et projekt, der har fokus på at styrke datagrundlaget på tværs af sundhedsvæsenets parter: "Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen", og
- 3) at indberettede data til Sundhedsdatastyrelsen må kombineres med andre datakilder. Dette står i modsætning til RKKP-indberettede data, hvor man ikke må lave disse kombinationer. Det er KiAP, der får ansvar for at lave denne kobling, og på baggrund af koblingen kan KiAP lave klyngepakker til klynger i almen praksis.

Det forventes, at almen praksis kan påbegynde indberetning til det statslige niveau i løbet af 2024. I relation til, at indberetning til det statslige niveau påbegyndes, skal der tages stilling til, hvad der sker hvis der kommer ændringer til de data, der indberettes til RKKP: Vil ændringerne også slå igennem til Sundhedsdatastyrelsen?

Eller kommer der til at være to forskellige versioner af indberetninger: En version til RKKP og en anden til Sundhedsdatastyrelsen?

Desuden skal der tages stilling til, hvordan eventuelle yderligere ønsker til data fra Sundhedsdatastyrelsens side skal behandles. Som det er beskrevet i nærværende notat, er det i dag DSAM, der har den faglige godkendelse af indberetninger til RKKP. Med den kommende indberetning af data fra almen praksis til statsligt niveau skal organiseringen og beslutningsvejen klarlægges.

Bilag

Bilag 1: Om data til RKKP m.m.

Bilag 2: Et teknisk overblik over indberetningsløsning

Bilag 3: Skabelon til beskrivelse af ændring af indberetninger til RKKP

Bilag 4: Frequently Asked Questions (FAQ)

Bilag 1: Om data til RKKP m.m.

Data for hver af diagnoserne Diabetes, KOL, Astma, Atrieflimren og Hjertesvigt kan ses af på RKKPs website:

- Astma: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-register-for-astma/>
- Atrieflimren: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/atrieflimren-i-danmark/>
- KOL: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-register-for-kronisk-obstruktiv-lungesygdom/>
- Diabetes: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Dansk_Diabetes_Database/
- Hjertesvigt: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-hjertesvigtdatabase/>

For beskrivelse af den måde, hvorpå RKKP modtager data:

- <https://www.rkkp.dk/systemer-og-support/indberetningssystemer/rkkp-webservices/>

Hvis man har spørgsmål til data for den enkelte diagnose, kan følgende DSAM-repræsentanter kontaktes:

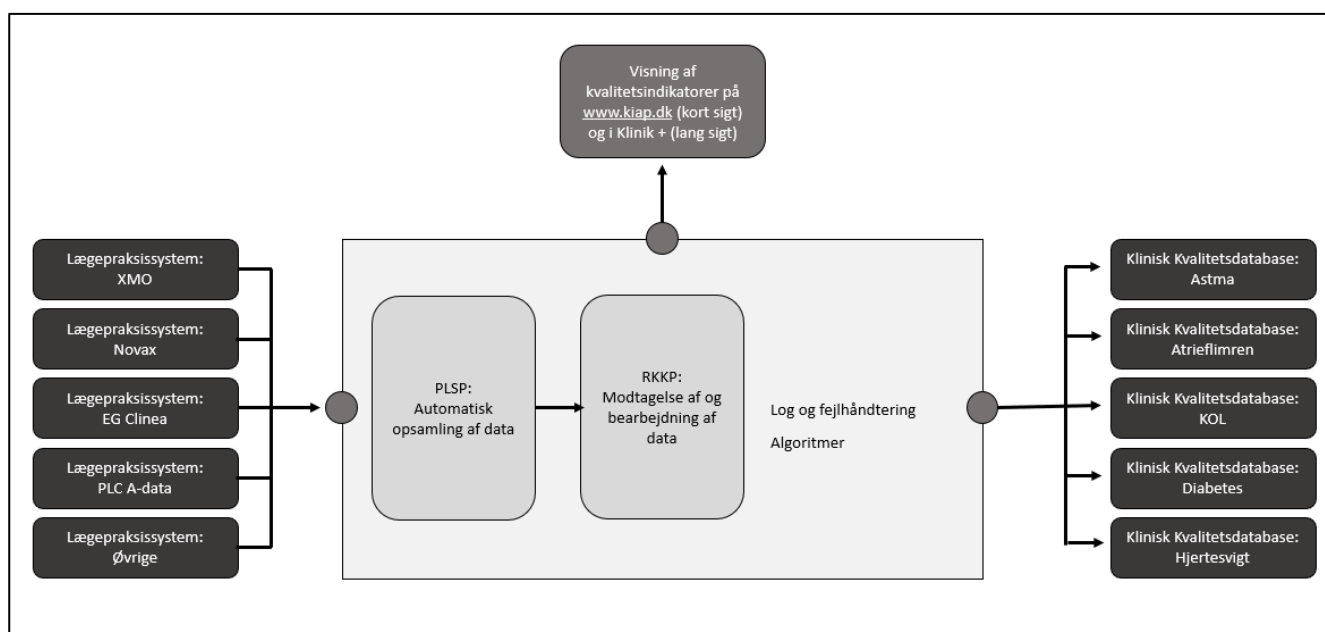
- Astma: Rune Ahrensberg
- Atrieflimren: Palle Mark Christensen
- KOL: Svend Kier
- Diabetes: Jette Kolding Kristensen
- Hjertesvigt: Palle Mark Christensen

Bilag 2: Et teknisk overblik over indberetningsløsning

Af den nedenstående figur kan man se dataflow fra de forskellige lægepraksissystemer til de kliniske kvalitetsdatabaser:

1. Data fra de forskellige lægepraksissystemer indberettes automatisk.
2. De indberettede data opsamles hos PLSP.
3. PLSP samler disse data og sender til RKKP.
4. RKKP modtager og bearbejder data og sørger for, at de kommer korrekt frem til de fem kliniske kvalitetsdatabaser.
5. Når data er bearbejdet hos RKKP, udstilles de på www.kiap.dk (kort sigt) og på PLOs Klinik + (lang sigt).

Figur: Illustration over data-flow: Data fra lægepraksissystemer til de kliniske kvalitetsdatabaser.



Bilag 3: Skabelon til ændring af indberetninger til RKKP

Nedenstående skabelon skal udfyldes, hvis der laves ændringer i indberetning fra almen praksis til RKKP. Skabelonen beskriver

- ændringen,
- forudsætninger for ændringen,
- deadlines og adviseringsperioder samt
- hvordan de relevante parter involveres i at effektuere ændringen

Det er systemforvalter af AIM, der er ansvarlig for, at skabelonen bliver udfyldt, samt at ændringen bliver godkendt og effektueret.

Ændring af AIM (overskrift)	(overskrift på ændringsønske)	
Ændring ønsket af	(navn og organisation)	
Dato for ændringsønske	(tidspunkt)	
Beskrivelse af ændring	(detaljeret beskrivelse af ændringsønske)	
Kategori af ændring (sæt kryds i en af de fire kategorier)	Kategori 1: Ændring, der kan håndteres internt hos RKKP	
	Kategori 2: Ændringer, der forudsætter ændringer hos både RKKP og i den automatiske indberetningsmotor (AIM) / PLSP	
	Kategori 3: Ændringer, der forudsætter ændringer hos flere parter: RKKP, PLSP og i lægepraksissystemer (samt KiAP så længe forløbsplaner er involveret).	
	Kategori 4: Ændringer, der forudsætter, at lægen skal registrere data, som ikke registreres i dag.	
Deadline for ændring	(angiv evt. deadline for, hvornår ændringen skal virke fra)	
Forudsætninger for ændringen, herunder involvering af parter i at effektuere ændringen	(angiv forudsætninger her)	
Dato for godkendelse af ændringsønske	(tidspunkt)	
Godkender af ændringsønske	(navn og organisation)	