

20. september 2019
/SIDJEE



Referat
til
møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet
13. juni 2018 kl. 09:00
i Regionshuset Viborg, C3 Parterre

Mødedeltagere:

- Jørgen Schøler Kristensen (lægefaglig direktør, AUH - formand).
- Steen Vestergaard Madsen (chefkonsulent, Kvalitet & Lægemidler), suppleant for Birgitte Haahr.
- Henrik Thuren (områdeleder, Patientjournal Produkter, IT).
- Helle Møller (klinisk EPJ-konsulent, Patientjournal Produkter, IT).
- Lars Lohse (områdechef Stab, It & Projekter, Hospitalsapoteket). Suppleant for Astrid Dahl Joensen.
- Charlotte Olesen (klinisk farmaceut, HEH) - via video.
- Lise Viskum Hansen (chefkonsulent, Dataenheden, Økonomi & Regnskab, AUH) - via video.
- Flemming Bøgh Mikkelsen (kontorchef, Sundhedsplanlægning).
- Bettina Nørremark (fuldmægtig, Sundhedsplanlægning).
- Sidse Gottlieb Jensen (projektkoordinator, Sundhedsplanlægning, sekretariat).

Afbud fra:

- Lars Dahl Pedersen (hospitalsdirektør, HEM).

Indholdsfortegnelse

- Birgitte Haahr, kontorchef (Kvalitet & Lægemedler, Koncern Kvalitet).
- Jonas Rosendal Bager-Elsborg (leder af BI-løsninger, medicindataejernejer).
- Trine Jørgensen (projektleder, Kvalitet og Sundheds-it, HEH, medlem af EPJ-Implementeringsgruppen).
- Astrid Dahl Joensen (datamanager, Hospitalsapoteket) - deltager dog via video ifm. punkt 6).

Desuden deltagelse af:

- Marianne Johansson Jørgensen (sundhedsfaglig forsker, ph.D) og Gitte Friis Kjeldsen (projektleder, MTIC) ifm. punkt 2).
- Inger Bonde Kristiansen (fuldmægtig, Sundhedsplanlægning) ifm. punkt 4).

Indholdsfortegnelse

| Pkt. Tekst | Side |
|--|-------------|
| 1 Godkendelse af dagsorden | 1 |
| 2 Orientering om TVÆRSPOR | 2 |
| 3 Shared Decision Making in Medicine mv.: Spørgsmålet om dataunderstøttelse. | 5 |
| 4 Orientering om nyt præsentationsværktøj, Qlik, beroende på data fra praksissektoren. | 7 |
| 5 Orientering om klinisk beslutningsstøttesystem | 9 |
| 6 Opfølgning ift. snitfladeetablering, CATO og BI-DW | 11 |
| 7 Opfølgning på KF-temadrøftelse vedr. medicindataområdet i Region Midtjylland | 13 |
| 8 Sygehusmedicinregisteret - aktuel status | 15 |

1-31-72-182-16

1. Godkendelse af dagsorden

Det indstilles,

at dagsordenen godkendes.

Beslutning

Dagsordenen blev godkendt.

1-31-72-182-16

2. Orientering om TVÆRSPOR

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg vedr. projekt TVÆRSPOR til orientering.

Sagsfremstilling

Med støtte fra bl.a. Danske Regioner- og Sundhedskartellets Udviklings- og Forskningspulje, MTIC Circular Co-Creation og Folkesundhed i Midten, har man iværksat det fem-årige forskningsprojekt 'TVÆRSPOR', som på baggrund af analyse af store mængder data indsamlet på tværs af de fire kommuner i Horsens-klyngen, områdets praktiserende læger og hospital, har til formål at opnå større viden om årsager til uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Dette med henblik på at målrette den tværsektorielle indsats og styrke det tværsektorielle samarbejde; herunder at beskrive det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

På mødet vil sundhedsfaglig forsker, Ph.D Marianne Johansson Jørgensen og projektleder, Gitte Friis Kjeldsen, MTIC, fortælle mere indgående om TVÆRSPOR-projektet, herunder ift. foreløbige resultater og de perspektiver og muligheder, der ligger i at kunne undersøge patientforløb (herunder medicinering) på tværs af sektorer.

Beslutning

Oplæg er vedlagt som bilag.

Marianne Jørgensen og Gitte Friis fortæller kort om baggrundene for etablering af TVÆRSPOR-projektet; hhv. at relativt få patienter tegner sig for rigtig mange af de akutte genindlæggelser (de såkaldte "hot spotters"), at genindlæggelsesprocenten synes at ligge relativt stabilt over tid samt at den demografiske udvikling påkalder sig behov for at kigge nærmere på, hvordan sengekapacitet anvendes. Projektet tager i forlængelse heraf afsæt i et mål om at målrette og styrke det tværsektorielle samarbejde med inddragelse af kommuner og praktiserende læger. Dette bl.a. med henvisning til, at indsatser med det formål at nedbringe antallet af akutte genindlæggelser bør iværksættes/forankres hos praktiserende læge.

Det overordnede formål med TVÆRSPOR er således "at opnå større viden om årsager til uhensigtsmæssige indlæggelser, målrette den tværsektorielle indsats og styrke det tværsektorielle samarbejde" - herunder, at:

1. At undersøge patientforløb på tværs af sektorer
2. At udvikle databaserede 'redskaber' til tidlig identifikation af risikopatienter (OPI-samarbejde)

3. At udvikle kliniske beslutningsstøtteværktøjer (OPI-samarbejde)
4. At undersøge effekten af systematiske tværsektorielle indsatser afhængigt af den enkelte patients risikoprofil

Hertil bemærkes, at projektets formål passer som fod i hose med det fokus, der jf. overenskomsten mellem PLO og regionerne skal være på opøgende indsats fra almen praksis overfor særligt sårbare patienter.

Det indledende arbejde har anskueliggjort, at udfordringen med de mange akutte indlæggelser ikke løses ved at fokusere udelukkende på forebyggelige indlæggelser og/eller specifikke diagnosegrupper. De indledende formodninger ift. hvilke patientgrupper (fx KOL-patienter og afrusere), der gennemsnitligt tegner sig for flest akutte indlæggelser pr. år, har vist sig at skulle nuanceres., og problemstillingen anskues i et bredere perspektiv.

Det beskrives, hvordan der med godkendelse fra Datatilsynet og Styrelsen for Patient-sikkerhed er indsamlet sundhedsdata fra ca. 185.000 borger, som er over 18 år, og bosat i én af de fire kommuner i Horsensklyngen (Skanderborg, Odder, Hedensted og Horsens Kommune).

Det fremgår, at de indsamlede sundhedsdata består af hhv. data fra primærsektor, sekundær sektor og forskellige registre (CPR og DREAM).

Fra primærsektor foreligger følgende data:

- oplysninger fra kommunerne omkring visiterede omsorgsydelser, fx rengøringshjælp, sygepleje, personlig pleje og/eller genoptræning
- oplysninger om hvilke ydelser, borgeren har modtaget fra praktiserende læger og/eller speciallæger, fysioterapeuter, psykologer etc.
- oplysninger om hvilken medicin, der udleveres til borgerne på apotekerne, hvor meget der udleveres, hvornår, og hvad medicinen koster
- oplysninger om præhospitale ydelser, fx henvendelsesårsag, kørselsform og tidspunkt for transport

Fra sekundær sektor foreligger følgende data:

- oplysninger fra hospitalets elektroniske patientjournal, fx information om hvor patienten har været indlagt, hvornår indlæggelsen har fundet sted samt tilhørende diagnose- og procedurekoder
- oplysninger fra LABKA, herunder vedr. biokemiske analyser og informationer om patienternes TOKS-værdier
- oplysninger om medicin, fx hvilke præparater i hvilke doser patienten har fået

Fra følgende registre foreligger desuden:

- DREAM, fx oplysninger vedr. beskæftigelses- og overførselsindkomster
- CPR og LPR, dels mhp. aktivitetsoplysninger fra private sygehuse, dels for at indhente oplysninger fra før Midt EPJ.

Med udgangspunkt i TVÆRSPOR er det således intentionen at arbejde med fire forskellige forskningsområder hhv.

- Patientforløb og patientkarakteristika
- Risikoprofiler og redskaber til klinisk beslutningsstøtte

-
- Effekten af enkeltstående interventioner
 - Effekten af en stepped care model

Aktuelt er der stort fokus på forskning i hhv. patientforløb og patientkarakteristika samt på udvikling af risikoprofiler og redskaber til klinisk beslutningsstøtte.

I forlængelse af ovenstående bemærkes, at det muligvis ikke er nye interventioner, som skal til, men en mere systematisk anvendelse af eksisterende interventioner ift. den enkelte patient og vedkommendes specifikke risikoprofil.

Vha. TVÆRSPOR er det således hensigten at bevæge sig fra et reaktivt til et i højere grad proaktivt sundhedsvæsen, hvor ny viden opbygges og CDSS-værktøjer (Clinical Decision Support System) udvikles mhp. at informationen kan anvendes i klinisk praksis.

CDSS-projektet, som efter økonomisk bevilling fra Innovationsfonden, påbegyndtes i februar, fremhæves som eksempel på et projekt mhp. udvikling af risikoprofiler og klinisk beslutningsstøtte, som netop har til formål at udvikle et klinisk beslutningsstøtteværktøj, der skal understøtte sundhedsprofessionelle i tidlig identifikation af borgere i risiko for akutte indlæggelser og tidlig iværksættelse af forebyggende indsatser i et tværsektorielt samarbejde.

Afslutningsvist bemærkes, at hhv. afklaring af juridiske (jf. persondatalovgivning m.m.) spørgsmål samt adressering af etiske dilemmaer har haft stort fokus i det hidtidige arbejde. Ift. sidstnævnte er der etableret et samarbejde med en lektor i filosofi, som bl.a. skal bistå med at adressere de etiske dilemmaer, der opstår med udbredelsen af teknologibrug, herunder fx. påvirkning af relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, og den determinisme, der kan være forbundet med ukritisk brug af algoritmer.

Bilag

- [Oplæg vedr. TVÆRSPOR](#)

1-31-72-182-16

3. Shared Decision Making in Medicine mv.: Spørgsmålet om dataunderstøttelse.

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager orientering til efterretning og tager del i drøftelse af aktuelle muligheder for dataunderstøttelse.

Sagsfremstilling

I budgettet for 2019 skal findes besparelser for 295 mio. kroner. Regionsrådet tog hul på behandlingen af budgettet for 2019 på et budgetseminar d. 24. maj.

Ved samme lejlighed bad Regionsrådet administrationen om at udarbejde forslag til budget 2019 – herunder forslag til besparelser på 295 mio. kroner med udgangspunkt i emnerne: **Medicin**, hospitalsaktivitet (ambulant og akut), digitalisering, mindre strukturændringer og administration.

Udgangspunktet er således, at der forventes en fortsat vækst i medicinudgifterne, og forslaget lægger op til, at besparelserne indenfor emnet medicin tilvejebringes som følge af fokus på initiativer, der kan mindske væksten i medicinudgifterne i de kommende år.

Med udgangspunkt i ovenstående indledes et arbejde - i første omgang på koncernledelsesniveau - med henblik på at undersøge mulighederne for at udforme driver diagrammer på medicinområdet. Dette for at kunne arbejde med den hensigt, at alle patienter får den medicin, der har størst værdi for dem. Dette indebærer tillige et større dataarbejde – bl.a. med henblik på understøttelse af Fælles Beslutningstagning/Shared Decision Making in Medicine (ie. en tilgang, hvor behandler og patient systematisk deler viden om behandlingspræferencer for i fællesskab at træffe beslutning om behandling), hurtig implementering af nye nationale/regionale retningslinjer, identifikation af behandlinger, der bruges uden sikker evidens for værdi for patienten samt for at tilvejebringe information om behandling ifm. livets afslutning.

På mødet fortæller Jørgen Schøler yderligere om perspektiverne i - og forventningerne til - arbejdet med udformning af driver diagrammer på medicinområdet mhp. at sikre den medicinske behandling, som er af størst værdi for patienterne.

Beslutning

Der gives en kort introduktion til det aktuelle arbejde med at udarbejde forslag, der skal bidrage til at indfri besparelser - herunder på medicinområdet. Udgangspunktet er, at udgifterne til medicin stiger med ca. 500 mio. kroner/årligt, bl.a. fordi der introduceres nye, dyre medicinske behandlinger - herunder behandlinger, hvor det samlede patient-

grundlag måske nok er sparsomt, men hvor der er tale om en betydelig udgift pr. patientbehandlingsforløb. Som eksempel nævnes behandling med Spinraza, som er et middel mod spinal muskelatrofi, der koster imellem 2-4 millioner kroner i opstart og derefter et tilsv. millionbeløb for opfølgende, årlige behandlinger. Det bemærkes, at der med ned-sættelse af Medicinrådet er skabt mulighed for, at behandlinger kan afvises, såfremt effekten ikke vurderes at stå mål med prisen. I tillæg hertil anføres, at der sideløbende med Medicinrådets arbejde med fordel kan sættes ind mhp. at sikre, at patienterne sættes i den medicinske behandling, som er af størst værdi for dem. Som led heri gives nedenstående eksempler, hvor fokus med fordel kunne skærpes:

- Introduktion af fælles beslutningstagning ifm. beslutninger, der vedr. medicinsk behandling - og afdækning af muligheder for at (data)understøtte den fælles beslutningstagningsprocess. Udgangspunktet er således, at valget af medicinsk behandling skal baseres på såvel viden og forståelse af den på ethvert tidspunkt bedst tilgængelige evidens vedr. fordele og ulemper ved tilgængelige behandlingsmuligheder som på patientens værdier og præferencer. I sammenhæng hermed henvises til initiativ på Sygehus Lillebælt, hvor Center for Fælles Beslutningstagning (CFFB) står bag en "beslutningshjælper", som er et nyt arbejdsredskab, der fremover skal bistå patienter og læger, så de i fællesskab kan træffe beslutning om behandlingen. Således har man på CFFB i flere år arbejdet med at udvikle den nye beslutningshjælper, der består af en række kort tilpasset den helt konkrete behandling. Hvis det for eksempel drejer sig om, hvorvidt man ønsker forebyggende strålebehandling af hjernen, kan der være et kort, der viser dødeligheden for patienter, der takker nej og dødeligheden for patienter, der tager imod tilbuddet. Der kan også være et kort, der viser bivirkninger og senfølger ved forskellige behandlinger eller risiko ved forskellige former for undersøgelser. Det bemærkes, at man med fordel kunne arbejde med udvikling af lignende, systematiske værktøjer til understøttelse af fælles beslutningstagning i Region Midtjylland, fx med inspiration fra nogle af de beslutningsstøtteværktøjer, som er udviklet af den amerikanske professor og endokrinolog, Victor Montori, mhp. at støtte en evidens- og værdibaseret diskussion vedrørende fordele og ulemper ved bestemte lægemiddelbehandlinger.
- Løbende monitorering af retningslinjeefterlevelse: Hvor hurtigt implementeres nationale og regionale retningslinjer?
- Skærpet bevågenhed ift. evidens af de behandlinger, der tilbydes: Opretholdes behandlingsregimer baseret på uddateret viden? Hvordan forholder det sig med fx 3., 4. og 5. linje behandlinger, som er udenfor evidens?
- Yderligere afdækning af de medicinske behandlingstilbud/regimer, patienter modtager ved livets afslutning: Hvordan forholder det sig eksempelvis med variationen i de behandlingstilbud, der gives i de sidste 30 dage før dødens indtræffen? Hvorfor ses evt. variation? Er den logisk - eller hensigtsmæssig?

Afslutningsvist bemærkes, at fokus på at sikre den medicinske behandling, der er af størst værdi for patienterne, også med fordel kan skærpes i almen praksis - fx. som del af en generel seponeringsdagsorden.

1-31-72-182-16

4. Orientering om nyt præsentationsværktøj, Qlik, beroende på data fra praksissektoren.

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager orientering om aktuel status på udvikling af præsentationsværktøjet, Qlik, til orientering.

Sagsfremstilling

Der er under Sundhedsdatastyrelsen nedsat en bruger- og styregruppe, som skal udarbejde et nyt datasystem (Qlik) rettet mod almen praksis. På et tidligere møde i arbejdsgruppen blev det besluttet, at Sundhedsplanlægning sender en repræsentant til at indgå i brugergruppen.

Inger Kristiansen fra Sundhedsplanlægning vil med afsæt i ovenstående give en aktuel status på arbejdet med udvikling af Qlik, herunder komme ind på muligheder for data vedrørende polyfarmaci.

Beslutning

Oplæg er vedlagt som bilag.

Det fremgår, at Qlik skal afløse det nuv. Ordiprax, og at der med Qlik er tale om et statistisk system, der skal understøtte rationel farmakoterapi. Formålet med udvikling af Qlik er således at stille et nyt og fælles evalueringsværktøj til rådighed for læger, men også for udvalgte, regionale medarbejdere mhp. understøttelse af kvalitetsudvikling og fremme af rationel klinik. I første omgang vedr. ordination af lægemidler og laboratorietestbestilling, evt. henvisning til prøve, men på sigt også andre dataområder, hvor feedback og sammenligning kan understøtte høj kvalitet i behandlingen, rationel og patienttilpasset behandling på tværs af landet og økonomiske gevinster.

Der er således *ikke* tale om et beslutningsstøttesystem ifm. konkrete lægemiddelordinationer, ligesom der ikke er adgang til konkrete personoplysninger. Ligeledes gøres opmærksom på, at der - i første omgang - alene gives systemadgang til praktiserende læger (på lægehenførbart niveau - egne patienter) og for udvalgte medarbejdere, lægemiddelkonsulenter, i regionen (på lægehenførbart niveau - regionens egne læger). Det præciseres, at SDS med udviklingen af Qlik leverer data mhp. kontrol/evaluering og statistik - ikke med fokus på fx beslutningsstøtte ifm. konkrete lægemiddelordinationer mv. Tillige bemærkes, at offentlig adgang til oplysninger på aggregeret niveau imødeses på et senere tidspunkt, og at tilføjelse af data fra andre registre, som fx. FMK og Sygehusmedicinregisteret, pt. er udenfor scope.

I oplægget gives eksempler på visninger og udtræksmuligheder i Qlik, fx. muligheden for at følge udviklingen i antal recepter pr. 1000 indbyggere fordelt på lægemiddel, indholdsstof og produkt - herunder også i form af et såkaldt klyngeindblik, som bl.a. kan bistå med at identificere mulige indsatsområder for kvalitetsarbejde i klyngerne.

Det fremgår, at Qlik kommer til at bestå af en række faste rapporter (omhandlende bl.a. antibiotika, afhængighedsskabende lægemidler og antipsykotika, KOL, diabetes og polyfarmaci) samt et analysemiljø og mulighed for at udarbejde lokaltdefinerede rapporter.

Ift. polyfarmacirapporten bemærkes konkret, at denne er under aktuel udvikling på baggrund af en bagvedliggende definition af polyfarmaci, der definerer polyfarmaci som "antal patienter, der har købt 6 eller flere lægemidler på privat apotek indenfor et halvt år". En udfordring ved denne definition er fx manglende viden om samtidighed i lægemiddelindtaget - og bl.a. derfor har man henledt SDS' opmærksomhed på relevansen af - på sigt - at medtage FMK-data. Der suppleres med en beskrivelse af (et udpluk af) de ønsker til en polyfarmacirapport, der fra regionalt hold er meldt ind til SDS.

Afslutningsvist fremhæves en række fordele hhv. ulemper ved Qlik. På fordelssiden fremhæves bl.a. det udvidede antal udtræksmuligheder, muligheden for at lave sammenligninger på tværs af regioner og muligheden for - på sigt - at påkoble data fra andre kildesystemer (fx FMK), mens der på ulempesiden bl.a. lægges vægt på, at der stadig er betydelig usikkerheder ift. tidshorisonter og analysemiljøets beskaffenhed bl.a. i forhold til at kunne honorere lokale behov.

Endelig gøres arbejdsgruppen opmærksom på, at der netop er publiceret en rapport på BI-Portalen "Medicin købt på private apoteker ordineret af sygehusene i Region Midtjylland". Rapporten tilgås via følgende link <http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/workbooks/6024/views> og giver mulighed for at se fordelingen af hhv. udgifter og forbrug (i DDD) fordelt på sygehus- og ATC-niveau for receptpligtig medicin udskrevet på/af sygehusene i Region Midtjylland.

Bilag

- [Oplæg om Qlik](#)

1-31-72-182-16

5. Orientering om klinisk beslutningsstøttesystem

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg vedr. nyt klinisk beslutningsstøttesystem til orientering.

Sagsfremstilling

Der har været igangsat et EU-udbud med henblik på at finde et beslutningsstøttesystem, som alle praksissystemer og EPJ-systemer skal integrere til. Som følge heraf forventes aftale indgået med Trifork (kontraktafklaringsmøder pågår fortsat), hvorefter der skal køre et implementeringsprojekt, som skal sikre, at alle systemer får lavet en integration til systemet.

Baggrunden for ønsket om at anskaffe et fællesregionalt beslutningsstøttesystem stammer fra regeringens nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (DÆMP). Et af de forebyggende initiativer fra handleplanen er beslutningsstøtte ifm. elektroniske lægemiddelordinationer og medicingennemgang. Det er således forventningen, at beslutningsstøttefunktionaliteten vil medvirke til at reducere medicineringsfejl og dermed reducere antallet af lægemiddelrelaterede indlæggelser.

I Økonomiaftalen for 2015 er det vedtaget, at beslutningsstøtte skal gøres tilgængelig i anvendelsessystemerne – dvs. medicinsystemer i sekundærsektor og lægepraksissystemer – i forbindelse med lægernes lægemiddelordination og medicingennemgang. Formålet er at sikre, at sundhedsaktører på regionernes sygehuse og i almen praksis får adgang til klinisk egnet understøttelse af valg af lægemiddel vha. beslutningsstøtte.

Beslutningsstøttesystemet forventes at give beslutningsstøtte ud fra patientens aktuelle lægemiddelordinationer og patientspecifikke oplysninger som for eksempel højde, vægt, nyretal, diagnose, CAVE m.v.

Helle Møller, klinisk EPJ-konsulent, Patientjournal Produkter, vil på mødet fortælle yderligere om det kliniske beslutningsstøttesystem – herunder ift., hvornår systemet forventes i drift.

Beslutning

Oplæg er vedlagt som bilag.

Helle Møller gennemgår baggrunden for udvikling og anskaffelse af et evidensbaseret beslutningsstøttesystem til understøttelse af elektronisk lægemiddelordination. Foranle-

diget af omfanget af fejlmedicinering i Danmark igangsatte regionerne i samarbejde med PLO og med Region Nordjylland som projektledende region et nationalt EU-udbudsprojekt med henblik på anskaffelse af et evidensbaseret beslutningsstøttesystem tilbage i 2015. Det nationale udbud er netop afsluttet, og kontrakten underskrevet mellem regionerne og den udpegede vinder, Trifork. Sammen med Dansk Lægemiddel Information, Testhuset og Netic skal Trifork således levere systemet, der skal assistere læger ifm. lægemiddelordination og medicingennemgang. Der er tale om et beslutningsstøttesystem, som skal integrere Pro.medicin.dks datagrundlag i en intelligent beslutningsstøttemotor. Hermed ydes beslutningsstøtte direkte i ordinationsprocessen og ved medicingennemgang fx i form af information om max dosis for et indholdsstof, krydsallergi, kontraindikationer og forsigtighedsregler ved nedsat nyrefunktion. I beslutningsstøttesystemet knyttes individuelle patientdata som fx medicinlister, diagnoser og laboratoriedata således med Pro.medicin.dk's datagrundlag med henblik på at give aktiv og patientspecifik beslutningsstøtte til lægerne i medicin- og lægepraksissystemerne.

Det anføres, at systemet imødeses med en del skepsis fra bl.a. PLO - dette bl.a. med henvisning til risikoen for, at systemet vil skabe træghed i arbejdet pga. tungere arbejdsgange. Udgangspunktet er således, at systemets indførelse ikke må afstedkomme, at ordinationer mv. ikke kan laves ligeså hurtigt som hidtil.

Afslutningsvist bemærkes, at der som en del af implementeringen indledningsvist gennemføres en pilotimplementeringsfase, som inkluderer en regional pilot samt to lægepraksis-piloter. Efter planen vil pilotimplementeringen løbe fra medio 2019 og frem til første kvartal 2020. Herefter er det planen, at beslutningsstøttesystemet, frem mod udgangen af 2020, skal integreres i alle landets lægepraksissystemer og regionernes medicinsystemer.

Bilag

- [Oplæg vedr. klinisk beslutningsstøttesystem](#)

1-31-72-182-16

6. Opfølgning ift. snitfladeetablering, CATO og BI-DW

Det indstilles,

Det indstilles, at arbejdsgruppen drøfter og beslutter organisering af det videre arbejde med udlæsning af Cato-data til sygehusmedicinregisteret.

Sagsfremstilling

På baggrund af mødet vedrørende medicindatamangler d. 14.03.18 har Hospitalsapoteket været i gang med at undersøge mulighederne for etablering af en snitflade mellem Cato og BI-datavarehuset.

Leverandøren af Cato er kontaktet, og der afventes svar på hvilke muligheder, der eksisterer med den nuværende version af Cato.

I referatet fra mødet vedrørende medicindatamangler d. 14.03.18 punkt 2 står der, at: "sideløbende med idriftsættelse af Komplex Medicinering - at etablere en mere systematisk konneks mellem CATO og det regionale BI-datavarehus mhp. opsamling af data for de resterende kræftbehandlinger."

Eftersom det kun er første fase af Komplex Medicinering, som forventes at være i drift inden ultimo 2019, samt at man ikke umiddelbart kan forvente en integration mellem EPJ og Cato, er der et ønske om at anvende Cato-data via BI-datavarehuset til udlæsning til sygehusmedicinregisteret.

Der er flere mangler ved at anvende Cato-data til udlæsning af cytostatikakure til sygehusmedicinregisteret, da data ikke indeholder alle de informationer, der er krav om.

F.eks. indeholder Cato-data ikke information vedr.:

- Ordinerende sundhedsfaglig person
- Administrationstidspunkt
- Diagnosekoder
- Drug-ID på det færdige produkt
- SHAK/SOR koder
- Procedurekoder
- Patientens hjemkommune og region
- Patienttypen (indlagt/ambulant)

Det vil sige, at en udlæsning fra Cato ikke kan stå alene i forhold til at levere de nødvendige data til sygehusmedicinregisteret. Cato-data skal beriges med data fra andre kilder, såsom EPJ og CPR-registeret.

Derfor er der behov for dedikerede ressourcer hos BI-kontoret til at berige data og færdiggøre udlæsningen til sygehusmedicinregisteret.

Beslutning

Ift. relevansen af at etablere en snitflade mellem CATO og BI-DW henvises bl.a. til, at en stor andel af regionens medicinudgifter er bundet op på netop ATC-gr. L (Cytostatika; antineoplastiske og immunomodulerende midler). Ift. løbende at kunne følge med i udgiftsudviklingen på medicinområdet er det således relevant at være forsynet med valide, opdaterede data på netop dette område.

Ift. muligheder for udlæsning af CATO-data mhp. indberetning til Sygehusmedicinregisteret (hvortil der jf. ØA 2018 skal ske indberetning af en række yderligere tungtvejende transaktioner, der ikke foretages i medicinmoduler, senest med udgangen af 2019, herunder vedr. kræftlægemidler) fremhæves de aktuelle udfordringer, der er forbundet hermed - herunder, at CATO-data på en række punkter (se sagsfremstilling) mangler informationer. Det anføres, at nogle af udfordringerne i vidt omfang skal tilskrives, at man i CATO har fravalgt et ordinationsmodul med henvisning til, at et sådant findes i EPJ.

Fra PJP anføres, at man med udrulning af Komplex Medicinering - når skemaindlæsning er tilendebragt - forventer at kunne tilvejebringe oplysninger svt. >80% af de strukturerede kræftbehandlinger. Hæmatologiske kræftbehandlinger og kræftbehandlinger til børn fremhæves som eksempler på kræftbehandlinger, som pga. øget kompleksitet for såvidt angår bl.a. hydreringsskemaer og en mindre grad af standardisering, fortsat må forventes at skulle køres parallelt.

Som opsamling på drøftelsen anmodes IT, PJP, om at forestå en nærmere afklaring af, hvor stor en andel af kræftbehandlinger, der mere præcist forventes medtaget med Komplex Medicinerings idriftsættelse. Der synes således at være en fornyet opfattelse, der går på, at en større mængde kræftmedicin end hidtil antaget forventes registeret med RM23-muligheden for skemamedicin.

Udgangspunktet er, at der på baggrund af ITs afklaring skal ske forelæggelse for relevant lederforum (KITA eller Klinikforum nævnes som muligheder) snarest mhp. konkret stillingtagen til, om - og evt. i hvilket omfang - der er behov for at "supplere op" med CATO-data ift. SMR-indberetning på cytotatikaområdet - og i bekræftende fald relativt hurtigt igangsættes en målrettet proces herfor.

Endelig bemærkes, at der bør arbejdes på, at udtræk fra CATO kommer til at indeholde CPR-numre - og ikke blot, som tilfældet er nu, fødselsdato.

1-31-72-182-16

7. Opfølgning på KF-temadrøftelse vedr. medicindataområdet i Region Midtjylland

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager orientering om udfaldet af temadrøftelse vedr. medicindataområdet i Region Midtjylland til efterretning, og på baggrund heraf indleder drøftelse vedr. hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdsgruppens fremadrettede arbejde.

Sagsfremstilling

På mødet i Klinikforum d. 25. maj var der afsat tid til en temadrøftelse vedr. medicindataområdet i Region Midtjylland (indstilling/sagsfremstilling er vedhæftet som bilag).

Punktet tjente dels som en afrapportering af arbejdsgruppens hidtidige virke, dels som oplæg til drøftelse af, hvordan:

- der sikres hensigtsmæssig udvælgelse og fokusering af de aspekter af medicindataområdet, der skal arbejdes med – herunder ift. at definere områderne og udarbejde evt. foranalyser.
- udfordringen med implementering og udbredelse af klinikrettede dataprodukter – herunder på medicindataområdet – håndteres.

Endelig blev Klinikforum på mødet anmodet om at godkende, at arbejdsgruppens mandat forlænges i endnu ét år.

På mødet vil Jørgen Schøler orientere yderligere om udfaldet af temadrøftelsen.

Beslutning

Der gives en kort orientering om udfaldet af temadrøftelsen i Klinikforum. Det bemærkes, at anmodningen om at opretholde arbejdsgruppen i endnu et år blev godkendt. Ift. de udfordringer, som arbejdsgruppen har påpeget vedr. implementering af klinikrettede, databaserede værktøjer - herunder på medicindataområdet - var det umiddelbare udkomme af drøftelserne, at der ikke ligger én entydig løsning på implementeringsudfordringen. Af referat og opfølgingsnoter fra mødet i Klinikforum fremgår i forlængelse heraf, at arbejdsgruppen på medicindataområdet som led i forlængelse af gruppens mandat, har fået til opgave at komme med et bud på implementering af dataprodukter i klinikken. Det fremgår således af referatet fra mødet i Klinikforum, at: "Klinikforum gav som led i videreførelsen af arbejdsgruppen opgaven med at komme med et bud på implementering af dataprodukter i klinikken. Det blev konstateret at redskaberne,

dvs. muligheden for at bygge fokusrapporter i BI, findes, og at der derfor særligt er behov for at sætte fokus på den organisatoriske implementering, dvs. etablere klare aftaler om, hvem og hvordan, der handles på en datarapport, når den foreligger."

Bilag

- [Temadrøftelse medicindata Klinikforum](#)

1-31-72-171-17

8. Sygehusmedicinregisteret - aktuel status

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager orientering om aktuel status på Sygehusmedicinregisteret til efterretning.

Sagsfremstilling

Aktuel status er, at Sundhedsministeriet har offentliggjort bekendtgørelse med tilhørende vejledninger med ikrafttrædelse d. 15. maj 2018 (links til bekendtgørelse samt tilhørende vejledninger findes nederst). Det betyder, at regionerne pr. denne dato er forpligtede til at indberette data om medicinadministrationer - og dermed, at man kan komme i gang med implementering af indberetningsløsningerne hhv. analysere på data fra sygehusmedicinregisteret. Med udgangspunkt i ovenstående, kan sygehusmedicinregisteret være i pilotdrift lige før sommerferien 2018. Dette betyder formodentlig, at august reserveres til kvalitetstjek og evt. rettelser hhv. genindberetninger af data, og at egentlig produktion vil kunne forventes fra d. 1. september 2018.

SUM ønsker på kort sigt at udelade indberetning af omkostninger hhv. at etablere mulighed for at beregne omkostninger per medicinadministration i sygehusmedicinregisteret. Dette skyldes, at det for ca. 25 af de præparater, som Amgros indkøber for regionerne, er aftalt, at priserne ikke offentliggøres. Amgros anbefaler, at der ses bort fra aftalerne, idet priserne i praksis vil være offentligt kendte, og fordi Amgros i aftalerne med leverandørerne har betinget sig, at oplysningerne kan indberettes til centrale registre jf. lovgivningsbestemte formål. Samtidig har regionerne tilbudt, at indberetningsløsningerne udelader omkostningsberegningen for de berørte præparater, men ministeriet fastholder, at sagen skal underlægges yderligere behandling af ministeriets jurister og AMGROS. SUM er gjort bekendt med, at der skal foreligge en afklaring vedr. omkostningsfelterne, dvs. i praksis en godkendt ændringsbekendtgørelse, inden midten af august, såfremt omkostningsoplysninger skal med i sygehusmedicinregisteret i år. På længere sigt forventes omkostningsoplysningen dog at indgå i sygehusmedicinregisteret, idet dette skal understøtte en vigtig del af formålet med registeret, dvs. muligheden for at kunne se og følge op på regionernes omkostninger til medicin. SUMs jurister har på et møde den 28. maj tilkendegivet, at de styrer mod en godkendt ændringsbekendtgørelse medio august.

[./.](https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200975) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200975> (Bekendtgørelse om regioners indberetning af oplysninger til Sygehusmedicinregisteret)

[./.](https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200980) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200980> (Vejledning om regioners indberetning af oplysninger til Sygehusmedicinregisteret)

./ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200976> (Vejledning om videregivelse af oplysninger fra Sygehusmedicinregisteret)

Beslutning

Orientering tages til efterretning.