

27. april 2017  
/SIDJEE



**Referat**  
**til**  
**møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet**  
**3. marts 2017 kl. 09:00**  
**i OPA 15, lokale 15**

Mødedeltagere:

- Jørgen Schøler Kristensen (lægefaglig direktør, HEH – formand)
- Lars Dahl (hospitalsdirektør, HEM) - via video
- Birgitte Haahr (kontorchef, Koncern Kvalitet, Kvalitet og Lægemedler)
- Astrid Dahl Joensen (datamanager, Hospitalsapoteket).
- Jonas Rosendal Bager-Elsborg (leder af BI-løsninger samt medicindataemnejer)
- Charlotte Olesen (farmaceut, analysegruppen)
- Lise Viskum Hansen (chefkonsulent, Økonomi og Planlægning, HEH)
- Trine Jørgensen (projektleder, Kvalitet og Sundheds-IT, HEH, medlem af EPJ-Implementeringsgruppen).
- Flemming Bøgh Mikkelsen (kontorchef, Sundhedsplanlægning)
- Sidse Gottlieb Jensen (projektkoordinator, Sundhedsplanlægning, sekretariat)

Afbud fra:

- Henrik Thuren (områdeleder Patientjournal Produkter, IT)
- Claus Thomsen (lægefaglig direktør, AUH)
- Louise Hopkins (klinisk farmaceut, Hospitalsapoteket) - udtrådt af arbejdsgruppen pga. jobskifte.

# Indholdsfortegnelse

---

Oplægsholdere:

- Peter Meegaard (klinisk farmaceut, AUH)
- Mads Sinding Jørgensen (specialkonsulent, administrationen, Psykiatri & Social)

# Indholdsfortegnelse

---

<b>Pkt.</b>	<b>Tekst</b>	<b>Side</b>
1	<a href="#">Godkendelse af dagsorden</a>	1
2	<a href="#">Oplæg om sygehusapotekernes database til registrering af patientspecifikke LægemiddelRelaterede Problemer (LRP-databasen), herunder præsentation af regionalt dataudtræk v./klinisk farmaceut Peter Meegaard, Hospitalsapoteket, AUH</a>	2
3	<a href="#">Nye medicindatarapporter i regi af BI</a>	6
4	<a href="#">Etablering af Tableau-netværk med fokus på medicindata</a>	8
5	<a href="#">Udestående ift. registrering i EPJ-medicinmodulet/kendte medicindatamangler</a>	10
6	<a href="#">Oplæg om samt eksempler på medicindataanvendelse indenfor psykiatrien i Region Midtjylland v./specialkonsulent Mads Sinding Jørgensen, administrationen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland</a>	12
7	<a href="#">Monitorering af nationale vejledninger fra Medicinrådet</a>	16
8	<a href="#">Kommende bekendtgørelse vedr. det nationale sygehusmedicinregister samt oversigt over medicindata, der ikke bliver klar til indlevering pr. 1.1.18.</a>	19
9	<a href="#">Nationale Lærings- og Kvalitetsteams på antibiotikaområdet: Monitorering vha. relevante data</a>	21
10	<a href="#">Eventuelt</a>	26

1-31-72-182-16

## 1. Godkendelse af dagsorden

### **Det indstilles,**

**at** arbejdsgruppen godkender dagsordenen.

### **Beslutning**

Dagsordenen blev godkendt

---

1-31-72-182-16

## **2. Oplæg om sygehusapotekernes database til registrering af patientspecifikke LægemiddelRelaterede Problemer (LRP-databasen), herunder præsentation af regionalt dataudtræk v./klinisk farmaceut Peter Meegaard, Hospitalsapoteket, AUH**

### **Det indstilles,**

**at** arbejdsgruppen tager præsentation og eksempler på LRP-data til orientering.

### **Sagsfremstilling**

I forbindelse med sidste møde i arbejdsgruppen på medicindataområdet blev dels anmodet om, at LRP-databasen tilføjes listen over aktiviteter/områder af relevans for arbejdsgruppen, dels at der blev inviteret en oplægsholder til et af de kommende arbejdsgruppemøder mhp. at fortælle mere indgående om LRP-data. På baggrund heraf er Peter Meegaard, klinisk farmaceut, Hospitalsapoteket, AUH inviteret i kraft af klinisk erfaring med registrering i databasen og efterfølgende anvendelse af dataudtræk herfra. Peter Meegaard vil således præsentere nogle opsummerede data samt beskrive registrering, kategorisering og opfølgning i databasen.

### **Baggrund**

På opfordring fra kliniske farmaceuter på sygehusapoteker i Danmark blev den lægemiddelrelaterede-problem (LRP) database oprettet i 2010. Databasen vedligeholdes af AM-GROS. Formålet med LRP-databasen var at skabe et redskab til elektronisk dokumentation af lægemiddelrelaterede problemer i forbindelse med klinisk farmaceutiske interventioner.

LRP-databasen er således udviklet på baggrund af kliniske farmaceuters ønske om et simpelt, elektronisk værktøj til dokumentation af den klinisk farmaceutiske indsats mhp. at identificere og prioritere strategiske indsatsområder for den patientspecifikke kliniske farmaci. I databasen kan man således registrere og gruppere identificerede lægemiddelrelaterede problemer samt afdække hvilken opfølgende handling, der er sket som følge af identifikationen. Efterfølgende kan der udtrækkes forskellige rapporter over registreringerne. Ved anvendelse af databasen skabes bl.a. mulighed for redegøre for aktiviteter indenfor patientspecifik klinisk farmaci, at vurdere effekten heraf samt benchmarke og skabe læring.

I praksis har der vist sig at være forskellige traditioner for, hvordan og hvornår data registreres. På nogle afdelinger registreres samtlige medicingennemgange og interventioner- på andre afdelinger registreres i databasen periodevis over kortere eller længere tid bl.a. som led i at sætte fokus på eventuelle medicineringsudfordringer på pågældende

---

afdeling. Lokale variationer i måden, hvorpå der registreres i databasen, understreger vigtigheden af at kende baggrunden mhp. korrekt tolkning af data.

Præsentation er vedlagt.

## Beslutning

Peter Meegaard forestår præsentation om LRP-databasen (denne er vedlagt).

Under oplægget kommer Peter Meegaard ind på følgende:

- Registrering af data: Hhv. afdeling, patientkarakteristika (alder, køn, antal lægemiddelordinationer), kategorisering af det/de lægemiddelrelaterede problem(er) samt supplerende oplysninger herom (herunder mulighed for notatskriv). Endelig registrering af opfølgning på handling.
- Registreringsindhold: En række i datagrundlaget er identisk med én intervention (inkluderer typisk også notat).
- Eksempler på databrug og udfordringer forbundet hermed: Det beskrives, hvordan LRP-data bør anvendes med en vis forsigtighed, dels pga. uensartet registreringspraksis (periodevis registrering fx ifm. med indsatsperiode hhv. kontinuerlig registrering ifm. samtlige medicingennemgange), dels pga. registreringsproblemer (ikke entydig interventionskategorisering samt fejlregistreringer). Endelig fremhæver Peter Meegaard, at det er u hensigtsmæssigt, at det ikke er muligt at graduere alvorligheden og den kliniske relevans af identificerede LRP'er. Endvidere beskrives, hvordan det ikke automatisk er muligt at følge op på et interventionsforslag, såfremt disse er rettet mod patientens praktiserende læge.

Et regionalt udtræk fra LRP-databasen viser, at der i 2016 blev foretaget 7953 interventioner i Region Midtjylland - heraf 2208 gennemgange af patienter uden identifikation af LRP. For de resterende 5745 interventioner (svt. ca. 16 LRP'er pr. døgn) er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at se, hvor mange patienter, disse dækker over. Der er foretaget flest interventioner på Hospitalsenheden Horsens, efterfulgt af Aarhus Universitetshospital.

De 5745 interventioner fordeler sig med kategorien 'Dosis' som den hyppigst identificerede LRP, efterfulgt af hhv. 'Uhensigtsmæssigt præparat' samt 'Doseringsinterval' og '-interval'. Ser man på antallet af interventioner fordelt på lægemiddel, topper kategorien 'Andet' efterfulgt af 'Paracetamol'.

Det vises, at ca. 40% af interventionerne har 'positivt udfald' (defineret som hhv. 'LRP accepteret og medicineringsændring foretaget', 'LRP accepteret og medicineringsændring foretaget af farmaceut eller farmakonom' eller 'LRP accepteret, men ingen eller anden handling'). Øvrige ca. 40% af interventionerne har 'negativt udfald' (hhv. 'Ingen handling på LRP identificeret' eller 'LRP ej identificeret'). For de resterende ca. 20% gælder, at opfølgning ikke er mulig, fordi patienten i mellemtiden er udskrevet.

Det beskrives, at kliniske farmaceuters medicingennemgang ligeledes dokumenteres i SFI'en 'Medicinnotat, Hospitalsapoteket'. Det fremgår, at der blev registreret i denne SFI 26.346 gange i 2016. Hertil indskræpes det forbehold, at Medicinnotat-SFI'en ikke alene anvendes til dokumentation af medicingennemgang, men

---

ligeledes til dokumentation af optaget medicinanamnese samt gennemgang af ordinationsoversigt. Dog indikerer tallene, at LRP-data ikke giver et fyldestgørende billede af det faktiske medicingennemgangsomsfang - herunder identificerede LRP'er.

- Notateksempel: Der gives to eksempler på notatskriv (se evt. præsentation).

Efter oplægget spørges til, om der er foretaget faglige audits ift. brugen og relevansen af LRP-registreringer. Peter Meegaard oplyser, at der efter hans vidende ikke har været gennemført sådanne. Formanden oplyser, at dette har været gjort på Hospitalsenheden Horsens, og at der var meget varierede tilbagemeldinger fra lægerne; nogle fandt LRP-registreringerne klinisk meningsfulde, hjælpsomme og relevante, mens andre ikke oplevede at have gavn heraf.

Der spørges til, om det er muligt at identificere, om det er de samme læger, der handler hhv. undlader at handle på de interventionsforlag, der følger af farmaceuternes medicingennemgang. Formanden oplyser, at dette ikke er muligt pr. automatik, men at man manuelt for hver enkelt medicingennemgang kan koble bemærkninger/interventionsforslag i den relevante SFI med evt. efterfølgende ændring i medicineringen.

Lise Viskum oplyser, at man på Hospitalsenheden Horsens har haft drøftelser med de lokale farmaceuter ift. specifikation af de patientgrupper, for hvem medicingennemgang skønnes særlig relevant. Det understreges, at dette ikke tænkes at erstatte audits, men betragtes som et led i bestræbelserne på at bedre lægernes anvendelse af farmaceuternes medicingennemgang som et klinisk hjælpeværktøj.

Trine Jørgensen spørger til det hensigtsmæssige i, at der registreres både i LRP-databasen og i SFI'en 'Medicinnotat. Dette følges op af formanden, som italesætter behovet for yderligere dialog om, hvilke systemer, der fremover skal anvendes i regionen, herunder om BI-kontoret evt. skal medvirke til at udpege særlige risikopatienter el. I forlængelse heraf fremhæves behovet for en løsning (oplagt en SFI), hvori det er muligt at graduere alvorligheden af de lægemiddelrelaterede problemer, der identificeres ifm. medicingennemgang. Ligeledes er det vigtigt at sikre, at der faktisk handles herpå. Peter Meegaard oplyser, at det af kontraktbilag for visse afdelinger fremgår, at handling på baggrund af identificerede LRP'er er uddelegeret til farmaceuten (fx har farmaceuten på afd. Q, AUH, lov til at ændre tidspunkterne for medicinadministration, hvorefter ændringen skal lægegodkendes).

Som afslutning på drøftelserne samler formanden op og efterlyser inputs til, hvordan der fremover skal arbejdes videre med ovenstående. Der ansøres til, at relevante ressourcepersoner, oplagt Peter Meegaard og Jonas Bager-Elsborg (BI), drøfter hvordan det nuværende LRP-setup evt. kan modsvares/videreføres i et regionalt BI-format. Hertil spørges til, om det umiddelbart skønnes problematisk at trække sig fra LRP-databasen. Hertil svarer Peter Meegaard, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet. Vigtigt er det imidlertid, at et tilsvarende værktøj vedbliver at være tilgængeligt for de kliniske farmaceuter - herunder muligheden for at følge op på interventionsforslag. Formanden runder punktet af med henvisning til, at ovenstående vil blive forelagt formandsskabet i den regionale SFI-styregruppe mhp. yderligere drøftelse.

**Bilag**

- [LRP-databasen PP-præsentation](#)



---

1-31-72-182-16

### 3. Nye medicindatarapporter i regi af BI

#### Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg om nye medicin-fokusrapporter til orientering.

#### Sagsfremstilling

BI-kontoret udarbejder løbende nye fokus-rapporter inden for medicindataområdet. Fokusrapporter er let overskuelige, brugervenlige rapporter der zoomer ind på en udvalgt problemstilling inden for et dataemne. BI-kontoret er bl.a. indgået i et samarbejde med HE Horsens om udarbejdelse af fokusrapporter, der vil være værdifulde i den kliniske hverdag. Nogle af de rapporter der er under udarbejdelse på nuværende tidspunkt er en rapport, hvor det er muligt at søge på kombinationer af lægemidler administreret til samme patient samme dag. Rapporten i sin nuværende form kan findes [her](#). Når rapporten er færdigudviklet vil den give mulighed for at fremsøge medicingivningskombinationer som man enten ønsker eller ikke ønsker at se hos sine patienter og man kan herefter reagere på det.

I den sammenhæng vil Lise Viskum supplere med kort beskrivelse af, hvordan man på Hospitalsenheden Horsens er påbegyndt arbejdet med udredning af forløb, hvor patienten får samtidig administration af NSAID og ACE-hæmmere. Punktet indeholder en kort opsummering af hvilke problemstilling, men også muligheder, der er ved at anvende data.

En anden rapport, der er under BI-udarbejdelse er en rapport, som fokuserer på administration af antibiotika. Man vil bl.a. kunne følge udviklingen i antallet af antibiotikaadministrationer, få en liste over patienter der har fået administreret antibiotika samt et overblik over penicillinadministrationer som andel af antibiotikagivningen. Rapporten kan i sin nuværende form findes [her](#).

Begge de to nævnte rapporter er under aktiv udarbejdelse, så der er ikke tale om 100 % færdige produkter.

På mødet vil Jonas Bager-Elsborg vise eksempler på de kommende fokusrapporter.

#### Beslutning

---

Jonas Bager-Elsborg introducerer rapporten vedr. negative hhv. positive medicinkombinationer. Der er tale om en rapport under fortsat udarbejdelse, der bl.a. gør det muligt at fremsøge patienter, der har fået NSAID-præparater og ACE-hæmmere administreret indenfor samme kalenderdøgn (uhensigtsmæssigt over flere døgn pga. risiko for faldende nyrefunktion) eller patienter, der er i behandling med Prednison/Prednisolon uden samtidig osteoporosebehandling. Udover disse kombinationer, som er prædefinerede i rapporten, er det muligt manuelt at fremsøge patienter, som har fået en anden specifik kombination af medicin.

Det oplyses, at man med rapporten kigger på patientniveau - dette for at sikre, at også patienter, der har fået medicinkombinationer som resultat af administrationer på tværs af afdelinger, medtages.

Formanden supplerer med, at data i første omgang kan anvendes til auditering. Herudover er der stort fokus på muligheden for at levere data tilbage til relevante klinikere med mulig for intervention i tilfælde, hvor dette er påkrævet.

Lise Viskum supplerer med oplysning om, hvordan man på Hospitalsenheden Horsens har iværksat en organisatorisk prøvehandling med udredning af forløb, hvor patienten får samtidig administration af NSAID-præparater og ACE-hæmmere. Således har en farmaceut lavet medicingennemgang, hvorefter der ved behov er taget kontakt til stuegangsgående læge eller relevant ledende overlæge i regi af Strategisk Medicinråd. Farmaceuten har været 13 patientjournaler igennem, hvoraf der i tre tilfælde har været behov for seponering eller tættere opfølgning af relevante biomarkører. Næste skridt er, at flere journaler gennemgås samt at forskellige feedback-muligheder afprøves og evalueres. Heri ligger også overvejelser omkring, hvordan der bedst uddrages læring af de gjorte observationer - herunder skabes klarhed over, hvem der forventes at handle ved lægemiddelrelaterede problemer, der går på tværs (fx. polyfarmaci).

En væsentlig udfordring i forbindelse med ovenstående er således det forhold, at der ofte administreres medicin på tværs af afdelinger. Dermed er der et aspekt ift. videredistribuering af information om data, der er udleveret på tværs, som påkalder sig behovet for nærmere juridisk afklaring. Formanden henstiller til, at prøvehandlingen fortsætter sideløbende hermed. På HEH har den foreløbige løsning været, at der udformes udlånskontrakter for samtlige involverede afdelinger. Dette er et omstændigt, ressourcekrævende arbejde, som vurderes at være uoverskueligt på større hospitalsenheder. I den forbindelse efterspørges yderligere drøftelse af, hvordan den juridiske dimension skal håndteres fremadrettet. I forlængelse heraf efterspørges mulighed for, at der til et af de næstkommende møder i arbejdsgruppen kan inviteres en oplægsholder, som har været dybere involveret i prøvehandlingen på HEH. Sekretariatet følger op herpå.

Afslutningsvist præsenterer Jonas Bager-Elsborg kort antibiotikarapporten, som ligeledes er under fortsat udarbejdelse. Det beskrives, hvordan rapporten muliggør, at udviklingen i antallet af antibiotikaadministrationer kan følges, ligesom man kan generere en liste over patienter, der har fået administreret antibiotika samt et overblik over penicillinadministrationer som andel af antibiotikagivningen. Relevansen af en sådan rapport underbygges bl.a. af det nationale Lærings- og Kvalitetsteam, som er nedsat på antibiotikaområdet (mere herom under pnkt. 9).

---

1-31-72-182-16

#### 4. Etablering af Tableau-netværk med fokus på medicindata

##### Det indstilles,

- at** arbejdsgruppen tager punktet vedr. etablering af netværket til orientering – herunder drøfter, hvor i regionalt organisatorisk regi medicindatarelaterede spørgsmål – herunder spørgsmålet om registreringspraksis på medicinområdet, skal adresseres.

##### Sagsfremstilling

På foranledning af drøftelser mellem arbejdsgruppens formand, Hospitalsapoteket samt Sundhedsplanlægning (Aktivitet og Investeringsplanlægning), blev der fra starten af året igangsat en proces mhp. etablering af et netværk, der med udgangspunkt i Tableau-Desktop software, fokuserer på medicinrapport-udvikling og anvendelse heraf (kommissorium vedlagt).

Første netværkværksmøde blev afviklet i februar med deltagelse af 15 personer repræsenterende administrationerne fra hospitalsenhederne HEH, HEV, HEM, Randers og AUH (se evt. medlemssammensætning i kommissoriet). På nuværende tidspunkt er yderligere tre møder planlagt over det næste halve år.

Udgangspunktet for første møde var en generel introduktion til set-uppet omkring medicindata i regi af den regionale BI-enhed. På baggrund af vedhæftede præsentation blev processen omkring, hvordan én administration i EPJ-medicinmodulet, bliver til én række i det tabelgrundlag, der udgør BI-medicindatagrundlaget', bl.a. beskrevet. Herudover blev standard- medicinrapporten og flere medicin-fokusrapporter (rapporter, der zoomer ind på specifikke medicinrelaterede områder, fx. positive og negative medicinkombinationer) gennemgået.

Fremadrettet tænkes møderne afviklet med et kort, indledende oplæg, hvis tema er baseret på forespørgsel fra netværket (til det næstkommende møde i april er der fx. ønske om et oplæg omkring kendte medicindatamangler). Herudover er tanken, at netværket skal danne ramme om netværks-deltagernes selvstændige arbejde med konkrete medicindatarelaterede aktiviteter (det være sig fx. medicinrapport-udvikling i Tableau Desktop eller udtræk fra det eksisterende set-up i BI-portalen).

Endelig blev der på første netværksmøde efterspurgt en nærmere afklaring af, hvordan man på overordnet, regionalt niveau er organiseret, når det kommer til medicindatarelaterede spørgsmål – herunder blev spørgsmålet om registreringspraksis (registreringsmangler, dobbeltregistreringer mv.) fremhævet.

##### Beslutning

---

Baggrunden for netværkets etablering gennemgås jf. vedhæftede formålsbeskrivelse/kommisiorium. Det beskrives, hvordan der har været god opbakning til initiativet, og at de tilbagemeldinger, der har været efterfølgende, har været positive. Det fremhæves, at deltagerkredsen med repræsentanter fra såvel kvalitets- som aktivitets/økonomiregi, giver anledning til interessante drøftelser og mulighed for gensidig spørgsmålsafklaring. Endelig beskrives, hvordan medicindatarelaterede spørgsmål og drøftelser (som ligger ud over specifikt datatekniske, rapportudviklingsmæssige og/eller Tableau-relaterede spørgsmål), og som måtte blive rejst i netværks-regi, vil blive forelagt arbejdsgruppen på et efterfølgende møde. Dette er således også tilfældet med spørgsmålet om den intraregionale organisering på medicindataområdet - herunder særligt spørgsmålet om registreringspraksis (registreringmangler, dobbeltregistreringer mv.). Formanden oplyser, at der er nedsat en regional gruppe, hvori sådanne spørgsmål/drøftelser kan rejses. Sekretariatet følger yderligere op herpå.

Lise Viskum supplerer med, at der er et udestående omkring afklaring af, hvem der skal medvirke til at facilitere processen omkring, hvordan definitioner mv. på medicindataområdet klarlægges. Hertil bemærker formanden, at der findes regionale organer hertil, bl.a. Den Regionale Lægemiddelkomite og analysegruppen. Der er imidlertid enighed om, at medicindata-setuppet på nuværende tidspunkt er for præmaturligt til systematisk, stor-skala klinikerinddragelse mhp. validering og afdækning/ensretning af brugerønsker.

## Bilag

- [Formålsbeskrivelse kommisiorium Tableau-netværk](#)
- [Medicin Tableau-netværk d. 14-02-2017](#)

---

1-31-72-182-16

## 5. Udeståender ift. registrering i EPJ-medicinmodulet/kendte medicindatamangler

### Det indstilles,

**at** arbejdsgruppen tager punktet til orientering – herunder drøfter evt. imødegående initiativer.

### Sagsfremstilling

Efter forespørgsel på sidste arbejdsgruppemøde er der forud for dette møde udarbejdet et mindre katalog (vedhæftet) over kendte medicindatamangler – herunder anskueliggjort med udtræk fra den BI-medicindatakvalitet-rapport, der blev præsenteret på sidste møde. Efterfølgende er en opsummeret version heraf ligeledes sendt til projektledelsen for RSI-Pejlemærket 'Ledelsesinformation på Medicinering' (denne liste er vedlagt som bilag til pnkt. 7). Dette i forbindelse med anmodning herfra til samtlige regioner om at indsende oversigter over medicinoplysninger, der *ikke* når med i indlevering til det kommende nationale sygehusmedicinregister fra 1.1.18.

I Region Midtjylland fremgår følgende kendte medicindatamangler, som ligeledes er indrapporteret til RSI-projektledelsen (se vedhæftede katalog eller omtalte liste under pnkt. 7, for uddybninger):

#### Ad 1) Cytostatika

Intravenøse cytotatikabehandlinger ordineres hhv. administreres via særlige papirske-maer. Tabletbehandling, derimod, bør dokumenteres i medicinmodulet.

Ad 2) Lægemidler anvendt i forbindelse med anæstesi-relaterede procedurer, transport og overvågningsopgaver

Ad 3) Medicin, som registreres i specialespecifikke systemer

Ad 4) Lægemidler, som ikke registreres administreret i medicinmodulet, fx. som følge af, at:

- Lægemidlerne udleveres som supplement under indlæggelse til patienter, der står anført som selvadministrerende.
- Medicinen udleveres i forbindelse med udskrivelse eller fra ambulatorier, uden kvittering herfor i form af oprettelse af en udleveringsperiode i medicinmodulet.
- Tilfælde, hvor medicin efter skema (typisk Marevan og insulin) administreres på papir-medicinskema – og ikke i medicinmodulet.

Ad 5) Medicin udleveret vederlagsfrit fra Hospitalsapoteket

Ad 6) Medicin anvendt i forbindelse med kliniske forsøg

Ad 7) Lægemidler, som blandes på hospitalsapoteket

Typisk antibiotikatørstof, der blandes op i infusionsvæske. Disse blandingspræparater kan godt administreres i medicinmodulet, men der kan ikke på nuværende tidspunkt kobles en pris herpå i den efterfølgende BI-databearbejdning.

## Beslutning

Punktet afkortes, men formanden bemærker, at det er gavnligt, at der nu, for såvidt vides, første gang findes en oversigt over (kendte) medicindatamangler. Arbejdet med at følge op på medicindatamangler må forventes at være en pågående proces, der kræver fortløbende handling. Sekretariatet holder sig løbende orienteret om nye initiativer og projekter, der tænkes at kunne medvirke til, at de beskrevne medicindatamangler udbedres.

Som supplerende oplysning beskriver Charlotte Olesen, hvordan hun sammen med BI-udvikler Ionut Radutoiu i valideringsøjemed har kigget nærmere ind i den BI-rapport, der sammenligner Apovison-salgstal med udgifter baseret på administrationer i medicinmodulet. Hun fremhæver et eksempel med Selexid, hvor afdelingernes indkøbspris er opgjort pr. gram, men hvor der i forbindelse med beregning af udgiften pr. Selexid-administration i medicinmodulet tilsyneladende er ganget med en faktor 1000. Denne observation illustrerer, at medicindata i nogle tilfælde lider under enten fejlregistrering i klinikken og/eller fejl i den efterfølgende databearbejdning. Hertil oplyser Jonas Bager, at man i regi af BI prioriterer udvikling af såkaldt 'registreringsunderstøttende dataprodukter', som henviser til udvikling og samling af forskellige rapporter, der ved hjælp af analyseværktøjer og 'forundringslister' kan hjælpe forretningen med at identificere områder, hvor det kunne tyde på, at registreringen kan forbedres. Som eksempel nævnes patienter, der ser ud til at mangle at få sat en kode for afsluttet udredning samt åbne, ambulante forløb på afdøde patienter - eller sengeliggende patienter registreret på sengeløse afsnit. I forhold til medicinområdet kunne man til sammenligning forestille sig en Top-10 over de dyreste medicinadministrationer, så klinikken har mulighed for at gå disse efter mhp. at afdække, om patienten rent faktisk har fået administreret så meget medicin, som der tilsyneladende er registreret.

## Bilag

- [Katalog udeståender ift. mulighed for korrekt reg. i medicinmodulet](#)

---

1-31-72-182-16

## **6. Oplæg om samt eksempler på medicindataanvendelse indenfor psykiatrien i Region Midtjylland v./specialkonsulent Mads Sinding Jørgensen, administrativt, Psykiatri og Social, Region Midtjylland**

### **Det indstilles,**

**at** arbejdsgruppen tager oplæg om og eksempler på medicindataanvendelse i psykiatrien til orientering.

### **Sagsfremstilling**

Som led i det fortsatte arbejde med at kortlægge medicindataområdet, herunder øge kendskabet til eksisterende medicindataløsninger, er Mads Sinding Jørgensen inviteret som oplægsholder i kraft af sit arbejde med udvikling af en stribe rapporter til brug indenfor psykiatrien. I rapportudviklingen har der særligt været fokus på højdoser af antipsykotisk medicin og kombinationsbehandling med antipsykotisk medicin. Således udarbejdes hvert år en rapport, "Kvalitetssikring af behandling med antipsykotisk medicin", som beskriver forbruget af antipsykotika ud fra et datagrundlag bestående af samtlige administrationer af antipsykotisk medicin blandt indlagte patienter på alle hospitaler i Region Midtjylland. Denne rapport tilgår afdelingerne i psykiatrien tillige med regionsrådet.

Medicinrapporten vedr. antipsykotika på afdelingsniveau muliggør således, at afdelingerne kan følge med i:

- o Hvor mange patienter, der får doser over det rekommandede
- o Hvor mange patienter, der er i antipsykotisk kombinationsbehandling
- o Hvor mange patienter, der er i samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner

Mens medicinrapporten på patientniveau muliggør, at afdelingerne kan monitorere:

- o Hvilke patienter, der får doser over det rekommanderede
- o Hvilke patienter, der er i antipsykotisk kombinationsbehandling
- o Hvilke patienter, der er i samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner

Det er således muligt at følge forbruget af antipsykotisk medicin fra dag til dag – både fra centralt hold samt på afdelings- og afsnitsniveau. Endvidere identificeres patienter i behandling med antipsykotisk medicin i doser, der overstiger de nationale rekommandationer såvel som patienter i antipsykotisk kombinationsbehandling, automatisk. Efter identifikation af patienter, der har været underlagt en behandling med antipsykotisk medicin, der fraviger de nationale rekommandationer, foretages en kontrol af bevæggrunde og omstændigheder efterfølgende i EPJ. Udover antipsykotika-forbruget er der ligeledes en stigende interesse for anvendelsen af benzodiazepiner samt interaktioner mellem psykiatrisk og somatisk medicin.

Nedenfor følger yderligere eksempler på, hvordan der arbejdes med BI-medicindata i psykiatrien.

- Rapporter vedr. medicingennemgang for såvel indlagte som ambulante patienter – herunder en 'early warning funktion', der gør opmærksom på de patienter, som endnu ikke har fået foretaget medicingennemgang, men hvor det stadig kan nås indenfor grænsen på 5 døgn. Denne rapport trækker ikke på medicindata, men på om SFI'en 'Medicingennemgang' er udført. Dette har været et stort indsatsområde i psykiatrien de seneste år.

- I den fællespsykiatriske retningslinje vedr. medicingennemgang fremgår det, at der skal laves en farmakologisk risikoscreening af alle patienter. Her inddeles patienterne i 3 niveauer alt efter farmakologisk risikoniveau. Det er en relativt omfattende proces for klinikerne at indhente disse data forskellige steder i journalen. Der arbejdes derfor på at automatisere denne i en rapport, som automatisk identificerer farmakologiske risikopatienter i psykiatrien, således at man med ét klik kan gennemgå hele populationen af patienter og identificere de mest udsatte. Dette arbejde pågår i samarbejde med Klinisk Farmakologisk Afdeling, AUH.

- Derudover laves et hav af ad hoc dataudtræk på medicinområdet til afdelingerne og andre. Af relativt nylige eksempler kan nævnes:

- o Identificering af patienter i samtidig behandling med hjertemedicin og antipsykotisk medicin. Patienterne fra listen er efterfølgende blevet gennemgået af Klinisk Farmakologisk Afdeling.

- o I forbindelse med et projekt, der har som formål at reducere anvendelsen af bæltefikseringer, er der lavet udtræk, som viser, om mindre anvendelse af bælte fører til øget brug af antipsykotisk medicin og benzodiazepiner over tid. Det er heldigvis ikke tilfældet.

- o BI-data til projekt Sikker Psykiatri (psykiatriens pendant til "Patientsikkert sygehus") til pakken "Medicin"

- BI udtræk vedr. anvendelsen af Nitrazepam efter henvendelse fra Specialistgruppen for psykofarmaka.

Præsentation er vedlagt.

## Beslutning

Mads Sinding Jørgensen forestår præsentation (se vedlagte). Psykiatriens motivation for at arbejde med medicindata beskrives, ligesom der gives konkrete eksempler på anvendelse heraf. Som en motiverende faktor nævnes, at der generelt er tale om en udsat og sårbar patientgruppe, der i mange tilfælde får administreret meget potente lægemidler. Yderligere motivation er det faktum, at der indenfor de senere år har været et stort mediemæssigt fokus på brugen af antipsykotika - herunder flere historier om massiv overmedicinering på nogle psykiatriske afdelinger. Hertil bemærkes, at det er tankevækkende, at eksternt pres har mevirket til at skabe intern udvikling på området.

På baggrund af ovenstående har man indenfor psykiatrien udviklet rapporter på baggrund af BI-medicindata, som bl.a. muliggør identificering af patienter i behandling med doser af antipsykotisk medicin, der overstiger det nationalt rekommanderede.

Herudover beskrives, hvordan medicingennemgang har været et indsatsområdet i psykiatrien. Således skal alle indlagte patienter have foretaget medicingennemgang indenfor 5 døgn, og alle ambulante patienter senest i forbindelse med 3. ambulante besøg. Dette dataunderstøttes vha. en monitoreringsrapport, herunder en såkaldt 'early warning'-



funktion. Denne rapport trækker på, om der er registreret i SFI'en 'Medicingennemgang', og målopfyldelsen er igennem halvandet år blevet drøftet på månedlige møder mellem afdelingsledelserne og hospitalsledelsen. En tilsvarende systematik ift. procedure for medicingennemgang (og dokumentation/monitorering heraf) er fravalgt i somatikken. På spørgsmålet om, hvem der modtager de såkaldte early warnings, svarer Mads Sinding Jørgensen, at disse fremsendes til funktionslederne på de respektive afsnit. Det beskrives i sammenhæng hermed, hvordan der har været en vis klinisk skepsis ift. at modtage data direkte fra BI. I disse tilfælde har man haft succes med at lade en lokal kvalitets- eller EPJ-konsulent videreformidle BI-data til relevante klinikere.

Som yderligere eksempel på et aktuelt medicindataprojekt nævner Mads Sinding Jørgensen automatisering af den farmakologiske screeningsproces, der går forud for medicingennemgang. På baggrund af denne screening indplaceres patienterne i én af tre risikokategorier, som er bestemmende for hvilke faglige ressourcepersoner, der skal tilknyttes medicingennemgangen.

Birgitte Haahr bemærker, at det ville være hensigtsmæssigt, om noget tilsvarende kunne indføres i FMK mhp. ikke at have for mange forskellige set-ups til håndtering af de samme patienter. Hertil bemærker formanden, at det er urealistisk at forestille sig, at en sådan funktionalitet vil kunne implementeres i FMK indenfor en årrække. I forlængelse heraf understreges dog, at en løsning svt. psykiatriens betragtes som væsentlig og særdeles relevant også for det somatiske væsen mhp. at fokusere og optimere indsatsen.

Afslutningsvist beskriver Mads Sinding Jørgensen, at der pt. arbejdes på at lave en rapport med medicinske kombinationer, som man bør være særligt opmærksom på. Her er mulighed for på hhv. afdelings- og patientniveau at se, hvor mange samt hvilke patienter (på CPR-nummerniveau), som er i samtidig behandling med fx. antipsykotika og benzodiazepiner eller lithium og SSRI-præparater. Data på patientniveau giver mulighed for, at der efterfølgende kan laves opslag i journalen, hvoraf der vanligvis fremgår en god forklaring på den valgte medicinkombination. På et spørgsmål om, om der er adgang til data på CPR-nummer-niveau, svarer Mads Sinding Jørgensen, at dette kun er tilfældet, såfremt der foreligger tilladelse hertil, fx. som patientens behandlingsansvarlige læge. Med henvisning til den tidligere præsenterede BI-rapport om negative hhv. positive medicinkombinationer opfordres til, at psykiatrien og BI-kontoret indgår en dialog mhp. fremadrettet tættere samarbejde, hvor man til en start oplagt kunne gøre obs-medicinkombinationerne indenfor psykiatrien til en integreret del af den tilsvarende regionale fokusrapport. Mads Sinding Jørgensen opfordres endvidere til at holde sit oplæg om medicindataanvendelse i psykiatrien for andre dele af organisationen - i første omgang Den Regionale Lægemedjelkomite. Efter tilsagn fra Mads Sinding tager sekretariatet kontakt til RLK-sekretariatet mhp. at få oplægget på som et dagsordensopunkt til et af de kommende lægemiddelkomitemøder.

Lise Viskum spørger til, om det har været nemt at implementere og gevinstrealisere på arbejdet med medicindata i psykiatrien. Der svares, at det har været relativt nemt, sandsynligvis fordi der pga. de sager, der har været fremme i medierne, i vidt omfang har været tale om en brændende platform.

Endelig bemærkes, at man ift. klinisk anvendelse af medicindata har den 'fordel' i psykiatrien, at patienterne her som oftest er indlagt i betydeligt længere tid end patienter på de somatiske hospitaler. Hvor man på almindelige psykiatriske afdelinger i gennemsnit har patienterne indlagt i 21 døgn, har patienter på de somatiske akutafdelinger til sammenligning en gennemsnitlig indlæggelsestid på 0,7 døgn. Dette giver selvsagt nogle

udfordringer ift. at anvende døgngamle data indenfor somatikken, som man ikke på tilsvarende vis har i psykiatrien.

## **Bilag**

- [BI medicindata i psykiatrien PP-præsentation](#)

---

1-31-72-182-16

## 7. Monitorering af nationale vejledninger fra Medicinrådet

### Det indstilles,

**at** arbejdsgruppen tager punktet vedr. monitorering af vejledninger fra Medicinrådet til orientering.

### Sagsfremstilling

Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin (RADS) er sammen med koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) blevet erstattet af Medicinrådet. Medicinrådet er oprettet efter Folketingets syv principper for prioritering af lægemidler og etableret af Danske Regioner med ikrafttrædelse 1. januar 2017 som national rådgivende instans.

RADS-vejledningerne monitoreres i dag ved brug af datasæt, der genereres ud fra salg fra sygehusapotekerne til de enkelte sygehusafsnit. Data genereres dels centralt via Am-gros og dels lokalt i de enkelte regioner med manuelle koblinger til øvrige data, f.eks. sengedage.

Udfordringerne ved dette er, at data ikke er patientnære og derved ikke indeholder information omkring anvendelse; der tages ikke højde for den pris, der ligger til grund for monitorering, dvs. der tages ikke højde for, at de enkelte regioner har forskellig afregnings- og avance-tildelingspraksis, og de lægemidler, som sygehusapotekerne selv producerer, registreres ikke konsistent mht. defineret daglig dosis (DDD).

Det er derfor af stor væsentlighed ift. kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, at Medicinrådet får adgang til sundhedsdata, der muliggør generering af datasæt, der går tættere på patienten end salget til det enkelte medicinrum/afsnit. Kobling af systemdata vil give Medicinrådet mulighed for proaktivt at agere ved monitorering af lægemiddelanvendelse bl.a. på baggrund af diagnose, anvendt dosis, behandlingsvarighed og patientens brug af egen medicin.

Relevansen af ovenstående uddybes i nedenstående punkter:

- **Værdi for patienter.** Det er væsentligt at kunne monitorere, hvorvidt den forventede værdi af lægemidler anbefalet af Medicinrådet opnås for patienter på hospitaler i Danmark.  
Herudover hvorvidt de resultater, der er observeret i kontrollerede kliniske forsøg på udvalgte patienter og hospitaler, også kan opnås, når man som i Danmark behandler den samlede patientgruppe i hele landet. For anbefalinger af lægemidler inden for terapiområder er det vigtigt at kunne monitorere, hvorvidt ændringer i behandlingsalgoritmen medfører den forventede værdi for patienterne på de danske hospitaler. Det er også vigtigt at undersøge den reelle sundhedsmæssige

---

omkostning (primært medicinforbrug, men også antal hospitalsbesøg m.m.), da et estimat over disse oplysninger er væsentlig for Medicinrådets arbejde.

- **Opfølgning.** Det er væsentligt i forhold til at sikre, at Medicinrådets faglige anbefalinger overholdes at kunne levere opfølgingsdata til hospitalerne om graden af implementering, dvs. hvor stor en andel af patienter, der behandles med det anbefalede lægemiddel. Aktuelt er det vanskeligt, da der fra Amgros, og dermed sygehusapotekerne, alene foreligger data for leverance af medicinmængder til afdelinger, og da medicin ofte indgår i forskellige behandlingsvejledninger, kan man ikke se hvilken gruppe af patienter, medicinen reelt er givet til. Systematiske undersøgelser af implementeringen af nye lægemidler, baseret på registerdata af høj kvalitet, vil have stor forskningsmæssig interesse og brede internationale perspektiver.
- **Etableret behandlingspraksis.** Det er væsentligt, at Medicinrådet kan levere bedre data til sekretariatet og fagudvalgene, som grundlag for de faglige vejledninger. Der efterlyses ofte viden om, hvilke behandlinger der bliver brugt hvor, til hvor mange patienter, på hvilket stadie, og denne type viden findes sjældent i de kliniske kvalitetsdatabaser (f.eks. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)).
- **Reducere dobbeltregistrering.** Det er væsentligt at forhindre dobbeltarbejde med dataindsamling. Alle behandlinger registreres i elektroniske systemer, og når data samles nationalt, er det ressourcemæssigt fornuftigt at analysere på de allerede indsamlede data i Medicinrådets regi.
- **Understøtte udbud.** Det vil være rationelt at understøtte Amgros' arbejde med at lave innovative udbud, herunder "risk sharing"-programmer. Dette forudsætter netop adgang til sundhedsdata for at kunne analysere data på et mere detaljeret niveau, end det på nuværende tidspunkt er muligt ud fra salgsdata.
- **Protokolleret ibrugtagning.** I de tilfælde, hvor nye lægemidler klassificeres som havende "Ikke dokumenterbar merværdi" eller i nogle tilfælde lægemidler, der kvalificeres med "lille merværdi", kan det være rationelt at lave en tidsbegrænset, protokolleret ibrugtagning. Den relevante behandlingsvejledning kan efterfølgende revideres, når der er opsamlet tilstrækkelig viden. Det vil være af stor samfundsmæssig værdi, at man kan betinge ibrugtagning af lægemidler i mere begrænset og kontrolleret omfang under forudsætning af, at usikre resultater kan ændres til sikker viden om værdi.
- **Kvalificering af relevante spørgsmål.** Identifikation af relevante, vigtige kliniske spørgsmål f.eks. i forhold til opfølgning og etableret behandlingspraksis kan hensigtsmæssigt ske i Medicinrådet, der repræsenterer en lang række faglige/videnskabelige discipliner omfattende en bred klinisk erfaring.

## Beslutning

---

Formanden oplyser, at national vejledningsefterlevelse i dag overvejende monitoreres vha. Amgros-genererede data om salg til de repsektive hospitalsafdelinger. Disse data er ikke patientnære, og indeholder dermed ikke oplysninger om det faktiske forbrug. På den baggrund efterspørger Medicinrådet muligheden for at få monitoreringsdata fra Sundhedsdatastyrelsen - gerne 'podet' med oplysninger fra andre kildesystemer, bl.a. FMK.

Sådanne data vil være af stor værdi bl.a. ift. protokolleret ibrugtagning. Således gives mulighed for, at lægemidler, der er vurderet som havende ingen eller lille merværdi, eller hvor der er tvivl om, om en dokumenteret merværdi kan genfindes i en dansk, klinisk sammenhæng, kan ibrugtages **forudsat**, at der indsamles data, som muliggør Medicinrådets vurdering af, om lægemidlet fortsat skal anvendes. Som eksempel nævnes Orcampi, som er et dyrt lægemiddel til behandling af cystisk fibrose, der pt. ikke er godkendt som standardbehandling i Danmark netop med henvisning til, at effekten ikke er tilstrækkelig dokumenteret.

Afslutningsvist oplyses, at Sundhedsdatastyrelsen er meget positivt indstillet overfor Medicinrådets ønske om anvende SHDs data som udgangspunkt for monitorering - dog med en vis skepsis overfor MRs ønske om, at der skal kunne leveres data på daglig basis.

---

1-31-72-182-16

## 8. Kommende bekendtgørelse vedr. det nationale sygehusmedicinregister samt oversigt over medicindata, der ikke bliver klar til indlevering pr. 1.1.18.

### Det indstilles,

**at** arbejdsgruppen tager punktet vedr. det nationale Sygehusmedicinregister – herunder den kommende bekendtgørelse og oversigten over kendte datamangler – til orientering.

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

En konsulentanalyse ("Analyse af styring af medicinanvendelse på danske sygehuse", marts 2016, Implement Consulting Group) af styringen af medicinanvendelsen på sygehuse anbefaler, at der tilvejebringes strukturerede og fyldestgørende data om medicinanvendelsen på individniveau. Det skyldes bl.a., at det pt. ikke er muligt at opgøre, hvilken medicin, der ordineres, dispenseres og administreres i forhold til den enkelte patient. Derudover er der ikke anden ledelsesinformation om medicinforbruget end indkøbsopgørelser, som er relativt upræcise og på et for højt aggregeringsniveau. Endvidere er individdata på området en forudsætning for bedre forskning, udvikling og viden om behandlingseffekter, bivirkninger, patientsikkerhed, infektionsovervågning m.v. – ligesom mere detaljerede oplysninger om lægemiddelforbrug og -anvendelse på sygehuse og ved sektorovergange er en forudsætning for bl.a. at styrke de centrale sundhedsmyndigheders styring og planlægning på lægemiddelområdet og fremme af rationel lægemiddelanvendelse.

Forskningen på lægemidler går desuden i retningen af "real world evidence" altså viden om den reelle effekt i sundhedsvæsenet og på forskellige patientgrupper (personlig medicin), og ikke bare på baggrund af de initiale kliniske studier.

På baggrund af ovenstående er Regeringen og Danske Regioner enige om etablering af et nationalt individbaseret sygehusmedicinregister i regi af Sundhedsdatastyrelsen. Registeret tager udgangspunkt i, at regionerne er i gang med at udvikle et fælles it-projekt, der har som primært formål at sikre ledelsesinformation (jf. RSI-Pejlemærket "Ledelsesinformation på Medicinering"). Ledelsesinformationen i regionerne kan bruges som grundlag for opfølgning på medicinforbruget, herunder at identificere muligheder for effektivisering og understøttelse af retningslinjer vedrørende medicin (Medicinrådet). Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og Lægemiddelstyrelsen m.fl. samarbejder om etableringen af et nationalt individbaseret register.

RSI-pejlemærket, der skal etablere de fem regioners indberetningsløsninger, følger den tidsplan, som er lagt (se vedhæftede PID for ID6a: Sygehusmedicinregister). For øjeblikket er man midt i afklaringen af, hvorledes den endelige variabeliste skal se ud, hhv. hvilke medicinadministrationer, der kommer med i registeret primo 2018. I løbet af fe-

bruar afleveredes yderligere specifikationer vedr. analysebehov til det nationale medicinregister - til brug ifm. bekendtgørelsen. Pt. fylder dialogen med Sundhedsministeriet således meget, idet regionernes udbytte kommer til at være fuldstændig afhængigt af udformningen af den bekendtgørelse, som skal sikre lovhjælp for det nationale medicinregister.

Udgangspunktet er, at det nationale medicinregister vil opfylde en lang række af de behov og ønsker, som oprindeligt lå i RSI-pejlemærket "Ledelsesinformation på Medicinering".

Der er imidlertid én vigtig stramning, nemlig, at **det bliver lovpligtigt at indberette medicinoplysninger til det nationale medicinregister.**

Som led i drøftelserne med Sundhedsministeriet har man fra RSI-Pejlemærket anmodet om, at hver af de fem regioner udarbejder en oversigt over medicinoplysninger, som ikke kommer med i indberetninger til det nationale register fra d. 1.1.18. Oversigten over kendte datamangler i Region Midtjylland er vedlagt som bilag.

Danske Regioner og RSI-pejlemærket formodes at modtage udkast til bekendtgørelsen medio marts 2017.

## Beslutning

Formanden oplyser, at Sundhedsdatastyrelsen er meget positivt indstillet overfor Medicinrådets ønske om at anvende data fra det kommende nationale sygehusmedicinregister i monitoreringsøjemed. Birgitte Haarh bemærker, at lovgiver på området for tilskudsmedicin ikke har været indstillet på at gå CPR-vejen. Bl.a. må de praktiserede læger ikke modtage patientlister i forbindelse med konkrete indsatser, men udelukkende data på aggregeret niveau. Dette hindrer eksempelvis, at de praktiserende læger kan gøres opmærksom på konkrete patienter, hvis medicinering synes uhensigtsmæssig. Der næres på den baggrund håb om, at sygehusmedicinregisterets idriftsættelse og anvendelse af data herfra vil have en positiv, afsmittende effekt på området for tilskudsmedicin.

Formanden supplerer med, at der er tale om en balanceakt mellem patientsikkerhed på den ene side og datasikkerhed på den anden, men at man gennem RSI-Pejlemærket betoner kvalitetssikringsaspektet og lægger pres på ift. at sikre, at bekendtgørelsen udformes, så der kan arbejdes med medicindata på tværs.

## Bilag

- [PID ID6a Sygehusmedicinregisteret](#)
- [Medicindatamangler Region Midtjylland](#)

---

1-31-72-182-16

## 9. Nationale Lærings- og Kvalitetsteams på antibiotikaområdet: Monitorering vha. relevante data

### Det indstilles,

- at** arbejdsgruppen tager punktet vedr. nationale LKT på antibiotikaområdet til orientering – herunder drøfter spørgsmålet om data og IT-understøttelse med udgangspunkt i de beskrevne eksempler fra Region Hovedstaden samt drøftelse af hvilken rolle, medicindata fra eget datavarehus kan og bør spille i projektet

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Med lancering af et nyt nationalt kvalitetsprogram har Danske Regioner og Sundhedsministeriet i samarbejde udviklet en model for organisering og implementering af forbedringsprojekter med brug af lærings- og kvalitetsteams (LKT).

Et LKT er et forpligtende samarbejdsforløb, der tilrettelægges med henblik på at forbedre kvalitet indenfor et fælles klinisk område.

#### Antibiotikaområdet - problemstilling

Der er konstateret en stigende antibiotikaresistens i Danmark og resten af verden, og det vides, at den øgede antibiotikaresistens i vidt omfang kan tilskrives u hensigtsmæssig brug af antibiotika. Det betyder, at der findes flere og flere bakterier, som forårsager infektioner, der ikke er mulige at behandle med antibiotika.

Det vides fra en række undersøgelser, at der bruges for meget antibiotika i sundhedsvæsenet, og på trods af at 90 % af det totale antibiotikaforbrug i Danmark foregår i primærsektoren, er selektionstrykket (faktorer, typisk ydre, der har betydning for, hvordan forskellige 'individer' i en population klarer sig) for antibiotikaresistens og *Clostridium difficile* infektioner væsentligt større på hospitalerne. Endvidere er der i perioden fra 2005-2014 sket en markant stigning i forbruget af bredspektret antibiotika, som i 2014 udgjorde 65 % af hospitalernes samlede antibiotikaforbrug. Man ved imidlertid, at det netop er disse, som giver størst anledning til resistensudvikling. Det er således særligt det samlede forbrug af bredspektrede antibiotika, der skal nedsættes.

Antibiotikaforbruget på hospitalerne kan formentlig mindskes væsentligt såfremt gældende vejledninger blev fulgt. Der er i 2012 fra Sundhedsstyrelsen udgivet en vejledning om ordination af antibiotika, men den er endnu langt fra implementeret. Endvidere arbejder et antibiotikaudvalg under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) med rekommandationer på området.

Med udgangspunkt i ovenstående besluttede styregruppen for lærings- og kvalitetsteams, at der etableres et forbedringsprojekt med LKT med fokus på et rationelt antibiotikaforbrug på hospitaler. Region Hovedstaden leder dette LKT.



**Afgrænsning og mål for projektet:**

Følgende konkrete målbare mål for projektet foreslås (det understreges, at der er tale om forslag, som skal drøftes med de øvrige regioner):

Mål 1: At andelen af penicilliner i forhold til det samlede forbrug udgør mindst 70 %  
 Indikator 1\*: Forbrug af penicilliner (ATC-kode J01C) i definerede døgndoser (DDD) i forhold til det samlede forbrug af antibakterielle midler til systemisk brug (ATC-kode J01) i DDD på landets hospitaler, (dvs. i hvor høj grad, der anvendes smalspektret antibiotika).

Mål 2: Reduktion af det samlede antibiotikaforbrug  
 Indikator 2\*\*: Det samlede forbrug af antibakterielle midler (ATC-kode J01) i DDD pr. sengedage i Danmark.

**Den gode monitorering - eksempler**

Det fremhæves, at løbende monitorering med udgangspunkt i relevante data er afgørende for at sikre forbedringer, så de ovenfor beskrevne mål kan indfries. Monitoreringen skal tilrettelægges indenfor områder så tæt på den kliniske hverdag, som det er muligt mhp. at skabe reel støtte i den kliniske hverdag omkring ordinationer.

Den valgte monitorering skal baseres på lokale forhold på det enkelte afsnit, således, at det er "data med mening", der indsamles og danner basis for de daglige beslutninger vedr. rationalisering af antibiotikaforbruget.

Nedenstående er et udpluk af monitoreringer på baggrund af lokale, kliniske data, som har virket i Region Hovedstaden:

- **Targetlægemidler**

Der monitoreres dagligt (i EPM) på antal administrationer af relevante lægemidler. På baggrund af det regionale fokus kunne det være cefalosporiner, quinoloner, meropenem og penicilliner med  $\beta$ -laktamase hæmmere. Dette dataarbejde forankres lokalt på afdelingerne og synliggøres på daglig basis. Erfaringerne viser, at data opgjort på dagsbasis er vigtig mhp. at give klinisk relevant feedback på adfærd.

Indikatorer: Targetlægemidler ønskes opgjort på afsnits- og overafdelingsniveau. Forbrug af targetlægemidler opgjort i procent som andel af det samlede forbrug af J01.

- Quinoloner
- Cefalosporiner
- Meropenem
- Penicilliner med  $\beta$ -laktamase hæmmere

Data vil blive monitoreret regionalt på månedsbasis. Det vil give mulighed for at følge målsætningen om, at 70 % af antibiotikaforbruget skal ligge indenfor penicillingruppen. Totalforbruget af antibiotika vil blive monitoreret ved hospitalsjusterede døgndoser, hvor der tages hensyn til de døgndoser, som anbefales i den regionale antibiotikavejledning. Det vil også være muligt at følge forbruget på afsnitsniveau/1000 sengedage, som giver et reelt billede af forbedringspotentiallet på de enkelte afsnit.

- Seponeringsdato/revurderingsdato  
Antal patienter i IV-antibiotikabehandling uden seponeringsdato/revurderingsdato bør noteres hver dag. Data leveres på daglig basis, således, at det er klinisk relevant. Antal antibiotikadage i hhv. IV og PO behandling kan defineres, og integreres i standardplanerne. Ved at ordinere en samlet pakke indeholdende PO i forlængelse af IV behandlingen sikres det også, at patienten ikke 'falder ud' af antibiotikabehandling.
  - Antal dage i antibiotikabehandling?
  - Daglig monitorering og feedback til afsnittet. Data opgøres på afsnitsniveau og leveres dagligt således, at man får data på patienter, der aktuelt ligger i sengen, og som der derfor kan interveneres på.
- Revurdering af behandling  
Løbende revurdering af behandlingen. Der kan afholdes tavlemøder med udgangspunkt i en tjeklist til patienter i antibiotikabehandling.
  - Revurderes antibiotikabehandlingen indenfor 48 timer?
- Mikrobiologi
  - Foreligger der mikrobiologiske svar? Er behandlingen tilrettet på baggrund heraf?
- Fokus på skift fra intravenøs til peroral behandling

Der er udfordringer ift. at sikre relevante indikatorer for denne parameter. Det giver umiddelbart ikke mening, at registrere antal IV og PO adm., da disse afhænger af patientpopulationen, samt at der er en forventning om, at når patienterne overgår til peroral behandling, kan de hurtigere udskrives, og der indlægges så blot en ny patient, som har brug for IV. Måske det bedste mål for dette, er antallet af dage i IV antibiotika, hvilket på nuværende tidspunkt kræver håndtælling og er tidskrævende.

### **Overordnet om data og IT-understøttelse i projektet**

Data skal så vidt muligt kunne leveres centralt (fx via Region Hovedstadens Task Force, som allerede kan levere data i Region Hovedstaden). Det forudsætter, at de enkelte regioner kan levere data via apotekerne på samme vis, som de i dag leveres i Region Hovedstaden. Behovet for regionale dataansvarlige og dataansvarlige på de enkelte hospitaler skal drøftes, idet funktionen skal kunne varetage/supportere:

- Oprettelse af nye diagrammer,
  - Indtastning data/produktion af diagrammer,
  - Producere månedsrapporter til brug i de regionale ledergrupper samt til videndeling med andre forbedringsteams.
- Dataansvarlige indgår i et netværk gennem læringsseminarer og sparrer i dagligdagen med den regionale/sygehusets kvalitetsorganisation.

---

Den del af driften, som ikke vedrører primært driftsansvar, bliver i de enkelte regioner. Det er således de enkelte regioner, som er ansvarlige for datamanagement i forhold til regionens sygehuse.

## Beslutning

Formanden indskærper vigtigheden af, at relevante ressourcepersoner samles mhp. regional organsiering og effektivering af LKT på antibiotikaområde. I den sammenhæng efterlyses yderligere afklaring af, hvordan man intraregionalt er organiseret på LKT-området. Sekretariatet har som følge heraf rettet henvendelse til den regionale LKT-tovholder, Anne Gammelgaard, i Strategisk Kvalitet (tovholderrollen og sagsbehandlingen vedr. LKT er i Region Midtjylland placeret i Koncern Kvalitet). Anne Gammelgaard oplyser, at hun som tovholder fungerer som kontaktperson for ekspertgruppen og hospitalerne, og indgår i et forum med tovholderne fra de øvrige regioner. Derudover sekretariatsbetjener tovholder de relevante regionale fora i forhold til LKT, og fungerer på den baggrund som dagligt bindeled mellem det nationale og det regionale niveau.

I det tilfælde, hvor tovholders region har påtaget sig primært driftsansvar for et LKT, påhviler der herudover tovholder ansvar for løsning af en række øvrige opgaver som fx udarbejdelse af de nødvendige afrapporteringer til Temagruppen for Kvalitet og sekretariatet for LKT, sikring af den regionale sagsbehandling af arbejdet med LKT, etablering af ekspertgruppe samt afholdelse af læringsseminarer, ledelsesseminarer m.v. (se evt vedhæftede dokument om 'Organisering af nationale lærings- og kvalitetsteam i Region Midtjylland' for yderligere).

I det vedhæftede udkast til projektbeskrivelse for LKT på antibiotikaområdet henvises til, at monitorering af indsatsen, jf. fremgangsmåden i Region Hovedstaden, overvejende skal baseres på oplysninger om salg til afdelingerne. Hertil bemærker formanden, at eftersom man i Region Midtjylland har adgang til mere patient- og dermed forbrugsnære data, bør disse anvendes istedet i forbindelse med den regionale monitorering. Jonas Bager-Elsborg supplerer med, at de øvrige regioner jf. RSI-Pejlemærket 'Ledelsesinformation på medicinering' og etablering af det nationale sygehusmedicinregister har forpligtet sig på at indlevere tilsvarende data, hvorfor det må formodes, at monitorering af antibiotikaindsatsen for alle regioners vedkommende kan baseres på mere patientnære data.

Birgitte Haarh oplyser, at man også på praksisområdet har haft skærpet fokus på antibiotikaområdet. Således har de praktiserende læger gennem længere tid modtaget data - i form af variationskurver over antibiotikaordinationer opdelt på hhv. smal- og bredspektret antibiotika - som viser, hvordan den enkelte læge ligger i fht. et regionalt gennemsnit.

Formanden spørger til, hvordan man i regi af BI forestiller sig datagrundlaget ift. LKT. Hertil fremhæves vigtigheden af, at data er let tilgængelige, stabile over tid, og med mulighed for at dykke yderligere ned i data for dem, der måtte have interesse i det. Afslutningsvist pointeres, at der i vidt omfang er tale om implementering af en kulturforandring. Således ligger allerede på nuværende tidspunkt flere retningslinjer på området, men disse slår tilsyneladende ikke pr. definition igennem i den kliniske praksis.

## Bilag

- [Projektbeskrivelse Antibiotikaforbrug v 20](#)
- [Organisering af nationale lærings- og kvalitetsteams i RM \(2\)](#)

1-31-72-182-16

## 10. Eventuelt

### **Beslutning**

Der blev ikke fremført bemærkninger under punktet.