

26. april 2018
/SIDJEE



Referat
til
møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet
16. marts 2018 kl. 09:00
i Olof Palmes Alle 15, lokale 15

Mødedeltagere:

- Jørgen Schøler Kristensen (lægefaglig direktør, AUH - formand)
- Birgitte Haahr, kontorchef, Kvalitet & Lægemedler, Koncern Kvalitet - via video
- Helle Møller (klinisk EPJ-konsulent, Patientjournal Produkter, IT)
- Jacob Dvinge Redder (BI-udvikler). Suppleant for Jonas Rosendal Bager-Elsborg.
- Astrid Dahl Joensen (datamanager, Hospitalsapoteket)
- Charlotte Olesen (klinisk farmaceut, HEH) - via video
- Lise Viskum Hansen (chefkonsulent, Dataenheden, Økonomi & Regnskab, AUH)
- Sidse Gottlieb Jensen (projektkoordinator, Sundhedsplanlægning, sekretariat)

Afbud fra:

- Claus Thomsen (lægefaglig direktør, AUH)
- Lars Dahl Pedersen (hospitalsdirektør, HEM)
- Jonas Rosendal Bager-Elsborg (leder af BI-løsninger, medicindataemnejer)
- Flemming Bøgh Mikkelsen (kontorchef, Sundhedsplanlægning)
- Henrik Thuren (områdeleder, Patientjournal Produkter, IT)

Indholdsfortegnelse

- Trine Jørgensen (projektleder, Kvalitet og Sundheds-it, HEH, medlem af EPJ-Implementeringsgruppen)

Desuden deltagelse af:

- Simone Værum (BI-udvikler) og Merete Storgaard (overlæge, Infektionsmedicinsk afdeling, AUH, og LKT-arbejdsgruppeformand) ifm. punkt 2).
- Anita Gorm (farmaceut, Indkøb, Hospitalsapoteket) ifm. punkt 4).
- Anne Gammelgaard, kontorchef, Strategisk Kvalitet, Koncern Kvalitet ifm. punkt 5). Via video.

Indholdsfortegnelse

Pkt. Tekst	Side
1 Godkendelse af dagsorden	1
2 Oplæg om LKT-antibiotika	2
3 Afklaring af arbejdsgruppens mandat	6
4 Registrering af forsøgsmedicin mv. via Hospitalsapoteket: Muligheder og udfordringer	8
5 Medicindata - implementeringsspørgsmålet	11
6 Sygehusmedicinregisteret - aktuel status	16
7 Muligheder for evt. supportering af Styregruppen for Patientreg. i medicin-datarelaterede spørgsmål	18
8 Eventuelt	20

1-31-72-182-16

1. Godkendelse af dagsorden

Det indstilles,

at dagsordenen godkendes.

Beslutning

Dagsordenen blev godkendt.

1-31-72-182-16

2. Oplæg om LKT-antibiotika

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg om LKT-antibiotika ved Simone Værum, BI-udvikler, og Merete Storgaard, overlæge Infektionsmedicinsk Afdeling, AUH, og LKT-arbejdsgruppeformand, til orientering.

Sagsfremstilling

Pba. af forespørgsel fra arbejdsgruppen vil Simone og Merete bl.a. fremvise (et udvalg) af LKT-visninger tilgængelige på BI-Portalen samt fortælle om aktuel status mv.

LKT-antibiotika

Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet har i samarbejde udviklet en model for organisering og implementering af forbedringsprojekter med brug af Lærings- og Kvalitetsteams (LKT). Anvendelsen af antibiotika er valgt som fokusområde for et af de første LKT.

Den overordnede målsætning er at nedbringe forbruget af antibiotika – særligt de antibiotikagrupper, der i høj grad er associeret til resistensudvikling – uden at kompromittere behandlingskvalitet og patientsikkerhed. Der er fokus på såvel totalforbrug som på forbruget af de kritisk vigtige antibiotika. Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om antibiotika (2012).

Med LKT-antibiotika fokuseres overordnet på fire indsatsområder:

- Indikation for anvendelse af antibiotika
- Valg af antibiotika
- Revurdering af behandling
- Behandlingsvarighed

De enkelte regioner skal ud fra principper i den nationale LKT-projektbeskrivelse udforme egne interventioner. Ud fra den overordnede målsætning udarbejdes konkrete, lokale mål for reduktion af antibiotikaforbruget, som tager hensyn til hospitalernes patientsammensætning og forbrug.

I Region Midtjylland er LKT-antibiotika-indsatsen forankret på akut- og medicinske afdelinger fordelt på regionens hospitaler. Herudover er der deltagelse af en enkelt børne/unge-afdeling.

LKT-interventionen med henblik på nedbringelse af antibiotikaforbruget baserer sig i Region Midtjylland på to særlige muligheder:

- Indførelse af standardordinationspakker (SOP) i den elektroniske patientjournal. En standardordinationspakke indeholder anbefaling ift. antibiotikavalg for en given indikation med angivelse af evt. skift til per oral behandling samt behandlingsvarighed.
I første omgang er SOP for samfundserhvervet pneumoni udarbejdet og idriftsat på akutafdelingerne og de medicinske afdelinger i regionen med henvisning til, at antibiotikabehandling meget ofte indledes på denne indikation.
Der arbejdes på at udarbejde flere SOP i henhold til den regionale retningslinje "Initial antibiotika behandling af udvalgte samfundserhvervede bakterielle infektioner hos voksne immunkompetente patienter", dvs. SOP for hhv. meningitis, urinvejsinfektioner, erysipelas, gastroenteritis, sepsis, KOL samt andre former for pneumoni.
- BI-monitorering. Mulighed for tilnærmelsesvis "real time" monitorering af administrerede doser antibiotika via BI-Portalen. Det er muligt at tilgå visninger på BI-portalen, som dels giver de deltagende afdelinger mulighed for at følge egen udvikling, dels mulighed for at tilgå et regionalt overblik.

Beslutning

Merete Storgaard indleder med en kort gennemgang af de potentialer, der ligger i brugen af data fra BI-Portalen. Som eksempel nævnes visualisering af effekten af den intervention, der blev iværksat ifm. nedbrændingen i efteråret 2016 af den kinesiske fabrik, der producerede råvarer til fremstilling af Piperacillin/Tazobactam-pulver til infusionsvæsker. Ifm. udmelding til hospitalerne om øjeblikkelig nedsættelse af Piperacillin/Tazobactam-forbruget blev således medsendt link til en BI-rapport, hvor afdelingerne kontinuerligt kunne følge deres eget forbrug - herunder se på hvilke indikationer, Piperacillin/Tazobactam-behandling blev iværksat. Pip-Taz-forbruget faldt efterfølgende, men er sidenhen steget og ligger nu på niveau med tidligere.

Udover muligheden for tilnærmelsesvis real time monitorering af faktisk forbrug (i form af administrerede doser) vha. BI-data, fremhæver Merete Storgaard standardordinationspakkerne (SOP) som et væsentligt element i arbejdet med at rationalisere regionens antibiotikaforbrug.

Simone Værum gennemgår herefter et udvalg af visninger i den LKT-antibiotika-work book, der kan tilgås via BI-Portalen, herunder visningen "Antal administrationer", som tilgås via følgende link:

http://bi-por-tal.onerm.dk/#/site/RM/views/LKTantibiotika_0/Antaladministrationerpr_patient?:iid=5

Der er tale om et dashboard, der dels viser gennemsnitligt administrationsantal (antibiotika) pr. patient under indlæggelse, dels antal antibiotikaadministrationer fordelt på ordinationsindikation samt en tidsserie over antal antibiotikaadministrationer. I sidstnævnte tilfælde er det muligt at se udviklingen for såvel hele J01-gruppen som de kritisk vigtige antibiotika. I tidsserien er indlagt en median, ligesom det er muligt at anføre en konkret dato (fx dato for påbegyndelse af en intervention), hvorefter der genereres en median for tiden såvel før som efter interventionens start.

I forlængelse af ovenstående spørges til muligheden for at indlægge statistisk proces kontrol i visningerne. Dette er et ønske, som dog ikke kan honoreres på nuværende tidspunkt.

Ift. muligheden for at se antal antibiotikaadministrationer fordelt på ordinationsindikation spørges til, om indikation er en sikker "tilstandsindikator". Hertil svares, at der i flere af visningerne er mulighed for at se ordinationsindikatoren i sammenhæng med udskrivelsesdiagnosen.

Hvad angår muligheden for at se antallet af antibiotikaadministrationer i sammenhæng med aktivitet (i form af sengedage) henvises til, at der tilføjet en visning (http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/LKTantibiotika_0/Forbrugogsengedage?iid=1), hvori det er muligt se hhv. administrationsantal og antal sengedage ned på afsnitsniveau. Herefter er det muligt at indtaste hhv. administrationsantal og antal sengedage på det niveau, man er interesseret i at vide mere om, hvorefter antal administrationer pr. 1000 sengedage beregnes.

Merete Storgaard supplerer de udvalgte visninger med at anføre, at komplet efterlevelse af den nye regionale instruks for pneumonibehandling formodentlig i sig selv ville foranledige den efterspurgte 10% reduktion i antibiotikaforbruget.

Fra arbejdsgruppen spørges til, hvilken regional proces, der har været ift. ensretning, udbredelse mv. af LKT-antibiotika-indsatsen. Hertil svares, at fx procesindikatorer ikke er fastsat fra centralt hold. De lokale forbedringsteams har således selv defineret procesindikatorer og målopfyldelsesgrader.

Simone Værum beskriver, at klinikere har været forelagt bl.a. listen over udvalgte pneumonidiagnoser og sagt god herfor.

Det fremgår, at der ikke er formuleret en overordnet regional plan for udbredelse/spredning af indsatsen. Fokus i den henseende har været og er fortsat på udbredelse af anvendelse af SOP'erne.

Formanden efterspørger en overordnet implementeringsmodel - ikke kun i relation til implementering og udbredelse af LKT-antibiotika - men generelt. Herunder også en model for, hvordan der bygges ledelse og systematik "ovenpå" de mange data, der efterhånden er til rådighed i regionen. Udgangspunktet er bl.a., at data skal være lettilgængelige, og at afdelinger samt ledelse skal "konfronteres" hermed på jævnlig basis. I sammenhæng hermed er der behov for at tænke i en mere generaliserbar implementeringsmodel, der fx stiller generelle rammer op for, hvordan afdelinger hjælpes med implementering af forandringer, og betoner vigtigheden af at medtænke og sikre involvering af ledelseslaget. Der er således behov for en egentlig implementeringsorganisation mhp. at sikre, at de mange gode (datarelaterede) initiativer, der sættes i søen, ikke smuldrer, fordi de ikke løftes op.

Ift. LKT-antibiotika spørges til, om det eksisterende BI-set up er klar til en evt. bredere udrulning - eller om der 'skævheder' svt. de aktuelt deltagende afdelinger (akutte modtageafsnit og medicinske afdelinger fordelt på regionens hospitaler). Hertil anfører Merete Storgaard, at der efter hendes opfattelse overordnet set er tale om et universelt set up, som har potentiale til at leve længe ud over den aktuelle LKT-indsats. Merete Storgaard fremhæver i forlængelse heraf det generiske potentiale, henvisende til kombinationen af 1) dataunderstøttelse til klinikken, 2) implementering og udbredelse af SOP'er,

hvis udformning beror på gængs opfattelse af god, klinisk praksis samt 3) sikre anvendelsen af SOP'er vha. opdaterede, regionale instrukser.

Fra Patientjournal Produkter bemærkes, at der muligvis fra slutningen af 2019 vil være bygget beslutningsstøtte ind i ordinationsprocessen i EPJ-MEM, bl.a. ift. revurdering af igangsat behandling. Merete Storgaard bemærker, at SOP'er allerede fungerer som en slags klinisk beslutningsstøtte, ligesom man er ved at undersøge muligheden for at anvende en allerede eksisterende EPJ-funktionalitet i form af et "pop up-spørgsmålstegn", der aftvinger stillingtagen til igangsat AB-behandling efter x antal behandlingsdøgn.

Afslutningsvis supplerer Birgitte Haahr med beskrivelse af, hvordan der med de data-drevne klynger på praksisområdet også indenfor primærsektor arbejdes med rationalisering af antibiotikaforbruget. Dette ikke så meget i form af direkte beslutningsstøtte, men fx ved at hver enkelt praksis kan se eget antibiotikaordinationsmønster i sammenligning med øvrige praksis i regionen (i form af variationskurver) og ved praksisbesøg af regionale lægemiddelkonsulenter.

1-31-72-182-16

3. Afklaring af arbejdsgruppens mandat

Det indstilles,

at arbejdsgruppens fortsatte virke drøftes mhp. at beslutte, om det skal indstilles, at gruppens mandat forlænges ud over den oprindeligt fastsatte periode.

Sagsfremstilling

Af kommissoriet for arbejdsgruppen (vedlagt som bilag) fremgår, at gruppen oprindeligt blev nedsat for en periode på 1,5 år. På den baggrund skal besluttes, om gruppen skal opretholdes efter mødet i juni 2018.

Beslutning

Udgangspunktet er aktuelt, at det er muligt, at gruppen fortsætter sit arbejde i endnu et år. Formanden bemærker, at gruppens virke har foranlediget, at der er skabt et overblik, som ikke fandtes tidligere. Hertil bemærkes, at gruppen har sikret overblik, men at man endnu ikke er i mål, og at det er svært at få øje på alternative fora, der skal løfte opgaven. Som følge heraf er der opbakning til, at gruppen opretholdes for yderligere et år. I tillæg til ovenstående bemærkes, at gruppen har påtaget sig et implementeringsansvar, som i virkeligheden ikke er en del af gruppens opgaveportefølje. Udgangspunktet er således, at arbejdsgruppen skal blive bedre til at få rundet punkter/drøftelser af mhp. at få afklaret, hvor de efterfølgende skal løftes hen for at sikre videre håndtering. Når gruppen ophører, skal mere permanente opgaver således være forankret hos etablerede beslutningsfora.

I forlængelse af ovenstående aftales det, at Klinikforum forelægges arbejdsgruppens ønske om at forlænge sit mandat for yderligere et år. KF forelægges dette ifm. en allerede planlagt temadrøftelse i maj. Udgangspunktet for denne drøftelse er 1) afrapportering fra arbejdsgruppen (herunder forlængelse af mandat), 2) drøftelse af implementeringsspørgsmålet ift. at sikre klinisk og ledelsesmæssig anvendelse af medicindata samt 3) medicindata i et økonomiperspektiv (fx relevansen af valide medicindata i prognoseøjemed).

Bilag

- [Kommissorium medicindata arbejdsgruppe revideret](#)

1-31-72-182-16

4. Registrering af forsøgsmedicin mv. via Hospitalsapoteket: Muligheder og udfordringer

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager orientering vedr. muligheder og udfordringer ifm. EPJ-registrering af forsøgsmedicin mv. til efterretning.

Sagsfremstilling

Anita Gorm, farmaceut, Indkøb, Hospitalsapoteket, tager del i drøftelse af punktet.

Ifm. afdækning af mulighederne for at registrere alle lægemidler – herunder forsøgsmedicin, Named Patient programmer, Compassionate Use programmer mv. – via Hospitalsapoteket, har to forskellige, overordnede løsningsmuligheder været skitseret, hhv.:

1) Anvendelsen af en "universal-vare" i EPJ (benævnt "Projekt, diverse"), hvor der ifm. ordination skal ske manuel udfyldelse af et felt med angivelse af klinisk forsøg (fx protokolnr.) samt konkret lægemiddel og formulering.

2) Oprettelse af alle lægemiddelvarer i apotekets elektroniske system, ApoVision, således, at disse udlæses til EPJ, hvorved de bliver tilgængelige for ordination og opgørelse via EPJ (og dermed i BI-datavarehuset).

3) Mulighed for oprettelser af SOP for forsøgsmedicin

Sundhedsplanlægning og Hospitalsapoteket har efterfølgende haft løbende drøftelser for at kvalificere og specificere, hvordan registrering af alle lægemidler via Hospitalsapoteket i praksis vil kunne finde sted, herunder om registrering via en specifik standardordinationspakke (SOP) for forsøgsmedicin kunne være en farbar vej. Disse drøftelser har gjort det klart, at der i tilfældet med forsøgsmedicin er en række forhold, som i vid udstrækning vanskeliggør udlæsning til EPJ.

Et helt central opmærksomhedspunkt er således, at forsøgslægemidler (selv i tilfælde, hvor disse er registreret med varenummer i ApoVision) ikke umiddelbart kan gøres tilgængelige i EPJ af hensyn til bl.a. blinding (det må således ikke være muligt i EPJ at gennemskue, hvorvidt en patient modtager fx aktivt lægemiddel eller placebo) samt pga. navngivningskrav. Herudover kan der være hensyn til kommerciel og/eller forskningsmæssig konfidentialitet. Såvel hensyn til blinding som til konfidentialitet vil medføre, at der forud for evt. udlæsning til EPJ skal laves ganske betydelige stamdataændringer. Ikke alene skal der foretages ændringer, men en sikker model for blinding, der er tro mod navngivningsreglerne, skal opstilles.

Ift. øvrige muligheder for at følge med i igangværende forsøg bemærkes det, at GCP-enheden (enheden for Good Clinical Practice) kan hente oplysninger om samtlige godkendte, kliniske forsøg i Region Midtjylland, herunder hvilke centre/afdelinger, der medvirker. Umiddelbart registreres antallet af inkluderede patienter ikke i GCP-enhedens database. Oplysninger herom vil kunne hentes i de enkelte forsøgsspecifikke monitoreringsrapporter, men GCP-enheden bemærker, at dette er et ganske omfangsrigt arbejde. Ifald Sundhedsplanlægning (herunder analysegruppen) m.fl. har behov for viden om patientantal anbefales derfor, at oplysninger herom indhentes direkte fra de relevante kliniske afdelinger.

Hvad angår de såkaldte Named Patient programmer, anslås disse at udgøre en mindre del – og størstedelen heraf hidrører fra hhv. onkologien og hæmatologien. Indenfor disse specialer anvendes i vid udstrækning papir-behandlingskemaer ifm. lægemiddelordination. Drøftelserne mellem Sundhedsplanlægning og Hospitalsapoteket gav sig udslag i en opbakning til, at der eksempelvis udformes en retningslinje e.l., der tilsiger, at de kliniske afdelinger skal informere Hospitalsapoteket om igangværende Named Patient Programs, så disse kan registreres i ApoVision. I de tilfælde, hvor der anvendes papirbehandlingsskemaer – bl.a. pga. medicineringskompleksitet – vil dette imidlertid ikke afstedkomme registrering i EPJ.

De lægemidler, som anvendes i Named Patient programmer og købes ind via Hospitalsapoteket, registreres i dag manuelt i et regneark og patientantal opdateres månedlig, og overføres til en BI-rapport.

I forlængelse af ovenstående blev muligheden for at ordinere forsøgsmedicin via en dertil udarbejdet SOP drøftet. Her er udfordringen ligeledes, at der for de specialer, fx onkologien, hvor der som ofte er stor økonomisk tyngde i medicineringen, i forvejen ikke ordineres via EPJ (for såvidt angår IV-cytostatika). Dette imødeses dog med implementering af en ny funktionalitet i medicinmodulet, Komplex Medicinering, som på baggrund af manuel indlæsning af behandlingsskemaer, vil gøre det muligt at ordinere IV-cytostatikabehandling i netop EPJ. Udgangspunktet er imidlertid, at der (i første omgang) alene indlæses skemaer, der vedrører godkendte lægemidler og strukturerede, 'almindelige' kræftbehandlinger. Dette er i sig selv et særdeles stort og omsiggribende arbejde, hvorfor afgrænsning af opgaven er helt central.

I udgangspunktet indlæses således ikke skemaer for forsøg, hvorfor muligheden for ordination af forsøgsmedicin via SOP indenfor netop de specialer, hvor anvendelsen af forsøgsmedicin er mest udbredt, ikke betragtes som realiserbar for nuværende.

Beslutning

Formanden indleder med at henvise til møde afholdt d. 14.3. med deltagelse af bl.a. koncerndirektør, IT-direktør og hospitalsapoteker, hvor formålet var drøftelse af kendte mangler i regionens medicindatagrundlag og håndtering heraf. Muligheden for at ordinere og administrere forsøgsmedicin mv. i EPJ var ét af de områder, der blev drøftet i den forbindelse - og udkomme var, at der også på dette område skal findes en løsning, som understøtter intentionen om, at *al* medicin ordineres i EPJ.

Der ytres forståelse for, at der kan være forsøg, som af den ene eller anden årsag ikke lader sig udlæse til EPJ – men udgangspunktet bør være, at flertallet kan komme med

(evt. i mere generisk form, hvor det gøres synligt, at patienten har fået ordineret/administreret et eller flere præparater ifm. med et igangværende forsøg, som identificeres vha. nummer e.l.). På mødet d. 14.3. blev det aftalt, at fortsat drøftelse af konkrete muligheder for registrering af forsøgsmedicin mv. genoptages sidst på året.

Anita Gorm tilføjer, at det bør være muligt at etablere en mere generisk løsning, hvor det eksempelvis gøres synligt, at patienten har fået ordineret/administreret et eller flere præparater ifm. et specifikt forsøg, som identificeres vha. entydigt nummer e.l.

1-31-72-182-16

5. Medicindata - implementeringsspørgsmålet

Det indstilles,

at arbejdsgruppen genoptager drøftelse af perspektiver for den videre udbredelse og implementering af medicindata - herunder om der er behov for udarbejdelse af en overordnet strategi mhp. at få sat medicindata i systematisk anvendelse på såvel klinisk som administrativt niveau.

Sagsfremstilling

Anne Gammelgaard, kontorchef, Strategisk Kvalitet, Koncern Kvalitet, medvirker under drøftelse af punktet - og bidrager med inputs ift.:

- Hvordan man i regi af Kvalitet normalt arbejder med implementering (af data-baserede værktøjer) og hvordan det virker? og
- Koncern Kvalitets overvejelser om de efterhånden mange dataområder, vi har - og hvordan der på den baggrund systematisk implementeres kliniknær, database-ret ledelse?

Udgangspunktet for indeværende drøftelse er, at der er udviklet en række medicindata-relaterede produkter/rapporter, men at det har vist sig vanskeligt at få dem ud at leve i klinikken. Der er således relativt få aktører, der har gennemført prøvehandlinger og/eller sat medicindata i egentlig drift i form af systematisk anvendelse. Opfattelsen er, at medicindata kan anvendes til en bred vifte af formål, men at der for nuværende udvikles lidt i forskellige retninger.

Der bliver således ikke stillet spørgsmålstegn ved behovet for og relevansen af at sætte medicindata i aktiv anvendelse, men der efterlyses nærmere drøftelse af behovet for evt. formulering af egentlige implementeringsprojekter/use cases i såvel klinik som administration.

Som udgangspunkt for den videre drøftelse anmodes arbejdsgruppen derfor om at adressere følgende spørgsmål:

- Er der behov for at fokusere udviklingen på medicindataområdet, fx gennem definition/formulering af egentlige projekter?
- Hvem kan/bør arbejde med implementering på hospitalerne?
- Hvordan får vi klinikken til at arbejde med medicindata?
- Hvordan håndteres "the missing link" mellem teknikere og klinik?

Der blev taget hul på drøftelse af ovenstående på sidste møde i arbejdsgruppen. Her blev behovet for formulering af et afgrænset antal use cases (såvel på klinisk som på administrativt niveau samt i et ledelsesinformationsperspektiv) på medicindataområdet fulgt op af en strategi for hensigtsmæssig og tilstrækkelig implementering drøftet. Der

var enighed om, at det er uhensigtsmæssigt, at man hverken klinisknært el. på ledelsesniveau synes at få tilstrækkeligt udbytte af medicindata. Det blev bemærket, at selv steder, hvor man har intensiveret fokus på medicin(data) bl.a. ved nedsættelse af strategisk medicintråd el lign. samt forsøgt at udbrede kendskabet til, at det er muligt at abonnere på relevante BI-rapporter, er det ikke en selvfølge, at medicindata sættes i systematisk anvendelse.

Fra PJP blev anført, at BI-data, herunder i form af beslutningsstøtte på cpr-niveau, bør være tilgængelige i EPJ. Det er her - og ikke i BI-portalen - at langt størstedelen af brugere er. Et oplæg herom er forelagt BI-styregruppen.

I forlængelse af ovenstående blev anført, at udvælgelse og formulering af 1-3 cases (fx hhv. en økonomi- og en kvalitetsrelateret case), som arbejdes 'i bund' - også i relation til implementering - vil betyde mere hensigtsmæssig og fokuseret udnyttelse af tilgængelige BI-ressourcer.

I relation til det videre arbejde blev to fremgangsmåder skitseret. Hhv. et scenarie, hvor det 'på forhånd' besluttes, hvilke specifikke medicindata-relaterede produkter, der skal udvikles på hhv. implementeres - overfor et scenarie, hvor det blot er rammen for det videre arbejde, der beskrives, mens 'klinisknære ambassadører' involveres i udvælgelse og formulering af specifikke cases. Sidstnævnte for at undgå, at arbejdet tilrettelægges og gennemføres uden kliniske inputs, herunder ift. validering/afklaring af klinisk relevans samt betydning ift. hidtidige arbejds gange mv.

På baggrund af ovenstående blev besluttet, at arbejdsgruppen udarbejder et oplæg, som forelægges Klinikforum mhp. temadrøftelse. KF anmodes på baggrund heraf om at drøfte udfordringerne ift. det u-udnyttede medicindatapotentiale, herunder utilstrækkelig implementering og mulige imødegående initiativer (jf. udvælgelse og formulering af specifikke use cases).

Som udgangspunkt for udarbejdelse af materiale til KF blev aftalt, at der afsættes god tid til videre drøftelse af ovenstående på det aktuelle arbejdsgruppemøde.

Beslutning

Anne Gammelgaard, kontorchef, Strategisk Kvalitet, Koncern Kvalitet, indleder med to eksempler på Strategisk Kvalitets involvering i udvikling af BI-rapporter og erfaringer med implementering og efterfølgende anvendelse heraf. Eksemplerne vedrører dels databaseret monitorering af kræftpakker og udvikling af en BI-rapport for de kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP) - og udgangspunktet er, at mens førstnævnte opfattes som en succes, så har sidstnævnte vist sig langt sværere at få ud 'at leve'.

I gennemgangen af BI-dataemnet "Kræftpakker" og tilhørende rapporter fremhæves dels det faktum, at kræftpakkerne blev til på en brændende platform, dels at efterlevelse af forløbsfrister mv. som følge heraf kontinuerligt er under ledelsesmæssig bevågenhed. Tilblivelsen af kræftpakke-rapporterne er blevet til i tæt samarbejde med et hospitalsadministrationsnetværk bestående af forløbskoordinatorer på kræftområdet og i direkte dialog med relevante afdelinger. Rapporten består bl.a. af målrettede patientlister for

kræftpakkepatienter - herunder ift. at kunne identificere patienter, der venter på et givent tidspunkt og i form af countdown lister, hvor antal dage til et forløbsmål overskrides for åbne forløb udregnes.

Kræftpakkerapporten anvendes hyppigt - særligt af sekretærer og sygeplejersker.

Vurderingen er, at BI-kræftpakkerapporternes succes dels beror på, at der hermed er tale om målrettede værktøjer, der er tænkt ind i konkrete arbejdsgange, dels at efterlevelse af forløbsfrister for kræftpakker er underlagt stort ledelsesmæssigt fokus, og at der rundt på matriklerne findes lokale kontaktpersoner, der bl.a. er behjælpelige med at sætte rapporter og lister op, så de imødekommer afdelingernes konkrete behov.

Som eksempel på et databaseret værktøj, der ikke nyder tilsvarende succes, fremhæves dataemnet "Kliniske Kvalitetsdatabaser". Standardrapporten beskrives i sammenhæng hermed som sværere tilgængelig og med en lavere grad af brugervenlighed ift. eksempelvis at lokalisere patientlister og pga. generelt sværere forståelige data. Endvidere er der tale om, at dataleverance fra RKKP sker med ca. en måneds mellemrum.

I tillæg til ovenstående tilføjes, at RKKP-rapporten ikke - som tilfældet er med fx kræftpakkerapporterne - på samme måde er målrettet specifikke brugere eller tænkt ind ift. eksisterende arbejdsgange. Dette afspejles i brugerstatistikken, som indikerer, at der er tale om relativt bred, ikke-målrettet og ikke-ledelsesmæssig anvendelse.

På baggrund af de givne eksempler fremhæves følgende ift. at øge sandsynligheden for succesfuld implementering og relevant anvendelse af udviklede dataprodukter:

1) Medtænk implementering fra projektets start - herunder ift. at tænke produkter/rapporter ind i eksisterende arbejdsgange og sikre afklaring af målgruppe(r).

2) Gennemfør evt. pilot/prøvehandlinger, der kan hjælpe med at tilrette produktet forud for og under udviklingsarbejdet. I den forbindelse fremhæves muligheden for at inddrage lokale forbedringsvejledere.

Formanden bemærker, at forskellen på de beskrevne scenarier, hhv. kræftpakker og RKKP, ikke nødvendigvis skal tilskrives datagrundlaget og/eller "BI-visningspotentialet". I stedet fremhæves forskellen på ledelsesinvolvering og systematik i de to cases. Data på kræftpakkeområdet danner således udgangspunkt for systematisk drøftelse på ledelsesniveau - og netop den ledelsesmæssige opmærksomhed fremhæves som udslagsgivende for kræftpakkemonitoreringens succes.

Fra arbejdsgruppens side spørges i forlængelse af ovenstående til, hvordan man i regi af Strategisk Kvalitet har grebet indtænkning af implementering og udbredelse mv. an i tilfældet med LKT-antibiotika. Hertil bemærkes, at de respektive forbedringssteams/deltagende afdelinger har fået nogle strukturerede aktiviteter "foræret" (fx antibiotika-SOP og mulighed for at monitorere på specifikke indikatorer for nedbringelse og omlægning/rationalisering af antibiotikaforbruget). Ift. spredning til øvrige afdelinger forelægger ingen egentlig strategi. Her udestår dialog med hospitalerne. Det tilføjes, at Koncern Kvalitet fortærende arbejder på forankring af forbedringsarbejdet på hospitalerne - bl.a. via forbedringsvejlederne.

Formanden anfører, at LKT-indsatsen bør danne udgangspunkt for udbredelse af en mere generisk "implementeringsmaskine". Hertil bemærkes, at dette ikke ligger i LKT-opdraget - hermed er i højere grad fokus på at skabe lokal forankring.

Det fastholdes, at der er behov for at adressere det tilbagevendende spørgsmål: Hvad er den overordnede, regionale model for implementering af kvalitetsforbedrende tiltag/værktøjer? Behovet for at tænke overordnet organisering ind i den sammenhæng fremhæves - bl.a. med henvisning til, at succescasen ift. kræftpakkemonitorering skal ses i sammenhæng med, at kræftområdet generelt er et højt prioriteret område, og at man ikke indenfor øvrige områder vil kunne honorere tilsvarende.

I forlængelse af ovenstående fremhæves ligeledes behovet for drøftelse af prioritering af områder indenfor medicindataområdet - herunder afklaring af, hvem der ejer outcome af store BI-projekter, og hvem der definerer og udvælger indikatorer mv.. Hertil tilføjes, at projektlederne i BI risikerer at komme til at sidde alene med disse opgaver, og at de som følge heraf hænges op på enkeltpersoner.

Fra BI bemærkes, at det er blevet indført, at der skal laves "baggrundstjek" forud for, at ny rapportudvikling igangsættes. Dette som del af en intern BI-proces med henblik på at behovsafdække, målgruppeafklare mv. inden udvikling af nye rapporter.

Fra Strategisk Kvalitet spørges til, om opgaven med at sikre implementering mv. af medicindatarelaterede produkter ikke hører hjemme hos arbejdsgruppen på medicindataområdet. Hertil svarer formanden, at arbejdsgruppens primære opgave er som fortløbende overbliksskaber på medicindataområdet - herunder ift. at påpege mangler i det regionale medicindatagrundlag, forestå dialog med SUM og SDS ift. sygehusmedicinregisteret mv. - men at arbejdsgruppen *ikke* egenhændigt kan eller skal forestå opgaven med at sikre implementering. I sammenhæng hermed understreges, at det *ikke* er på værktøjssiden, der er behov for yderligere (i hvert fald ikke på sygehussiden) - det er i stedet mangel på regionale implementeringsmodeller.

Fra Strategisk Kvalitet bemærkes, at det på nuværende tidspunkt må være et spørgsmål om - fra sag til sag - at lægge sagerne frem for relevante ledelsesfora (fx. Klinikforum eller Lederforum for Kvalitet) - herunder også ift. mulighederne for understøttende aktiviteter/support. Det tilføjes, at man fra Koncern Kvalitet i udgangspunktet gerne understøtter med workshops, læringsseminarer e.l.

Afslutningsvist besluttet, at ledelsesrepræsentant fra Koncern Kvalitet inviteres med til at deltage ifm. tidligere omtalte temadrøftelse i Klinikforum i maj (se evt. punkt 3) mhp. at komme med inputs til drøftelse af implementeringsudfordringen i relation til udrulning af databaserede værktøjer på medicindataområdet.

1-31-72-182-16

6. Sygehusmedicinregisteret - aktuel status

Det indstilles,

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

Sagsfremstilling

Status vedr. SMR:

Vedr.:

- Høringsmateriale og høringssvar (samlet høringssvar fra regionerne vedlagt som bilag).
 - Opdateret variabelliste.
 - Opdateret indberetningsvejledning
- Opstart pilotdrift
- Proces vedr. governance-struktur
- Opstartsaktiviteter fase 2

Ad) Høringsmateriale og høringssvar

Materialet vedr. bekendtgørelser mm. blev udsendt til høring d. 24. januar. Der er indkommet mange høringssvar og bemærkninger, og der er derfor en forventning om procestid vedr. udarbejdelse af høringssvar og dermed forsinket ikrafttrædelse af bekendtgørelsen. Pt. er udgangspunktet uge 10.

En række høringssvar har konsekvenser for variabellisten og indberetningsvejledningen, men en stor del af opdateringerne vedrører udelukkende præciseringer, som tidligere har været drøftet i samarbejdet med SDS. Samtidig har SDS accepteret høringssvar fra regionerne, f.eks. vedr. individuelle aftaler om tidspunkt for upload af data.

Ad) Opstart pilotdrift

Status på pilotdrift kendes ikke pt., men afhænger af bekendtgørelsen. Jf. bemærkninger om ikrafttrædelse af bekendtgørelsen, så tales pt. om uge 11.

Region Midtjylland forventes at være i pilotdrift samtidig med, at bekendtgørelsen træder i kraft - og evt. tilpasninger i forhold til ændringer i variabelliste og vejledning er implementeret. Derefter kommer de øvrige regioner på med indberetningsløsninger i løbet af de følgende måneder. Forventet start på egentlig produktion umiddelbart før sommerferien - såfremt data har en kvalitet, hvor det giver mening at arbejde med ud-data.

Ad) Processen vedr. governance-struktur

Den fremtidige governance-struktur drøftes med SUM/SDS. Der har været afholdt møde den 1. marts, hvor regionerne bl.a. har fremlagt en række cases, som skal kunne håndteres på tilfredsstillende vis i governance. SUM arbejder videre med oplæg til governance og kommissorier, så de forhåbentlig kan forelægges den fælles styregruppe på mødet medio april.

Ad) Opstartsaktiviteter fase 2

Den 8. februar blev der i samarbejde med SDS afholdt en workshop vedr. ordinationsdata. Hermed er startet et forløb, hvor vi i fællesskab ser nærmere på ordinationer og ordinationsdata - herunder på sigt mulighederne for at få FMK-data i SMR. Processen er startet med de kendte udfordringer vedr. håndtering af indikationer (fritekst) og "ordinerende sundhedsperson" (hvem er den ansvarlige?)

Alle regioner er klar med indberetningsløsningerne og efterfølgende monitorering af data i SMR. Dette kan dog kun ske med SDS for bordenden i de situationer, hvor der er behov for samtidig at se på data fra alle fem regioner.

Beslutning

Orientering tages til efterretning.

Bilag

- [Danske Regioners høringssvar](#)

1-31-72-182-16

7. Muligheder for evt. supportering af Styregruppen for Patientreg. i medicindata-relaterede spørgsmål

Det indstilles,

at arbejdsgruppen drøfter evt. muligheder for supportering af styregruppen for Patientregistrering i medicindatarelaterede spørgsmål.

Sagsfremstilling

Klinikforum drøftede på møde i dec. '17 den regionale forankring af arbejdet med at sikre registreringskvaliteten af indberetninger til det kommende nationale sygehusmedicinregister.

Klinikforum vurderede, at denne opgave ligger bedst i Styregruppen for Patientregistrering (SPR). Styregruppen er til formålet blevet udvidet med en repræsentant fra Hospitalsapoteket.

SPR anmoder i forlængelse af ovenstående arbejdsgruppen om at drøfte mulighederne for supportering af Styregruppen i medicindatarelaterede spørgsmål.

Under SPR findes i forvejen den regionale PAS-gruppe, hvor detaljer, forberedelse af punkter, erfaringsudveksling, udarbejdelse af forslag med relation til patientadministrative data osv. kan foregå. Aktuelt afholdes ca. 5 styregruppemøder årligt, hvor et tilbagevendende punkt bl.a. er "Nyt fra PAS-gruppen".

En mulighed kunne i forlængelse heraf være, at der på møderne i Styregruppen for Patientregistrering efter behov medtages et tilsvarende punkt fra arbejdsgruppen på medicindataområdet. Dette fx i form af løbende orientering om nyt vedr. sygehusmedicinregisteret. Herudover lægges op til, at arbejdsgruppen i øvrigt kan sætte punkter på styregruppens dagsorden, hvis der skønnes at være behov for det.

Beslutning

Det fastholdes, at SPR skal sørge for den fremadrettede opfølgning ift. SMR. Som udgangspunkt bidrager arbejdsgruppen gerne ift. overdragelse af viden mhp. aktuel orientering. Bl.a. skal SPR have fremsendt den generelle kortlægning af medicindataområdet samt notatet, der beskriver kendte medicindatamangler og perspektiver ift. udbedring. Sekretariatet følger op herpå. Ligeledes er det en mulighed, at en af Patientjournal Produkters repræsentanter i arbejdsgruppen kan deltage på et kommende SPR-møde og fortælle mere indgående om ITs involvering i udbedring af medicindatamangler og registreringsmuligheder.

Udgangspunktet er således, at der med arbejdsgruppen på medicindataområdet er tale om en midlertidig nedsat gruppe, hvorfor tilbagvendende/mere permanente opgaver i arbejdsgruppens opgaveportefølje gradvist skal overdrages til relevante, etablerede fora.

1-31-72-182-16

8. Eventuelt

Beslutning

Jacob Dvinge Redder, BI-udvikler, fortæller kort om en tilføjelse til BI-fokusrapporten "Kombinationer af lægemidler". Via en fane heri er det nu muligt at tilgå medicinshistorik på patientniveau, som giver mulighed for at få et visuelt overblik over patientens medicinering pr. år/kvartal/måned/uge/dag. Hermed kan man relativt hurtigt danne sig et overblik over evt. samtidig administration af u hensigtsmæssige præparatkombinationer - herunder hvor længe patienten måtte have fået disse.