

16. maj 2019
/SARLAD



Referat
til
møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet
10. december 2018 kl. 11:00
i Lokale 17, Regionshuset Olof Palms Allé 15

Indholdsfortegnelse

Pkt.	Tekst	Side
1	Godkendelse af dagsordenen	1
2	Implementering af medicindataprodukter i klinikken: Opfølgning fra LFK og videre proces	2
3	Status på Sygehusmedicinregistret	4
4	Idriftsættelse af Komplex Medicinering i MidtEPJ	6
5	Etablering af snitflade mellem CATO og BI-DW: Status og videre proces	7
6	Nyt fra arbejdsgruppen for polyfarmaci: BI-projekt Polyfarmaci	9
7	Eventuelt	11

1-31-72-182-16

1. Godkendelse af dagsordenen

Det indstilles,

at dagsordenen godkendes

Beslutning

Dagsordenen blev godkendt.

1-31-72-182-16

2. Implementering af medicindataprodukter i klinikken: Opfølgning fra LFK og videre proces

Det indstilles,

- at** beslutningen fra LFK tages til efterretning.
- at** arbejdsgruppen drøfter og beslutter den videre proces ift. implementering.

Sagsfremstilling

På sidste møde i september 2018 drøftede arbejdsgruppen, hvordan man kunne arbejde med at implementere medicindataprodukter i klinikken. Det blev aftalt, at Lederforum for Kvalitet skulle inddrages i forhold til at hjælpe med at udvælge konkrete fokusområder på medicindataområdet, som arbejdsgruppen kan arbejde med at implementere i klinikken. Derudover skulle LFK drøfte, hvordan implementeringsarbejdet i klinikken mere overordnet set kunne understøttes.

Ovenstående blev drøftet på LFK den 9. november 2018. Dagsordenspunktet er vedhæftet som bilag. Lederforum for Kvalitet ønskede at sætte fokus på ibrugtagning af BI-rapporter på tre områder, henholdsvis 'Antibiotika', 'Methotrexat' samt 'ACE-hæmmere og NSAID'.

LFK understregede, at ledelsesmæssigt fokus var afgørende for at sikre, at de udvalgte BI-rapporter blev implementeret og således sikre, at der skete forbedringer på de udvalgte fokusområder. Man besluttede derfor, at den løbende opfølgning på implementering af de tre fokusområder skal ske i regi af Klinikforum med henblik på at sikre de lægefaglige direktørers ledelsesopmærksomhed ift. arbejdet. LFK besluttede desuden, at hospitalernes kvalitetsafdelinger skulle involveres i arbejdet med at implementere i klinikken. Koncern Kvalitet skulle orientere Kvalitetschefkredsen om beslutningen.

Arbejdsgruppen bedes med udgangspunkt i ovenstående drøfte den videre proces ift. at sikre implementering i klinikken. Der ønskes udarbejdet en konkret implementeringsplan indeholdende procesbeskrivelse, ansvarlige aktører og evt. tidsplan.

Beslutning

Arbejdsgruppen er enig med LFK i, at det er en skal arbejdes videre med at implementere anvendelse af data ift. anvendelse af antibiotika. Arbejdsgruppen er ikke enig med LFK i, at methotrexat bør være et fokusområde, da der næsten ikke sker fejl på dette område længere. Der er beslutningsstøtte indarbejdet i EPJ, og der findes allerede en

god BI-rapport, som kan anvendes af klinikerne. Derfor er implementeringsarbejdet ift. korrekt behandling med methotrexat næsten i mål.

ACE-hæmmere og NSAID kombinationen er en lille del ift. at sikre korrekt medicinering og også her eksisterer der allerede BI-rapporter, som kan implementeres. Tilbagemeldingen fra LFK vedr. indsatsområder til implementering af medicindata i klinikken er efter arbejdsgruppens medning derfor ikke ret ambitiøs.

Arbejdsgruppen er enig i, at forankring af implementering af medicindata med fordel kan tage udgangspunkt i hospitalernes kvalitetsafdelinger.

Arbejdsgruppen mener også, at der skal arbejdes med hurtigere skift af lægemidler på de områder, hvor der er mulighed for at spare mange penge på medicinudgifter. Et eksempel herpå er skift fra biologiske til biosimilære lægemidler, hvor det vurderes, at der kan spares ca. 8 mio. kr. om måneden, såfremt alle skiftes. Her er ikke lavet en reel implementeringsplan.

Sundhedsplanlægning (Henrik Rugholm Sveigaard) og BI-kontoret (Jacob Dvinge Redder og Ionut Radutoiu) arbejder for øjeblikket med et oplæg til en BI-rapport, der kan monitorere skiftet til biosimilære lægemidler. Der arbejdes endvidere på, hvordan der kan monitoreres bredere på udviklingen, fx ved kobling mellem aktivitet/medicindata og økonomi. Oplægget ventes inden jul 2018.

Arbejdsgruppen ønsker fremover at fokusere på, hvordan denne løsning kan implementeres.

Bilag

- [Implementering af dataprodukter i klinikken](#)

1-31-72-182-16

3. Status på Sygehusmedicinregisteret

Det indstilles,

Det indstilles, at arbejdsgruppen tager orienteringen til efterretning .

Sagsfremstilling

Sygehusmedicinregisteret har været i drift siden slutningen af oktober. Alle fem regioner indberetter således udvalgte data om gennemførte medicinadministrationer på sygehuse på daglig basis.

En nærmere granskning af data i Sygehusmedicinregisteret viser, at der er store forskelle i registrerings- og indberetningspraksis regionerne imellem – illustreret ved nedenstående udsnit af data for samme ATC-kode.

K_REGION	C_VARENUMMER	V_LÆGEMID	V_OPLØS	V_PAKNINGSSTØRRELSE	V_LÆGEMIDDEL_FØRM	V_ADM_DØSIS	V_ADM_DØSIS	V_STYRKE_NUM	V_STYRKE_ENHED	C_ADM_VEL
1002	17294	Rabif (22 mg)	281018101	4	inj,scab, opløsning	mg	30,000	60,000	mg	IM
	518877						22,000	44,000	mg	SC
							44,000	44,000	mg	SC
							3,000	88,000	mg	SC
1003	094888	Rabif	28101840X	6	inj,scab, opløsning	mg	22,000	88,000	mg/ml	Subutan anvendes
1004	015215	Rabif	28101840X	0,500	inj,scab, opløsning	mg	44,000	44	mg	Subutan anvendes
	017082						22,000	22	mg	Subutan anvendes
	098875						44,000	44	mg	Subutan anvendes

Der forestår derfor - som ventet - et omfattende arbejde med at harmonisere indholdet i registeret, så det kan anvendes til meningsfulde analyser. I den kommende periode, skal regionerne således drøfte med Sundhedsdatastyrelsen, hvad der skal ændres, og hvem der skal tage ansvaret for ændringerne.

Samtidig diskuteres det fortsat om, og i givet fald hvordan, videregivelse af ikke-offentliggjorte prisoplysninger skal understøttes.

På kort sigt er den største forhindring for anvendelse af Sygehusmedicinregisteret imidlertid, at Sundhedsdatastyrelsen har problemer med Sunddataplatformen. Platformen, som også understøtter Sygehusmedicinregisteret, skal "sikre nem og enkel adgang til nationale sundhedsdata samt understøtte behov og ønsker til levering af data på tværs af sektorer".

Sunddataplatformen er imidlertid så ustabil og ressourcerne til afhjælpning af problemerne er så knappe, at Sundhedsdatastyrelsen har foreslået en udskydelse af dataanvendelse fra Sygehusmedicinregisteret til maj 2020. Det vil i så fald betyde, at regionerne fortsat vil skulle indberette komplette indberetninger senest ved udgangen af 2019, men at adgangen til og anvendelsen af data for regionerne m.fl. forsinkes. En enig pro-

jektstyregruppe har protesteret over udskydelsen, og afventer pt. et tilfredsstillende svar fra Sundhedsdatastyrelsen.

Beslutning

Fællesregional projektleder informerede om, at der dagligt kommer data ind i SMR. Der er dog udfordringer med data, da de ser forskellige ud. Eksempelvis kan samme lægemiddel fremgå med forskellige enhedsbetegnelser (mg, ml etc.) og forskellige pakningsstørrelser, selvom dette ikke burde være muligt.

Der pågår derfor et arbejde i projektgruppen med at ensrette data, således der kan påbegyndes at udarbejde analyser. På nuværende tidspunkt kan der analyseres på visse ting.

Ift. uddata, dvs. de data, regionerne får tilbage, ønsker regionerne to ting: 1. Daglige leverancer af data, som er beriget af SDS med fx priser og oplysninger om borgere behandlet i andre regioner, og 2. mulighed for at lave analyser på tværregionale data, som for øjeblikket kun kan laves af SDS selv. Grundet større problemer med Sunddata-platformen, har SDS omprioriteret sine projekter og foreslået projektstyregruppen at udskyde levering af uddata til maj 2020 (modsat maj 2019, som først aftalt).

Som følge af (flere) forsinkelser sender Danske Regioner et brev til ministeriet, hvori regionernes utilfredshed med styrelsens forsinkelser, beskrives.

Sundhedsdatastyrelsen har også henvist til det kommende Ordiprax+ (med Qlik som præsentationsværktøj), hvori regionerne får en række standardrapporter (8-10) stillet til rådighed. Regionerne har dog tydeliggjort, at der er behov for et mere fleksibelt system, hvor regionerne selv kan udarbejde rapporter, f.eks. i forbindelse med kvalitetsarbejde. Medicinrådet har ligeledes udtrykt ønske at få adgang til et fleksibelt system, således de kan følge op på, om vejledningerne følges.

Ift. kvalitetssikring af de data, der indberettes til SMR, er det arbejde for øjeblikket forankret i projektgruppen. Denne kvalitetssikring er dog kun overordnet; når data frigives til regionerne, vil kvalitetssikring være regionernes ansvar.

Datakvaliteten i SMR påvirkes af, at der i nogle af EPJ-systemerne er mulighed for at registrere uhensigtsmæssigt, fx via fritekstfelter. I MidtEPJ er der vis styring med, hvordan der registreres, men i andre regioner kan problemet være mere udtalt.

Der vil derfor naturligt forekomme registreringsfejl i indberetningerne. Nogle af fejlene vil være åbenlyse, mens andre ikke er. BI-kontoret har mulighed for at lave analyser, der kan opdage de mest åbenlyse fejl, så klinikerne kan rette i EPJ. Dette kræver kliniker-adgang for BI-kontoret. Det aftales, at Jacob Dvinge Redder, BI-kontoret, og Helle Møller, IT PJP, udarbejder en plan for, hvordan validering kan foretages mest hensigtsmæssigt.

Man drøftede sidst de datadeklarationer, som regionen indsender til Sundhedsdatastyrelsen løbende, bl.a. når der sker udvikling i hvilke data, der er tilgængelige. Det blev aftalt, at Helle Møller fra PJP fremover har ansvaret for at opdatere datadeklarationerne og indsende til SDS.

1-31-72-182-16

4. Idriftsættelse af Komplex Medicinering i MidtEPJ

Det indstilles,

Det indstilles, at arbejdsgruppen tager orienteringen til efterretning .

Sagsfremstilling

Idriftsættelsen af Komplex Medicinering i MidtEPJ er opdelt i to faser. Aktuelt er fase 1 leveret: Hospitalerne (AUH og HE Vest) påbegynder implementering af behandlingsskemaerne primo januar med forventet fuld udrulning ultimo februar 2019.

Umiddelbart forventes løsningen at kunne håndtere langt de fleste behandlingsskemaer, inklusiv kliniske forsøg og eksperimentelle behandlinger. Der er således på nuværende tidspunkt ikke kendskab til behandlingsskemaer, som ikke kan oprettes. Eventuelle behandlingsskemaer, som ved udrulning viser sig ikke at kunne håndteres af fase 1, vil – hvis det prioriteres og igangsættes – kunne medtages i en eventuel fase 2.

Beslutning

Skemaerne til Komplex Medicinering (fase 1) ligger som en standardiseret, generaliseret løsning. Skemaerne kan rumme flere cytostatiska behandlinger end først antaget. Klinikken er dog nødsaget til at lave forskellige 'work-a-rounds' for at kunne anvende skemaerne i nogle tilfælde. IT vurderer derfor, at skemaerne (fra fase 1) formentlig ikke kommer til at kunne rumme al cytostatikabehandling, men også, at det er klinikken, der kommer til at sætte begrænsningen ift., hvor mange cytostatika behandlinger der kan dokumenteres i skemaerne i Komplex Medicinering.

Man kender endnu ikke omfanget af, hvor mange skemaer, der ikke kan komme med i Komplex Medicinering. Det vurderes, at det isæt er hæmatologerne og børn & unge, der vil få udfordringer med at anvende de basale skemaer, da disse behandlinger er meget komplekse.

Udfordringen for, at de mere komplekse behandlinger kan anvende skemaerne ligger blandt andet i, at skemaerne fx ikke er designet til at tage højde for intervaller og bestemte rækkefølger i behandlingen (på samme dag). Det er alligevel besluttet, at skemaerne også forsøges anvendt ved de mere komplekse behandlinger, men IT vurderer, at det kan blive en udfordring at anvende dem i deres nuværende form.

IT har primært fokuseret på de almindelige kræftafdelinger, som forventer at kunne anvende skemaerne til langt de fleste cytostatikabehandlinger.

1-31-72-182-16

5. Etablering af snitflade mellem CATO og BI-DW: Status og videre proces

Det indstilles,

- at** orienteringen tages til efterretning.
- at** arbejdsgruppen drøfter behovet for etablering af en snitflade mellem CATO og BI-DW.
- at** arbejdsgruppen beslutter, om der skal ske forelæggelse for relevant lederforum, eventuelt Kita eller Klinikforum, med henblik på stillingtagen til, om der er behov for at "supplere" op med CATO-data ift. SMR-indberetning på cytostatikaområdet.

Sagsfremstilling

På seneste møde i september drøftede arbejdsgruppen behovet for at etablere en CATO-BI-DW snitflade som "supplement" til Kompleks Medicinering, når der skal indberettes til Sygehusmedicinregistret på cytostatikaområdet. Nødvendigheden af en CATO-BI-DW snitflade afhænger således af, hvorvidt Kompleks Medicinering i MidtEPJ inden udgangen af 2019 kan håndtere alle relevante cytostatika-administrationer, således at der kan indberettes komplette data til SMR.

Status på etableringen af CATO-BI-DW snitflade er, at der for øjeblikket ikke kører et projekt i BI-regi om indlæsning af data fra CATO i BI-datavarehuset eller sammenkobling af CATO-data og (øvrige) data om medicinadministrationer. Et sådant projekt er ej heller i pipeline for nuværende. Projektet har været foreslået BI-bestyrelsen, men er ikke blevet prioriteret indtil nu. Næste mulighed for at indmelde projektet til BI-bestyrelsen vil være til eventuel opstart i 2. halvår 2019.

BI-kontoret og Hospitalsapoteket har dog lavet en manuel/håndholdt indlæsning af en delmængde af data fra CATO og koblet det med øvrige data fra det eksisterende datavarehus for at se et eksempel på nogle af de spørgsmål, man ville kunne svare på med en systematisk indlæsning af CATO-data. Det understreges dog, at denne løsning har været en "éngangsforestilling", som ikke betyder, at der er "hul igennem" til automatisk indlæsning af CATO-data i BI-DW.

Med udgangspunkt i ovenstående samt orientering om status på idriftsættelse af Kompleks Medicinering under punkt 4, ønskes en drøftelse af, om der er behov for at arbejde med etablering af en snitflade mellem CATO og BI-DW.

Det ønskes endvidere drøftet, hvorvidt der skal ske forelæggelse for relevant lederforum, eventuelt Kita eller Klinikforum, med henblik på stillingtagen til, om der er behov for at "supplere" op med CATO-data ift. SMR-indberetning på cytostatikaområdet.

Beslutning

Regionerne har inden den 1/1 2020 forpligtet sig på at indberette medicindata svarende til et komplet billede af lægemiddelanvendelsen i sygehusregi (jf. ØA 2018). En af de kendte medicindatamangler i Region Midtjylland er administrationer af cytostatika. Udrulning af skemaer i Komplex Medicinering i MidtEPJ skal kunne håndtere disse administrationer, så de kan indberettes til Sygehusmedicinregistret. For at overholde forpligtelserne i Økonomiaftalen, kræver det, at Komplex Medicinering er udrullet og velfungerende i hele regionen inden udgangen af 2019. Alternativet er, at der laves en snitflade mellem Cato og datavarehuset, som formentlig vil kunne bruges til andet og mere end indberetning af cytostatikaadministrationer til SMR. En sådan snitflade vil dog kræve en opgradering af Cato til en nyere version, hvilket Hospitalsapoteket skal prioritere og forestå, inden et forslag om etablering af snitflade mellem Cato og BI-DW kan indmeldes som projekt til BI-styregruppen og -bestyrelsen.

Det blev nævnt, at Komplex Medicinering formentlig ikke ville komme til at fungere i 2019 indenfor børne- og ungeområdet. En enig arbejdsgruppe besluttede derfor at fastholde det indmeldte projekt til BI-kontoret om en snitfladeetablering. Næste prioriteringsrunde for at indmelde ønsker til BI-projekter er til 2. halvår af 2019. Etablering af snitflade mellem Cato og datavarehuset vil derfor sandsynligvis ikke kunne være klar inden udgangen af 2019. Arbejdsgruppen mente alligevel, at projektet skulle igangsættes, så det var i proces. Inden igangsættelse kræves dog en afklaring med Hospitalsapoteket om, hvorvidt en opgradering af Cato kan blive klar. Hospitalsapoteket forventer at opgradere Cato i løbet af maj 2019.

Til et opfølgningsmøde om medicindatamangler den 10. december 2018 med repræsentation fra direktionen og øvrige ledelsesrepræsentanter, blev det besluttet, at indlæsning af Cato-data i BI-datavarehuset skal indmeldes som BI-projektønske til prioriteringsrunden for efteråret 2019. Prioriteres projektet ikke i BI-bestyrelsen, vil opfølgningsgruppen overveje, om projektet skal igangsættes udenom de almindelige processer.

1-01-72-33-18

6. Nyt fra arbejdsgruppen for polyfarmaci: BI-projekt Polyfarmaci

Det indstilles,

at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Med budget 2018 nedsatte man en arbejdsgruppe under den Regionale Lægemiddelkomité, hvis opgave var at gøre "erfaringer med at bruge medicindata til at afdække omfanget af polyfarmaci og sætte målrettet ind overfor patienter med meget stort medicinforbrug og med risikable kombinationer af medicin". Hensigtserklæring ifm. Budgetforlig 2018 og Budget 2018

Arbejdsgruppen har undersøgt hvilke muligheder, der er med eksisterende data og IT-understøttelse til at identificere relevante (dvs. polyfarmaci) patienter. Arbejdsgruppen konkluderer, at anvendelse af FMK-data skaber de bedste forudsætninger for en løsning på tværs af sektorer, men at de lovgivningsmæssige rammer begrænser dette. Som alternativ anbefaler arbejdsgruppen at udvikle og udvide anvendelsen af hospitalernes data i BI-datavarehuset. Medicindata i datavarehuset indeholder i dag kun ordinationer, der er administreret. En udvidelse med ordinationsdata muliggør monitorering af polyfarmaci på ordinationer fremfor administrationer, så præparater kan forudses inden de administreres.

Arbejdsgruppen har endvidere arbejdet med at fastlægge en klinisk relevant stratificeringsnøgle til brug i primær- og sekundærsektoren til at identificere polyfarmaci-patienter. I sekundærsektoren anbefaler arbejdsgruppen at videreudvikle BI-rapporter med fokus på risikofyldte lægemiddelkombinationer og anvendelse af MERIS (medicinsk risikoscore) på udvalgte afdelinger. I relation til primærsektoren, særligt almen praksis, anbefales det at udvikle på anvendelsen af det kommende system, Ordiprax+, som ventes idriftsat medio januar 2018.

Arbejdsgruppen fremlægger det endelige notat om anbefalinger for den Regionale Lægemiddelkomité den 14. december 2018 og indstiller, at gruppens arbejde afsluttes. Det foreløbige notat er vedlagt som bilag.

Beslutning

Der har – efter Regionsrådets ønske - været flere projekter, hvis formål var at opspore polyfarmaci-patienter, som får seks lægemidler eller mere på daglig basis. Projekterne har været gode, men har ikke formået at finde et tilstrækkeligt antal polyfarmaci-patienter.

ter i forhold til, hvad projekterne har kostet. Man har desuden forsøgt at anvende Meris (MEdicinsk RIisiko Score) som stratificeringsværktøj til at finde (polyfarmaci)patienter, der har behov for medicingennemgange, når de er indlagte på hospitalet. Problemet er her, at langt de fleste patienter ikke indlægges på hospitalet. Der er således en stor population i primærsektoren, som det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at opspore systematisk, primært fordi det ikke er muligt at dataunderstøtte arbejdet i tilstrækkeligt grad. Et alternativ kan være øget inddragelse af praksiskonsulenterne (og evt. regionale lægemiddelkonsulenter) i arbejdet med at få praksis til at lave medicingennemgange. Tidligere erfaring viser dog, at dette kan være en udfordring.

Fra Koncern Kvalitet blev det nævnt, at man snart påbegyndte overenskomstforhandlinger med praksislægerne. Et relevant stratificeringsværktøj til praksislægerne inden for polyfarmaci var ønskeligt at bringe med ift. en aftale, men var ikke muligt på nuværende tidspunkt. Det kommende system, Ordiprax+, fra Sundhedsdatastyrelsen ville kunne bruges i arbejdet med polyfarmaci, men der var et problem ift. at sikre, at regionerne fik mulighed for at arbejde med data til kvalitetsudviklingsformål. Derfor var Region Midtjylland på vej til at sende en henvendelse til direktøren for Danske Regioner angående problematikken med henblik på videreformidling til ministeriet.

Det blev drøftet hvordan man kunne øge presset ift. at sikre regionerne bedre adgang til data, særligt Odiprax+. En mulighed var, at den Regionale Lægemiddelkomité lagde pres på, for at der blev arbejdet videre med området, både i regi af henvendelsen til Danske Regioner og den arbejdsgruppe, der er nedsat under RLK til at afdække polyfarmaciområdet ift. hvordan patienterne kan opspores.

Bilag

- [Notat polyfarmaci 141118 end](#)

1-31-72-182-16

7. Eventuelt

Beslutning

Intet at tilføje.