

6. oktober 2017
/SIDJEE



Referat
til
møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet
8. september 2017 kl. 13:00
i OPA 15, lokale 15

Mødedeltagere:

- Jørgen Schøler Kristensen (lægefaglig direktør, HEH - formand)
- Henrik Thuren (områdeleder, Patientjournal Produkter, IT)
- Helle Møller (klinisk EPJ-konsulent, Patient Journal Produkter, IT)
- Jonas Rosendal Bager-Elsborg (leder af BI-løsninger samt medicindataemneer)
- Steen Vestergaard Madsen (chefkonsulent, Kvalitet & Lægemidler, Koncern Kvalitet). Suppleant for Birgitte Haahr
- Astrid Dahl Joensen (datamanager, Hospitalsapoteket)
- Charlotte Olesen (klinisk farmaceut, HEH)
- Lise Viskum Hansen (chefkonsulent, dataenheden, Økonomi & Regnskab, AUH)
- Flemming Bøgh Mikkelsen (kontorchef, Sundhedsplanlægning)
- Sidse Gottlieb Jensen (projektkoordinator, Sundhedsplanlægning, sekretariat)

Afbud fra:

- Claus Thomsen (lægefaglig direktør, AUH)
- Trine Jørgensen (projektleder, Kvalitet og Sundheds-it, HEH, medlem af EPJ-Implementeringsgruppen)

Indholdsfortegnelse

- Lars Dahl (hospitalsdirektør, HEM)
- Birgitte Haahr (kontorchef, Koncern Kvalitet, Kvalitet & Lægemidler)

Ifm. punkt 3) samt punkterne 6) og 7) deltager hhv.:

- Jacob Dvinge Redder (BI-udvikler)
- Inger Bonde Kristiansen (fuldmægtig, Sundhedsplanlægning)

Indholdsfortegnelse

Pkt.	Tekst	Side
1	Godkendelse af dagsorden	1
2	Nyt fra BI på medicindatafronten	2
3	Data i det regionale data warehouse: Biokemi og mikrobiologi	4
4	Nyt medicinmodul	7
5	Rapportudvikling pba. CATO-uddata	10
6	Udvikling af nyt system for tilskudsmedicin i Sundhedsdatastyrelsen	12
7	Tilskudsmedicin: Brugen af afregningsdata samt mulighed for dataleverance fra SDS	14
8	Databaseret monitorering af efterlevelse af nationale anbefalinger	18
9	Status på etablering af nationalt sygehusmedicinregister/RSI-pejlemærke "Ledelsesinformation på medicinering"	20
10	Sygehusmedicinregisteret: organisering ift. kvalitetssikring af data	22
11	Eventuelt	25

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. Nyt fra BI på medicindatafronten

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager aktuel status fra BI på medicindataområdet til orientering

Sagsfremstilling

Jonas Bager-Elsborg, leder af BI-løsninger og medicindataemnejer, orienterer kort om nytilkomne initiativer og status på igangværende projekter relateret til medicindata. Han vil bl.a. komme omkring følgende:

- Det nye (men beslægtede) dataemne 'Mikrobiologi og antibiotika' er kommet i luften, i første omgang med en standardrapport for prøvefund fra MADS (kan tilgås via følgende link: <http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/Mikrobiologi-Prve-fund/Forside?:iid=1>). Der er flere interessante rapporter på vej!
- Der arbejdes på datagrundlaget i forhold til at kunne foretage bred søgning på tværs af diagnoser, procedurer, medicinering m.v.
- Tableau-netværket med fokus på medicindata kører fortsat med stor deltagelse – vigtigt element til at udbrede det lokale brug af mulighederne i medicindata.

Beslutning

Der orienteres kort om det nye dataemne, Mikrobiologi - herunder at næste skridt er, at antibiotikabehandling kobles på, så det bliver muligt at se prøvefund og behandlingsregimer (såvel før som efter prøvefund foreligger) i sammenhæng.

Det beskrives, hvordan der aktuelt arbejdes på udvikling af medicindatagrundlaget mhp. mulighed for at foretage bred søgning på tværs af hhv. diagnoser, procedurer og medicinering. Det er dog allerede nu muligt at tilgå en (foreløbig) rapport via følgende link: http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/Medicindiagnoserooprocedurer/Forside_1?:iid=1

Endelig gives en kort status på Tableau-medicindatanetværket. Det bemærkes, at netværksmøderne afvikles med god tilslutning, og at der efter næste møde - som er det sidste, der er planlagt for nuværende - foretages evaluering pba. deltagerrespons mhp. vurdering af, om netværket skal fortsætte og i givet fald i hvilken form. Det bemærkes, at der til stadighed er behov for drøftelse af, hvordan kendskabet til medicindata og den viden, der genereres herudfra, kan bringes i aktiv, klinisk anvendelse. Som konkret eksempel nævnes den forespørgsel vedr. klinisk validering af fokusrapporten "Kombinationer af lægemidler" (Warfarin/NOAK), som arbejdsgruppen på medicindataområdet har taget initiativ til at sende ud til samtlige hospitalenheder. Det bemær-

kes, at det er svært for hospitalerne at finde ud af, hvad de konkret skal stille op med en sådan henvendelse - hvem er det, der forventes at handle og hvordan? Der er således tale om et ressourcetungt arbejde, der ikke umiddelbart er nogen til at løfte.

Formanden bemærker, at medicindata forsyner os med viden, der nødvendigvis skal handles på - men at den hastighed, hvormed viden genereres på medicinområdet, har overhalet 'implementeringskraften'. Som et parallelt eksempel nævnes udfordringen med polyfarmacipatienter. Pga. det store antal polyfarmacipatienter er det ikke ressource-mæssigt muligt at tilbyde alle medicingennemgang. Mhp. at udpege de polyfarmaci, som er mest 'risikofaktor-belastede', arbejdes derfor aktuelt på HEH med at udvikle en data-model, som er i stand til at stratificere polyfarmacipatientgruppen ift. klinisk relevans af medicingennemgang.

Formanden fremhæver, at forudsætningen for, at der handles på den viden, som opnås gennem medicindata, er, at data dagligt kommer den kliniknære ledelse i hænde.

Hertil spørges, om Klinikforum evt. skal anmodes om at drøfte sagen. Formanden anfører, at opgaven med at styre regionale initiativer på medicinområdet i udgangspunktet er forankret hos Den Regionale Lægemiddelkomite. En udmelding på dette område fra Den Regionale Lægemiddelkomite vil efterfølgende kunne løftes op i Klinikforum.

1-31-72-182-16

3. Data i det regionale data warehouse: Biokemi og mikrobiologi

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg vedr. BI-modellering af LABKA og MADS-data til orientering.

Sagsfremstilling

Region Midtjylland gør brug af laboratorieinformationssystemet, LABKA, indenfor klinisk biokemi. LABKA er et rekvirerings-/svar-system til blodprøver, urinprøver, spinalvæske, acitesvæske, peritoneal væske og marvprøver. Analyser, der foretages på Klinisk Biokemisk Afdeling, foregår typisk på den måde, at der laves en rekvisition på en analyse i MidtEPJ. Rekvisitionen overføres til LABKA, hvorfra der printes en stregkode, som påmonteres et glas til prøvematerialet. Herefter tager personalet ud på den rekvirerende afdeling eller kører ud til patienten og tager prøven. Prøven returneres til laboratoriet, hvorefter prøven analyseres. Herefter opdateres resultatet i LABKA og overføres til MidtEPJ.

Data fra LABKA indlæses dagligt i datavarehuset, og på nuværende tidspunkt ligger der en prototype på en standardrapport, hvorudfra man kan trække oplysninger om antallet af udførte analyser. Prøvefund/værdier er indlæst, men endnu ikke implementeret i standardrapporten. Derudover er der et igangværende arbejde relateret til forbrug og kvoter vedr. LABKA-data.

Herudover blev et projekt vedr. indlæsning af data fra MADS, som er det primære system til dokumentation af klinisk mikrobiologiske undersøgelser (bakteriologisk undersøgelser samt virologisk/serologisk undersøgelser), påbegyndt i begyndelsen af 2017. Således indlæses MADS-data nu dagligt, og arbejdet med data, så disse kan vises på BI-portal, blev afsluttet ultimo juni 2017. Der er således udarbejdet rapporter for hhv. prøveantal, prøvefund/værdier samt forbrug/kvoter.

På mødet vil BI-udvikler Jacob Dvinge Redder introducere dataemnerne klinisk biokemi og mikrobiologi ift. den bagvedliggende datastruktur og gennemgang af relevante rapporter.

Beslutning

Jacob Dvinge Redder gennemgår dataemnerne mikrobiologi og biokemi. Præsentationen er vedlagt som bilag.

Arbejdsgangen ifm. prøverekvirering, prøvetagning, analyse af prøvemateriale samt afsendelse af prøvesvar og efterfølgende fakturering på det mikrobiologiske område gennemgås.

Det beskrives, at dataemnet mikrobiologi udgøres af tre underliggende rapporter, hhv. "Prøve", "Prøvefund" og "Fakturering".

Rapporten "Prøver" omhandler prøvelogistik/prøvestatus og afdækker på den baggrund:

Antal prøver:

- per patient (køn, alder, kommune, region)
- per kontaktttype (indlagt, ambulant)
- per prøvetype
- per undersøgelse
- per materiale
- per lokalisatión
- per hospital/afd/afs
- per laboratorie/labafsnit
- per tid
- status på prøve (forløbstid fra analyse til svar)
- (evt. positiv/negativ svar)

Rapporten "Prøvefund" omhandler de fund, der er gjort pba. mikrobiologisk analyse, og indeholder dermed oplysninger om følgende:

Antal fund

- per patogen (bakterie/virus osv.)
- per prøvetype
- per "analyse"
- per undersøgelse
- per materiale
- per lokalisatión
- per hospital/afd/afs
- per laboratorie/labafsnit
- per tid

Rapporten "Fakturering" indeholder oplysninger om:

Antal fakturaer og priser for analyser:

- per prøvetype
- (per undersøgelse)
- (per materiale)
- (per lokalisatión)
- per hospital (/afd/afs)
- per tid

Det bemærkes, at man som bruger af rapporterne skal være opmærksom på, at der tidligere har eksisteret to mikrobiologiske databaser (én for AUH og én for Midt/Vest). Databaserne er nu fusioneret, men ifm. anvendelse af data skal man være opmærksom på, at samme prøvetype kan have forskelligt prøveID (fx. har urinprøver forskellig bogstavi-

identifikator afhængigt af, hvilken database de oprindeligt har 'tilhørt'). Endvidere beskrives, at datagrundlaget udover oplysninger om prøver rekvireret af hospitalsafdelinger, indeholder oplysninger om prøver rekvireret af primær sektor (via WebReq). Hertil bemærkes, at man bør overveje til hvilke formål sidstnævnte data anvendes. Dette ift. en principiel overvejelse af, hvem der har ejerskab over prøver og prøvefund rekvireret af primær sektor. Hertil bemærkes, at KMA må formodes at have en vis rettighed over prøver, som de har analyseret - og dermed også til prøvefund, der foreligger som resultat heraf.

Udover ovenstående fremhæves, at rapporten "Prøver" forsyner os med data, der giver en unik mulighed for at kigge nærmere ind i arbejdsgange og processer mhp. analyse af effektiviteten i forløbet fra en prøve rekvireres til der foreligger svar. Endelig påpeges det hensigtsmæssige i, at der er tale om tre adskilte rapporter. Opdelingen gør det således muligt hurtigt at tilgå præcis de oplysninger, man måtte være interesseret i.

Afslutningsvist beskrives, hvordan arbejdet med rapportudvikling pba. af data fra LABKA fortsat pågår ift. at implementere prøvefund og faktureringsoplysninger.

Bilag

- [Dataemnet Mikrobiologi](#)

1-31-72-182-16

4. Nyt medicinmodul

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager oplæg vedr. idriftsættelse af et moderniseret medicinmodul til orientering - herunder drøfter forventede datamæssige implikationer og evt. opmærksomhedspunkter for arbejdsgruppen i den forbindelse.

Sagsfremstilling

Medio november 2017 (19.11.) idriftsættes en moderniseret udgave af EPJ-medicinmodulet. Klinisk EPJ-konsulent, Helle Møller, regional IT, Patientjournal Produkter vil i den forbindelse gennemgå nogle af de væsentligste nye funktionaliteter, herunder:

- Ny medicinbrowser
- CAVE registrering og signalering
- Op- og nedtrapning
- Medicingennemgang og gennemgangshistorik
- Kontrasignering ifm. administration
- Scanning af originalpakning og print label
- Standardordinationer og -pakker
- Dosiskonvertering, EPJ↔FMK

Præsentation sendes ud med referatet.

Beslutning

Helle Møller gennemgår et udpluk af de væsentligste nye funktionaliteter i det moderniserede medicinmodul. Præsentationen er vedlagt som bilag.

Oplægget tager udgangspunkt i moderniseringen af medicinmodulet. I tillæg hertil sker dog også en opgradering af FMK.

Som indledende bemærkning nævnes, at Region Nordjylland nu også er blevet aftager af Systematics medicinmodul, hvilket betyder, at de nye eller moderniserede funktionaliteter, der introduceres, ikke nødvendigvis alle er skræddersyet mhp. at imødekomme Region Midtjyllands ønsker og behov.

Det beskrives, hvordan medicinbrowseren med moderniseringen bliver lettere søgbar. I udgangspunktet foretages således søgning blandt alle apotekspræparater. Præparater i standardsortiment figurerer øverst på listen over fremsøgte præparater. Disse er markeret med "SR" i kolonnen 'sortering'. Herudover anvendes følgende bogstavidentifikatorer,

hhv. R (rekommanderet), T (tilladelsespræparat, dvs. godkendt lægemiddel, men ikke offentligt til salg, fx Levothyronin) samt U (udenfor receptsortiment).

Nederst i browservinduet vises endvidere CAVE og evt. interaktioner. I modsætning til det nu værende medicinmodul, hvor klinikerne skal huske at slå interaktionsvisning til, sker kontinuerlig samkøring med interaktionsdatabasen i den moderniserede version. Dermed holdes klinikerne fortløbende orienteret om CAVE og interaktioner ifm. ordination af lægemidler.

Endvidere bliver det muligt via medicinbrowseren at fremsøge såvel specifikke standardordinationer (SO) som standardordinationspakker (SOP) udfra hhv.:

- ordinationsnavn
- præparatnavn
- generisk navn
- form
- styrke
- drugID
- ACT
- indikation (f.eks. SO, Sepsis)

Begrebet 'standardordination' (SO) henviser til en prædefineret enkelt ordination (fx "fast Pinex 1 gr.x 4", "PN Pinex 1 gr.x 3", "Furix 40 mg x 1"). SO udgør de byggesten, der inkluderes i SOP og distributionsgrupper. På sigt bliver det endvidere muligt at indsætte formler ifm. SO - f.eks. i tilfælde hvor dosis er vægtafhængig. Dette markerer starten på muligheden for at ordinere såkaldt kompleks medicin.

I regi af Hospitalsapoteket er man i gang med at rydde op i standardordinationspakker (SOP) i medicinmodulet i EPJ. Hospitalsapoteket er således pt. i gang med manuelt at oprette samtlige eksisterende SOP (ca. 3500), ligesom der forestår et stort arbejde med ensretning af SOP. Den 1. juni tog man således et nyt værktøj i anvendelse, som fra november skal gøre det mere effektivt via EPJ at styre og distribuere standardordinationspakker med medicin til patienterne. I de tilfælde, hvor det skønnes muligt, laves fælles-regionale SOP – med mulighed for lokale tilpasninger.

Det nye it-værktøj understøtter bl.a. præparatskifte ved EU-licitationer, restordrer og ændrede rekommandationer.

Herudover kan man søge og erstatte i SOPs byggeklodser i systemet, så alle SOP, der for eksempel indeholder paracetamol, ændres samtidig i én arbejdsgang.

Der er endvidere mulighed for at bruge hinandens SOP, da de alle kommer til at ligge i en slags 'intern sky', hvorfra man kan tildele SOP til afsnit, afdelinger eller hospitaler. Det anføres, at der med implementering af SO og oprydning/ensretning i eksisterende SOP med fordel kan påbegyndes monitorering af i hvilket omfang, afdelingerne gør brug af den beslutningsstøtte, der ligger i anvendelse heraf.

I relation til CAVE beskrives, hvordan det bliver muligt at oprette medicinsk CAVE på ATC-niveau (enten hel eller delvis gren i ATC-klassifikationen). Desuden bliver det muligt

i ordinationsdialogen at anføre en begrundelse for evt. tilsidesættelse af CAVE. Begrundelsen vil efterfølgende fremgå af detaljefeltet i ordinationsoversigten.

Endvidere henledes opmærksomheden på, at såfremt det i ordinationsdialogen markeres, at der er tale om "selvadministration", så sker der ikke umiddelbart opsamling af data. Formanden gør opmærksom på, at eftersom der må forventes at ske en udvikling på dette område, således, at indlagte patienter i stadigt større omfang varetager administration af egen medicin, skal det sikres, at disse data opsamles og kommer til at indgå i BI-datagrundlaget.

Fra PJP suppleres med, at udgangspunktet er, at al ny data overføres til IFDB'en. Spørgsmålet er, om data efterfølgende inkorporeres i de eksisterende tabeller, der udgør BI-medicindatagrundlaget. PJP og BI anmodes om at sikre sig, at begge dele er tilfældet.

Afslutningsvist fremhæves en ny funktionalitet vedr. medicingennemgang og historik. Hermed synliggøres det i brugergrænsefladen, at der er foretaget medicingennemgang, ligesom det er muligt at se en gennemgangshistorik ift. hvem, der har foretaget gennemgang, på hvilket tidspunkt og fra hvilken organisatorisk enhed. PJP anmodes om at sikre sig, at der ligeledes sker overførsel af oplysninger vedr. medicingennemgang til IFDB'en.

Bilag

- [RM21 MEM Medicindatagruppe præsentation](#)

1-31-72-182-16

5. Rapportudvikling pba. CATO-uddata

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager punktet vedr. rapportudvikling pba. CATO-uddata til orientering - herunder drøfter yderligere perspektiver for anvendelse af CATO-data i regi af BI-portalen.

Sagsfremstilling

CATO, der er hospitalsapotekets relativt nye ordinationssystem på cytostatika-området, blev taget i brug i Herning i maj 2016 og i Aarhus i april 2017. Systemet muliggør produktion af alle cytostatikakure enkeltvis til den enkelte patient med logning af de anvendte stoffers batchnummer og mængde. CATO-systemet leverer uddata til ApoVision (oplysninger om anvendt lægemiddelstof inkl. spild).

Baseret på dataudtræk fra netop CATO har man i regi af Hospitalsapoteket og analysegruppen arbejdet med at udvikle en BI-rapport, omhandlende Keytruda (der som monoterapi er indiceret til behandling af fremskredent inoperabelt eller metastatisk melanom hos voksne - herunder lokalt fremskredent eller metastatisk ikke-småcellet lungekarcinom), der leverer information om antal producerede regimer og antal unikke patienter fordelt på hhv. år, måned, leveringssted og regimetype.

Formålet med rapporten har således været at:

- få data fra produktionssystemet CATO i BI-portalen
- etablere opfølgning på Fagligt Forum for Fremstilling af Lægemidlers anbefaling vedrørende anvendelse af Keytruda til lungecancer (det anbefales således, at der anvendes en vægtbaseret dosis (2mg/kg) i stedet for en fast dosis(200mg) med henblik på at indfri mulige besparelser).

Rapporten kan tilgås via følgende link:

<http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/Keytrudarapport/Keytrudadashboard?:iid=1>

Beslutning

Astrid Dahl Joensen orienterer om arbejdet med at få data fra CATO over i BI-Portalen. Der er på nuværende tidspunkt tale om en 'lavpraktisk' procedure, hvor der på baggrund af en flad CSV-fil fra CATO genereres en (månedsoptelt) tabel i Excel. Det er denne tabel, der er grundlaget for den aktuelle BI-rapport. Pt. er det således ikke muligt at tilgå CATO direkte via Tableau. Fra PJP anføres det, at en forestående integration mellem EPJ og CATO (muligheden for at ordinere kompleks medicin direkte i EPJ), må forventes at give adgang til de relevante data.

Astrid Dahl Joensen tilføjer, at arbejdet med indlæsning af CATO-data i BI-Portalen endvidere har synliggjort, at der er uhensigtsmæssigheder bl.a. ift. forskel i navngivning af forskellige behandlingsregimer på de to produktionsenheder i hhv. Aarhus og Herning.

Med henvisning til ordlyden i Økonomiaftalen, hvoraf det fremgår, at *"Regionerne arbejder for at sikre en ensartet indberetning til registret af transaktioner, der foretages i medicinmoduler senest ultimo 2017. Der skal ske indberetning af en række yderligere tungtvejende transaktioner, der ikke foretages i medicinmoduler, senest med udgangen af 2019, herunder vedr. kræftlægemidler og biologiske lægemidler"* anbefales Hospitalsapoteket og BI-kontoret at indlede et samarbejde mhp. at afdække mulighederne for at opsamle data på IV-cytostatika i perioden, *indtil* disse kan opsamles vha. kompleks medicinering. PJP nævner, at man i den henseende evt. kan rette henvendelse til Thomas Blomberg Hansen, som er projektleder i regional IT, Udvikling, Projekter og Metode, og ansvarlig for et nyopstartet projekt vedr. integration mellem MidtEPJs medicinmodul og CATO.

1-31-72-182-16

6. Udvikling af nyt system for tilskudsmedicin i Sundhedsdatastyrelsen

Det indstilles,

at medicinarbejdsgruppen anbefaler, at en person fra Sundhedsplanlægning indgår i det nationale udviklingsarbejde med nedenfor beskrevne mandat

Sagsfremstilling

Sundhedsdatastyrelsen har påbegyndt en nyudvikling af et datasystem vedrørende tilskudsmedicin. Systemet skal erstatte det nuværende system "Ordiprax", som er både mangelfuldt og forældet. Ordiprax indeholder oplysninger både på aggregeret niveau og lægehenførbart niveau rettet imod de praktiserende læger. Ud over et forældet set-up har systemet endvidere nogle væsentlige mangler, bl.a. mangler oplysninger om de recepter med tilskud, der ordineres af sygehusene.

Systemet udvikles efter ønske fra PLO. Regionerne er efterfølgende blevet tilkoblet som interessenter/brugere af systemet. Projektbeskrivelse vedlægges.

Systemet vil bestå af 3 dele: en del hvor kun læger har adgang, en lukket del, hvortil alene lægemiddelkonsulenter og lignende har adgang, og en offentlig tilgængelig del, hvor alle har adgang. Den offentligt tilgængelige del vil dog kun bestå af en begrænset mængde rapporteringer, som Sundhedsdatastyrelsen vurderer er relevante.

Der vil blive oprettet en brugergruppe i forbindelse med udvikling af systemet. Interessenter (fra f.eks. regioner og PLO) vil blive bedt om at udpege repræsentanter til brugergruppen.

Region Midtjylland (og andre regioner) har flere gange – både mundtligt og skriftligt – påpeget nødvendigheden af, at systemet opbygges på en sådan måde, at data på sigt kan ses i et tværsektorielt perspektiv.

Det gælder både data indenfor tilskudsmedicin (tilskudsmedicin er tværsektoriel, da det ikke alene ordineres af praktiserende læger, men også af andre lægegrupper f.eks. sygehuslæger) og på tværs af registre. Især er der et vigtigt fokuspunkt i forhold til at få samlede opgørelser over den enkelte patients medicinering på tværs af sektorer – hvad enten det drejer sig om samkøring af sektorspecifikke registre eller anvendelse af tværsektorielle registre – f.eks. FMK.

Der er en begyndende erkendelse fra centralt hold af betydningen af det tværsektorielle perspektiv. Sundhedsdatastyrelsen har således – på baggrund af gentagne opfordringer fra bl.a. Region Midtjylland og Region Hovedstaden – indvilget i at offentliggøre en statistik, der viser behandlingsopstart på sektorniveau (dvs. om behandlingsopstart er på sygehuse, speciallægepraksis eller almen praksis) inden for tilskudsmedicin.

Det fremgår af projektbeskrivelsen, at nye registre, f.eks. FMK-data og Sygehusmedicin-registret, som på et senere tidspunkt kan være interessante at tilføje projektet for nuværende ikke indgår i projektet. Årsagen er angivet som tidsmæssige, lovgivnings- og tilgængelighedsmæssige perspektiver.

Region Midtjylland skal udpege en person til at indgå i udvikling af løsningen.

Det indstilles, at arbejdsgruppen anbefaler en person fra Sundhedsplanlægning med særligt kendskab til data på tilskudsmedicin. Den pågældende person er forpligtet til at sikre løbende koordination med Koncernkvalitet, som har implementeringsansvaret i forhold til de praktiserende læger.

Det pointeres, at tilskudsmedicin også indeholder recepter fra sygehusene. På sigt bør der derfor sikres mulighed for, at systemet kan kobles til udviklingen af sygehusregistret, således, at der kan opnås et aggregeret og samlet overblik over patienternes medicinering på tværs af sektorer. Den pågældende person skal derfor ligeledes sikre løbende orientering af arbejdsgruppen på medicindataområdet om udviklingen af systemet med henblik på koordinering. Det påregnes, at systemet er færdigudviklet ultimo 2018.

Det bemærkes, at selve udpegningsprocessen endnu ikke er påbegyndt.

Beslutning

Arbejdsgruppen bakker op om, at en repræsentant fra Sundhedsplanlægning med særligt kendskab til data på tilskudsmedicin indgår i det nationale udviklingsarbejde med ovenfor beskrevne mandat.

Bilag

- [Bilag 3 kvalitetsudvikling og fremme af rationale klinik 20042017](#)

1-31-72-182-16

7. Tilskudsmedicin: Brugen af afregningsdata samt mulighed for dataleverance fra SDS

Det indstilles,

at arbejdsgruppen anbefaler nedenfor beskrevne strategier (model 1 og/eller 2) i forhold til at kunne modtage relevante data indenfor området tilskudsmedicin

Sagsfremstilling

Anvendelse af apotekernes afregningsdata indenfor området tilskudsmedicin

Baggrund:

Når patienterne skal have tilskud til medicin, som de køber på recept på et privat apotek, får de tilskuddet refunderet på et privat apotek (ved at tilskuddet fratrækkes den samlede pris). Apotekerne sender efterfølgende afregningsmateriale til regionerne med henblik på refusion af det udbetalte tilskud. Regionerne har i en årrække anvendt disse data til udarbejdelse af data i det landsdækkende system "Targit" til en lang række formål. I 2013 modtog regionerne et brev fra daværende minister Astrid Krag, hvor der blev henvist til Sundhedsdatastyrelsen, og at regionerne ikke må anvende apotekernes afregningsdata til rationel farmakoterapi.

Der har siden da været en løbende drøftelse af fortolkningen af dette brev og mulighederne for anvendelse af apotekernes afregningsdata på f.eks. aggregeret niveau. Regionens jurister henviste til, at data skulle modtages fra Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsplanlægning rettede efterfølgende henvendelse til Sundhedsdatastyrelsen, men Sundhedsdatastyrelsen melder tilbage, at de ikke har nogen hjemmelsmæssig forpligtelse til at servicere regionerne med konkrete dataforespørgsler på aggregeret niveau, men alene på lægehenførbart niveau.

På den baggrund tager Sundhedsplanlægning en fornyet drøftelse med juridisk kontor, bl.a. med henvisning til flere politiske forespørgsler om opgørelser. Der er nu kommet et nyt notat. Sundhedsplanlægnings spørgsmål og juristernes svar vedhæftes.

På nogle områder er der nu åbnet op for, at apotekernes afregningsdata kan anvendes på aggregeret niveau dvs. regionsniveau. Dette er dog ikke tilstrækkeligt. Hvis data alene må anvendes på regionsniveau, vil data f.eks. ikke kunne specificeres på sygehus og afdelingsniveau, hvilket er helt nødvendigt, hvis f.eks. lægemiddelrekommandationer skal implementeres ud imod sygehuse. Juristerne henviser til, at data kan hentes i det nuværende system Ordiprax. Dette er dog ikke korrekt. Oplysninger om sygehuses ordinationer findes ikke i Ordiprax. Sundhedsplanlægning har derfor rettet henvendelse til juridisk kontor med denne problemstilling. Ligeledes er der behov for afklaring af andre elementer i juristernes notat.

Sundhedsplanlægning og Koncernkvalitet har behov for en mere generel drøftelse med arbejdsgruppen af, hvordan der skal ageres i de tilfælde, hvor der ikke er hjemmel til at anvende data fra apotekernes afregningsdata, og data ikke kan modtages fra Sundhedsdatastyrelsen, og/eller ikke kan leveres indenfor en rimelig tidshorisont, og hvor der samtidig er tale om en opgave, som regionen er forpligtet til at løse. Det er erfaringen, at Sundhedsdatastyrelsen er meget langsommelige mht. at levere data. Vi foreslår følgende to modeller:

Model 1:

Step 1:

Der rettes fornyet henvendelse til Sundhedsdatastyrelsen med anmodning om data om konkrete problemstillinger (f.eks. sygehusordinationer, hvis svaret er negativt fra juristerne ift., at vi ikke må anvende data på sygehusniveau).

Step 2:

Hvis data ikke kan leveres indenfor en rimelig tidshorisont fra Sundhedsdatastyrelsen (f.eks. 30 dage) rejses problemstillingen i direktionen med henblik på en stillingtagen til, om der skal etableres en midlertidig overgangsordning, hvor apotekernes afregningsdata anvendes indtil data kan leveres fra Sundhedsdatastyrelsen.

Model 2:

At der anmodes om at få løbende dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen, som kan indarbejdes i BI. De regionale lægemiddelkonsulenter på landsplan har tidligere anmodet om dette, men er blevet oplyst om, at data alene kan modtages på aggregeret niveau (dvs hverken person- eller lægehenførbart niveau). Region Midtjylland har efterfølgende afgivet et høringssvar i forbindelse med høring af bekendtgørelse om Lægemiddelstatistikregistret, hvoraf her fremhæves følgende fra Region Midtjyllands høringssvar:

"Endelig bemærkes, at den i vejledningen tilgodesete personkreds – dvs. "personer ansat i det offentlige sundhedsvæsen" efter nærmere præcision – med fordel kan udvides til at omfatte en begrænset regional datafunktion, som lægger data tilrette for de endelige modtagere. Det er således væsentligt, at der er mulighed for regionalt at lægge data til rette forud for, at disse tilgår relevante, hjemmelsomfattede slutbrugere".

Regionen har ikke fået nogen tilbagemelding herpå, men vil undersøge resultatet heraf nærmere.

Beslutning

Inger Bonde Kristiansen, fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, indleder med et oplæg, der dels beskriver relevansen af at anlægge et tværsektorielt perspektiv på receptsudsteder ifm. behandlingsopstart, dels beskriver hvad apotekernes afregningsdata må anvendes til. Præsentationen er vedlagt som bilag.

Relevansen af at medtænke de såkaldte "sende-hjem-recepter" fremhæves. Omend hospitalssektoren tegner sig for en mindre del af samtlige udskrevne recepter på tværs af sektorer, tegner hospitalerne sig i mange tilfælde for en langt større andel af de såkaldte 1. gangsrecepter, dvs. behandlingsopstartende recepter. I præsentation eksemplificeres dette konkret med blodfortyndende lægemidler (NOAK). Ligeledes gives eksempel på sammenhængen mellem førstegangskoordination af et specifikt præparat (Ultibro Breezhaler) på regionens hospitaler og omfanget af ordinationer af samme præparat pr. 1000 sikrede i almen praksis. Her viser sig at være en afsmittende effekt, således, at almen praksis i de kommuner, der udgør optageområdet for det hospital, der i størst omfang ordinerer behandling med Ultibro Breezhaler, ligger højere i ordination pr. 1000 sikrede af netop dette præparat end de øvrige kommuner.

Ift. anvendelse af apotekernes afregningsdata, er der en udfordring i relation til *kvalitetsformål* ift. private ydere, fx praktiserende læger. Her må afregningsdata (Targit) tilsyneladende ikke anvendes - ej heller på aggregeret niveau. Ved behov for data på lægeniveau henviser Sundhedsdatastyrelsen til datasystemet Ordiprax. Systemet har to adgange, dels en offentlig adgang (til oplysninger på aggregeret niveau), dels en adgang forbeholdt praktiserende læger og regionale lægemiddelkonsulenter, hvorigennem det er muligt at tilgå lægehenførbare oplysninger. Udfordringen er dog, at data i Ordiprax pt. er mangelfulde og derfor for nuværende kun i begrænset omfang kan anvendes til styring og kvalitetsudvikling.

I forlængelse heraf beskrives, at der udestår en afklaring af opgavefordelingen mellem de regionale kvalitetsorganisationer og Styrelsen for Patientsikkerhed ift. varetagelse af opgaven med kvalitetssikring/udvikling hos private ydere.

Ift. de skitserede modeller for, hvordan regionen skal forholde sig i situationer, hvor:

- der ikke er hjemmel til at anvende data fra apotekernes afregningsdata, og
- data ikke kan modtages fra Sundhedsdatastyrelsen, eller
- data ikke kan leveres indenfor en rimelig tidshorisont, og
- hvor der samtidig er tale om en opgave, som regionen er forpligtet til at løse

er arbejdsgruppens holdning, at ingen af de to i sagsfremstillingen skitserede modeller umiddelbart repræsenterer en farbar vej. Istedet foreslår arbejdsgruppen, at der rettes henvendelse til Sundhedsdatastyrelsen mhp. at undersøge muligheden for at arbejde direkte på Sundhedsdatastyrelsens maskine, indenfor SDSs firewall. Hermed vil relevante data kunne kobles, hvorefter de kan tages ud på aggregeret niveau. Denne mulighed er forudsat af godkendelse fra Datatilsynet.

Afslutningsvist bemærkes, at man bør overveje mere systematisk at indarbejde apotekernes afregningsdata i BI-datagrundlaget. På nuværende tidspunkt anvender man således systemet Targit, som kun en relativt begrænset personkreds har adgang til. I sammenhæng hermed lægges op til, at arbejdsgruppen på medicindataområdet løbende holdes orienteret om udviklingen ift. data på tilskudsområdet. Dette mhp. at sikre samstemthed og muligheden for mere systematisk sammentænkning af BI og data på tilskudsmedicin.

Bilag

- [anvendelse af data fra apotekernes afregningssystem](#)

- [svar fra juristerne](#)
- [Præsentation for medicinarbejdsgruppen data på tilskudsområdet](#)

1-31-72-182-16

8. Databaseret monitorering af efterlevelse af nationale anbefalinger

Det indstilles,

at arbejdsgruppen tager punktet vedr. databaseret monitorering af efterlevelse af nationale anbefalinger indenfor gastroenterologien til orientering

Sagsfremstilling

I regionalt regi monitorerer analysegruppen under Sundhedsplanlægning løbende efterlevelse af nationale/regionale anbefalinger (RADS/Medicinrådet) på medicinområdet.

Det indgår i Region Midtjyllands økonomiske refusionsmodel for hospitalsmedicin, at udgifterne til medicin finansieres fra den centrale medicinpulje, når de nationale/regionale anbefalinger efterleves. I modsat fald skal den konkrete afdeling (hospitalet) finansiere medicinen inden for eget budget.

For en del vejledninger kan der ikke foretages meningsfuld monitorering via salgstal fra hospitalsapoteket. I de tilfælde er der behov for et stærkere informationsgrundlag. Derfor indsender udvalgte afdelinger hvert halve år optællingsskemaer til Sundhedsplanlægning, hvoraf det fremgår hvor mange nye patienter, der er sat i behandling med de forskellige lægemidler. Optællingen og den efterfølgende udfyldelse af skemaerne foregår manuelt.

BI-kontoret, Sundhedsplanlægning og analysegruppen har udviklet en rapport, som kan udføre optælling af nye patienter elektronisk. I det aktuelle tilfælde drejer det sig om patienter, der har modtaget biologisk behandling for en kronisk inflammatorisk tarmsygdom (Crohns og/eller Colitis Ulcerosa). Rapporten leverer således information om, hvor stor en andel af nye patienter, der er blevet igangsat med det lægemiddel, som er gældende førstevalg.

På det aktuelle område vil den databaserede monitorering således kunne erstatte processen med manuel optælling og indberetning. Dette minimerer dels den tid og de medarbejderressourcer, som afdelingerne anvender ifm. det manuelle optællingsarbejde. Dels sikres det, at den definition af begrebet 'ny patient', der lægges til grund for økonomisk refusion, er identisk på tværs af afdelinger/hospitaler.

På baggrund af ovenstående indstilles til et kommende møde i Klinikforum (inden næste patientindberetning, primo 2018), at det godkendes, at økonomisk refusion på området for biologisk behandling af kronisk inflammatoriske tarmsygdomme fremover baseres på databaseret monitorering frem for manuelle tælleskemaer. Herefter er planen, at der skal arbejdes med udvikling af en tilsvarende rapport på området for biologisk behandling af dermatologiske lidelser (psoriasis).

Der er mulighed for, at monitoreringsrapporten fremvises ifm. mødet.

Analysegruppen består af repræsentanter fra hhv. Klinisk Farmakologisk Afdeling, Hospitalsapoteket og Sundhedsplanlægning.

Beslutning

Der gives en kort orientering om den forventede proces for ovenstående - herunder, at næste skridt forventeligt er, at der afholdes afsluttende møde(r) med relevante klinikere mhp. feedback ift. den kliniske relevans af den algoritme, der har været under løbende udvikling, og som identificerer nye patienter. Det fremhæves, at netop operationaliseringen af begrebet 'ny patient' har været en udfordring. Således arbejdes der på nuværende tidspunkt med tre variationer af den samme overordnede algoritme. Pba. af tilbagemeldinger fra klinikken vil algoritmen forventelig skulle undergå de sidste justeringer. Herefter indstilles, at Klinikforum godkender, at økonomisk refusion indenfor det gastroenterologiske område (biologisk behandling af Colitis Ulcerosa og Crohns) fremover baseres på databaseret monitorering fremfor manuelle tælleskemaer.

1-31-72-171-17

9. Status på etablering af nationalt sygehusmedicinregister/RSI-pejlemærke "Ledelsesinformation på medicinering"

Det indstilles,

at arbejdsgruppen på medicindataområdet tager status på etablering af nationalt sygehusmedicinregister/RSI-Pejlemærket "Ledelsesinformation på medicinering" til orientering.

Sagsfremstilling

Planen er fortsat, at samtlige regioner kommer i produktion - dvs. afleverer transaktioner vedr. medicinadministrationer - den 1. januar 2018.

Region Midtjylland får ingen problemer med at leve op til planen, men de øvrige fire regioner forventes tidligst at kunne levere data (i pilotdrift) fra starten af december. Dette har foranlediget, at projektet har fået såkaldt "gul status", idet sandsynligheden for, at mindst én region ikke bliver klar til driftsstart i løbet af december er stor.

SDS og RSI-projektledelsen har netop været på rundtur til regionerne for at se medicinering og it-systemanvendelse i praksis, og dermed give SDS et realistisk billede af de data, som fra start vil blive sendt til det nationale sygehusmedicinregister.

Det er også i denne forbindelse blevet meget tydeligt, at fokus skal holdes på at levere de data, som oprindeligt er aftalen (dvs. RSI-pejlemærkets variabeliste). Ministeriet har i de sidste 3-4 måneder forsøgt at ændre det oprindelige fokus, så man i højere grad lever op til de ønsker, som specielt Styrelsen for Patientsikkerhed har til det kommende register. Et nyt fokus, som i stor grad tager udgangspunkt i ordinationerne. Fra regionernes side fastholdes imidlertid, at sygehusmedicinregisteret først og fremmest skal leve op til det formål, som er udtrykt i RSI-pejlemærket "Ledelsesinformation på medicinering" - og at et evt. ændret fokus vil betyde, at der tabes momentum.

Dette betyder, at SUM på baggrund af regionernes kommentarer nu er i gang med at udarbejde det 3. udkast til bekendtgørelser, som skal give hjemmel til registeret. Bekendtgørelserne forventes sendt i offentlig høring i oktober.

Beslutning

I forlængelse af ovenstående orienteres om, at kobling mellem SMR og andre kildesystemer, særligt FMK, ikke er del af projektets første fase. Således skal man ikke fra registerets umiddelbare idriftsættelse forvente et væsentlig andet datagrundlag end det nuværende - fraset en tilføjelse af den såkaldt "niende pris" (identisk med gennemsnitsprisen af de otte sygehusapotekers indkøbspris), som Amgro leverer til den fællesregionale løsning samt data for de af regionens borgere, der har modtaget sygehusbehandling i en af de øvrige regioner.

Det understreges samtidig, at der er enighed om, at der arbejdes henimod, at data til regionerne på sigt kan beriges med data fra bl.a. FMK. Ligeledes vil datarapporteringer til andre formål og andre brugere kunne etableres, når etableringen af første fase er gennemført.

1-31-72-182-16

10. Sygehusmedicinregisteret: organisering ift. kvalitetssikring af data

Det indstilles,

- at** arbejdsgruppen følger op på drøftelser fra seneste møde ift. formulering af en anbefaling vedr. hensigtsmæssig organisatorisk forankring af arbejdet med regional kvalitetssikring af data, der skal indberettes til det kommende nationale sygehusmedicinregister.

Sagsfremstilling

På sidste møde i arbejdsgruppen på medicindataområdet anbefalede gruppen, at man ifm. organisering på området for medicinregistrering gør brug af det eksisterende organisatoriske set-up, og dermed undlader at tænke i nedsættelse af en ny gruppe. På den baggrund fremhævede arbejdsgruppen *den regionale arbejdsgruppe for udarbejdelse og vedligeholdelse af medicineringsretningslinjerne* (herefter: *arbejdsgruppen vedr. medicineringsretningslinjer*), nedsat under Den Regionale Lægemiddelkomite, som et muligt forum til varetagelse af arbejdet. Dette bl.a. med den begrundelse, at hvor man på PAS-området væsentligst har datatekniske aspekter i fokus, så bør en tilsvarende gruppe på medicinregistreringsområdet i højere grad være fagligt og ledelsesmæssigt funderet. Arbejdsgruppen vedr. medicineringsretningslinjer udgøres overvejende af læger (repræsenterende samtlige hospitalsenheder) foruden sygeplejersker og farmaceuter samt en hospitalsansat kvalitetskonsulent, og imødekommer på den baggrund arbejdsgruppens anbefaling om en høj grad af *klinisk* faglighed, ligesom det er en del af gruppens opgaveportefølje at "*sikre, at Region Midtjylland lever op til dansk lovgivning, nationale vejledninger og god praksis på medicinområdet*". Se evt. kommissorium samt aktuel medlemssammensætning i arbejdsgruppen vedr. medicineringsretningslinjer i vedhæftede bilag.

Arbejdsgruppen på medicindataområdet anmodes imidlertid om nærmere drøftelse af behovet for, at andre interessenter (herunder regional IT (BI, Patientjournal Produkter) samt Koncern Kvalitet (Strategisk Kvalitet) ligeledes finder repræsentation i det regionale forum, hvori arbejdet med regional kvalitetssikring af data, der skal indberettes til det kommende nationale sygehusmedicinregister, forankres.

Anmodning om nærmere drøftelse af ovenstående sker med henvisning til, at spørgsmålet om kvalitetssikring af medicindata vedrører såvel *kliniske* medicineringsretningslinjer og efterlevelse heraf som mere *datatekniske* aspekter (bl.a. ift. ensartede datadefinitioner/klassifikationer samt opsamling, efterfølgende bearbejdning/kobling- og leverance af data).

Af senest reviderede udkast til "Fællesregional vejledning for indberetning af data til sygehusmedicinregisteret" (vedhæftet) fremgår således, at regionerne indberetter oplys-

ninger om foretagne medicinadministrationer, dvs. medicin, som patienterne i praksis har modtaget på sygehusene. Hver indberetning til sygehusmedicinregisteret forventes at bestå af samtlige foretagne medicinadministrationer med en række variable, der bl.a. indeholder informationer om:

- Sygehus
- Patient
- Præparat (medicin)
- Ordination
- Administration
- Dosis
- Diagnose
- Pris

Ovennævnte informationer er ikke nødvendigvis koblet sammen i de registreringer, der er foretaget i medicinmodul eller den it-løsning, hvori medicinadministrationen er registreret. Dette gælder f.eks. koblingen mellem medicin og diagnose samt koblingen mellem medicin og pris. I disse tilfælde skal den oprindelige medicinadministration beriges med disse koblinger *inden* overførslen til SMR, f.eks. i forbindelse med den regionale indlæsning af medicinoplysninger i BI-løsningerne. Relevante regionale valideringer, som ikke allerede er foretaget i medicinadministrationssystemet, udføres ved overførslen til det regionale data warehouse, og resultatet afspejles i regionale advarselslister, som de ansvarlige afdelinger for medicinregistreringerne efterfølgende skal forholde sig til. Fejlrettelser el.lign. på baggrund af advarselslisterne foretages herefter i medicinadministrationssystemet, hvorefter fejlrettelserne overføres til Sygehusmedicinregisteret.. Der skal således være fællesregionale retningslinjer for, hvordan man håndterer data, der kommer ud på de regionale advarselslister, uagtet at indholdet af disse kan være forskellige fra region til region. Eksempler på datakvalitetsbrud, der bør fanges af den regionale datavalidering, kan være administrerede doser, der synes markant afvigende fra anbefalet daglig dosis.

Således lægges op til, at data er valideret lokalt i medicinadministrationssystemet, når de afleveres fra regionerne til SDS, ligesom de skal opfylde de krav til formater og indhold, som den fællesregionale datamodel foreskriver. Dette kalder på, at der i det forum, som skal varetage arbejdet med regional kvalitetssikring af data, der skal indberettes til det kommende nationale sygehusmedicinregister, er repræsentation dels af dem, der forsyner "fødekilden" (MidtEPJs medicinmodul) med oplysninger, dvs. overvejende læger og sygeplejerske, ligesom det synes oplagt, at der er repræsentation fra det regi, der har EPJ-forvaltningsansvaret (Patientjournal Produkter), såvel som dem, der skal forestå den efterspurgte bearbejdning/algoritmebestemte kobling af data (BI). Udgangspunktet er således, at fejl eller uhensigtsmæssigheder ét sted i systemet ofte vil have konsekvenser for de øvrige.

Endelig er der det forhold, at *registreringskvalitet* overordnet er forankret i Koncern Kvalitet, Strategisk Kvalitet, som ligeledes varetager sekretariatbetjening af den styregruppe (Styregruppen for Patientregistrering), som en kommende gruppe forventes at skulle referere til. Skeler man til organiseringen på PAS-området ses endvidere, at såvel PAS-gruppen som Styregruppen for Patientregistrering sekretariatsbetjenes af Strategisk Kvalitet, ligesom det også er herfra, der sendes en repræsentant til Koordinationsgruppen for Individbaseret Patientregistrering (som vedtager indberetningskrav til LPR og består af repræsentanter fra de respektive regioner, Danske Regioner, KL, National Sundheds-it, Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, RKKP, SUM samt SSI). Der er således tale om, at én gennemgående sagsbehandler er tilknyttet samtlige omtal-

te fora. Dette sikrer en umiddelbar konneks - og dermed, må formodes, et mere direkte informationsflow - mellem LPR-relevante fora, såvel regionalt som nationalt. Arbejdsgruppen anmodes i den forbindelse ligeledes om drøftelse af, hvorvidt en tilsvarende organisering skal tilstræbes på medicinregistreringsområdet - og hvilke krav dette forventes at stille til det forum, der pålægges arbejdet med regional kvalitetssikring af data, der skal indberettes til det kommende nationale sygehusmedicinregister.

Beslutning

På baggrund af ovenstående anbefaler arbejdsgruppen, at sagen forelægges Styregruppen for Patientregistrering til videre drøftelse og beslutning af, hvordan der sikres relevant organisatorisk forankring og hensigtsmæssig repræsentation i relation til opgaven med kvalitetssikring af data til det kommende nationale sygehusmedicinregister. Sekretariatet følger op herpå.

Bilag

- [Fællesreg. vejl. for indberetning af data til SMR](#)
- [Medlemsliste for arbejdsgruppen for medicineringsretningslinjerne](#)
- [Komm for arbejdsgr for medicineringsretningslinjerne](#)

1-31-72-182-16

11. Eventuelt

Beslutning

Der blev ikke fremført bemærkninger under punktet.