

2. januar 2017
/SIDJEE



Referat
til
møde i Arbejdsgruppe på medicindataområdet
8. december 2016 kl. 13:30
i Regionshuset Viborg, C3 kælderen

Mødedeltagere:

- Jørgen Schøler Kristensen (lægefaglig direktør, HEH – formand)
- Birgitte Haahr (kontorchef, Koncern Kvalitet, Kvalitet og Lægemedler)
- Henrik Thuren (områdeleder Patientjournal Produkter, IT)
- Astrid Dahl Joensen (datamanager, Hospitalsapoteket).
- Louise Hopkins (klinisk farmaceut, Hospitalsapoteket)
- Jonas Rosendal Bager-Elsborg (leder af BI-løsninger samt medicindataemnejer)
- Charlotte Olesen (farmaceut, analysegruppen)
- Lise Viskum Hansen (chefkonsulent, Økonomi og Planlægning, HEH)
- Rikke Skou Jensen (vicedirektør, Sundhedsplanlægning)
- Sidse Gottlieb Jensen (projektkoordinator, Sundhedsplanlægning, sekretariat)

Afbud fra:

- Lars Dahl (hospitalsdirektør, HEM)
- Claus Thomsen (lægefaglig direktør, AUH)
- Trine Jørgensen (projektleder, Kvalitet og Sundheds-IT, HEH, medlem af EPJ-Implementeringsgruppen).

Indholdsfortegnelse

Pkt.	Tekst	Side
1	<u>Godkendelse af dagsorden</u>	1
2	<u>Velkomst og medlemspræsentation</u>	2
3	<u>Drøftelse og afstemning af forståelse af kommissorium</u>	3
4	<u>Medicindataområdet i Region Midtjylland: Interessenter og interesseområder</u>	5
5	<u>Orientering om aktiviteter vedr. medicindata i EPJ</u>	7
6	<u>Forskel i registrerede og reelle medicinudgifter</u>	10
7	<u>Orientering om arbejdet med implementering af kliniske medicindatarapporter (HEH)</u>	12
8	<u>Orientering om RADS-monitoreringsrapport</u>	14
9	<u>Status på RSI-Pejlemærket Ledelsesinformation på medicinering</u>	16
10	<u>Orientering om tværregionale Lærings- og Kvalitetsteams på antibiotikaområdet</u>	18

1-31-72-182-16

1. Godkendelse af dagsorden

Det indstilles,

at arbejdsgruppen på medicindataområdet godkender dagsordenen

Beslutning

Dagordenen blev godkendt.

1-31-72-182-16

2. Velkomst og medlemspræsentation

Det indstilles,

at de respektive arbejdsgruppemedlemmer kort introducerer sig

Beslutning

Formanden byder velkommen og beskriver kort baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse, herunder behovet for en kortlægning af medicindataområdet. Der lægges vægt på, at der er tale om en interesserede gruppe sammensat af folk med interesse for og kompetencer på feltet. Der opfordres til, at alle byder ind i forbindelse med arbejdsgruppens drøftelser. Herefter følger kort præsentation af de respektive arbejdsgruppemedlemmer, der hver især beskriver deres baggrund og forudsætninger for at sidde i arbejdsgruppen.

I forbindelse med medlemsgennemgang er der en forespørgsel vedr. mulighed for repræsentation af Koncern Økonomi i arbejdsgruppen. Konkret spørges til, om der evt. skal være repræsentation af tovholder på det tværregionale samarbejde omkring Praksis. Det besluttet, at der fortsættes med den nuværende medlemssammensætning, men at der kan ske ad hoc tilknytning og/eller inviteres oplægsholdere i tilfælde, hvor dette vurderes at bidrage med relevant viden på medicindataområdet.

Bilag

- [Medlemmer - arbejdsgruppen på medicindataområdet i Region Midtjylland](#)

1-31-72-182-16

3. Drøftelse og afstemning af forståelse af kommissorium

Det indstilles,

at arbejdsgruppen drøfter kommissoriet og forholder sig til de implementerede ændringer jf. beslutning på Klinikforum.

Sagsfremstilling

Kommissoriet for Arbejdsgruppen på medicindataområdet i Region Midtjylland blev godkendt af Klinikforum i september måned. I den forbindelse blev anmodet om følgende ændringer i kommissoriet:

- 1) At der i stedet for en styregruppe nedsættes en arbejdsgruppe, der gøres tidsbegrænset med 1,5 års virke.
- 2) At det ses som gruppens primære opgave at skabe klarhed over eksisterende data samt fokusere på, hvordan der kan og må arbejdes med disse. Aspekter, der vedrører patientsikkerhed, betragtes ikke umiddelbart som en del af gruppens arbejde.
- 3) At relationen mellem arbejdsgruppen og Den Regionale Lægemiddelkomite præciseres.

Kommissoriet er søgt tilrettet i overensstemmelse hermed.

Beslutning

Der er i udgangspunktet enighed om den nuværende og reviderede ordlyd i kommissoriet. Det bemærkes, at det i udgangspunktet er fornuftigt at gøre gruppens virke tidsbegrænset.

Der gøres opmærksom på, at arbejdet med at skabe klarhed over, hvad data *må* bruges til, er en omsiggribende og kompleks opgave, som ikke umiddelbart hører hjemme i arbejdsgruppen - omend det bemærkes, at det selvfølgelig er væsentligt at interessere sig for de juridiske aspekter ligesom det er relevant, at arbejdsgruppen medvirker til at formidle, hvad man *må* med data.

Udgangspunktet er dog, at arbejdsgruppen primært skal fokusere på, hvordan medicindata kan bringes i hensigtsmæssig anvendelse.

Bilag

- [Kommissorium](#)

1-31-72-182-16

4. Medicindataområdet i Region Midtjylland: Interessenter og interesseområder

Det indstilles,

at punktet tages til orientering

Sagsfremstilling

Arbejdsgruppen på medicindataområdet i Region Midtjylland er nedsat med det overordnede formål at bidrage til at sikre mere effektive og valide medicindataløsninger, der muliggør datastøttet kvalitetssikring og økonomistyring. Arbejdsgruppen forventes i sammenhæng hermed at bidrage til at skabe overblik på området, herunder indledningsvist at skabe og præsentere overblik over interessenter samt interesse/indsatsområder. Dette gøres med udgangspunkt i en præsentation, der på baggrund af vedhæftede interessentliste og rapport beskriver arbejdsgruppens primære hhv. mere perifere interessenter/samarbejdspartnere samt opgaveportefølje

Beslutning

Formanden forestår præsentation (denne er vedlagt), hvori baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse gennemgås, herunder den nationale og regionale udgiftudviklingen indenfor sygehusmedicin, medicin som et tema i Spar1519, medicineringshændelser som hyppig årsag til patientskade mv. Herefter gennemgås primære hhv. mere perifere interessenter samt interesse- og indsatsområder. I sammenhæng hermed fremhæves den regionale BI-enhed, analysegruppen under Den Regionale Lægemedielkomite samt klinikerinddragelse/datavalidering som såkaldte 'kerneaktiviteter- og/eller interessenter' henvisende til, at arbejdsgruppen på disse områder forventes at være aktivt involveret/inddraget. Der efterspørges afklaring af, om projekter i regi af den regionale IT-afdeling med relevans for medicindata skal referere ind til arbejdsgruppen, og om arbejdsgruppen egenhændigt kan initiere og/eller bevilge projekter. Dette er ikke tilfældet. Arbejdsgruppen er tænkt som en 'overbliksskaber'. I forlængelse heraf spørges indtil, om arbejdsgruppen skal gå aktivt ind i arbejdet vedr. utilsigtede hændelser (UTH'er) med relation til medicin. Her anføres det, at arbejdet med UTH'er og generelle kvalitetsspørgsmål skal rejses i relevant organisatorisk regi. I sammenhæng hermed fremhæves dog, at data kan være med til at skærpe opmærksomheden på medicinrelaterede uhensigtsmæssigheder og potentielle risikoområder.

Udover ovenstående beskrives bl.a. det succesfulde og hurtige skifte fra det biologiske lægemiddel Remicade til det biosimilære Remsima. I sammenhæng hermed fremhæves de virksomme incitamentsstrukturer, der dels ligger i at give data om succesfuld implementering af præparatskifte tilbage til klinikken, dels i den anvendte refusionsmodel,

som indebærer 100% refusion ved efterlevelse af nationale og regionale vejledninger - også for behandlinger, der ikke er vejledningsunderlagt. I sammenhæng hermed understreges dog, at det er lægen, der har ordinationansvaret, og at der i forbindelse med medicinering altid skal være plads til det lægefaglige skøn og patienthensyn.

Herudover er der mindre bemærkninger til nogle af de anvendte benævnelser/overskrifter i oversigtsfiguren, ligesom man fra regional ITs side har en række mindre korrektionsforslag til kortlægningen af medicindataområdet. Dette følger sekretariatet op på inden næstkommende møde.

Det anføres desuden, at LRP-databasen (Sygehusapotekernes database til registrering af patientspecifikke **L**ægemiddel**R**elaterede **P**roblemer), som vedligeholdes af Amgros og anvendes af kliniske farmaceuter som et registrerings- og dokumentationsværktøj for kliniske interventioner, tilføjes listen over interesseområder - og at der evt. inviteres en oplægsholder til et af de kommende møder mhp. at fortælle mere indgående om LRP-data. Sekretariatet følger op herpå.

Endelig besluttet det, at overblikfigur og kortlægning løbende skal vedligeholdes og ajourføres med tilføjelse af nye interessenter, initiativer, revidering af opgaveportefølje mv. Dette varetages af sekretariatet.

Bilag

- [Medicindataområdet RM kortlægning](#)
- [Interessentanalyse](#)
- [PP-præsentation medicindataområdetRM](#)

1-31-72-182-16

5. Orientering om aktiviteter vedr. medicindata i EPJ

Det indstilles,

at punktet tages til orientering

Sagsfremstilling

EPJ er central i registrering af medicindata og her er en række aktiviteter i gang.

- IT har udarbejdet et mastedatadokument som fastslår at ordineret medicin skal registreres i midtEPJ som del af overblik over patientens sygdomsforløb.
- Integration EPJ-RIS (Dyb integration RIS), hvor der er beslutning fra klinikforum om at alle registreringer af medicin ifm. billedediagnostiske undersøgelser skal ske i midtEPJ. Integration er pt. ibrugtaget i Viborg, Randers, Horsens, Silkeborg og Vest. Resterende billedediagnostiske afdelinger på THG, NBG og Skejby forventes ibrugtaget februar 2017.
- Closed loop medication, HIMSS certificering, scanning af stregkoder på original pakninger
Med RM19.3 som ibrugtages 27.11 kommer der mulighed for scanning af stregkoder på medicin pakninger. Formålet er at opnå HIMSS 6 certificering i closed loop medication. Der er en større udfordring i kvalitet af stregkoder på pakninger og manglende stregkoder som giver betydelige vanskeligheder.
Det er en forventning af løsningen kan udbygges til også at scanne originalpakninger ved udleveringer til patient. Dette er så nyt, at der ikke i dag er et overblik.
- i EPJ regi er et frontløb i gang omkring kompleks medicinering og integration til CATO. Hermed forventes af medicin ifm. kræftbehandling kan registreres i EPJ, at doseringer kan beregnes i EPJ og sendes til CATO via integration.
- Batchnr på medicin
Batchnr på medicin registreres i dag i EPJ, dog uden mulighed for søgning.
Der er ønske om etablering af projekt, som overfører batchnr til EPJs IFDB, herfra til nationale registre og BI. Der bør også se på om den nuværende batchnr registrering dækker et tidssvarende behov omkring biosimilær medicin.
Der er ikke etableret projekt eller fundet midler hertil.
- Forbedring af overførsel af medicindata til BI
Der har været foranalyser omkring forbedring af overførsel af medicindata fra EPJ til BI, idag overføres udelukkende administrationer til BI.

Foranalyse viste et behov for midler på 1,9 mil, hvilket ikke er fundet. Mulighed for en reduceret, og derved billigere, overførsel er endnu ikke nået afsøgt.

- Indberetning af bivirkninger

I 2015 blev SIT ansøgt om etablering af projekt og midler til EPJ integration til bivirkningsregister hos lægemiddelstyrelse.

Desværre blev projektet ikke prioriteret.

Beslutning

Henrik Thuren, områdeleder PJP, gennemgår igangværende EPJ-aktiviteter/initiativer med relation til medicindata jf. de i dagsordenspunktet oplistede punkter.

Det beskrives, hvordan der i regi af den regionale IT-afdeling er udformet et masterdatadokument mhp. at formulere nogle anbefalinger til en række principper vedr. masterdata. Masterdatadokumentet indeholder bl.a. principper for placering af ejerskab, ansvar- og beslutningstruktur for masterdata og de processer, der skal sikre datakvaliteten.

I forbindelse med fremførelse af punktet beskrives, hvordan masterdatadokumentet fastslår, at midtEPJ er masterdatasystem for "Patientjournal", herunder også for ordineret medicin. Herudover nævnes, at masterdatadokumentet har bidraget til at skabe klarhed over, at dataejerskab og -ansvar påhviler masterdatasystemet - også i tilfælde, hvor data leveres til et eller flere aftagersystemer.

I forbindelse med opnåelse af HIMSS 6 certificering beskrives scanning af stregkoder på originale medicinpakninger samt de udfordringer, der er forbundet hermed. Dette drejer sig bl.a. om vanskeligt aflæselige stregkoder samt det faktum, at mange præparater ikke har påført nogen stregkode. Tilsvarende gælder for de lægemidler, som Hospitalsapoteket selv producerer. Forventningen var oprindeligt, at stregkodescanningen skulle idriftsættes f.o.m. uge 6 2017, men pga. af de omtalte udfordringer forventes dette forsinket.

Herudover beskrives, hvordan en mulig sidegevinst ved implementering af stregkodescanning er, at løsningen forventeligt vil kunne udbygges til at inkludere scanning af originalpakninger i forbindelse med medicinudlevering til patienter.

Hvad angår kompleks medicinering arbejdes på integration mellem EPJ og cytostatikaordinationssystemet, CATO. Udgangspunktet er, at der skal kunne ordineres og i den forbindelse foretages dosisberegning direkte i EPJ med integration til CATO. Det anføres, at evt. overførsel til BI forudsættes af, at det også er muligt at registrere medicinen administreret i EPJ.

I relation til registrering af batchnumre beskrives, hvordan dette i dag gøres manuelt i forbindelse med registrering i EPJ, men uden mulighed for søgning. Formanden supplerer med, at Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der foretages konsekvent registrering af batch-numre på biologisk medicin, og at Sundhedsdirektørkredsen i den forbindelse har godkendt, at hver region fremsender en status og peger på en konkret tidsplan for implementering af aktiviteter, der skal fremme adgang til lægemiddelnavne og batchnumre for biologiske og biosimilære lægemidler i de regionale IT-systemer. Formanden fremhæver, at der er behov for formulering af løsningsforslag, der kan imødekomme dette,

og der henvises i sammenhæng hermed til beslutning truffet i Klinikforum om direktionsudpegning af lægefaglig direktør, der skal stå for at udarbejde en plan for håndteringen af problematikker vedr. registrering af implantater og batchnumre på medicin. Afslutningsvist omtales indførelse af nye standarder fra 2018, hvor lægemiddelfirmaer skal lade batchnummer indgå i stregkoden, hvilket vil lette batchnummer-registreringen.

I relation til den aktuelle nedprioritering af EPJ-integration til Lægemiddelstyrelsens bivirkningsregister, omtales det nationale CAVE-register og de første dataleveringer herfra. CAVE-registeret er et nationalt register med oplysninger om borgernes lægemiddelallergier. Desuden kan det benyttes automatisk af beslutningsstøttesystemet i forbindelse med medicinordination til at vurdere lægemidlets indholdsstoffer i forhold til de allergier, patienten måtte have. Det fremhæves, at registeret på den baggrund er tæt forbundet med FMK-beslutningsstøtte. Det nævnes, at aktuel registrering af CAVE i EPJ i vid udstrækning er kendetegnet ved fritekst-beskrivelser.

1-31-72-182-16

6. Forskel i registrerede og reelle medicinudgifter

Det indstilles,

at arbejdsgruppen drøfter problemstillingen og eventuelle handlemuligheder

Sagsfremstilling

Der er stor forskel i indkøbsprisen beregnet på baggrund af den medicin der er registreret administreret i Medicinmodulet og de udgifter hospitalerne reelt har haft til medicin. Sammenligning af de to priser har vist indkøbspriser der er 4-5 gange større når man ser på de afdelingerne afregner med Sygehusapoteket, end når man ser på de indkøbspriser der beregnes på baggrund af det der registreres som administreret i Medicinmodulet.

Mulige forklaringer på forskellen kan bl.a. være:

- Registrering af medicin i specialespecifikke systemer men ikke i Medicinmodulet
- Manglende registrering af administreret medicin i Medicinmodulet
- Manglende mulighed for at koble en pris på en medicinadministration (eksempelvis ved registrering af dosisenheder der ikke findes pris på)
- At koblingslogikken der forbinder en administration med en pris ikke er 100 % sikker
- At prisen for medicin der blandes på sygehusapotekerne ikke opfanges i data for medicinadministration
- Svind

Den store forskel i medicinudgifterne kan altså bl.a. være et udtryk for registreringspraksis, men kan også hænge sammen med viderebearbejdning af medicindata. Det kan oplyses at omtrent 20 procent af administrationerne ikke har koblet en indkøbspris på, samt at koblingslogikken er blevet valideret i samarbejde med bl.a. Sygehusapoteket.

BI-kontoret har nogle idéer til, hvad vi kan gøre rent datamæssigt for at få et overblik over manglende medicinregistreringer i Medicinmodulet, men det kunne dels være interessant at få flere perspektiver på sagen og dels diskutere test og implementering af sådanne rapporter m.v.

Link til BI-rapport vedr. medicinadministrationer og apotekerdata: <http://bi-por-tal.onerm.dk/#/site/RM/views/MedicinadministrationerogApotekdatav1/MedicindatakvalitetOrgmapAfd?:iid=2>

Beslutning

Jonas Bager-Elsborg, leder for BI-løsning samt medicindataemnejer, gennemgår BI-rapporten vedr. medicinadministrationer og apotekerdata (rapport er vedlagt).

Dataudtrækkene gennemgås og det beskrives, hvordan BI-enheden har sammenlignet indkøbstal (det beløb, de respektive afdelinger har købt medicin for) med den estimerede pris pr. medicinadministration. Heraf fremgår, at ca. 17% af det indkøbte medicin er registreret administreret, svt. 153 mio kr. ud af 899 mio kr. Det fremhæves, at opgørelsen skal tages med en række forbehold, ikke mindst at meget af den dyre medicin ikke på nuværende tidspunkt kan ordineres hhv. administreres i medicinmodulet, og det understreges, at netop administration i medicinmodulet er en forudsætning for, at data overhovedet overføres til BI. Som et markant eksempel herpå fremhæves cytostatika, og det ses, at kræftafdelingen netop er en afdeling, hvor der er betragetlig forskel mellem indkøbt medicin og administreret medicin. Formanden anfører på den baggrund, at den viden, der kan uddrages af BI-rapporten gør os klogere, men at rapporten bør kvalificeres ved at udgifter til medicin, der ikke kan registreres i medicinmodulet, fratrækkes (dette gælder udover cytostatika bl.a. midler anvendt til anæstesi-relaterede procedurer samt lægemidler, som hospitalsapoteket selv blander m.fl.).

Udover ovenstående beskrives det, at ca. 20% af medicinadministrationerne ikke har tilkøbt en pris. Dette gør sig bl.a. gældende i tilfælde, hvor medicin er indkøbt i én enhed, men administreres i en anden. Som sådan må uoverensstemmelsen mellem indkøbstal og udgiftstal på baggrund af medicinadministrationer skulle tilskrives flere ting, herunder dokumentation i andre (specialespecifikke) systemer, teknikaliteter i forbindelse med databearbejdning samt manglende registrering i medicinmodulet.

Udgangspunktet for det videre arbejde er således, at det via data skal kvalificeres, hvori den underliggende udfordring væsentligst består - herunder hvor det evt. er, der skal sættes specifikt ind i relation til registreringspraksis.

Det besluttet, at der frem imod næste møde skal udarbejdes et katalog over, hvad der udestår i relation til mulighed for registrering i medicinmodulet. Sekretariatet udformer et sådant katalog og får i den sammenhæng input fra den regionale IT-afdeling ift. at beskrive mulighederne for evt. udbedrende initiativer.

Bilag

- [Medicinadministrationer og Apotek data v1](#)

1-31-72-182-16

7. Orientering om arbejdet med implementering af kliniske medicindatarapporter (HEH)

Det indstilles,

at punktet tages til orientering

Sagsfremstilling

Hospitalsenheden Horsens er påbegyndt arbejdet med implementering af kliniske medicindatarapporter rettet mod klinikken. Erfaringerne og arbejdet er dog endnu sparsomt. Oplægget kan give et lille indblik i hvilke overvejelser og udfordringer vedr.:

- 1) Medicineringsforløbet, hvad vil vi gerne vide
- 2) Eksempler på kliniske rapporter, der er knyttet op på medicineringsforløbet
- 3) Udfordringer forbundet med implementering/gevinstrealisering

Beslutning

Lise Viskum Hansen, chefkonsulent, Økonomi & Planlægning, HEH, præsenterer eksempler på medicindataanvendelse i form af kliniske rapporter knyttet op på medicineringsforløbet (præsentation vedlagt).

Indledningsvist beskrives, at udgangspunktet for det forestående arbejde med udvikling af medicindataløsninger må være overvejelser omkring, hvordan medicindata skal tænkes ind i det kliniske arbejde - herunder med tanke på, at målbillede, retningslinjer, fokusområdet i forbindelse med Lærings- og Kvalitetsteams (aktuelt antibiotika) mv. skal pege ind i det samlede patientforløb.

Der vises eksempler på medicinrapporter omhandlende hhv. administration af NSAID-præparater og ACE-hæmmere indenfor samme døgn, antibiotikavalg (rækkefølge) til pneumonipatienter samt opgørelse over antallet af polyfarmaci-patienter. I sammenhæng hermed fremhæves hhv. læring, kvalitetsudvikling, patientsikkerhed samt ledelses- og økonomistyring fremhæves som aspekter, hvor medicindata har stort potentiale. Manglende oporganisatorisk forankring fremhæves imidlertid som en væsentlig udfordring for at uddrage læring og derigennem drage nytte af de kliniske medicindatarapporter, bl.a. fordi det ofte står uklart, hvem der 'ejer' et aktuelt patient/medicineringsforløb og på den baggrund forventes at uddrage læring af de kliniske medicindatarapporter og handle herpå.

Afslutningsvist opsummeres nedenstående udfordringer:

- Spørgsmålet om, hvad der skal håndteres i regi af BI (hvor dataopdateringsfrekvensen er 1 døgn), og hvad der skal håndteres i medicinmodulet (realtid)?
 - her fremhæves bl.a. tilfælde, hvor patienter har fået administreret to præparater indenfor samme søgn med potentiel risiko for organskade allerede

efter kort tids behandling - her er det relevant, at der kan laves dataudtræk og genereres lister over 'kritiske patienter' til relevante klinikere. Der vil imidlertid i sådanne tilfælde være tale om historiske data. I sammenhæng hermed bør derfor drøftes, om og hvad der skal håndteres i medicinmodulet, fx. i form af dataunderstøttet beslutningsstøtte.

- Overvejelser omkring hvordan data 'sættes i spil' - dvs. hvordan det sikres, at medicindata bringes i aktiv anvendelse. Dette er forudsætningen for, at der over tid kan gevinstrealiseres på arbejdet med medicindatarapportudvikling.
- Overvejelser omkring operationalisering af analyseområderne. For BI-medicindata gælder, at den fineste datagranularitet/underopdeling aktuelt er én administration. Udfordringen er imidlertid, at ikke ret mange af de kliniske spørgsmål kan håndteres/adresseres med denne granularitet, hvilket peger på, at en medicin-standardrapport, hvor der spørges på administrationsniveauet, ikke er tilstrækkelig.

Bilag

- [MedicineringArbejdsgruppe20161208_Lise1](#)

1-31-72-182-16

8. Orientering om RADS-monitoreringsrapport

Det indstilles,

at punktet tages til orientering

Sagsfremstilling

Det Faglige Analyseteam monitorerer løbende efterlevelse af RADS-vejledninger på relevante hospitalsafdelinger. For en del RADS-vejledninger kan der ikke laves en meningsfuld monitorering via salgstal fra Hospitalsapoteket. Der er behov for et stærkere informationsgrundlag. Derfor indsender udvalgte afdelinger hvert halve år optællings-skemaer til Sundhedsplanlægning, hvoraf det fremgår, hvor mange nye patienter de har sat i behandling med de forskellige lægemidler. Optællingen og udfyldelsen af skemaer foregår manuelt. BI-enheden, SUPL og Det Faglige Analyseteam har det seneste halve år arbejdet på at få udviklet en rapport, som kan udføre denne optælling elektronisk, og det har vist sig at være en stor opgave. I første omgang er der udvalgt biologisk behandling af kroniske inflammatoriske tarmsygdomme, og den foreløbige rapport bliver præsenteret på mødet sammen med de udfordringer, der har været undervejs.

Beslutning

Charlotte Olesen, klinisk farmaceut og medlem af analysegruppen, orienterer om arbejdet med udvikling af en rapport til monitorering af efterlevelsen af RADS-vejledningen for kronisk inflammatoriske tarmsygdomme, hhv. Colitis Ulcerosa og Crohns (præsentation er vedlagt).

Baggrunden for rapportudviklingen er ønsket om at undgå manuel registrering af de nye patienter, som afdelingerne har sat i behandling indenfor det seneste halve år.

Der tages udgangspunkt i RADS-vejledningen vedr. kronisk inflammatoriske tarmsygdomme med henvisning til, at denne vejledning er en af de mere simple. Rapportudviklingen er foregået i samspil mellem analysegruppen, repræsentanter fra Sundhedsplanlægning samt en BI-udvikler, og blev initieret i maj måned 2016. Aktuelt er rapporten ved at have den ønskede form, men denne er endnu ikke færdigudviklet eller (kliniker)valideret. En valideringsproces igangsættes dog inden jul.

Undervejs i udviklingsprocessen har vist sig nogle udfordringer, bl.a. at der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem lægemiddel og diagnose, at definitionen af 'ny patient' er behæftet med usikkerhed samt at det ikke er muligt at adskille de to underliggende Crohns-diagnoser, luminal hhv. fistulerende Crohns (dette er imidlertid ikke kritisk i det konkrete tilfælde, eftersom 1. valgs præparat og efterlevelsesmål er identiske).

Herudover nævnes, at der kun foreligger data, når medicinen er registreret administreret i medicinmodulet. Praksis omkring udlevering og registrering af vederlagsfri medicin er i

forbindelse hermed relevant at se nærmere på - herunder at det skal gøres nemmere at administrere udleveret medicin.

I forlængelse af ovenstående spørges ind til, om opgaven med monitorering af nationale retningslinjer ikke bør løftes nationalt fremfor lokalt. Hertil bemærkes, at muligheden for at kunne følge op på compliance ift. nationale retningslinjer (udgående fra KRIS og RADS - Medicinrådet f.o.m. 1.1.17.) for brug af sygehusmedicin omtales i PID'et for RSI-Pejlemærket Ledelsesinformation på medicinering. Det fremhæves, at omend det var ønskværdigt, om opgaven blev løftet i nationalt regi, så er man i Region Midtjylland pt. langt foran ift. at udvikle et datagrundlag, hvorudfra retningslinjer kan monitoreres, og at dette udviklingsarbejde fortsat skal pågå i regionalt regi.

Endelig kommenteres på, at mulig operationalisering af de nationale retningslinjer skal indtænkes allerede i forbindelse med formulering og udarbejdelse heraf. Det anføres, at vejledningernes 'målbarhed' forsøges tænkt ind i forbindelse med formulering af RADS-vejledningerne.

Afslutningsvist anføres, at de skitserede udfordringer tiltrods, er det væsentligt at fremhæve, at det nuværende datagrundlag muliggør monitorering af nationale- og regionale behandlingsvejledninger i større omfang end hidtil - og at der er et stort fremadrettet udviklingspotentiale.

Bilag

- [20161208 Bi-portalen Rapport biologiske Charlotte](#)

1-31-72-182-16

9. Status på RSI-Pejlemærket Ledelsesinformation på medicinering

Det indstilles,

Det indstilles, at arbejdsgruppen tager status på RSI-pejlemærket herunder etablering af et nationalt medicindataregister under Sundhedsdataprogrammet til orientering.

Sagsfremstilling

Grundet fællesregionalt ønske om bedre muligheder for at følge sygehusenes brug af medicin og udgifterne hertil, har der i regi af RSI været igangsat en analysefase med det formål at afdække mulighederne for etablering af en fællesregional databaseret rapportering af svar på spørgsmålet: "Hvilke patienter får hvilken medicin, og hvad koster det?"

I løbet af analysefasen er dette fællesregionale projekt blevet en del af Økonomiaftalen mellem Staten (Sundhedsdatastyrelsen) og Danske Regioner, da der ikke er hjemmel i lovgivningen til, at regionerne kan opsamle individbaserede medicindata i eget regi. Forudsætningen for den fællesregionale løsning, nemlig etablering af fem regionale medicindataløsninger, er fortsat forankret i regionerne. Udgangspunktet er nu, at regionerne betragtes som dataleverandører- og aftagere ift. et nationalt medicindataregister. Projektinitieringsdokumentet for RSI-pejlemærket er forelagt og godkendt af RSI-direktørkredsen medio november 2016. PID-godkendelse af det nationale projekt er efterfølgende forelagt og godkendt i programstyregruppen for Sundhedsdataprogrammet.

De regionale projekter er afhængige af tidsplanen for det nationale medicindataregister ligesom det nationale medicindataregister er afhængig af tidsplanerne for de regionale projekter. Tidsplanerne viser, at realiseringsfasen, dvs. regional aflevering til og modtagelse af data fra det nationale medicindataregister, kan gennemføres senest den 1. januar 2018.

For Region Hovedstaden og Region Sjælland gælder dog, at de har vanskeligt ved at levere præcise estimater og planer, fordi aktiviteterne har en stærk afhængighed til implementeringen af Sundhedsplatformen. Det forudsættes, at Region Midtjylland i kraft af erfaring og kompetence fra etablering af den regionale medicindataløsning er meget behjælpelig med at dele erfaringer og aktivt at hjælpe de øvrige regioner til at etablere de regionale løsninger. Det er forventningen, at en lang række risici dermed kan forudses og minimeres.

Beslutning

Jonas Bager-Elsborg giver kort orientering om status på RSI-Pejlemærket. Det beskrives, hvordan det oprindelige fællesregionale projekt er blevet en del af Økonomiaftalen (2017) mellem Staten og Danske Regioner. Som sådan er den fællesregionale løsning lagt ind under Staten (Sundhedsdatastyrelsen) med henvisning til mangel på hjemmel til regional opsamling af individbaserede medicindata i eget regi. På den baggrund betragtes de fem regioner nu som dataleverandører- og aftagere. I forbindelse med den tværregionale koordinering af dataleverancer, tages udgangspunkt i den model, der er bygget op i Region Midtjylland.

I sammenhæng hermed fremhæves, at det er regionerne (herunder særligt Region Midtjylland), der har domænekendskab hvad angår medicindata, mens Sundhedsdatastyrelsen har lovhjemmel ift. opsamling heraf. Udgangspunktet er, at Region Midtjylland i kraft af erfaring med og kompetence fra etablering af den regionale medicindataløsning, må bistå Sundhedsdatastyrelsen så godt, det overhovedet er muligt.

Bilag

- [RSI PID LIS på medicinering](#)

1-31-72-182-16

10. Orientering om tværregionale Lærings- og Kvalitetsteams på antibiotikaområdet

Det indstilles,

Det indstilles, at arbejdsgruppen tager punktet om Lærings- og Kvalitetsteams på antibiotikaområdet til orientering - herunder drøfter spørgsmålet om data og IT-understøttelse

Sagsfremstilling

Med lancering af et nyt nationalt kvalitetsprogram har Danske Regioner og Sundhedsministeriet i samarbejde udviklet en model for organisering og implementering af forbedringsprojekter med brug af lærings- og kvalitetsteams (LKT). Et LKT er et forpligtende samarbejdsforløb, der tilrettelægges med henblik på at forbedre kvalitet indenfor et fælles klinisk område.

Udvælgelse af områder, hvor der etableres nationale lærings- og kvalitetsteam, bliver varetaget af styregruppe, hvor Danske Regioner har formandsposten og de fem regioner er repræsenteret. Styregruppen udvælger områder ud fra områder, hvor behandlingskvaliteten generelt er utilfredsstillende og/eller der er stor uønsket variation i behandlingsskvaliteten.

Styregruppen for lærings- og kvalitetsteams har besluttet, at der skal etableres et forbedringsprojekt med LKT med fokus på et rationelt antibiotikaforbrug på hospitaler. Projektets overordnede formål er således at mindske udviklingen af resistente bakterier i hospitalsvæsnets.

Derudover er det konkrete formål at understøtte en implementering af Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika gennem fokus på:

- Sikring af at indikationer for anvendelse af antibiotika er klare og entydige,
- Ændring af ordinationsmønstret af antibiotika i en mere rationel retning, herunder reduktion af unødvendigt brug.

Efter en bredere høring i regionernes relevante faglige miljøer (d. 22.11.16) er der enighed om, at der udarbejdes en overordnet national målsætning. Det betyder, at der ikke fastsættes et fælles nationalt mål, men en ambition og retning for "et faldende forbrug af antibiotika, der særligt udvikler resistens". Herfra udarbejdes konkrete regionale mål, der tager hensyn til regionernes og hospitalernes patientprofiler. Sundhedsstyrelsens vejledning for ordination af antibiotika fra 2012 anvendes som reference.

Det anbefales, at der som indsats, er konkret fokus på

- § indikation
- § valg af antibiotika
- § revurdering
- § behandlingsvarighed

Der er samtidig bred enighed om at anvende ny RADS vejledning for infektioner i nedre luftveje som reference.

Beslutning

I forbindelse med den overordnede gennemgang af arbejdsgruppens interesser samt indsats- og interesseområder (jf. pnkt. 4) gennemgik Jørgen Schøler Kristensen kort det aktuelle antibiotika-LKT. Med henvisning hertil behandles punktet ikke yderligere.

Bilag

- [Projektbeskrivelse Antibiotikaforbrug november 2016](#)