



Referat fra møde om beslutningsstøtte

Dato

25-01-2019

Sagsnr.

Sagsbehandler

Martin Bagger Brandt

## Referat

Mødet blev afholdt mandag den 14-01-2019 fra kl. 14:00 til 17:00 hos PLO.

Mødedeltagere:

- Praktiserende læge og WinPLC-bruger, Janne Unkerskov
- Praktiserende læge og Ganglion-bruger, Jørgen Steen Andersen
- Praktiserende læge og XMO-bruger, Fred Hersbøll
- Projektleder Christoffer H. Madsen, Region Nordjylland
- Faglig projektleder Lisbeth R. Kristiansen, Region Nordjylland
- Læge og leverandørrepræsentant, Nicholas Syhler (Trifork)
- Ekstern konsulent og projektleder for systemhusene, Emil Sales
- Konsulent Alice Kristensen, MedCom
- Praktiserende læge Niels Ulrich Holm, PLO
- Chefkonsulent Martin bagger Brandt – PLO

Dagsorden:

1. Velkomst og præsentationsrunde.
2. Kort oplæg om baggrund for og formål med mødet
3. Præsentation af den kommende beslutningsstøtteløsning og dets forskellige moduler (se bilag "Datablad")
4. Plan for afprøvning i almen praksis/3 lægepraksissystemer
5. Hvordan får vi lavet en god afprøvning i almen praksis, herunder
6. Afrunding og evt.

*Punkt 1 og 2*

Efter en kort præsentationsrunde bød Martin Bagger Brandt velkommen og fortalte om baggrunden for PLO's samarbejde med regionerne/Region Nord om en fælles beslutningsstøtteløsning, samt forventningerne til brugen af beslutningsstøtte i almen praksis. Løsningen skal virke sammen med FMK, den skal arbejde hurtigt, den skal kunne styres lokalt og generelt opleves som skabende merværdi i klinikkens daglige håndtering af medicin.

2/4

Der blev indledningsvis spurgt ind til om beslutningsstøtten også skal/kan bruges af specialelægepraksis. Svaret er ja, men pilotafprøvning og tilpasning af løsningen til lægesystemerne på praksisområdet sker i regi af almen praksis.

Niels Ulrich Holm påpegede, at PLO mener denne løsning kan blive et godt støtteværktøj for klinikken, hvis det ”scopes” og implementeres rigtigt. En god implementering med inddragelse af brugergrupperne er mindst lige så vigtigt som et godt datagrundlag.

Det blev bemærket, at det ”stritter” lidt, at det er DLI som leverer datagrundlaget. Hertil svarede Niels Ulrich, at dette har været vendt og påpeget en del gang i projektforløbet. Antibiotika-vejledning tages også fra DLI til en start.

### *Punkt 3*

Nicholas Syhler gennemgik herefter de 11 moduler, som beslutningsstøtteløsningen indeholder.

Der blev spurgt ind til, hvorvidt beslutningsstøtten triggeres når man står på eller indtaster ordination eller også aktiveres når der fx løber nye lab-tal ind på patienten. Kun det første er tilfældet. Og gruppen sendte en klar opfordring til at undgå beslutningsstøtte på ordinære præparater, som fx let smertestillende medmindre patienten har en CAVE på netop det.

Hvad med NPU-koder, det bruges jo forskelligt og håndteres forskelligt i LPS'erne? Beslutningsstøtteløsningen henter NPU-kode listen fra Sundhedsdatastyrelsen og Niels Ulrich bemærkede at der vil være behov for en vis kvalitetssikring af data i klinikken, og i lægesystemerne generelt, for at få fuld valuta af beslutningsstøtteløsningen. Kvalitetssikring af data arbejder PLO sammen med LPS'erne om anden sammenhæng (ift. forløbsplaner)

Janne Underskov gjorde opmærksom på, at WinPLC har en checkboks for, hvorvidt en kvinde er ammende, mens dette ikke er tilfældet i Ganglion if. Jørgen Steen Andersen.

Fred Hersbøll påpegede den udfordring, at forberedelse eller fornyelse af ordinationer hos klinikpersonalet kan ryge tilbage på lægens bord, hvis beslutningsstøtten bringer personalet i tvivl ved at vise for mange advarsler. Samtidig kan ”meget” beslutningsstøtte ved medicingennemgang øge tidsforbruget og gøre opfølgingsdialogen en patient tungere, hvis man skal ”drible” uden om mange advarsler/anbefalinger. Og hvad er så det juridiske ansvar, hvis man ordinerer en medicinkombination trods beslutningsstøtteløsningens anbefaling om noget andet? Svaret er her, at værktøjet er en støtte og skal ikke diktere bestemte ordinationer.

På spørgsmål om løsningen yder beslutningsstøtte på præparater i restordre og evt. påpeger på alternative præparat, er svaret nej. Og det samme gælder alternative

præparater, hvis en patients GFR er for høj. Begge dele gode ideer, som tages med i projektets "backlog" til evt. senere udvikling og implementering.

Der blev talt en del om CAVE og der blev talte om, hvorvidt der ved siden af CAVE er behov for et "bivirkningsregister". Alternativt skal CAVE-registret have en graduering fra fx 1-4 fra mild CAVE (bivirkninger) til hård CAVE (kraftig allergi/død)

Der var bred enighed om, at det er vanskeligt at inddrage diagnose (koder) fra almen praksis fordi der arbejdes med en del midlertidige koder, og der tjekker løbende koder ind på de patienter som har været omkring sygehuset. Samtidig indeholder journalerne ofte mange gamle diagnoser/koder, som ikke er relevant længere, men som kan være med til at trigge beslutningsstøtte, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. Lægerne efterlyste derfor konkret eksempler på brugen af diagnosekoder til beslutningsstøtte i almen praksis. Og beslutningsstøtten målrettet patienter med særlige diagnoser eller kroniske diagnoser vil jo blive trigget af de andre paramenter som indgår i andre moduler - fx patientens GFR-værdi. Så derfor anses brugen af diagnosekoderne ikke som nødvendig. På den baggrund var der enighed om, at modul 7 og 8 i udgangspunktet ikke virker relevant for almen praksis. Så heller mere fokus på støtte ift. børn og gravide.

Samtidig blev der på den baggrund opfordret til, at man prioriterer blandt de 11 moduler og udvælger nogle, som er sikre "must have" for almen praksis og arbejder videre med dem i første omgang, for på den måde at få en succesfuld oplevelse blandt lægerne fra dag et.

Det blev endvidere påpeget, at implementeringen af beslutningsstøtten kan påvirke medicinpriserne i opadgående retning, især hvis man fx på antibiotikaområdet laver en smalt scope af anbefalinger.

#### *Punkt 4 og 5*

Afslutningsvis fortalte Emil Sales om den projektplan som er udarbejdet i samarbejde med de tre deltagende systemhuse. Piloten kører fra august til nov. 2019 og inden opstart skal der indgås aftaler med et antal klinikker om deltagelse. Dertil kommer en teknisk forberedelse hos LPS'erne og ikke mindst en inddragelse og dialog med brugergruppen om, hvordan selve præsentationen af beslutningsstøtteløsningen skal være i de respektive systemer.

Fred Hersbøll fortalte kort, at der mellem CGM og brugergruppen er aftalte en proces for test af nye funktioner. Som normalvis, men ikke altid, følges. Den lyder: 2 betbrugere (solopraksis) tester og tager alle børnesygdommene. Herefter skaleres testen til et antal større praksis og først herefter rulles løsningen bredt ud.

Martin Bagger Brandt sluttede mødet af med at takke for deltagelse og de mange gode input i løbet af mødet. PLO vender konkret tilbage med plan for, hvordan

4/4

brugergrupperne - og meget gerne i form af de deltagende repræsentanter – konkret kan inddrages i det videre planlægningsarbejde og evt. også i den kommende afprøvning.

*Punkt 6*

Intet