



Mødetitel	2. møde FMB PLO brugergruppe
Mødedato	24.10.22
Tidspunkt	13.00-15.00
Sted	Teams
Deltagere	Martin Bagger Brandt, PLO Gitte Borup, Region Nord Michael Frank Christensen, PL-Forum Nina Brkovic, EG Mark Lee Larsen, praktiserende læge Jeppe Frøkjær Aaen, XMO Peter Bystrup, DSAM Mads Larsen, Trifork Anette Petersen, DLI Alice Ørsted Kristensen, MedCom

MedCom
Forskerparken 10
5230 Odense M
Tlf: +45 6543 2030
E-mail: alk@medcom.dk
www.medcom.dk
25. oktober 2022

Susanne Noesgaard, SDS ift. punkt 4 vedr. Cave.

Afbud:

Dagsorden:

1 Velkomst og gennemgang af dagsorden/Alice Kristensen

- Velkomst
- Gennemgang og godkendelse af dagsorden

2 Region Nord /Gitte Borup

- Tilbage melding på strategiseminar.

3 Status fra lægepraksissystemleverandører/Michael Frank Christensen

- Statistik og/eller feedback fra LPS om anvendelse og supportsager

4 PLO /Martin Bagger Brandt

- Seponeringsmodul, kan vi finde en vej til at komme hurtigere i gang?
Cave; kan vi få kick-startet det sammen med SDS?

5 Test og release

- I forbindelse med release af FMB vers. 4.0 blev der fra PL-forum efterspurgt en testprotokol. Format og omfang af en sådan protokol ønskes diskuteret.
- Teknikergruppe mbp. testrul forud for større releases
 - Forvaltningen ønsker, at der nedsættes en teknikergruppe/testgruppe (også gerne med deltagelse af klinikere), når der frigives større løsninger/funktionaliteter, så der kan gives input til løsningerne tidligere.
- Til drøftelse:
 - Skal løsningsbeskrivelser i høring blandt praktiserende læger?

- Er det nok, at LPS-leverandører tester, når der kommer nye releases, eller skal nye versioner forbi et antal læger til test inden release?
Information om indgået aftale ml. PLO og PL forum ift. antal releases/årshjul.

6 Indmeldte punkter fra gruppen

- Peter Bystrup: "Ordinationen understøttes ikke af en diagnose" ved f.ex. panodil
- FMK klinisk brugergruppe anbefaler, at ordinerende læge aktivt tager stilling til en behandlings slutdato ved oprettelse af ordinationer på antibiotika og antiparasit-midler, indenfor ATC-grupperne J og P.
 - FMK-styregruppen vil rette henvendelse til FMB ift. drøftelse af, om advarsel omkring behandlings slutdato hører til i FMK eller FMB. Hvad er holdningen i FMB-PLO brugergruppen?

7 Evt.

- Næste møde

Referat:

1 Velkomst og gennemgang af dagsorden/Alice Kristensen

Dagsorden godkendt uden tilføjelser

2 Region Nord /Gitte Borup

Se bilag vedr. kommende strategi.

Der er afholdt strategiseminar i foråret for den regionale FMB brugergruppe. Målet for seminaret var at udarbejde overordnet strategi for FMB for de næste 3-5 år. Resultatet af seminaret blev, at man arbejder på at forbedre udnyttelsen af nuværende system og kigger på fintuning af advarsler, så vi får allerbedste version af produktet, som det er nu.

Der er et stort ønske om udvikling og implementering af seponeringsmodul. Det er en kompleks størrelse, som måske kan brydes ned i mindre bidder.

Input fra almen praksis er meget velkomne.

MBB spørger til formidling og kommunikation af FMB. Lægerne efterspørger et sted, hvor fokusområder, som allerede er på tegnebrættet, kan "highlightes", så de kan søge information, f.eks. ift. seponeringsmodul.

GB fortæller, at der er et ønske til en bedre kommunikationsplatform, men at det hænger lidt. GB vil gøre en indsats for at få lagt lidt flere kræfter i at arbejde på en udvikling af den nuværende side.

3 Status fra lægepraksissystemleverandører/Michael Frank Christensen

Hvis intet nyt er godt nyt, opleves der god tilfredshed med, hvordan systemet kører.

MFC så gerne, at der var mere aktivitet fra almen praksis, flere henvendelser. Omvendt kan leverandørerne også være mere proaktive og se på en model til forbedring set fra leverandørernes synspunkt. Opmærksomheden skal også rettes mod muligheden for at slå moduler/system til og fra. Måske hører man ikke så meget, fordi en del læger slet ikke ser/bruger FMB.

MAL: Det er vigtigt at få tilbagemeldinger for at kunne tilpasse og optimere systemet. "Stjerneevalueringen" var ikke ligefrem prangende.

PB: Repræsenterer DSAM og opfatter sig selv som lige så lidt superbruger af FMB som mange af kollegerne. Irriteres over for mange advarsler og mener ikke at have behov for at benytte FMB. Hvis FMB skal bruges kræver det en afbalancering af antallet af advarsler, så man ikke

forstyrres. Desuden efterlyses hele implementeringsdelen af FMB hos almen praksis, så kollegerne klædes bedre på.

GB spørger om JFA kunne tænke sig at træde ind i den regionale brugergruppe sammen med MLL, så almen praksis bliver bedre repræsenteret ift. regionernes mange repræsentanter.

JFA takker i første omgang nej, men får tilsendt kommissorie mv. fra GB.

MBB: Det er en god ide at tænke på implementeringsarbejde i klinikken. Måske det kunne være en ide at lave noget i klyngeregion ift. muligheder i FMB, opsætning, moduler og feedback.

JFA: Den største klynge findes i Randers kommune. Det kunne være en god ide at tage FMB op som emne, der mangler faktisk ind imellem emner.

MLL: Enig i, at det er en god ide med klyngepakker. Man kunne f.eks. linke FMB ind når man har emner om medicinordning på programmet. Dog er det vigtigt at vide, hvilke data, der kan trækkes på, det er et stort arbejde at stable klyngepakker på benene. Måske et joint venture kunne etableres med KIAP.

MBB: God ide at få koblet lægefaglige konsulenter fra KIAP på opgaven med at få masseret FMB ind i hverdagen.

PB: Klyngepakker er et udmærket tiltag, men slet ikke nok. Praksiskonsulentordningen kan også tænkes ind – evt. lave små nemme videoer af ½-1 minuts varighed. Det skal være enkelt og nemt tilgængeligt og gerne kunne ses på mobiltelefonen.

AP: DLI afholder jævnligt seminarer og gerne med fokus på almen praksis. Her kunne man f.eks. tilbyde gennemgang af FMB, både on-line og med fysisk fremmøde.

AØK: En anden mulighed for at få hjælp til implementering, er at gøre brug af regionernes datakonsulenter. De kommer jævnligt på besøg i klinikkerne eller holder fyraftensmøder, hvor forskellige emner tages op. Lidt i stil med FMK, da det i sin tid blev implementeret.

MAL: Det er alt sammen udmærkede tiltag. Dog skal man være opmærksom på, at lægerne møder FMB gennem et antal forskellige lægesystemer/brugergrænseflader, så måske er det ikke helt nok at bruge demo-klienten.

GB: Forskellige anvendelsesystemer fordrer forskellige videoer/implementeringsmateriale.

MFC: Mente ikke det ville være det store arbejde for LPS'erne at lave små videoer, f.eks. med screenshots af hvordan FMB kan tilpasses præferencer

Ift. at trække statistik på brugen af FMB er der ifølge MFC ikke lavet deciderede målinger på opslag, men det kan ifølge GB ses centralt. Det, der kunne være interessant at se på, er antallet af klinikker, som har slået moduler/systemet fra.

MAL: I loggen vil det også kunne ses, hvordan fordelingen er på hvilke moduler, der er med i kaldet. Hvilke moduler kalder I? Hvilke filtreringsmuligheder ønsker I. Har advarslen værdi? Send gerne besked til MAL.

JFA: Har deaktiveret hele systemet = der kommer ingen alarmer. Mener at vide, at rigtig mange brugere har slået det helt fra.

MFC: Er bekymret for, at der er en stor pulje, som har slået FMB fra, og som skal genaktiveres. Det er en meget relevant opgave at kigge ind i.

GB: Man må meget gerne have "nej-hatten" på og komme med gode konstruktive input til forbedringer. Der har fra starten været tale om en minimumsopsætning, som ikke skulle være mulig at slå fra. Denne skal vi have set på igen, hvis mange/flere har slået systemet fra. Ønsker info om, hvorfor FMB er slået fra.

MAL: Overrasket over at FMB er slået fra. Det mindsker muligheden for at ændre på u hensigtsmæssigheder. Det kan også vise sig at blive en belastning på FMB-motoren, hvis alle pludselig slår FMB til igen. Vigtigt med et reelt billede af, hvor mange der har slået FMB helt fra.

MBB: Det er ikke uvant i PLO-regi, at alle ikke er med, når nye ting skal implementeres. Vigtigt at få fakta på bordet – er FMB helt slået fra eller er det kun moduler?

MFC: Vigtigt, at vi ikke bare gætter, men får fakta frem. Tror det fortrinsvis drejer sig om moduler, som er slået fra.

GB: Vil gerne have et overblik fra de enkelte anvendelsessystemer, så det bliver synligt, hvor mange og hvor meget, der er slået fra.

Kan vi lave statistik over de moduler, der er slået fra, så vi her kan hente hjælp til indhold af minimumsopsætning.

Belastningen/antal kald via FMB er meget højere end estimeret under projektet. Det er derfor også vigtigt ift. at deaktiverede moduler først filtreres, når svarene sendes tilbage til anvendelsessystemerne. Dvs. at de stadig belaster FMB-motoren, men uden at der drages nytte af requests der sendes.

MFC: vil vende med LPS'er hvad de kan trække af data vedr. deaktiverede moduler.

4 PLO /Martin Bagger Brandt

Ønske om seponeringsmodul er kommet op ifm. implementering af FMB. Et modul, som kan hjælpe med at få seponeret uaktuel medicin ved den årlige medicingennemgang. Det skal være teknisk smart, så det ikke risikeres at blive overført til andre (SUM undersøger f.eks. hvilke opgaver, der kan flyttes til apoteker, f.eks. seponering og dosisdispensering, Sundhedsreform 2023). Seponeringsmodulet er et større modul, som skal prioriteres, og som fordrer, at der findes penge til udvikling. Det skal synliggøres, hvad modulet kan og hvordan det virker, evt. via mock-ups. Kan vi gøre noget for at komme ud over stepperne?

JFA: Er positiv indstillet til seponeringsmodul. Når PLO gerne vil det, giver det mening.

MLL: Er også fortaler for seponeringsmodul, som gennem let tilgængelige data kan hjælpe med seponering. Men pas på med at sætte apotekerne på opgaven, det er vigtigt at få sparket det hurtigt i gang i egne rækker.

MBB: Vil gerne "sende en blød bestilling" til FMB, som gerne må synliggøre en prioritering og visualisere, at der er noget på vej. Stor opfordring til at få gjort noget ved sagen.

GB: Den er svær idet man gerne vil have den store forkromede løsning – og dermed et meget komplekst modul. Vil gerne undersøge, om det kan brydes op i mindre dele, se på hvad der kan bygges indenfor de eksisterende rammer og midler. Vi er bestemt ikke gået i stå, men det er vigtigt, at der er konsensus ift. hvad pengene bruges til.

PB: Tror ikke jeg har brug for værktøjet, da alt gennemgås ved årsstatus og medicingennemgang, men tager gerne ja-hatten på

MAL: Seponeringsmodulet er under udarbejdelse, det er vigtigt at aligne forventninger og forudsætninger. Som leverandør, vil vi rigtig gerne hjælpe, det er vigtigt at ramme indenfor skiven. Det er en større sag, og det ligger os meget på sinde at komme videre.

AP: Det fungerer som et selvstændigt modul. Vi har dialog kørende med SST, som finder, at det er rigeligt med markering om seponering på præparatet. Det er yderst vigtigt med dialog parterne imellem.

GB: Her er det også vigtigt med input ift. hvad almen praksis ønsker og kan acceptere ift. løsningen. Det vil være langt billigere, og dermed hurtigere, hvis vi kan begynde med en mindre kompleks løsning. Når det er et separat modul, der kaldes, er der formentlig større velvillighed til at læse mere tekst/få flere måske irrelevante input til en start. Dette kan afprøves i pilotprojekt.

MLL: Mener alle kan have gavn af seponeringsmodul, der er masser af ting, der kan ryddes op i.

GB: Håbet er at modulet også anvendes til andet end årskontroller, og dermed i den daglige konsultation, hvor der ønskes et hurtigt overblik over patientens medicinstatus, og om der er noget, der kan/bør genovervejes. Vigtigt med hjælp til at forstå seponeringsmodul.

MBB: Vil gerne videre og kontakter GB for den videre proces, evt. samle nedslagspunkter i PP-præsentation som støttfunktion.

GB: Anette har udarbejdet to forskellige løsningsforslag, og lavet et oplæg til den klinisk brugergruppe med præsentation af mulige algoritmer i seponeringsmodul. GB vender dette med MBB.

Præsentation af Susanne Noesgaard fra SDS, som deltager ift. punkt om Cave.

MBB: Det nationale Cave-register har mange år på bagen, det står og kører i tomgang, og der er ingen data fyldt i det. Forventningen var, at det skulle have været med i FMB og SDS har været med til diverse møder for at teste Cave af. PLO vil gerne ud over stepperne og oplever villighed fra SDS til dialog ift. at komme videre. Måske skal ambitionsniveauet sænkes, så vi kan komme i gang med at prøve noget af i almen praksis. LPS'erne synes om ideen.

SN: Har overtaget projektet i foråret. Det er et projekt med 10 år på bagen, og derfor har der været behov for at komme mere i dybden og få læst op på det hele, samt samle erfaringer fra både regioner og almen praksis. Der er ingen data i caveregisteret, og det koster penge at have den kørende. Der skal udarbejdes et fuldt estimat på, hvad det vil koste at komme i gang samt driftsomkostninger. Der er god dialog med departementet samt sparring med tidligere arkitekt på projektet. Der skal findes fællesnævner for, hvad der skal være af data i registeret – skal vi udelukkende gå med fremtidsdata og lade de historiske data ligge? Skal der køre en pilot – eller skal vi bare i gang? Vi skal være skarpe på den kliniske vejledning, Cave-motoren skal desuden genbesøges – har stået stille et par år, vi skal finde ud af, hvor registeret skal bo – hvem skal eje det, og endelig skal det sikres, at der er et governance-set-up.

MFC: I stedet for at definere det helt store forkromede set-up, skal vi så ikke bare komme i gang og udvikle undervejs i stedet for at have en færdig løsning fra start. Velvilligheden har været der de sidste 10 år.

AP: Der har været en udfordring med Cave – det har ikke udelukkende handlet om medicin.

MLL: mange bruger cave til bivirkningsregister, dvs. cave er dårligt udfyldt mange steder, så der er et kæmpe oprydningsarbejde foran os, inden vi kan komme i gang med medicinsk cave. Der kan blive behov for hjælp til oprydning ift. at sondere mellem medicinsk cave og andre bivirkninger. Almen praksis kan se, det giver mening, så er med på at få sparket det i gang.

MBB: Præcis den tilgang, som er vigtig. Kommer der cavealarm tænker man sig om en ekstra gang, men advarslen skal være relevant. Måske kan vi prøve det af i et begrænset antal klinikker og så efterfølgende fintune. Opfordrer til at komme hurtigt i gang.

Alle vil gerne i gang, MFC og MBB står gerne til rådighed for projektet, så det ikke igen drukner i workshops og analyser.

5 Test og release

Punktet overtages af mindre gruppe bestående af MBB, GB, MFC og MAL.

6 Indmeldte punkter fra gruppen

PB: Er træt af advarsler om, at ordinationen ikke understøttes af diagnose. Undrer sig over, hvilke data der gør, at det boner ud med advarsler. Efterlyser info-sted, hvor der kan læses om dette.

MAL: Datasættet produceres hos DLI. Havde forstået, at kald til R8 var slået fra i alle anvendelsessystemer, idet R8 i praksis ikke fungerer med almindelige arbejdsgange. Opfordrer PB til at slå R8 fra.

MFC: Der var enighed om centralt at fjerne de advarsler, som ikke giver mening. Advarsler kan også slås fra systemvis.

GB: Forsøger centralt fra at fjerne advarsler, som ikke giver mening, det er et on-going arbejde. Huske, der er forskel på yngre og ældre lægers behov for hjælp.

PB slår modulet fra under diskussionen, da han først nu får kendskab til muligheden. Problematikken understreger behovet for øget fokus på implementering og minimumsopsætning.

AØK: FMK klinisk brugergruppe anbefaler, at ordinerende læge aktivt tager stilling til en behandlingsslutdato ved oprettelse af ordinationer på antibiotika og antiparasit-midler, indenfor

ATC-grupperne J og P. Dette for at sikre, at der ikke optræder "gamle ordinationer" på medicin-kortet.

- FMK-styregruppen vil rette henvendelse til FMB ift. drøftelse af, om advarsel omkring behandlingsludato hører til i FMK eller FMB. Hvad er holdningen i FMB-PLO brugergruppen?

Vi nåede ikke punktet, hvorfor gruppen bedes sende deres skriftlige svar på ovenstående spørgsmål.

7 Evt.

Næste møde – 6. marts 2023 fra 13.00-15.00. Mødebooking udsendes.