



<b>Mødetitel</b>	FMB PLO-brugergruppemøde
<b>Mødedato</b>	18. maj 2022
<b>Tidspunkt</b>	13.00-16.00
<b>Sted</b>	MedCom Odense
<b>Deltagere</b>	Martin Bagger Brandt, PLO Gitte Borup, Fællesregional systemadministrator, Region Nord Michael Frank Christensen, PL-Forum Nina Brkovic, EG Mark Lee Larsen, praktiserende læge Peter Bystrup, praktiserende læge, 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](mailto:alk@medcom.dk)  
[www.medcom.dk](http://www.medcom.dk)  
18. maj 2022

**Afbud:** Jeppe Frøkjær Aaen, praktiserende læge

---

## Dagsorden:

### Velkomst og præsentation/Alice Kristensen

- Velkomst og præsentationsrunde
- Gennemgang og godkendelse af dagsorden

### PLO – projekt og proces/Martin Bagger Brandt

- Udbud, projekt og proces
- PLO's tilgang

### Region Nord – FMB-løsning og Governance/Gitte Borup og Mads Larsen

- Forvaltning og governance
- FMB-løsningen
- Kommende projekter og perspektiver

### Status fra lægepraksissystemleverandører/Michael Frank Christensen

- Udvikling og implementering
- Feed-back

### Indmeldte problemstillinger/udfordringer/Gitte Borup

- Ukendte administrationsveje
- Filtreringsmuligheder

## **Evaluering af implementering og ibrugtagning/Martin Bagger**

- Resultat af "Stjerne-evaluering"
- Tilbage meldinger fra brugerne

## **Kommissorium/Martin Bagger Brandt**

- Gennemgang og godkendelse
- Deltagernes roller
- Forventninger til deltagerne

## **Evt.**

- Næste møde

## **Referat:**

### **Velkomst og præsentation**

Præsentationsrunde samt gennemgang af dagsorden. Der var ingen kommentarer eller ændringer.

### **PLO – Projekt og proces**

Se powerpoints fra PLO ift. den historiske proces og frem til fuld implementering. Fint samarbejde med leverandører og brugere har medført, at vi er kommet i mål med den tekniske udbredelse i almen praksis, plus gjort FMB tilgængelig i alle speciallægepraksisklinikker.

### **Region Nord – FMB-løsning og governance**

Se powerpoints fra RN vedr.:

Forvaltning og governance.

Fælles regional Systemadministrator, herunder beskrivelse af rolle.

Forretningsstyregruppe, herunder beskrivelse af ansvarsområde. Gruppen består af ledelsesrepræsentanter fra koncern-IT, regionale repræsentanter samt rep. fra PLO.

Systemarkitektur: Se tegning på slide.

Spørgsmål til Nationalt Cave-register, som fortsat er under udvikling. Evt. tage kontakt til SDS, som har en "tom" dataskal kørende ift. Cave. Vi skal være opmærksomme på, at Cave registreres på forskellige niveauer – ikke altid kun medicinsk cave. Gradueringsgrad i caveregistreringer kunne være et sted at starte, så der kan registreres efter alvorlighedsgrad.

PL-forum: Vigtigt at komme i gang, få startet op med medicinsk cave, så vi trods alt kommer i gang og kan drage nogle erfaringer, træffe valg ift. at komme videre.

Trifork: Husk der er mulighed for at se FMB frontend-gui i form af demoklient.

Jo bedre data, der kommer ind til FMB, jo bedre kan det understøtte lægen. Proaktiv/reaktiv Slide vedr. identificering af gevinster: Bulletpunkter skal måske omformuleres. FMB hjælper ikke med andre datakilder end medicinsk beslutningsstøtte.

DLI: Der slås stadig op i Promedicin, ofte noget omkring bivirkninger, som ikke er i FMB. Fra start har det været den reaktive tilgang, men på sigt kunne man godt arbejde hen imod en mere proaktiv side.

Trifork: Det var en entydig beslutning fra start at køre den reaktive metode. Vil gerne være med til at opgradere, komme med anbefalinger – men det kræver at komme højere op i klassifikationer.

Mark: Det afhænger af hvilke læger man spørger. Hvis man havde spurgt yngre læger, ville ønsket om proaktive anbefalinger have været meget mere udbredt.

Trifork: Meget erfarne regionale repræsentanter i brugergrupper har medført, at behov for hjælp/beslutningsstøtte ikke har været så stor, som hvis det havde været yngre læger.

DLI: Brugergrænsefladen kan også være afgørende for, hvorvidt FMB bliver en succes eller ej.

Mark: Forskel på advarsler fra interaktionsdatabasen og FMB, en del gule advarsler kan være relevante, men man klikker dem væk, fordi de kan være støjende.

PL: Underkategorier, der mangler forståelse for, hvad de betyder. Det kunne være godt med forskellige typer afhængig af faglig viden (gamle læger/yngre læger). Måske orange advarsler – nogle af de gule advarsler kan være meget kritiske. Der er slået alt for meget fra, som potentielt kunne have gjort en forskel/er kritiske.

Trifork: Der findes undertyper på de gule advarsler, men det er ikke entydigt hvilke undertyper, der er de rigtige at bruge/er relevante. Datasæt skal bakkes op af klinisk evidens. Det skal være effektivt for klinikere.

DLI: Brugergrupper skal være med til at afgøre, hvilke advarselstyper, der er relevante. Apotekerne vil kun være med til 20 hyppigste interaktionsmuligheder, så vil de ikke se mere!!

Vers. 4 FMB, se slide for ny funktionalitet. Ligger på det interne testsystem. I løbet af et par uger kommer den på eksternt testsystem. Indeholder en del strukturelle rettelser.

På tegnebrættet – se 4 emner på slide, de større ting, men ellers vil der komme tilpasninger, tuning mv.

### **Status fra Lægepraksissystemleverandører**

PL: Vi vil gerne have mere fokus på krav til systemet, hvad der skal laves, men ikke hvordan, det skal laves. Hvilke ting og scenarier, der skal løses, finder vi ud af sammen med brugerne. Ift. piloten – er det de samme udfordringer, vi oplever, som det der er oplevet i piloten. Der er en undren over, hvorfor der ikke er taget mere hånd om den del og gjort brug af de opnåede erfaringer fra pilotafprøvningen.

Vi ville gerne have haft mere info om subtitler, subkategorier. Blive bedre til at nuancere billedet, og f.eks. få brugerne til at gøre det.

Lægerne spørger: Hvorfor – hvad er det til for, hvad skal jeg med det. Der er en fornemmelse af at have fået det "stoppet ned i halsen". Der er behov for bedre kommunikation om formål og gevinster. Tænke fremad – så FMB bliver det "fedeste".

DLI: Hvad har der været fokus på i implementeringen? Mangler der kommunikation i form af intro til FMB, e-learning, video?

Alice: Vi skal huske at trække på erfaringer ift. de DD-videoer, som blev lavet med lynets hast, men som flere læger giver udtryk for, at de ikke kender til. Hvordan sikrer vi, at udarbejdet materiale bliver kommunikeret bedst ud og kommer i brug?

PL: Forventningen fra PLO har været, at LPS har kommunikeret ud til deres kunder, hvad FMB er.

Peter: Vi mangler den helt almindelig information og implementeringsarbejde, samt viden om, hvad går det ud på.

Gitte: Måske skulle der udvikles en platform, hvor man kan finde forskelligt materiale, som kan guide på vej – bedre information.

Martin: Erfaring fra piloten er tilbudt fra Emil Sales i stor stil på sprintmøder, som over en længere periode blev afholdt hver 14. dag. Det har ikke skortet på invitationer til at tage fat på pilotsystemerne ift. deres erfaringer.

Enig i krav om funktioner og ikke brugergrænseflader. Efterhånden er der dog nogle holdninger til, hvordan vi gerne vil have GUI'en skal se ud.

Ift. at få solgt varen skal vi blive bedre til at lave aftaler med hinanden. Tale FMB op i brugergrupper og lignende steder.

Mads: FMB er forskelligt fra FMK i den forstand, at projektet har været lagt an på, at man ikke har kunnet sige skal, måske skulle vi have været bedre til at understrege vigtigheden af at tage FMB i brug, lytte til anbefalinger, trække på erfaringer.

Måske skulle der have været skelet lidt til certificeringsdelen fra FMK, hvor der beskrives: "det skal tydeligt fremgå", når der er funktionaliteter, man ikke helt selv kan bestemme ift. GUI. Det kunne være nyttigt med en proces omkring struktur. Man skal også huske at FMK har været i gang i mange år.

PL: Havde ønsket lidt mere SKAL – det er svært at række ud efter hjælp og input. Vi havde håbet på, at piloterfaringerne var trådt mere i karakter. Opfordring til at skele til, hvordan FMK gør det, beskrive kravene entydigt, men ikke bestemme, hvordan det skal se ud i systemerne.

Alice: Formidlingsopgaven er vigtig. Hvis man ikke ved det er der, efterspørges det ikke.

### **Indmeldte problemstillinger/udfordringer**

Mark, WinPLC: Når sekretær sidder med receptfornyelser, ses rød advarselsmarkering, men når lægen skal godkende recepten, kan han ikke se den røde markering. Alle recepter med røde markeringer lægges nu ind til lægen – hvilket giver mange u hensigtsmæssige røde advarsler, som ikke relevante. Det kræver ekstra arbejde af lægen = tid. Når der ved ordination er taget stilling til den røde advarsel, kunne det være en mulighed at give besked til systemet, at det ikke er relevant med den røde advarsel, ved næste receptfornyelse.

Mads: Feedback-knap, 2 forskellige links, som kan anvendes til direkte tilbagemeldinger fra klinikerne, hvor den ene udelukkende er en knap, der giver besked om at man ikke 'bryder sig om' advarslen, hvor det andet link giver mulighed for mere nuanceret tilbagemelding i form af flere svarkategorier og uddybende tekst.

PL: EG Clinea, hvis der er taget stilling til advarsler og der ikke er sket noget nyt i patientens tilstand, kommer advarslen ikke igen. Vi skal lære hvilke modeller, der virker bedst, ligesom i starten med FMK og 2-delt UI. Anvendelsesystemer skal indbygge "de smarte" funktioner og lære af hinanden.

Mads: LOG – skemavalideringsfejl, mængden er relativt konstant. Måske runde med hvert LPS ift. de fejl, der dukker op. Tilbud systemvis. Vil gerne væk fra valideringsfejl.

PL: God ide, vil gerne være med.

### **Evaluering af implementering og ibrugtagning**

Se slides fra Martin.

Der er kommet ca. 80 besvarelser via PLO -orientering og efter opslag på FaceBook også ca. 80 besvarelser herfra. Antallet svarer meget godt til det antal, der plejer at besvare lignende henvendelser.

Spørgeskemaet bestod af 8 spørgsmål – se slide. Der var mulighed for at give stjerner – 1-5 - men også mulighed for at skrive tekst.

Evalueringen viser, at varen er efterspurgt, men resultatet af denne mini undersøgelse (voxpath) viser, at varen ift. FMB ikke er den helt rigtige – endnu.

Der ligger en stor kommunikationsopgave i at fortælle om konfigurationsmuligheder. Det at kunne "slå til og fra".

De svar, hvor der er givet 1-2 stjerner, påpeger, at der er for mange advarsler. Vi skal have justeret FMB til, så alle besvarelser får 3 stjerner eller mere.

Vigtigt med dialog, ellers får vi ikke flyttet anvendere fra 1-2 stjerner til flere.

Mads: Vores fornemste opgaver er at sikre, at for mange irrelevante advarsler ikke står i vejen for de relevante.

PL: Det med at kunne slå til og fra skal bruges med omtanke. FMB er en "gave" og den skal bruges. Det er ikke "kun" et tilbud, forventningen er at det skal bruges. Det kunne være interessant at se, om nogle klinikker helt har slået FMB fra.

DLI: Vigtigt med input fra klinikerne. Vi kan ikke selv blive ved med at finde på nyt, vigtigt med nye øjne på tingene.

Gitte: Har hørt, at svartider er blevet langsommere, det tager tid at hente data.

PL: Oplevelsen af, hvad der er langsomt eller ej, kan være meget individuelt. Det er ikke det, der høres mest om i supporten.

Mads: Der er stor fokus på performance, der er mulighed for at skrue på hastighed. Vi har gode erfaringer fra FMK.

### **Kommissorium**

Kommissoriet blev godkendt uden kommentarer. Det tages op igen om 1 år.

### **Evt.**

Næste møde

24.10.22 kl. 13.00-15.00 hos MedCom.

Kalenderbooking udsendes.