

<b>Mødetitel</b>	Laboratoriemedicinsk Referencegruppe	MedCom
<b>Mødedato</b>	23. september 2021	Forskerparken 10 5230 Odense M
<b>Tidspunkt</b>	10-14	Tlf: +45 6543 2030
<b>Sted</b>	MedCom, Konferencen, Forskerparken 10, 5230 Odense M	E-mail: ghe@medcom.dk www.medcom.dk
<b>Deltagere</b>	Morten Hansen, SDS Helle Bering, FSA. Lab.svarportal og Sundhedsjournal (video) Kate Kusk, Datakonsulent DKO Birgitte Cordt Qvist, Laboratoriekonsulent LKO Ane Bøgh Poulsen, SSI Britta Storvang, RN (Biokemi) Uffe Lund Lystbæk, RM (Biokemi) Lone Stenstrøm Nielsen, RSD (Biokemi) Gitte Borgen, RSJ (Biokemi) Elly Keller Kristensen, RH (Mikrobiologi) Steen Antonsen, DSKB Thøger G. Jensen, DSKM Lotte Krogh, DSMG Michael Johansen, MedCom Hussein Ali Al-Issa, MedCom Marianne Broholm, MedCom Gitte Henriksen, MedCom, referent	1. november 2021
<b>Afbud:</b>	Helle Møller Johannesen, SDS Lisbeth Hein, RH (Patologi) Mette Klarskov Andersen, RH (Genetik) Lone Espensen, RSD (Immunologi) Susanne Sækmose, DSKI Giedrius Lelkaitis, DPAS – udtræder af gruppen Erik Høgh, Praksiskonsulent PKO	

---

## Referat:

### 1 Velkomst og præsentation

Marianne bød velkommen. Der er en lang dagsorden.

Det er dejligt at kunne holde et fysisk møde igen. Det er nemmere at få noget snak i gang, når vi er samlet fysisk. Man kan godt deltage i nødsituationer på video, men så bliver det kun som lytter.

Der er afbud fra: Helle, Lisbeth, Mette, Susanne og Lone. Se ovenfor.

Giedrius Lelkaitis udtræder af gruppen, da han ikke længere kan afse tid til at deltage i møderne.

Marianne bød velkommen til Birgitte Qvist som er nyt medlem i stedet for Lone Mørck, som er gået på pension. Hussein Ali Al-Issa fra MedCom er ny deltager. Hussein er nyan-sat i standardteamet.

Herefter var der en kort præsentationsrunde af deltagerne.

## 2 Opfølgning på punkter fra sidste møde

### a. Rekvirerings- og Svargrupper

Marianne opsummerede på ovenstående.

Vi mangler at få gennemgået koderne, som DSKB er ansvarlig for i forhold til placering i de nye svargrupper. Vi mangler også en afklaring, som blev rejst på seneste møde, omkring hvad indholdet i svargruppe 95 skal være.

Steen: vi har i RSD et bud på, hvordan det kunne gøres. Spørgsmål om det kan bruges og DSKB kan godkende dette. Marianne vil gerne have denne gennemgang, så hun kan sammenligne med dem som hun har i forvejen og hun vil kun kigge på dem som DSKB har med.

De er opdelt alfabetisk med enkelte undtagelser og egne analyser er også med i hver gruppe.

Thøger: hvis klinisk mikrobiologi skal med i denne oversigt, så kan han se, at det bliver svært at finde undersøgelserne, hvis de bliver spredt ud over mange forskellige grupper. Der er ikke nogen systematisk måde at udsøge dem på.

Marianne: der er ikke nogen MDS-koder med i oversigten.

Steen: kan vi blive enige om, at det vil være godt at kunne se svar på tværs af alle specialer? Herefter må vi så tage fat på, hvordan det så kan løses på en ordentlig måde. Opfordrer til, at man stopper med at kritisere det som er nu og så kommer videre ad et spor, hvor det bliver beskrevet, hvordan man får lavet en løsning, så man kan komme videre. Det vil være et spor helt for sig selv.

Der var opbakning til dette i gruppen.

### b. Akkreditering af laboratoriesvar i praksissystemer

Marianne opsummerede på ovenstående.

Vi er ved at kigge på egentest lige nu fra lægesystemerne på patologisvar.

Vi har tidligere talt om, at testene skulle gentages efter 3-4 år.

Det foreslås, at der kun skal gå 3 år.

Ny re-test for mikrobiologisvar foreslås gennemført i efteråret 2022.

Der er bl.a. meldt en fejl ind fra Region Nord, hvor nogle LPS ikke viste mikrobiologisvar korrekt. Dette eks. skal indgå i re-testen.

Der er stadig nogle af journalsystemerne i primærsektoren, som mangler at kunne modtage XRPT05.

Elly: kan vi ikke få en tilbagemelding på hvem det er, som ikke kan tage imod XRPT05 svar. Der skal følges op på den oversigt med svar fra de manglende systemer om de har implementeret XRPT05 hos alle deres kunder.

MedCom laver en sådan oversigt.

### c. Central eksponering af analyse-koder

Marianne opsummerede på ovenstående.

I må gerne sende opdaterede udtræk til Marianne, så vil hun få dem lagt ind. Forslag om at der kun sker opdatering 1. juni og 1. december. Nogen opdaterer hver uge og den trækkes ud som en fuldstændig liste, bl.a. SSI. Man må gerne sende den fulde liste til Marianne så tit man vil, men vi holder fast i de faste opdateringsdatoer 1. juni og 1. december, så Marianne skal have opdateringerne lidt før disse datoer.

## 3 Modernisering på standardområdet

### Orientering om de kommende FHIR-meddelelser.

Michael orienterede om de kommende FHIR-meddelelser. Se slides.

Vi vil starte med sygehusadvis og korrespondancemeddelelsen med implementering i 2022-2024.

Hvorfor FHIR: for at gøre verden enkel og bedre og fordi edifact på et tidspunkt vil blive en brændende platform. Men det vil også blive dyrt, når man ser på de tilbud som leverandørerne kommer med.

Sygehusadvis og korrespondancemeddelelsen skulle være prøveklud for FHIR kommunikationen og derefter skulle henv. og epikriser udvikles og dernæst laboratorie-rekv. og svar. Men der har jo også været en pandemi indover, så det har skubbet lidt på tidsplanen.

Steen spørger ind til, hvad det er som kommer til at koste så mange penge. Michael svarer at det vil vi også gerne vide. Er det fordi leverandørerne skal give en fast pris og dermed forhøjer denne pga. usikkerhed omkring hvad der skal til bl.a. fordi det er FHIR og ny teknologi.

Vi har haft det oppe i den nationale bestyrelse og MedComs styregruppe også omkring prissætningen.

Uffe: vil det ikke bare være en mapning fra FHIR og over i f.eks. Labka og som så kan indlæses der?

Michael: der er flere veje som man kan gå, og den dybe integration er tilsyneladende meget dyr, hvilket kan tale for den alternative tilgang med mapning.

Thøger: overvejelse om at man samler alle lab.standarder i en standard.

Ane: mener at det vil give større fleksibilitet i stedet for at de er opdelt.

Steen: vi har ikke de penge som skal til, så hvorfor nævnes dette i dag.

Michael: Budskabet i dag er, at de nye standarder ikke er noget som kommer indenfor det næste års tid. Der skal tages stilling til, om der er forretningsmæssige ændringer til standarderne, som så kan komme med i FHIR udgaven af standarderne.

Det er rart at have flere argumenter for, hvorfor vi skal skifte til FHIR.

Der skal også tages stilling til, om der er forretningsmæssige ændringer der ikke kan afvente FHIR moderniseringen.

#### **4 Ændring af standarden RPT01/XRPT01, så det er muligt at sende mere end 99 analyseresultater i en svarfil.**

Michael opsummerede på ovenstående.

Der er specielt en standard hvor der er et ønske om at overskride de eksisterende begrænsninger, og det er i lab.svarstandarden for biokemi og immunologi, hvor man gerne vil kunne sende mere end 99 svar.

Det vil kræve ændringer i mange systemer (se slide).

Samme ønske for antal analyseresultater i XRPT07 genetiksvær.

Lotte: synes det er svært, at systemet er så tungt, at man ikke kan lave ændringer uden at det tager 7 år at få implementeret i alle systemer.

Ændringsønsker til RPT01, se slide.

Ændringsønsker til RPT02/XRPT05, se slide.

Ændringsønsker til XRPT06, se slide.

Ændringsønsker til andre standarder, se slide.

Ny version af rekv.standard REQ01/XREQ01, se slide.

Ny version af rekv.standard REQ03/XREQ03, se slide.

Vil det være en ide at undersøge, hvad der skal til for at ændre antallet 99 til et højere antal, måske vil mange af systemerne være i stand til at ændre dette umiddelbart, og det vil ikke koste alverden.

Hvis det er en lille og billig ændring, så vil man anbefale at det bliver gjort og at man ikke venter til en evt. HL7 standard skal implementeres.

Man skal være obs. på at alle svar kan vises, og at der ikke er nogen som går tabt.

Labka2 kan nemt rette, men EPJ-erne vil sandsynligvis ikke kunne rette medmindre det står i en standard, og der er validering på hvor mange svar der må være.

Alternativt sender man svarene ud på papir.

Systemerne skal holdes vedlige og opdateres indtil det erstattes af noget andet, sådan vil det altid være.

I Region Midt ser man det nødigt løst med en ny version, da det vil koste 1 mio. Hvis det bare er en ændring i systemet fra 99-199 kan Uffe gøre det på 1 minut og det er gratis.

For mikrobiologi hører Michael, at der skal en ny version til for at lave ændringen.

Der skal laves en foranalyse på dette, hvor vi undersøger mulighederne, og hvorvidt det kan gøres i eksisterende versioner eller med nye versioner.

#### **Konklusion:**

MedCom må tage rundt til de systemer som viser laboratoriesvar med en lille case, om de kan modtage mere end 99 analysesvar, og så må vi spørge hvad de kan gøre for at løse det og hvad der skal til.

På mikrobiologiområdet må vi finde ud af hvilke begrænsninger der ligger.

Det er især Region H. og Region Nord som ønsker en løsning på problemet nu.

Det skal undersøges hvortit det sker og hvad det koster i forhold til dette, hvis der sker en ændring af standarden eller den tid der skal bruges i forhold til at håndtere dette.

Laboratorierne finder ud af hvor hyppigt det sker.

## **5 Præciseringer til eksisterende versioner af standarderne**

Michael opsummerede på ovenstående.

CPR-nummer rettelse se slide

Modificerede svar se slide

Ane: der skal sendes et svar på den rigtige pt. og på et nyt rekv.nr. Kan alle modtage dette, selvom det er et rekv.nr. de ikke kender. Alle systemer kan modtage disse svar.

Der kan være noget med sendeprøver flow. Dette scenarie har vi ikke tænkt på, men man kan ikke forvente, at lab. kan modtage, hvis rekv.nr. ikke er kendt.

Det er det primære lab. som skal sørge for at få rettelse sendt ud til alle dem som har modtaget svar.

Man sender et tomt svar, hvor det oplyses at svaret er sendt på et forkert cpr-nummer.

Man sender et korrigeret svar, hvor man gør opmærksom på, at der var en fejl.

Cpr-nr. kan frit ændres i LIMS, så længe man ikke har svarafgivet til nogen, er nok den mere præcise formulering.

Modificerede svar

Når et svar er modificeret, rettet, suppleret mv. sendes status GIS+M.

Det er ikke usædvanligt at mikrobiologerne bliver kontaktet, og der er kommet en kopi-svarmodtager på, så det bliver svært at holde styr på hvem man har sendt svar til og dermed også skal sende et rettet svar til.

Der skal også gerne holdes styr på, at de bliver sendt i kronologisk rækkefølge.

Praksislæger må navngive en analyse som de synes, også selvom lab. har sendt det som et andet navn. Ane mener, at det til enhver tid skal kunne vises i LPS, hvilket analysenavn lab. har sendt. Koden skal være den samme.

Problemet har været, at det navn, som lægen gav analysen, også bliver vist i MinLæge app-en, og det blev ptt. forvirrede over.

Der kører et datakvalitetsprojekt i MedCom, hvor Marianne har givet ovenstående problemstilling videre, så der vil blive kigget på og taget hånd om dette.

Præciseringer som bliver skrevet ind i de eksisterende versioner af standarderne, se slide Links: bør kun angives med en beskrivelse på højst 70 tegn og link på højst 70 tegn.

Det må ikke være sådan, at en analysekommentar vises på en sådan måde, at man overser at der også er en rekv.kommentar.

Rekv.kommentarer vises for alle analyser i RPT01/XRPT01

Diagnoser er tilladt ved foreløbige patologisvar

Materiale og lokalisation i version XR0532M: kun obligatorisk ved MDS-koder (ikke ved NPU-koder). Der må ikke sendes punktum!

Tabel med anbefalede resultattekster fjernes fra RPT01.

Udestående certificeringer som er pauseret pga. pandemi, se slide.

Mikrobiologisvar ver. XR0532M, LIMS er kun godkendt til afsendelse af XR0531M.

Upload til lab.svarportalen, biokemi SSI og immunologi, fx. Prosang certificering.

Se slide

Ønsker fra MedCom, se slide.

Alle LIMS anvender NPN som rekvisitionsnummer.

Svarvisninger kan på samme NPN vises i én kolonne, hvilket kompliceres af at analysekoder kan forekomme mere end en gang pr. rekv.

Man kan ændre rekvisitionens patient-ID og prøvetagningstidspunkt, såfremt alle understøtter brug af NPN.

## 6 Markering af resultater, der ikke har referenceinterval

Michael opsummerede på ovenstående.

Ønske fra RSD om markering af ikke referencevurderede analyseresultater (dem uden referenceinterval).

Der findes en markering i standarden som hedder abnorm (UN), der kan benyttes til at markere det unormale.

Alle analyser udenfor referenceinterval er røde. Der er nogen analyser, hvor der ikke er et referenceinterval og som derfor ikke bliver markeret.

Der kan sagtens være abnorme resultater, hvor der ikke er referenceinterval med. Kolleger som mener, at de burde være orange, så man får øje på dem, når man kigger ned over analyseresultaterne.

Men hvis det findes i standarden, så er det vel det man skal bruge i laboratoriesystemet og om man så vil markere dem med en farve eller andet er vel op til leverandøren/brugeren? Hvad skal MedCom anbefale?

Dobbelpil vist i Lab.svarportalen bruges i dag til at indikere, at det er uden referenceinterval, eller abnormt.

Der skal være en indikation af, at svaret ikke kan referencevurderes. Forslaget er at farven er en anden, så man kan skelne mellem dem.

Kate: man skal huske på, at det skal hænge sammen med de projekter (intelligent indbakke), som også kører i MedCom regi omkring visning af svar og hvornår de skal vises.

MedCom vil arbejde videre med, at der kommer en ekstra kode i standarden for at svaret ikke kan referencevurderes.

UTH på manglende referenceinterval vægter højest og ændringerne skal derfor løses indenfor rimelig tid og kan ikke afvente FHIR og så kan man tage ovenstående ændringer med i samme opdatering, foreslår Steen.

Gitte Borgen nævner også problem med forståelsen af svarene "påvist" og "ikke påvist".

## 7 Typer af referenceinterval

Marianne opsummerede på ovenstående.

Vi havde det oppe på seneste møde om der var behov for flere. Det var der ikke på daværende tidspunkt. Senere er der så kommet forslag til 2 nye intervaltyper:

Beslutningsgrænse/Beslutningsinterval (B) og Toksisk interval.

Steen vil gerne støtte oprettelse af disse nye typer, da de allerede bruger dem i lab.

Det vil give en versionsændring i standarden, da der skal laves en ny kvalifikatorliste, hvor nye typer kan tilføjes og der vil kun blive sendt 1 type ad gangen og der kan evt. udover ved behov sendes en kommentar med at det toksiske interval er højt.

## 8 Tilføjelse af lokalkoder i MedComs fil, så lokalkoder placeres i korrekt Svargruppe

Marianne opsummerede på ovenstående.

Vi har fået et ønske ind fra Region Syd, som gerne vil have lokalkoder ind i svargrubeoversigten. Det kræver, at de kommer med i den fil som MedCom opdaterer.

Hvordan skal det gøres? Og der vil nok være rigtig mange lokalkoder.

Hvorfor skal der skiftes? Der er rigtig mange dobbeltanalyser med samme NPU-kode, men som har forskellige referenceintervaller og derfor er der behov for lokalkoder, så man kan vælge dem ud.

Der bruges ikke de samme metoder på alle lab. i Region Syd, så de kan ikke sammenlignes på tværs. Så der laves en lokalkode på den ene af dem og den anden får NPU-koden. Kan der laves en nationalkode i stedet for et antal lokalkoder?

NPU-systemet er utilstrækkeligt i forhold til dette.

Uffe: vil opfordre SDS til at komme på banen, så der ikke laves forskellige løsninger rundt i de 5 regioner. DNK-kode med et metodenavn vil være godt. Morten ved ikke om det er specielt rationelt.

Er der ikke mulighed for at berige NPU-koden i det nye system?

Syntaksen ændres ikke i Labterm2. Vi kommer ikke til at sætte en Siemenskode på i NPU-koden i det nye Labterm2.

Marianne nævner, at hun skal have de filer med lokalkoder serveret, så hun kan lægge dem direkte ind i masterfilen. Det vil være regionens eget ansvar, at de bliver vedligeholdte. Det skal kun være svar-koder og IKKE rekv.koder.

Det skal afleveres på den form, som er vist på sliden og med de samme overskrifter og kolonner.

Der er ca. 12.000 koder på nuværende tidspunkt og det vil måske blive dobbelt så mange eller flere.

Marianne vil gerne have et navn på dem som vil fremsende disse lister.

Marianne sorterer filen på svargrupper og kortnavn og vil kun lægge dem ind, som de modtages fra jer.

Forslag til at man laver en forklaring til excelarket som sendes med ud i referatet. Det vil Marianne gerne lave og den første opdatering er pr. 1. december. Helle Bering foreslår,

at den første testfil lægges ind i test lab.svarportalen, så vi kan se om det virker inden den lægges i produktion.

## 9 Differentieret svarvisning for borgere og klinikere

MedCom er i gang med at udarbejde testprotokoller til differentieret svarvisning og det skal besluttes, hvordan processen skal være. De specialespecifikke selskaber skal være med i vurderingen af, hvad der kan udelades i en borgervisning.

Hussein opsummerede på ovenstående.

Hidtil er borgere og klinikere blevet præsenteret for samme visning, hvilket har været med henblik på, at de skulle have samme udgangspunkt under dialogen. Borgerne har dog ikke samme forudsætninger som klinikerne til at forstå visningen. Målet med differentieret visning er at gøre det nemmere for borgerne, at forstå visningen herunder egne prøveresultater.

Arbejdsgruppe som bestod af nogen af jer her i gruppen samt de kliniske lab.

Løsning, se slide

Brugergrænsefladekonsulentfirmaet Duckwise er ved at lave mockups.

MedCom er ved at definere i standarden hvad der er relevant for borgervisning (B) og klinikervisning (K).

Vi har brug for jeres hjælp til klinikerdelen, hvilke dele skal som minimum vises for borgere?

Nogle felter skal måske slet ikke vises, men de skal være der af tekniske hensyn. Nogle felter skal ikke vises i hovedbilledet, men kan vises andetsteds.

Gruppen, som har deltaget i projektet, blev enige om, at borgeren også bør have mulighed for at få vist klinikervisning, f.eks. ved højreklik i MinLæge. Det var en anbefaling og ikke et krav.

Hvem vil gerne melde sig til at kigge standarderne igennem for korrekt markering af, hvad der skal vises for borgeren og for klinikerens og både og?

Thøger nævner, at Michael gerne må sende opgaven vedr. mikrobiologi til ham, Ane og Elly, så vil de fordelen opgaven imellem sig.

Vigtig forudsætning om borgeren skal have den fulde visning?

Forslag til link til patienthåndbogen i XRPT05?

## 10 Eventuelt, herunder fastlæggelse af ny mødedato

Forslag til ny mødedato: torsdag den 10.02.2022, dagsorden udsendes 14 dage før mødet. Ønsker til dagsordenpunkter skal sendes til [mab@medcom.dk](mailto:mab@medcom.dk) senest den 17.01.2022.

Forslag til ny mødedato blev accepteret.

Marianne sender kalenderaftale med den nye mødedato ud med det samme.

Tak for i dag.