

Høringssvar til Godkendelseskriterierne

1.4.4E2

Sundhedsdatastyrelsen, FMK programmet har d. 17. april 2018 udgivet FMK Godkendelseskriterierne 1.4.4E2 på høringsportalen med en svarfrist på 4 uger.

Alle indmelder er listet i dette dokument. De høringssvar, der er indsendt, vil blive journaliseret i Sundhedsdatastyrelsens journaliseringssystem.

Der kan søges om agtindsigt i dette dokument via Sundhedsdatastyrelsen/FMK- programmet, samt det publiceres på Høringsportalen når Godkendelseskriterierne er godkendt af FMK koordinationsgruppe.

Proces:

I dokumentet er listet alle de godkendelseskriterier (GK), der har været kommenteret.

Hvis kommenteringen har medført ændring i kravet eller beskrivelsen er det nævnt i det grønne punktform.

Derefter er listet indmelder, kommentaren til GK og derefter kommentar fra Sundhedsdatastyrelsen. Hvis der er indmeldt fra flere parter til et GK, er der svar fra **Sundhedsdatastyrelsen** per indmelder.

Indmelder:

Der er indenfor svarfristen modtaget høringssvar fra flg. parter.

- > Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark har via fælles FMK system ~~koordinator~~koordinationer (FSK) indsendt samlet dokument, indeholdende kommentarer fra de 3 parter.
- > Systematic har i samarbejde med Region Midtjylland og Region Nordjylland indsendt samlet kommentering. Herefter nævnt som Systematic/EPJ
- > NOVAX har indmeldt som LPS leverandør
- > KL har indmeldt på vegne af de 98 kommuner.
- > Systematic/EOJ har indmeldt som leverandør.
- > Apotekerforeningen

Tilbage melding på GK:

Versionering:

Versionen tilrettes til version 1.8 på godkendelsestidspunktet. Dette sker på baggrund af de rettelser, der er gennemført.

GK1.2:

- › Kravteksten er tilrettet med POR i parentes, da lokal version oprettes via POR. Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

KL: Det skal være et krav, at når man går over på borgerens FMK at man i det kald, henter nyeste medicinkort ind. Brugeren skal ikke først gå ind på borgerens medicinkort, for derefter at skulle "hente nyeste version ind".

Det har skabt meget forvirring om man sidder med nyeste version eller ej og flere systemer kan godt håndtere det. Det burde derfor være et krav, at man i første tryk på borgerens faneblad "FMK" henter nyeste version ind.

Sundhedsdatastyrelsen: Beskrivelsen er omformuleret.

Region Sjælland: Dette er registreret via POR på FMK

Sundhedsdatastyrelsen: POR (Patient Organisation Relation) er tilføjet kravteksten.

Region Syddanmark: §157 stk. 2 1.pkt.

Sundhedsdatastyrelsen: Henvisning til Sundhedslovens § 157, beskriver i hvilke situationer der kan foretages opslag.

GK1.3

Novax:

Vi har lavet en løsning hvor medicin der fejler pga. utilgængeligt FMK vises i en liste med patienterne og det medicin der er fejlet.

Hvis man går ind i den enkelte patients journal kan brugerne kun se det ved at kigge på datoen for sidste recept som så er forskellig i det lokale medicinkort og FMK.

Sundhedsdatastyrelsen: I bør vise en form for oversigt, hvad der afventer at blive sendt til FMK.

GK1.6

- › Kravteksten tilrettet – således at, relevant service er fjernet

Region Syddanmark spørger til hvilke "relevante services".

Sundhedsdatastyrelsen: Dette er imødekommet, relevant er fjernet da FMK er ikke tilgængelig eller tilgængelig.

GK2.1

> Kravteksten er tilrettet, således aktuelle eller forrige version kan anvendes.

>

Region Sjælland og Region Hovedstaden indvender, at dette er en stramning, da det tidligere har været forrige og nuværende version der kunne anvendes. Der Menes, at det skaber udfor-
dring i arbejdsgangen for indlæsning Regionalt.

Region Syddanmark: Ikke hensigtsmæssigt, da takstfilen fra LMS kommer mandag, men denne er ikke læst ind i alle EPJ før midt/sidst i samme uge. Dette vil give uhensigtsmæssigheder for klinikerne!

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er imødekommet

GK3.1

Region Hovedstaden: Er denne liste uudtømmelig?

Sundhedsdatastyrelsen: Ja

Systematic/EPJ: Af hensyn til patientsikkerheden, bør det ikke være tilladt at bevare sammenstillingen af lægemiddelordinationer, når et lægemiddel ændrer sig så meget, at to sammenstil-
lede lægemiddelordinationer ikke længere befinder sig samme ATC gruppe (fx N:02:B og N:02:A).

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget ikke imødekommet. Der har ikke været tradition for at be-
grænse klinikere i at skifte behandling til anden ATC-kode. Bl.a. på baggrund af, at behandlingen kan ændres, således at indikation fastholdes, men aktivt stof er tilhørende i forskellige ATC-ko-
der. Sker der ændring på LMO med samme ID (på linie) i FMK eller lokalt, skal brugeren gøres opmærksom på dette jv.f. GK 3.1. (Det skal særligt fremhæves (eventuelt ved brug af ikoner), om der er forskelle mellem ordinationerne med samme ordinations-id, og hvilken af ordinatio-
nerne, der er ændret senest). Ligeledes er der bag ethvert skift i behandling, en klinisk faglig vurdering. Endvidere beskriver Best Practice hvad klinikerne anbefales at gøre ved "Præperat-
skift : Hvornår bevare man den samme ordination".

Region Hovedstaden: Det anbefales en mere ensartet skærmopbygning.

Dette for at klinikere kan tale sammen ud fra en ensartet forforståelse, uden at skulle forholde sig til GUI opbygning.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er ikke imødekommet, da opbygningen giver plads til individuel konkurrence for anvendelse systemerne.

G.K. 3.2

Region Hovedstaden: FMK delen bør vises som "ikke tilgængelig"

Sundhedsdatastyrelsen: Ved kald til FMK vil det fremgå, såfremt FMK ikke er tilgængelig.

GK 3.4.

Region Hovedstaden: Struktureret data skal benyttes når det er tilgængeligt og meningsfuldt. Systemer skal som default aflevere struktureret data til FMK.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet ikke ændret, da GK 3.4 omhandler forvanskning af data. Disse data leveres så struktureret muligt.

GK3.6

➤ Kravet er omformuleret med tre muligheder, og beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Region Hovedstaden: Efterspørger om POR relationen er en ikke klinisk modifikator.

Sundhedsdatastyrelsen: Regioner ønsker en ændring, således at indlæggelse og udskrivelse ikke påvirker versionering, eller alternativt ikke giver en senest ændret af - denne mener de, skal være relateret til en klinisk ændring. En ændring af denne funktion kan bringes ind via FMK governance.

Kravet er opdateret ang. antal af modifikator, samt beskrivelsen er omformuleret.

GK3.7

Region Sjælland: Der kan dog godt opstå situationer, hvor det er længe siden, at patienten har været indlagt og hvor der ikke har været ajourført ved udskrivelsen og der efterfølgende er lavet ændringer i medicineringen af praktiserende læge uden at der er blevet ajourført

Sundhedsdatastyrelsen: Men det ændrer ikke ved, at et medicinkort, der har en *ikke-ajourført* markering – fremgår det ikke på FMK, om der kan være ordinationer i EPJ systemet, der skulle have været overført til FMK. Enhver læge kan undersøge, om det er tilfældet, sikre at patienten er i relevant behandling, foretage en ajourføring, og derved fjerne ikke-ajourført markeringen.

G.K 3.10

- Henvisning til GK er ændret i kravet – der var henvist forkert.

Region Syddanmark: GK 3.3 – de to GK bør sammenskrives.

Region Sjælland: Fuldstændig enig, det er rodet at det står i to GK og at der henvises til det forkerte GK. I KG3.5 står der, at samtlige data skal vises og det er ikke det som der ligger op til i henvisningen fra GK3.10.AK

Sundhedsdatastyrelsen: Henvisning i kravet ændret fra GK. 3.5 til GK 3.3

G.K3.11

Region Hovedstaden: Uddybning af, hvad historikken indeholder

Sundhedsdatastyrelsen: Uddybning ikke imødekommet. Der er tale om historik på én LMO.

GK 3.12

Region Hovedstaden: Det bør være muligt at skrive en tekst, hvad årsagen til pause er, såfremt patienten pludselig bliver syg og skal indlægges

Sundhedsdatastyrelsen: Forslag ikke imødekommet. Har ikke været specificeret og godkendt med udviklingen, FMK er ikke et patientjournalssystem. Kan bringes ind via FMK governance.

GK 3.15

- Kravteksten er omformuleret.

Systematic/EOJ:

GK 3.15 – Eksistensen af opfølgingsdatoer på en lægemiddelordination skal fremgå af oversigten over aktuelle lægemiddelordinationer. Detaljerne skal vises i tilknytning til lægemiddelordinationen. Vi er i tvivl, om dette krav er relevant for EOJ-systemer?

Såfremt oplysningen er relevant for EOJ-systemer, så mener vi, at ovenstående kriterie er formuleret for stringent. Jo mere data vi præsenterer direkte i medicinoversigten, jo mere uoverskuelig bliver oversigten for brugerne. Denne oplysning kunne godt vises som en detalje, som brugeren kunne få vist ved et enkelt "klik / prik" eller som et ikon svarende til GK 3.16.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravteksten er omformuleret, det er relevant for alle systemer at vise opfølgingsdatoer. Visning af detaljer, som præciserer kravet om opfølgingsdatoer er rykket til beskrivelse.

Systematic/EPJ: GK 3.15 Eksistensen af opfølgingsdatoer på en lægemiddelordination skal fremgå af oversigten over aktuelle lægemiddelordinationer. Detaljerne skal vises i tilknytning til lægemiddelordinationen.

Er der en national udmelding omkring opfølgingsdatoer, så klinikerne ved hvorledes de skal anvendes (se også GK 9.1)? Når opfølgingsdatoerne alene fremgår af medicinkortet, er det nødvendigt at medicinkortet åbnes, for at opfølgingsdatoerne kan aflæses. Dette forudsætter igen, at brugeren skal foretage en aktiv handling på patientens medicinkort. Hvis et ambulansbesøg fx aflyses eller flyttes, er det ikke overvejende sandsynligt, at patientens medicinkort i denne proces åbnes for at se om der er opfølgingsdatoer?

Sundhedsdatastyrelsen:

Foreslår at opfølgingsdatoer indgår i begrebsdatabasen. Opfølgingsdatoer er tænkt som kommunikationsredskab fra den AK-ansvarlige til øvrige parter der søger oplysning om disse fakta, bl.a. når klinikker orienterer sig i aktuel medicin – Anvender systemerne er velkomne til at anvende datoen videre ind i eget system til journalisering/tjekliste etc.

Gk3.16

Systematic/EPJ: GK 3.16 Eksistensen af effektueringer direkte på lægemiddelordinationer (indgivet/udleveret) og åbne recepter tilknyttet lægemiddelordinationer skal fremgå af oversigten over aktuelle lægemiddelordinationer.

Hvis ikke der kommer nogle regler for, hvor længe en effektuering er aktuel/relevant, kan man frygte, at ikonet altid vil "lyse", og derfor ikke længere give mening.

Sundhedsdatastyrelsen: Ændring af kravet ikke imødekommet. Detaljer på en LMO gemmes 2 år. Det er relevant, at kliniker er opmærksom på åbne recepter koblet til LMO. Desuden kan en effektuering, der er 1 år gammel være lige så relevant som en effektuering der er givet for 1 døgn siden. Bemærk der står eksistensen af effektueringer.

Gk 5.2

Region Hovedstaden: FMK skal ligeledes kunne håndtere en periode med ingen dosering.

Sundhedsdatastyrelsen: FMK kan håndtere en LMO, der indeholder en eller flere doseringsperioder, hvor der ikke gives medicin. GK 10.7 beskriver håndteringen af perioder uden dosering

GK 5.3

Systematic/EPJ:

GK 5.3 Hvis en lægemiddelordination har flere doseringsperioder skal den aktuelle dosering fremgå af skærbilledet, herunder doseringsperiodens doseringsstart- og eventuelle slutdato. Sidste del af kravet virker som en gentagelse af GK 5.7.

Sundhedsdatastyrelsen: Ændring ikke imødekommet.

GK. 5.5

➤ Forslaget er tilføjet i beskrivelsen til kravteksten.

Region Hovedstaden: TILFØJELSE:

Men skal begrænses mest muligt.

Hvorfor står GK ikke sammen med øvrige GK om data.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslag imødekommet om begrænsning er tilføjet under beskrivelsen. Der er ikke foretaget sammenskrivning af GK. GK 5. afsnittet omhandler visning af en lægemiddelordination.

Gk 5.6

➤ Kravteksten og beskrivelsen er omformuleret.

Systematic/EPJ:

GK 5.6 Er det markeret, at en dosering kun findes i den ordinerende læges lokale system ("Dosering efter skriftlig anvisning"), skal oplysningen herom vises.

De supplerende oplysninger er forvirrende at læse, og virker i en vis grad til at være i modstrid med kravteksten.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er imødekommet, kravteksten er omformuleret.

GK6.3

➤ Kravteksten er omformuleret

Systematic/EPJ:

GK 6.3 Receptens aktuelle status skal fremgå særlig fremhævet.

Man vælger her at sige, at et statusfelt skal være særligt fremhævet – altså stå med fx fed i forhold til de øvrige data for recepten. Er det korrekt?

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er imødekommet. Kravet er omformuleret.

GK 6.5

➤ Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Systematic/EPJ:

GK 6.5 Et system skal kunne vise årsagen til ugyldiggørelse af recept
Ugyldiggørelse af recept bør defineres, og det bør beskrives, hvad og hvordan det forventes at årsagen til ugyldiggørelsen skal vises.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er imødekommet. I beskrivelse er nævnt, hvordan årsagen kan vises i et detaljebillede.

Apotekerforeningen:

Apotekerne har hidtil kun registreret årsagen til apotekets ugyldiggørelse af recepter til apotekets eget brug, idet det har været oplyst, at de øvrige FMK parter ikke havde adgang til oplysningerne. Funktionen er hyppigst anvendt på recepter på lægemidler, som ikke findes i Medicinpriser, og som følge deraf skal håndteres på særlig vis. Desuden anvendes ugyldiggørelse i situationer, hvor lægen har bedt apoteket om hjælp til at fjerne en eksisterende recept, fx i tilfælde af dubletter. Når der vises ældre ugyldiggjorte recepter, kan det derfor forekomme, at årsagen er angivet som forkortelse eller anden intern betydning, som ikke nødvendigvis er entydige for andre. Apotekerne vil blive opfordret til fremover at angive årsagen på en for andre forståelig måde, herunder også patienten selv via sundhed.dk.

I tilfælde hvor kunden selv har ønsket en ”oprydning” af recepter, som ikke længere er aktuelle, henviser apotekerne typisk til lægen for en nærmere gennemgang

Sundhedsdatastyrelsen: Den konstruktive tilbagemelding fra Apotekerforeningen ang. kvalitetsforbedring af årsagsbemærkning hilses velkommen.

Gk 7.1

Region Hovedstaden: Det er sufficient at vise disse oplysninger i tooltip. Såfremt det giver mening for bestemte systemer at fremhæve disse oplysninger kan de gøre det. (f.eks. LPS)

Sundhedsdatastyrelsen: Det forudses, at det vil være relevant ved indlæggelse og udskrivelse af sætte DD i bero. Det er dermed relevant at se oplysninger i alle systemer.

Apotekerforeningen:

GK 7.1 – Et system skal særligt fremhævet vise, hvornår og fra hvilket apotek der senest er foretaget en dosisdispenseret apoteksudlevering (effektivering) indenfor de seneste 3 måneder

Apotekerforeningen støtter, at det særligt fremhævet skal vises, hvornår og fra hvilket apotek der er foretaget en dosisdispenseret apoteksudlevering. Vi finder det samtidig hensigtsmæssigt, at tidsperioden reduceres fra de nuværende 2 år til de foreslåede 3 måneder.

GK 7.2

➤ Forslaget tilføjet i beskrivelsen til kravet.

Systematic/EPJ:

GK 7.2 Såfremt en patients dosisdispensering midlertidig er sat i bero, skal det særligt fremhæves. Det skal ligeledes fremgå hvem der har sat dosisdispenseringen i bero

Sundhedsdatastyrelsen: I beskrivelsen tilføjet at Modifikator oplysninger skal fremgå.

GK7.3.

KL:

GK 7.3

Et system skal kunne hente og vise dosisdispenseringskortet fra FMK - enten som pdf eller dynamiskvisning i eget system.

Vi ønsker, at det tydeligt fremgår af alle ordinationer, hvis de er dosispakket.

Det skal ikke kun fremgå, hvis man "henter dosisdispenseringskort". Vi ønsker, at GK 7.1 til GK 7.5 vises, når man "henter dosisdispenseringskort" men at det hele tiden skal være synligt på FMK hvis en ordination er dosispakket. Enten via et bestemt tegn eller blot "DD"

Sundhedsdatastyrelsen: Nuværende vises oplysninger om dosispakket medicin på medicinkortet, med oplysninger om apotek og hvilke lægemiddelordinationer der er dosisdispenseret.

I FMK 1.4.4.E4 implementeres et felt IsDosedispensed – hvor det bliver let at vise et ikon i oversigten, der fortæller at en LMO er dosisdispenseret

Apotekerforeningen:

GK 7.1 - 7.5 – Dosisdispensering

Apotekerforeningen finder det hensigtsmæssigt, at det tydeligt vises, når patienten har dosisdispensering, og hvilket apotek udleveringen sker fra (7.1). Ligeledes bør det tydeligt vises, når dosisdispensering er sat i bero (7.2). Apotekerforeningen finder det ligeledes hensigtsmæssigt, at alle systemer har en funktion, som kan sætte dosisdispensering i bero (7.4), således at apoteket kan stoppe med at pakke og udlevere dosisruller, uden at dosisdispenseringskortet bortfalder. Dette sikrer en smidig opstart, når dosisdispenseringen skal genoptages. Det bør imidlertid præciseres, at ændringer som følge af "sat i bero", gælder for kommende perioder, og ligeledes

på hvilken dato det træder i kraft. Det fremgår ikke, hvilke systemmæssige konsekvenser det skal have, når "sat i bero" ophæves (7.5). Den bruger, som ophæver "sat i bero", har formentlig brug for en række oplysninger om, hvornår pakningen kan genoptages, og hvilken dato der bliver den første i rullen, fordi der samtidig er behov for at tage stilling til den medicin, som skal gives indtil da.

Hvis apotekets oplysninger om dato for rullestart, rullelut og deadline for ændringer ikke er knyttet til det konkrete dosisdispenseringskort i "sat i bero"-perioden, vil brugeren mangle disse oplysninger. Hvis det ikke er muligt at tilknytte oplysningerne, bør "ophæv sat i bero" funktionen følges af en oplysning om altid at tage kontakt til apoteket for oplysninger om, hvilken tidsperiode der kan pakkes til, evt. i form af en akutpakning. For at undgå forveksling eller usikkerhed om, hvilket apotek der er ansvarlig for patientens dosisdispensering, bør det tydeligt fremgå, hvilket apotek der skal kontaktes ved spørgsmål. GK 7.3 kræver, at både udleverings- og pakkeapoteket vises, men det er vigtigt, at det tydeligt fremgår, at al kontakt skal ske til udleveringsapoteket. GK 7.3 bør, som GK 7.4 og GK 7.5, tilføjes markeringen "Funktionen kan ikke anvendes i produktion, før apotekerne er på FMK". Apotekerforeningen lægger til grund, at det er Sundhedsdatastyrelsen, som er ansvarlig for kommunikationen til de lokale systemer vedrørende ud-melding af startdato for disse funktioner.

GK 7.4

- Forslaget er imødekommet. Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Systematic/EPJ: GK 7.4 Et system skal kunne sætte en patients dosisdispensering i bero. Når man læser de supplerende oplysninger kan man foredes til at tro at handlingen skal ske automatisk med indlæggelsen. Skriv i stedet kan det skal gøres af en kliniker.

Sundhedsdatastyrelsen: Tilføjelse om, at markeringen sættes af kliniker

GK 7.5

- Forslaget er imødekommet. Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Systematic/EPJ: GK 7.5 Et system skal kunne genoptage dosisdispensering, der er sat i bero. Når man læser de supplerende oplysninger kan man foredes til at tro at handlingen skal ske automatisk med udskrivelse. Skriv i stedet kan det skal gøres af en kliniker.

Sundhedsdatastyrelsen: Tilføjelse om, at markeringen sættes af kliniker.

GK7.6

- Kommentaren om kommunernes forpligtigelse er imødekommet med et nyt krav.

KL: GK 3.15/ dosisdispensering.

Nedenstående hører også til under dosisdispensering, hvorfor jeg har skrevet det begge steder: Kommunerne er forpligtet til at bede lægen om at forny dosisrecepter. De har pt. ikke mulighed for at få en påmindelse om at recept er ved at udløbe. Det er i dag et detektivarbejde for kommunerne, at få fornyet dosisrecepter. Er det muligt at beskrive, hvordan EOJ-leverandørerne lave en notifikation, når der er eks. 14 dage tilbage før dosisrecept udløber?

Sundhedsdatastyrelsen: Tilføjelse af nyt krav, GK 7.6

GK 7.6

Systemer, der anvendes i kommuner (EOJ-systemer) skal kunne generere lister over recepter til dosisdispensering, der udløber indenfor de næste 4 uger

Kommuner er forpligtet til at bede lægen om at forny dosisrecepter. Kravet understøtter denne forpligtelse. Receptanmodninger sendes til lægen jf. GK 16.1

GK 8.4

Region Hovedstaden: Denne kategori hører PAS informationer ligeledes under og bør derfor være indeholdende her.

Sundhedsdatastyrelsen: Nuværende er registreringer fra POR ikke en non-clinical. Forslag til ændring kan indmeldes via FMK governance

GK9.1

- Beskrivelsen til kravet er omformuleret, ift. styring af ATC-koder

Systematic/EPJ: GK 9.1 Et system skal kunne:

- Oprette lægemiddelordinationer, evt. med tilhørende opfølgingsdatoer
- Redigere lægemiddelordinationer, evt. med tilhørende opfølgingsdatoer

Er der en national udmelding omkring opfølgingsdatoer, så klinikerne ved hvorledes de skal anvendes?

Sundhedsdatastyrelsen: Håndteringen af opfølgingsdatoer beskrives via Implementeringsnote, ved implementering. SDS bringer termen opfølgingsdato til Begrebsdatabasen

Region Sjælland: Hvordan forholder vi os, hvis der kommer nye lægemidler, som der også skal angives opfølgingsdatoer på? I historikken var det IKKE kun AK, men også for insulin behandling, at man ønskede at FMK skulle kunne håndtere en justering ift. blodsukkerværdi. Ved at låse sig fast på to ATC koder bliver det meget rigtigt.

Sundhedsdatastyrelsen: Beskrivelsen til kravet tilrettet

GK 9.2

➤ Beskrivelse til kravet er uddybet.

Apotekerforeningen: GK 9.2 Systemer skal ved seponering af lægemiddelordination advare brugeren om eksistensen af åbne recepter og ubehandlede receptanmodninger. Brugeren skal samtidig tage stilling til annullering af disse Apotekerforeningen hilser dette krav velkommen, da det desværre har vist sig, at alt for mange recepter stadig er aktive, selvom lægemiddelordinationen er seponeret.

Dette giver en risiko for, at borgeren fortsætter med at tage lægemidlet, selvom behandlingen er stoppet. Det ville være at foretrække, at alle tilhørende åbne recepter automatisk slettes ved seponering, men da lægers medhjælp kan seponere lægemiddelordinationer, men ikke slette recepter, er det vigtigt, at der som minimum altid afkræves stillingtagen til recepten. I disse tilfælde vil det være hensigtsmæssigt, at systemet hjælper lægens medhjælp med at viderebringe beskeden, fx i form af en kladde i systemet, til lægens godkendelse

Sundhedsdatastyrelsen: Der er nuværende mulighed for at have en kladde funktion i anvendelsesystem til annuller recept svarende til opret recept. Denne funktionalitet lader ikke til at være kendt hos anvendelsesystemerne. SDS vil promovere dette via tekniker forum, der er en del af FMK governance.

Systematic/EPJ: GK 9.2 Systemer skal ved seponering af lægemiddelordination advare brugeren om eksistensen af åbne recepter og ubehandlede receptanmodninger. Brugeren skal samtidig tage stilling til annullering af disse.

Dette krav er i strid med rettighedsstyringen i FMK. En sygeplejerske har fx tilladelse til at seponere men ikke annullere recepter. Hvis ny funktionalitet vedr. udvidet validering (GK 18.2) tænkes anvendt her, bør det fremgå eksplicit.

Sundhedsdatastyrelsen: Det er forbeholdt læge i flg. nuværende lovgivning at annullere recepter, men der er intet til hinder for at gøre opmærksom på, at der er tilhørende recepter på LMO, der bør tages stilling til. Ligeledes kan et system anvende kladdefunktion for disse recepter til annullering hos læge.

GK 10.

Systematic/EPJ: Vi mener der bør indføres et krav der fastslår at det ikke bør være tilladt at oprette lægemiddelordinationer med ukendt startdato.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er ikke imødekommet. Der kan komme borgere til DK, som har været i behandling gennem en årrække, hvor behandlingsstartdatoen er ukendt.

GK10.1

› Kravteksten er tilrettet.

Systematic/EPJ:

GK 10.1 Doseringsforslag udstillet på NSP skal indlæses og anvendes, hvor det giver klinisk mening.

Det er uklart at kravet både omhandler doseringsenheder og doseringsforslag. Kravet bør skilles ad og kravet vedr. doseringsforslag skal fortsat være en anbefaling som tidligere.

Regionerne bruger egne strukturerede doseringsforslag.

Forslag til tekst: "Doseringer skal som udgangspunkt anvendes struktureret. "

Sundhedsdatastyrelsen: Kravteksten tilrettet med doseringsenheder og doseringsforslag

Region Sjælland: Det skal ikke være et must, at man skal præsentere de strukturerede doseringsforslag. De fleste EPJ'er har deres egne doseringsforslag(standardordinationer) og det vil gøre det uoverskueligt for klinikerne, hvis også doseringsforslagene fra takstfilerne skal ind.

Sundhedsdatastyrelsen: Udgangspunktet er, at lægemiddelordinationer oprettes med struktureret doseringer. Stamdata fra NSP indlæses og anvendes hvor det giver klinisk mening. GK 10.2

Region Hovedstaden: Dette minder om GK 5.1 – kan sammenskrives for at gøre det mere overskueligt.

Hvorfor står dette GK ikke sammen med de øvrige omkring data?

Region Sjælland: Enig

Sundhedsdatastyrelsen: GK 5 omhandler visning, GK 10 omhandler handlinger på LMO

GK 10.3

Region Hovedstaden: Dette minder om GK 5.1 – kan sammenskrives for at gøre det mere overskueligt. Hvorfor står dette GK ikke sammen med de øvrige omkring data?

Region Sjælland. Enig

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget ikke imødekommet. GK 10 omhandler handlinger, hvor GK 5.0 omhandler Visning.

GK 10.4

Region Syddanmark: Det bør fremgå hvordan skemaer til dosering skal opbygges, Hvilket kolonner der som minimum skal være i henhold til den udvekslede data.

Sundhedsdatastyrelsen: Godkendelseskriterier skal ikke præsentere konkret GUI i anvendelsestemer

GK 10.7

➤ Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Region Sjælland: Man kan godt opleve, at der skal være nul-perioder, hvordan skal dette da angives?

I de tidligere certificeringskrav var dette beskrevet fint i GK 8.6.1

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er indskrevet i beskrivelsen til kravet.

Systematic/EPJ:

GK 10.7 Ved oprettelse af lægemiddelordinationer med flere doseringsperioder skal perioderne være sammenhængende på dato. For hver periode angives doseringsstart- og slutdato. Det betyder således, at der ikke må være "huller" i perioderne. Doserings-slutdato kan udelades på den sidste periode.

Forslag til ny supplerende tekst: " Det er tilladt at oprette en periode med doseringsstart- og evt. slutdato, hvor lægemidlet ikke skal doseres. "

Sundhedsdatastyrelsen: Beskrivelse til kravet er tilrettet

GK 10.8

Systematic/EPJ:

GK 10.8 Ved enhver ændring af dosering, styrke på lægemidlet og ændring af lægemiddel (generisk substitution undtaget) skal doseringsstartdato sættes til ikrafttrædelsestidspunktet for ændringen.

- 1) Såfremt der findes åbne recepter, skal brugeren gøres opmærksom på dette. Brugeren skal tilbydes at annullere disse / oprette en ny recept med den justerede dosering.
- 2) For dosisdispenseringsrecepter SKAL den eksisterende recept annulleres og der skal oprettes en ny recept.
- 3) Brugeren skal gøres opmærksom på, at doseringsstartdatoen ændres i forbindelse med justering af doseringen.

Ad 1) Dette krav er ikke forligelig med indlæggelser, idet det ikke er relevant at lave recepter, hver gang en dosering ændres. Først ved udskrivelsen tages stilling til, hvilke ordinationer der skal fortsættes og dermed kræver nyudstedelse/ændring af recept. Endvidere er det ikke tilladt for sygeplejersker, selvom denne arbejder på vegne af en læge, at udstede recepter.

Ad 2) som ovenstående. Når en dosisdispenseret recept SKAL annulleres ved enhver ændring af lægemidlet, betyder det så at det hindrer arbejdsgangen og systemet skal låse for handlingen?

Ad 3) kravet giver ingen klinisk mening og vil blot skabe unødigt støj.

Sundhedsdatastyrelsen: Godkendelseskravet er gældende for interfacet mellem FMK og lokalt system. Der certificeres ikke på handlinger foretaget i lokalt system.

Apotekerforeningen:

GK 10.8. For dosisdispenseringsrecepter SKAL den eksisterende recept annulleres, og der skal oprettes en ny recept. Indtil alle faser af dosisdispensering via FMK er implementeret, dosispakker apotekerne ud fra de eksisterende recepter. I denne fase er det altafgørende, at apoteket modtager elektroniske recepter med den dosering, som er gældende. Hidtil har det været muligt for lægen at ændre i lægemiddelordinationen uden at ændre i recepten, hvilket har medført, at ændringen ikke er slået igennem til dosisrullen. Dette kan selvsagt være patientsikkerhedskritisk, og er formentlig en af årsagerne til, at visse parter er i tvivl om, om man kan have tiltro til dosisdispensering generelt. Apotekerforeningen finder derfor dette certificeringskrav meget relevant, og opfordrer til, at der er særligt fokus på at certificere den samlede handling.

Sundhedsdatastyrelsen: Tilslutter sig Apotekerforeningens kommentar til GK10.8. I overgangsperioden til DD og 1.4.4E2 er implementeret, opfordres der til at have fokus på udmelding af dette område til Apotekerne og lægerne.

GK 10.9

- **Sundhedsdatastyrelsen:** Kravet og beskrivelsen til omformuleret.

Systematic/EPJ:

GK 10.9 Det er kun tilladt at ændre doseringsstartdatoen, såfremt der er foretaget en redigering/dosisændring eller der er tale om en fejlrettelse.

Virker mere som et krav til brugerne end til systemet, med mindre der gælder nogle forretningsregler, som det er tilfældet for ændring af behandlingsstart.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er tilrettet, samt beskrivelsen. Der gælder forretningsregler, doseringsperioder på FMK ændres kun ved ændring i mængden af aktive stoffer, fx antal gange daglig, styrken på lægemidlet.

GK 11.2

Region Hovedstaden: OBS diskussion i klinikerforum omkring ajourføring ved privatmarkering.

Sundhedsdatastyrelsen: Der er ingen begrænsning på FMK for ajourføring, om der er privatmarkerede ordinationer eller ej. På kliniker møde er det efter udsendelse af GK til høring, kommet frem, at Regionssystemerne har forskellig retningslinjer for, om det er muligt at ajourføre FMK, hvis der findes privatmarkeringer. Dette kan bringes ind via FMK governance.

GK12.

- Indledning omhandlende "Ikke ajourført" er omformuleret.

Systematic/EPJ: Handlinger på medicinkort-niveau

Indlæggelsesmarkering / markering af 'Ikke ajourført' af medicinkortet

Denne sætning: "Såfremt patienten udskrives uden at FMK er ajourført, skal det udskrivende system sikre at medicinkortet bliver markeret som 'Ikke ajourført'" – bør ikke inkluderes. Patienten kan godt være indlagt, uden at der sker ændringer i forhold til patientens medicin. Opslag på FMK er ikke aktuel og derfor er det ikke nødvendigt at markere kortet "ikke ajourført".

Da der ikke kan være godkendelseskrav der knytte sig til de lokale systemer, kan godkendelseskrav i regi af ajourføring ene og alene være, at såfremt patientens medicin på FMK er ændret

efter seneste ajourføring af FMK og de ændrede ordinationer er aktuelle på udskrivningstidspunktet, skal medicinkortet markeres "ikke ajourført".

Sundhedsdatastyrelsen: Indledningen er omformuleret. Indledningsteksten er ikke krav

Region Hovedstaden: Dette er en sammenblanding af et GK og en arbejdsgang.

Skal skrives om, således det fremgår at et EPJ system sætter en indlæggelsesmarkering samt udskrivelsesmarkering. (punktum, al overflødig tekst fjernes). Ved sættes ajourført eller ikke ajourført. (punktum, al overflødig tekst fjernes). Der kan ske ændringer i forhold til hvordan vi monitorerer ajourføring. og det er usmart at det tildeles afspejles i GK.

Sundhedsdatastyrelsen: Indledningen er ikke fjernet. Der er mange spørgsmål til status på medicinkort og markeringer for ajourføring ved certificering. Kravene til de 2 områder er specificeret.

Region Syddanmark: Det bør være muligt, i det mindste som administrator for et EPJ, at fjerne en indlæggelsesmarkering. I dag kan indlæggelsesmarkering kun fjernes via fmk-online.dk med gyldigt autorisationsnummer. Hvis markeringen er sket ved en fejl, bør vi, som systemadministrator, kunne fjerne den igen, uden at indblende en kliniker.

Sundhedsdatastyrelsen: Ønsket om en administrator rettighed kan indmeldes via FMK governance.

GK 12.3

Systematic/EPJ: GK 12.3: Når en patient udskrives skal indlæggelsesmarkeringen på FMK fjernes.

Forud for fjernelse af indlæggelsesmarkeringen, skal det lokale system kontrollere, at medicinkortet er ajourført. Såfremt patientens medicin i det lokale EPJ system er ændret efter seneste ajourføring af FMK og de ændrede ordinationer er aktuelle på udskrivningstidspunktet, skal medicinkortet markeres 'Ikke ajourført'.

Da der ikke kan være godkendelseskrav der knytte sig til de lokale systemer, kan godkendelseskrav i regi af ajourføring ene og alene være, at såfremt patientens medicin på FMK er ændret efter seneste ajourføring af FMK og de ændrede ordinationer er aktuelle på udskrivningstidspunktet, skal medicinkortet markeres "ikke ajourført".

Sundhedsdatastyrelsen:

Kravet siger at indlæggelsesmarkeringen af medicinkortet skal fjernes, når patienten udskrives. Beskrivelsen forklarer, at medicinkortet derefter kan have en status for ajourført eller ikke-ajourført. Det er anvendelsesystemet der tjekker hvilken status, der skal følge kortet. Er der foretaget ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen, der bør påvirke den aktuelle me-

dicinstatus på FMK skal medicinkortet ajourføres, hvis dette ikke sker, skal medicinkortet markeres ikke - ajourført. Det betyder, at det lokale system skal validere om der forefindes lokale ordinationer, der er gældende efter udskrivelsen.

Region Sjælland ” Registreringen af medicin i det lokale EPJ system....”

Det kan misforstås som at det er alt medicinregistrering og dermed og evt. medicin disp og medicin adm. Det bør derfor omformuleres, så det kun er ændringer i lægemiddelordinationer/nye lægemiddelordinationer, der skal udløse at FMK skal ajourføres.

GK forholder sig ikke til ambulant, hvor der arbejdes direkte på FMK?

Sundhedsdatastyrelsen:

Beskrivelsen er omformuleret således at det fremgår at ved ændringer/nye lægemiddelordinationer der er gældende på udskrivelsestidspunktet skal der foretages en ajourføring.

Det er korrekt at GK ikke forholder sig til ambulant, da kravet omhandler fjernelse af indlæggelsesmarkering.

GK12.4

➤ Beskrivelse til kravet er fjernet.

Systematic/EPJ: GK 12.4 Det skal være muligt at opdatere et medicinkort på trods af, at der er registreret en indlæggelse eller at kortet er markeret 'Ikke ajourført'.

Af den supplerende tekst fremgår, at brugeren skal have en advarsel. Dette er igen ikke uforlignelig med indlæggelser. Der findes allerede nu en tydelige visning af når patienten er indlagt og når medicinkortet ikke er ajourført. Denne visning er tilstrækkeligt. Den supplerende tekst bør slettes.

Sundhedsdatastyrelsen: Beskrivelse til kravet er ændret.

GK12.5

Region Hovedstaden: Skal også gælde at arbejde på vegne af.

Sundhedsdatastyrelsen: Rettigheder er styret af rolle/rettighedsmatrix. Er der ændringsønsker til dette, kan det meldes ind via FMK governance.

GK12.6

Systematic/EOJ:

GK 12.6 Et system skal kunne hente print af Medicinkort som pdf.

Vi tolker dette godkendelseskriterie, som at systemet skal kunne printe FMK's medicinkort. Det mener vi umiddelbart ikke bør være et krav til ITsystemet, da brugen kan gå på FMK og printe dette medicinkort. I et EOJ-system kan der være supplerende medicin, som sygeplejersken har tilføjet udenom FMK. Det kan dreje sig om borgerens håndkøbsmedicin som hjemmeplejen håndterer. Det kan ligeledes dreje sig om "manuelle" ordinationer, som kommer fra en tandlæge.

Vi mener derfor, at godkendelseskriteriet bør udgå.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er ikke er gældende for EOJ systemer, da de tilføjer lokale ordinationer.

Kravet kan ikke udgå, det er væsentligt at tilbyde print fra FMK. Fremadrettet vil FMK formodentlig supplere med print af dosiskort.

GK13.1

Apotekerforeningen: GK 13.1 – 13.3 Oprettelse, sletning, og visning af effektueringer på lægemiddelordination (Ikke recepter)

Apotekerforeningen er bekendt med, at der for en gruppe patienter er behov for både at registrere en apoteksudlevering og en ambulatorieeffektivering. Apotekerforeningen foreslår derfor, at det skal være muligt at knytte en ambulatorieeffektivering til en konkret apoteksudlevering som en underordnet handling, og uden at de fremstår som dobbelteffektiveringer. Behovet kendes fra fx psykiatrien og fra misbrugsområdet, hvor patienten selv henter medicinen på apoteket, men afleverer den til ambulatoriet/misbrugscentret, hvorfra det administreres i mindre portioner. En sådan funktion vil også kunne anvendes på de apoteker, hvor udlevering af fx metadon sker i mindre portioner ud fra patientens egen pakning, og vil gøre det muligt for andre parter at se, hvad patienten reelt har fået udleveret/indgivet.

Sundhedsdatastyrelsen: Ikke en funktionalitet i denne snitflade. Dette anses som et ændringsønske til en form for administrationsmodul, der kan indberettes via FMK governance.

GK13.2

Apotekerforeningen: GK 13.2 Det skal være muligt at slette egne effektiveringer. Her bør "slette" ændres til "fortryde" for at signalere, at handlingen er ændret.

Sundhedsdatastyrelsen: Ikke imødekommet. Det anses som en sletning. Såfremt man har tastet forkert, vil brugeren kunne slette handling, og dokumentere en ny effektivering.

GK13.3

Systematic/EPJ: GK 13.3 Systemer skal kunne vise samtlige detaljer for en effektivering.
Er allerede afdækket af krav GK 3.5

Sundhedsdatastyrelsen: Ikke imødekommet

GK14.1

› Kravet er omformuleret.

Region Sjælland: Bør ændres til: ” Oprettelsen skal ske på baggrund af en aktuel lægemiddelordination på medicinkortet.”

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget er imødekommet.

GK14.2

› Beskrivelsen til kravet er omformuleret.

Region Sjælland: Giver ingen mening – hvordan skal man kunne oprette en recept på FMK, når man ikke har et CPR nr.?

Sundhedsdatastyrelsen: FMK udstiller en service til Opret recept for personer uden cpr. – Der er ikke krav om funktionaliteten i anvendelsessystemer.

Systematic/EPJ:

GK 14.2 Recepter til personer uden CPR-nummer skal ske via FMK. Dette var tidligere supplerende tekst. Kravet bør være en anbefaling. Det er fortsat ønskeligt at anvende FMK-online til oprettelse af recepter til patienter uden CPR nummer, indtil der kommer en national håndtering af erstatningspersonnumre.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er målrettet de anvendelsessystemer, der tilbyder funktionaliteten.

Apotekerforeningen: GK 14.2 Recepter til personer uden cpr-nummer skal ske via FMK. Apotekerforeningen gør opmærksom på, at det kan være endog meget svært at fremsøge recepter udstedt til borgere uden cpr-nummer. Det skyldes, dels at søgningen kan tage ganske lang tid,

og dels at det på grund af sproglige vanskeligheder kan være svært at sikre sig, at det er den korrekte recept, der er søgt frem. Kravet bør derfor sammenkædes med en opfordring til, at recepten adresseres til det apotek, hvor det er aftalt, at patienten ønsker at hente sin medicin.

Sundhedsdatastyrelsen: Beskrivelsen er omformuleret, således at der opfordres til specifikt apoteks valg.

GK14.4

Region Hovedstaden: Det bør præciseres, hvilket SOR niveau der skal kunne bestilles recepter på.

Sundhedsdatastyrelsen: Der er på nuværende tidspunkt en del ubekendte omkring SOR, derfor ikke tilrettet. FMK kan håndtere SOR kode.

GK14.6

➤ Kravet er omformuleret.

Systematic/EPJ: GK 14.6 Recepter, som er oprettet på baggrund af receptanmodninger fra borger/hjemmesygepleje via FMK's "bestil udlevering"-service skal oprettes med en relation til anmodningen. Det skal fremgå af skærm billedet, hvilken lægemiddelordination, receptanmodningen er tilknyttet. Det skal ligeledes være tydeligt for brugeren, hvilket indhold recepten oprettes med.

Hvad menes med "hvilket indhold recepten oprettes med"?

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er omformuleret, ordet indhold fjernet.

GK14.7

Systematic/EPJ:

GK 14.7 Systemer, der anvendes af ordinationsberettigede sundhedspersoner (typisk LPS- og EPJ-løsninger) skal give brugeren mulighed for at annullere receptanmodninger og genbestillinger (se GK 16). Ved annullering af receptanmodning skal afvisningsårsag vælges.

Det bør ikke være klinisk relevant at angive en årsag. Sidste del af kravet bør slettes.

Sundhedsdatastyrelsen: Det giver relevans i det tværsektorielle samarbejde og med patient empowerment at kliniker kan angive en afvisningsårsag,

GK 14.8

- › Kravet ændret til løse recepter.

Novax

GK 14.8

Recepter skal enkeltvis kunne markeres som "Ikke aktuel".

De lokale systemer kan dog implementere hjælpefunktioner til at markere grupper af receptordinationer som "ikke aktuelle". Eksempelvis at løse receptordinationer kan grupperes, og hele gruppen samlet kan markeres som "ikke aktuel".

Hvordan skal det med gult ovenfor forstås?

Vi har kun en ikke aktuel-markering under løse recepter. Vi har derimod en Annuller recept der hvor recepten er knyttet til ordinationen.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er ændret til Løse recepter...

Det er ikke muligt, at markere en recept tilknyttet en LMO, som "Ikke aktuel"

GK 14.9

- › Kravet er ændret til Løse recepter

Sundhedsdatastyrelsen: Det er udelukkende løse recepter, der kan markeres ikke aktuelle,

GK14.12

- › Kravet er omformuleret.

Systematic/EPJ: GK 14.12 Ved receptudstedelse på eksisterende lægemiddelordination skal det være muligt at ændre oplysningen vedr. klausuleret tilskud.

Er det korrekt forstået at det skal være muligt at ændre, hvorvidt betingelsen for klausuleret tilskud er opfyldt eller ej? Det fremgår i så fald ikke tydeligt af kravet. Teksten "ændre oplysningen" kan give anledning til at tro det er klausuleringsteksten.

Sundhedsdatastyrelsen: Kravet er omformuleret. Det er korrekt, betingelserne for klausuleret tilskud skal brugeren kunne ændre ved receptudstedelse

GK15.1

- Beskrivelsen til kravet er udvidet.

KL: GK 15.1

En organisation/enhed skal kunne registrere en patient som tilknyttet til medicinadministration, såfremt patientens medicinering håndteres af organisationen (typisk hjemmesygeplejen, men andre er relevante). Dette registreres via FMK's "registrer tilknytning"-service. I kaldet medsendes information om den enhed, der varetager administrationen. Det er vigtigt, at ovenstående beskriver at tilknytning til medicinadministration vises fra "den eller de" enheder, der varetager administrationen. I en kommune kan borgeren både være tilknyttet hjemmepleje og misbrugscenteret. Det er vigtigt, at begge enheder bliver vist på FMK. Det er ligeledes vigtigt, at det sikres, at de systemer der i dag ikke viser "tilknytningen til medicinadministration" at de kan lave denne tilknytning uafhængigt af SOR-koder

Sundhedsdatastyrelsen: FMK kan håndtere de koder der løbende tilkobles servicen "Registrer tilknytning". Beskrivelsen dog udvidet med forklarende tekst.

GK.16.1

Region Hovedstaden: Det skal være muligt at se om apoteket sender præparatet til et udleveringssted (købmand el lignende) da apoteket herefter ikke kan kalde præparatet tilbage

Sundhedsdatastyrelsen: Apoteket kan til hver en tid tage kontakt til udleveringssteder. Kravet omhandler receptanmodninger, ikke afsendelse af medicin fra Apoteket.

GK16.5

Systematic/EOJ:

GK 16.5 - Det skal være muligt at samle bestillinger på flere recepter, herunder også hvor der afventes en ny receptoprettelse fra lægen - således at der kun afgives en bestilling til apoteket. (Indkøbskurv – samlet bestilling af flere recepter til levering). Kravet bør præciseres med, hvor længe systemet skal vente på receptfornyelsen fra lægen, inden det videresendes til apoteket. Derudover: Hvad sker der, når lægen holder ferie, kommer der så et automatisk svar fra lægen? Således at modtagersystemet kan advisere brugeren, som så evt. kan sætte gang i bestilling på apoteket eller sende receptanmodningen til en anden læge. Funktionen bør kunne håndteres af et funktionscertifikat, således at medarbejderne ikke manuelt skal følge op på disse opdateringer og evt. sende igen.

Sundhedsdatastyrelsen: Der findes en implementeringsnote for dette på <http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php>

GK18.2

Region Syddanmark: Logges dette? (Visse fejlbeskeder kan overrules af klienten)

Sundhedsdatastyrelsen: FMK gemmer det i requestet, men auditlogger det ikke.

Generelt til Godkendelseskriterierne fra indmelder

Region Hovedstaden: De har stillet forslag om 2 nye krav.

NYT GK

Der skal være en knap i brugergrænsefladen der indeholder ordet "ajourfør/ajourføring" eller lignende ord. Dette for at brugeren rent faktisk ved at det er handlingen der sker.

NYT GK

Ale systemer der giver ret til at ændre på FMK, skal overføre alle egne FMK handlinger til eget journalsystem til bevarelse efter gældende journalføringspligt

Sundhedsdatastyrelsen: Der er ajourføringsknap i anvendelse systemerne, der sker ikke en ajourføring uden at klinikerne har trykket på en knap.

FMK Godkendelse kriterier stiller ikke krav om journalisering af medicinkortversioner lokalt, men det er muligt at implementere at eget system gemmer versioner hvor der sker ændringer mellem lokalt system og FMK.

Systematic/EPJ (Region Nordjylland og Midtjylland):

Der er kommet en del præciseringer til i kravmaterialet, og det er generelt rigtigt fint. Hvor der er flere krav (fx GK 10.8) i samme krav, vil vi dog anbefale at opsplitte i selvstændige (under)krav. Det gør det lettere at foretage opfølgning på krav før, under og efter certificering.

Man kan med fordel skitsere hvem krav 15 og 16 henvende sig til, så EPJ systemer ved de ikke behøver forholde sig til kravene.

Sundhedsdatastyrelsen: Forslaget om matrix opdeling på systemer er ikke imødekommet. Der er mange delelementer under de forskellige afsnit, og de berører for det meste mere end en type af anvender systemer. FMK programmet står til rådighed for evt. uddybelse af GK.

Yderlig krav

Jf. nedenstående diskussion i regi af FMK Nationale Klinikergruppe forventede vi et nyt krav vedr. doseringsstart og –slut.

Sundhedsdatastyrelsen: Der er indskrevet et krav om doseringsstart og –slut.

1. Når en ordination ikke tidligere har været overført til FMK angives den aktuelle doseringsperiode med starttidspunktet for oprettelsen i det lokale system.
Sundhedsdatastyrelsen: JA
2. Der er i det lokale system lavet en ny dosisplan, der ligger senere end den aktuelle doseringsplan i FMK. Ved overførsel til FMK angives i FMK en ny aktuel plan med starttidspunkt for oprettelsen i det lokale system.
Sundhedsdatastyrelsen: JA
3. Doseringsplanen kan i det lokalesystem starte på et specifikt tidspunkt, hvilket bevirker at dette reelt medfører to doseringsplaner i FMK. Skal man her overføre første plan, da det jo reelt er den der afspejler doseringsstart i det lokale system?
Sundhedsdatastyrelsen: Aktive og kommende doseringsplaner skal overføres til FMK. Er ikke sikker på at spørgsmålet er forstået.
Hvis første doseringsplan er aktiv, skal den overføres til FMK. Hvis den er seponeret i lokalt system skal den ikke overføres.
Beskrivelsen omkring to doseringsplaner i FMK?? FMK arbejder med doseringsperioder der efterfølger hinanden datomæssigt, der må således ikke være dato-overlap på doseringsperioder. Hvis der sker dosisændring på en specifik dag, skal denne dag fremgå som en selvstændig doseringsperiode.
4. Der er i det lokale system en dosisplan, der ligger tidligere end den aktuelle doseringsplan i FMK. Hvad skal der ske her ved overførsel til FMK? Jf. GK10.9 kan man jo ikke bare rettet doseringsstartdatoen i FMK, så hvad skal systemerne her anvende som doseringsstartdato?
Sundhedsdatastyrelsen: Den aktive doseringsplan skal overføres til FMK. Er der en doseringsplan på FMK hvor datoerne er passeret, vil FMK ved versionsændring/opdatering også fjerne dem som uaktuelle doseringsperioder på FMK.
5. Som en variant til punkt 3 er der ligeledes en problemstilling omkring håndtering af doseringshyppigheder der ligger fx ugentligt og hvor doseringen ligger tidligere eller senere end doseringsstart i FMK. Her skal der ligeledes i begge tilfælde besluttes hvilken doseringsstartdato der skal anvendes.
Sundhedsdatastyrelsen: Ved oprettelse af en doseringsperiode kan doseringen ikke ligger tidligere end doseringsperiodens startdato. Doseringen kan heller ikke forekomme efter doseringsperiodens slutdato.

GK 10.9

Doseringsstartdatoen skal kun ændres, såfremt der er foretaget en ændring af doseringen eller der er tale om en fejlrettelse.

En ændring af doseringen opfattes som en ændring i mængden af aktive stoffer, fx antal gange daglig, styrken på lægemidlet.

Når en lægemiddelordination med en eller flere doseringsperioder tilbageføres fra et lokalt system til FMK, skal de eksisterende doseringsperioders start- og slutdatoer bibeholdes på FMK, med mindre dosis er ændret jf. ovenstående. Det anbefales at anvende lægemiddelordinationens versionsnummer til afgørelse.

Lægemiddelordinationer, der er oprettet lokalt og som overføres til FMK ifbm. udskrivning skal overføres med doseringsstartdato, som den er oprettet med lokalt

Apotekerforeningen

Forslag til nye certificeringskrav:

Det er i dag en stor udfordring for især dosisdispensering, at recepterne udløber, uden at lægen er klar over det. Når recepten udløber, pakkes det pågældende lægemiddel ikke længere, før apoteket modtager en ny recept. Apotekerforeningen foreslår derfor, at det skal være et krav for systemer, som kan udstede recepter, at lægen modtager en påmindelse/automatisk receptfornyelsesanmodning i passende tid inden receptens udløb. Med funktionen til fremdatering af recepter vil lægen da i god tid kunne udstede en ny recept, som lægges i forlængelse af den eksisterende.

Apotekerforeningen foreslår endvidere, at der tilføjes et krav om, at brugeren skal advares, såfremt der udstedes recepter på lægemiddelordinationer, hvortil der i forvejen findes aktive recepter. Det er særligt vigtigt for lægemiddelordinationer, som skal dosispakkes, at der kun kan være en gyldig recept pr. lægemiddelordination.

Baggrunden for forslaget er, at apotekerne oplever, at der kan findes flere åbne recepter med forskellige doseringer på samme lægemiddelordination, hvilket kan forveksles med en dobbeltordination.

Sundhedsdatastyrelsen: Der er tilføjet nye certificeringskrav til receptfornyelser for borger med DD og medicinadministration samt for annullering af recept til LMO der seponeres.

GK 7.6

Systemer, der anvendes i kommuner (EOJ-systemer) skal kunne generere lister over recepter til dosisdispensering, der udløber indenfor de næste 4 uger

Kommuner er forpligtet til at bede lægen om at forny dosisrecepter. Kravet understøtter denne forpligtelse. Receptanmodninger sendes til lægen jf. GK 16.1

GK 9.2

Systemer skal ved seponering af lægemiddelordination advare brugeren om eksistensen af åbne recepter og ubehandlede receptanmodninger. Brugeren skal samtidig tage stilling til annullering af disse.

For lægemiddelordinationer der dosisdispenseres, SKAL åbne recepter annulleres.

Såfremt seponeringen udføres af lægens medhjælp (uden rettigheder til at annullere recepter), anbefales det at systemet genererer en form for kladde-annullering, som lægen efterfølgende kan godkende og på den måde få annulleringen gennemført.