



LÆGEFORENINGEN

## Brug aktuelle patientdata i behandlingen

Læger på sygehuse skal have nem og hurtig adgang til aktuelle patientdata (tidstro data), så de kan bruges i det daglige arbejde med at forbedre behandlingen og i de konkrete behandlingsforløb.

Lægeforeningen 2014

## Hvorfor kræver lægerne tidstro kliniske data?

Der findes en lang række væsentlige informationer om den enkelte patient i sygehusets forskellige it-systemer.

Informationerne, der findes i systemerne, kan bruges til at gøre patientforløbene og behandlingen bedre, samt gøre patientforløbene mere effektive ved at udnytte informationen om flow, forløb og antallet af patienter proaktivt.

I dag er det generelle billede desværre, at klinikerne på sygehusene ikke får informationer fra de lokale it-systemer tilbage i en form og så tilpas hurtigt til, at data kan fungere som beslutningsstøtte, og kan bruges i det daglige arbejde til at forbedre behandlingen og det konkrete behandlingsforløb.

Erfaringer fra blandt andet initiativet Patientsikkert Sygehus, at lokale data om patienterne kan bruges til både at gøre behandlingen bedre og give større arbejdstilfredshed.

### Case 1: Kræftpakker – early warning

Baggrund:

Aarhus Universitetshospital havde flere tilfælde, hvor de ikke overholdt tidsfristerne for de maksimale ventetider fastsat i kræftpakkerne.

Løsning:

Dataenheden etablerede på basis af sygehusets data et early-warning system, og nu bliver afdelingerne advaret, hvis patienterne ikke har fået en tid indenfor ventetidsgrænserne. Dette var muligt, da der i sygehusenes systemer både er oplysning om datoen for henvisning til behandling og muligt at se, om patienten var blevet indkaldt til undersøgelse.

Resultat: Markant forbedring i overholdelse af de maksimale ventetider.

## Hvad mener Lægeforeningen med tidstro kliniske data?

Sundhedsdata dækker blandt andet over de mange sundhedsdata, der findes både i sygehusenes egne patientadministrative systemer (PAS), i kvalitetsdatabaserne, i de tværgående registre og i statens databaser og registre (Landspatientregisteret (LPR), fødselsregisteret, dødsårsagsregisteret, lægemiddelregister, e-sundhed osv.). Regioner og sygehuse har desuden en række ledelsesinformationssystemer mv., der indeholder forskellige nøgletal f.eks. om aktivitet, økonomi, kvalitet mv.

Data i de nationale systemer, kvalitetsdatabaser og ledelsesinformationssystemerne er ofte bearbejdet, efter de er indberettet, og kadencen er forskellig, men svinger oftest fra månedsbasis til kvartals/årlege rapporter.

**Lægeforeningen efterspørger**, at de (rå) data, der findes i sygehusenes systemer evt. beriget af andre data,

stilles til rådighed for klinikerne på sygehusene. Det er data, der viser oplysninger om de aktuelle patienter, der er på afdelingerne, eller som er henvist til afdelingen/undersøgelser. Data skal grundlæggende bruges til to formål:

For det første skal de sikre, at patienten får den bedste behandling her og nu. Det kan ske eksempelvis ved at give beslutningsstøtte om grænseværdier, tidsfrister mv. på en let tilgængelig måde – f.eks. ved en grøn/gul/rød markering afhængig af patientens status.

For det andet skal oplysningerne forbedre muligheden for at kapacitetsudnytte og planlægge ved at give overlægen/afdelingen et overblik over indlagte patienter og patienter på vej (stock/flow).

De rå data i sygehusenes systemer er ikke komplette, og patienterne er ikke afsluttet. Men data er genken-



delige for klinikerne, og de giver mulighed for at handle i forhold til den konkrete patient.

Data til sammenligninger, analyse og forskningsfor-

mål skal også være til stede i sundhedsvæsenet. Men de behøver ikke at blive opdateret med samme kadence, da de ikke bliver brugt på samme måde i det enkelte møde med patienten.

### **Case 2: Opfyldelse af kriterierne i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)**

Tidstro kliniske data kan være med til at sikre, at kriterierne i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram bliver overholdt og kan varsle sundhedspersonalet, hvis en patient ikke har fået den anbefalede behandling inden for den rette tid.

RKKP-kriterierne indeholder mange standarder, der handler om, at der skal gøres noget bestemt ved patienten inden for en tidsramme. Tidstro data kan understøtte, at kriterierne bliver overholdt, f.eks. at flere end 85 procent af patienterne med blødende mavesår skal gastroskoperes inden for 24 timer, og dermed understøtte den bedste patientbehandling. I dag får læger mv. RKKP-data og opfyldelsesrater ef-

ter en måned, og så er det for sent at rette op på behandlingen her og nu.

Opdateringskadencen af de tidstro kliniske data skal være så tidstro som muligt uden at støje med unødige mange opdateringer. Om kadencen er på minutbasis, timebasis eller daglig basis afhænger af, hvordan data skal bruges – og det aftales bedst i dialog mellem klinikerne, der bruger data, og den enhed/afdeling, der har ansvaret for at levere data.

Generelt er det vigtigt, at der er tæt dialog mellem den kliniske afdeling og den leverende dataenhed om, hvilke data, i hvilken form og hvor ofte data skal tilbage til klinikerne, så der ikke bliver leveret data, der ikke bliver brugt.

## Hvad kræver det, at klinikerne får adgang til aktuelle kliniske data?

Tidstro kliniske data kræver, at ledelsen i regionerne og på sygehusene prioriterer opgaven med at sikre tidstro data ressource- og ledelsesmæssigt.

Der er ingen juridiske barrierer, når det kommer til at nyttiggøre informationen i de lokale it-systemer på sygehusene. Samtidig er softwaren prismæssigt overkommelig, og der findes flere interfaceprogrammer, der kan præsentere data på en overskuelig måde. Dog skal de rette kompetencer være til stede på organisationsniveau og medarbejderniveau. Det kræver, at der er medarbejdere, der bearbejder data, og i samspil med brugerne finder ud af, hvilke data, der er brug for og sikrer, at de bliver nemt tilgængelige for klinikerne. Kompetencerne skal også være til stede blandt

brugerne, der skal kunne forstå, analysere og handle på data.

### **Case 3: Symptomer på kritisk sygdom**

Patienter bliver screenet for at opspore kritisk sygdom (tidlig opsporing kritisk sygdom/early warning score). Resultaterne fra denne screening skal gøres hurtigt tilgængelig for klinikerne, så der kan reageres på faresignalerne, før det går galt.

Det er et konkret eksempel på, at man går fra dokumentation til reaktion, hvilket i sidste ende er det, som betyder noget for patienten.

## Eksempler på brug af tidstro kliniske data

Tidstro kliniske data, der nyttiggøres som beslutningsstøtteredskab og bliver stillet til rådighed i struktureret form, er ikke normen i det danske sygehusvæsen.

Der er dog nogle eksempler, som man kan lade sig inspirere af, og som viser, at det er muligt, og det ikke engang behøver at være svært.

*Datamart-systemet på Aarhus Universitetshospital (AUH)*  
Datamart, der stiller data til rådighed for både klini-  
kere og andre, er udviklet af dataenheden på AUH i  
samarbejde med klinikerne på de enkelte afdelinger.  
Systemet giver mulighed for, at klinikerne kan lave  
egne analyser, men har også standardtabeller til klini-  
kere, der bruger dem.

*It-systemet Critical Information System (CIS)*  
Intensivafdelingerne bruger CIS-systemet, der samler  
alle relevante data på den enkelte patient, og giver be-  
slutningsstøtte og overblik til lægen, så behandlingen  
bliver mere effektiv, da den bliver bedre og hurtigere.

*Elektroniske overblikstavler*  
Elektroniske overblikstavler over operationsstuerne på  
Horsens Hospital har givet bedre organisering og har  
resulteret i 15 procent bedre udnyttelse af operations-  
stuerne.

*Patientsikkert Sygehus*  
Patientsikkert Sygehus har brugt tidstro data, og det  
har ført til både større engagement hos det kliniske  
personale og gode resultater for patienten. Personalet  
kunne hver dag på tavler se friske tal og data for ud-  
viklingen af tryksår mv. på de patientsikre sygehuse.  
Resultaterne og data var dog ikke automatiseret eller  
it-understøttet.