



Hospitallægens adgang til patientinformationer- nøglen til det gode patientforløb

Ledende overlæge
Niels Dieter Röck
Ortopædkirurgisk afd. O
Odense Universitetshospital

Lidt om min baggrund:

- Ledende overlæge i en stor klinisk afdeling
- Ambulatorie, operationsafsnit, dagklinik, sengeafsnit og sengeafdelinger
- To afsnit Odense og Middelfart

I Odense pr. år:

- Ca. 50.000 skadestuebesøg
 - Ca. 32.000 ambulatoriebesøg (med mange procedurer)
 - Ca. 8.000 reelle operationer
 - Ca. 8.000 stationære forløb
 - Ca. 22.000 sengedage
-
- En meget stor del af patienterne skal bedøves
 - En meget stor del af patienterne skal have fysio-/ergoterapi
 - Hos næsten alle er der behov for billeddiagnostik (rtg./CT/MR/ULS)
 - En del tilses af andre afdelinger

Lidt mere om min baggrund:

- 1983 med til at indføre elektronisk skadestuejournal i Esbjerg
- 1990 med til at indføre elektronisk skadestuejournal på RH
- 2000 Bookingprojekt OUH/SHF
- 2005 Medlem klinisk fagligt råd Fyns amt – kliniske processer i EPJ

- Afdelingen rummer Ulykkesanalysegruppen der siden 1971 har indsamlet data fra skadestuen i Odense

- Afdelingen har patienter der skal indrapporteres til NIP
- Desuden indberetning til flere databaser (lokale, regionale og nationale)

Som alle andre hospitalslæger er jeg således vant til at "omgås" store datamængder.

Og til opsamling af data.

Nødtvungent må vi bruge megen tid på logistiske opgaver og sikkerhedssystemer





Hvorfor og hvad er en journal:

- Ordrede optegnelser (lovpligtigt) og dermed dokumentation (herunder kvalitetsdata)
- Kommunikationsorgan
- Danner grundlag for **kliniske beslutningprocesser**
- Grundlag for administrative data (PAS/LPR)



Kendetegn for vores aktuelle journal/er:

- Det er afdelingens journal
- Den er opbygget af mange delelementer
- "Kardex" og ergo.- og fys.-notater er også en del journalen
- Anæstesiskemaer, rgt. beskrivelser osv. er også en del af journalen
- Henvisninger, udskrivningsbreve og genoptræningsplaner også
- Forespørgsler og "sager" er også en del af journalen

- Den aktuelle journal kan kun være et sted af gangen (fysisk)
- Elementerne er ofte adskilte
- Der er mange løsblade – opstået ved knopskydning
- De kan blive væk

- Vi har et edb system der som eneste formål har at "vide" hvor journalen er (trackingsystem)
- Der opstår let fysiske stakke – der fylder
- Der er ingen sikkerhed indbygget i journalerne, ingen hjælpesystemer

- Data skal håndteres separat

- Der opstår potentielt fejl – men egentlig forbavsende få
- Kommunikationen er ikke 100% sikker

- Vi har problemer med kvaliteten

*Når journalen er et andet sted
Når den ikke kan findes
Når skemaer ikke udfyldes*

- Det er vi godt klar over, derfor har vi opbygget procedurer der søger at modvirke disse problemer – men de er ikke perfekte, og de **tager tid**.



Hvad har vi nu:

- Helt styr på skadestuejournalerne
 - Alle journalnotater (amb og stat) er lagret i PAS
 - Alle laboratorieresultater kan findes elektronisk
 - Alle røntgenbeskrivelser kan findes elektronisk
 - (mini) PACS
-
- Myriader af afkrydsningsskemaer/Checklister, manuelt håndteres
 - Henvisninger, udskrivningsbreve og tilsyn lagret i PAS
 - Ingen medicineringsystem



Alt i alt er journalen derfor noget meget centralt i vores arbejde:

- Arbejdsredskab (klinisk beslutningstagning)
- Kommunikationsinstrument
- Dokumentation
- Datafangst

Hvad er det vi gerne vil have:

- Umiddelbar tilgang
- Uafhængighed af en fysisk placering
- Tilgang til alle elementer

- Meget gerne hjælp i dagligdagen

Elementerne:

- Før data (ideelt)

- **Henvisninger**

- **Journalnotater**
- **Sygeplejenotater**
- **Medicinsystem (ordinationer og administration)**
- **Fys/ergo/diætist o.l. notater**
- **Anæstesinotater/skemaer**
- **Implantat dokumentation**
- **Røntgen billeder og beskrivelser**
- **Laboratoriesvar**
- **Patologisvar**

- **Udskrivningsbreve og genoptræningsplaner**

- **Korrespondancer**

- Systematisk dataindsamling = kvalitetsarbejde og forskning
- Hjælpesystemer/checksystemer = sikkerhed

Helt ideelt burde journalen = informationssystemet understøtte os i den daglige praksis.

Og her kommer så sammenhængen med det gode patientforløb

Hvad er et godt patientforløb:

Det er præget af at man efter en nøje analyse (value-chain mapping, business-proces mapping) beskriver hvad der egentligt sker og er behov for i et patientforløb.

Herefter fastlægges standarder for forløbet

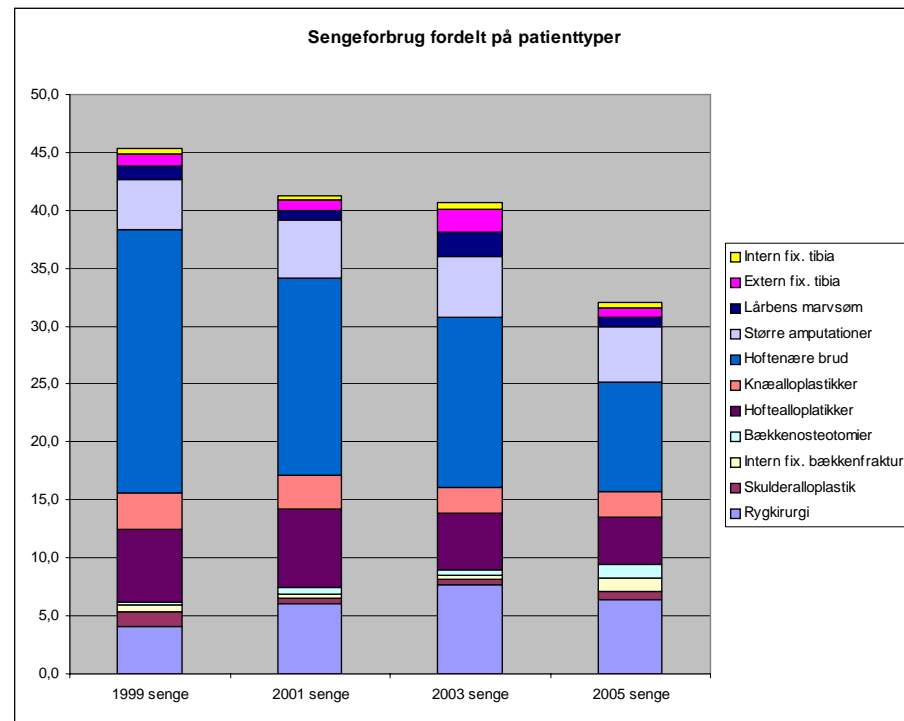
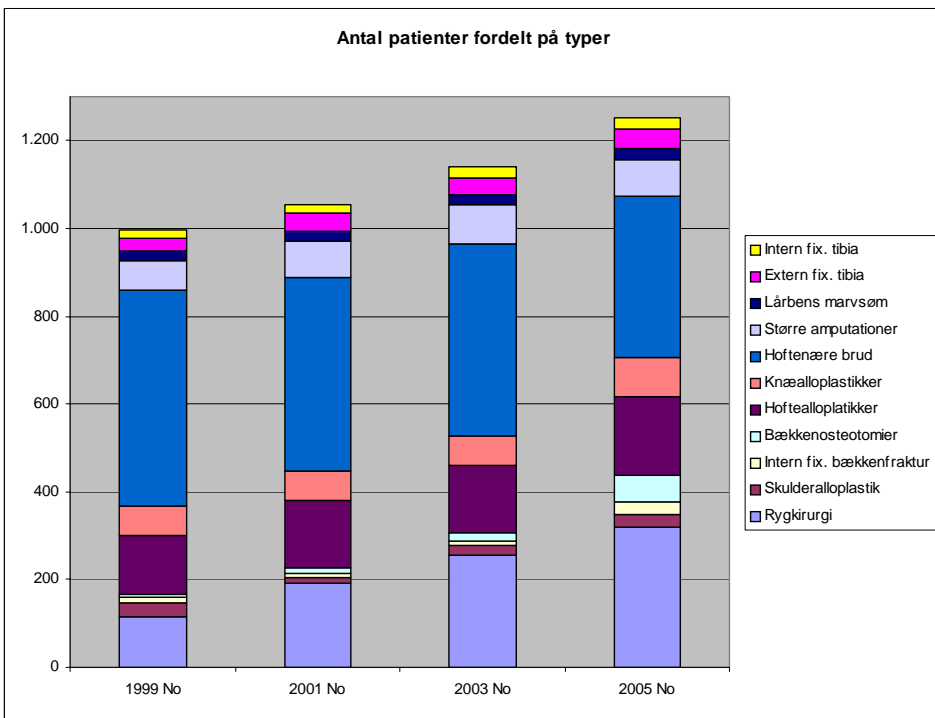
Forløbet vil herefter bestå af en række delelementer som skal håndteres i en given rækkefølge

Hos os kan forløbene opdeles i en række faser:

- Ved henvisning
- Præoperativt
- Under operationen
- Post operativt
- Efter hjemsendelse

Fjerner spild/ventetider: Lean !

Systematisk arbejde med patientforløb giver meget kontante resultater:



Fra 997 ptt. der brugte 45 senge

Til 1253 ptt. der brugte 32 senge

22,1/seng til 39,2/seng: 77% forskel

Hvis en EPJ kan tilføres en funktionalitet der understøtter forløbene ville dette være ideelt.

- Det ville sikre at forløbene faktisk gennemføres som planlagt
- Forløbene ville kunne dokumenteres
- Der ville fortløbende kunne høstes kvalitetsdata

- Grundlaget for videre udvikling ville herved være etableret