

SUNDHEDS PLATFORMEN

Hvorfor standardisering af klinisk og administrativt indhold? - og hvor meget?

**Bud på principper og eksempler på effekter i relation til
indholdsmæssig opsætning af Sundhedsplatformen**

Afdelingslæge Thomas Dalsgaard Clausen, Region Hovedstaden
IT-konsulent Tina Bendix Olsen, Region Sjælland

Disposition

- Kort introduktion til Sundhedsplatformen
- Rationaler for standardisering af klinisk og administrativt indhold (KAI)
- Ramme for analyse af mulige effekter af standardisering af KAI
- Principper for standardisering af KAI

To regioner i samarbejde



- 17 hospitaler
- 54 institutioner
- 2.5 millioner indbyggere
- 44.000 ansatte
- 12.000 samtidige brugere



Effekter og gevinster

Forbedringer i behandlings- kontinuitet og patientsikkerhed

- *Standardisering af den kliniske dokumentation*
- *Samling af patientens informationer i en løsning*
- *Bedre overblik og adgang til opdaterede informationer*
- *Beslutnings- og processtøtte*
- *Struktureret opsamling af information*



Effektivisering af kliniske processer og arbejdsgange

- *Øget standardisering*
- *Løsningen skal understøtte brug af evidensbaseret viden*
- *Klinisk og administrativ ledelsesinformation*
- *Samlet forløbsplanlægning skal understøttes*



Patient- og medarbejder- tilfredshed

- *Bedre overblik*
- *Mindre dobbeltarbejde i form af eliminering af dobbeltindtastning*
- *Øget driftsstabilitet*
- *Patient empowerment i form af mulighed for større medvirken for patienterne i deres eget sygdomsforløb*





Standardisering – hvorfor?

Klinisk og Administrativt Indhold (KAI)

- Standardiseret og evidensbaseret klinisk og administrativ viden, som manifesterer sig i Sundhedsplatformen i form af beslutningsstøtte i bred forstand til de kliniske og administrative processer – fx som
 - Standardiserede ‘pakker’ (order sets) inkl. nødvendig it-understøttelse af relevante arbejdsgange
 - Formularer til opsamling af relevant og nødvendig information
 - Relevant adgang til og sammenstilling af resultater
 - Basis for alarmer og advarsler i situationer og tilstande af behandlings- eller patientsikkerhedsmæssig kritisk betydning
 - Adgang til evidensgrundlag
 - Information om lokal praksis.

KAI – definitioner i forhold til leverancen

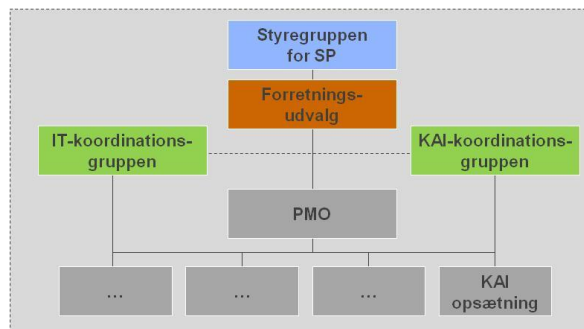
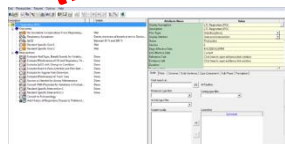
- KAI startsæt

Klinisk og Administrativt Indhold som ved kontraktindgåelsen er en integreret del af Leverandørens standarddrammesystem

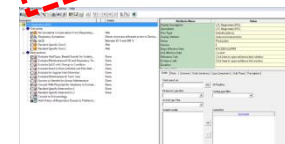
- Tilpasset KAI

'Klinisk og Administrativt Indhold som er en integreret del af Løsningen ved idriftsættelse, senest på overtagelsesdagen

KAI-startsæt



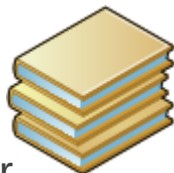
tilpasset KAI



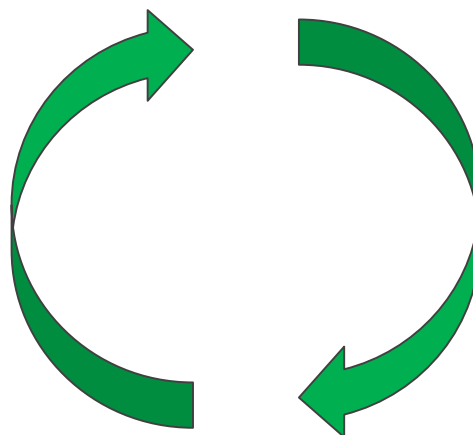
RegH



RegSj



Andre referencer



Rationaler

	For standardisering	For ikke at standardisere
Faglige	fx evidens, kvalitetsovervågning, patientsikkerhedsaspekter	fx manglende éntydig evidens, forskelle i befolkningsunderlag
Politiske	fx ligestilling	fx hensyntagen til patientens og/eller behandlerens autonomi
Økonomiske	fx billigst mulige, effektive behandling, rationaliseringsgevinster	fx forskellige prioriteringer mellem (fx næsten ligeværdige) behandlingsformer
Tekniske	fx mulighed for automatisk (it-understøttet) behandling af information (databehandling, fx beslutningsstøtte)	fx forskellige ressourcer eller kompetencer til rådighed

Hvor meget standardisering...?

Bredde "standardiseringsgrad"

(→ betydende for ressourcebehov)

0. Ingen standard
1. Lokal standard
2. Global standard

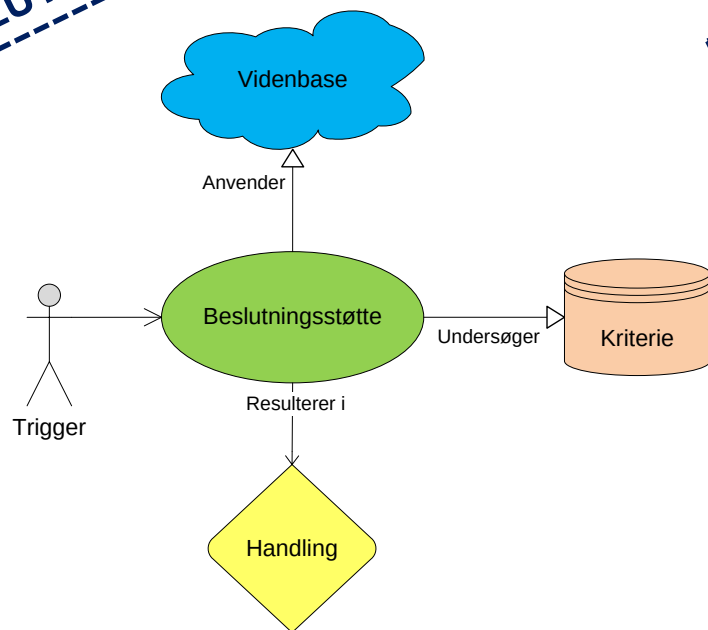
Dybde "struktureringsgrad"

(→ betydende for opnåelse af effekter / mål)

- I. Resultater
- II. Aktiviteter
- III. Diagnoser

Effekter af strukturering

BESLUTNINGSSTØTTE



SEKUNDÆR ANVENDELSE

Afregning

Indberetning til registre

Klinisk ledelse

Kvalitetsudvikling

Forskning

Beslutningsstøtte

Resultater

Aktiviteter

Diagnoser

kontekst	fokusering	aktiv	monitorering	proces
• Referenceværdier	• Relevante oversigter afhængig af fx sundhedsaktør, funktionsrolle, organisatorisk enhed	• Forståelse af resultat pba. individualiserede referenceværdier (fx hensyntagen til alder og køn)	• Kritisk resultat udløser notifikation til vagthavende	• Dokumentationsstøtte (fx defaultværdier, standardtekster, sikring af udfyldelse af obligatoriske felter)
• Procedurebeskrivelser • Generel patient information	• Prioriteret opgaveliste afhængig af sundhedsaktør, rolle (fx vagthavende) mv.	• Relevante undersøgelser eller behandling (enkelte aktiviteter, 'standardpakke' eller sammenhængende plan)	• Relevant undersøgelse eller behandling ikke planlagt / indledt • Ernæringsscreening er ikke dokumenteret inden tidsfristen	• Forslag til sekventering af aktiviteter • Overdragelse af opgaver
• Diagnostiske kriterier	• Prioriteret problemliste afhængig af fx sundhedsaktør	• Prioriterede differentialdiagnoser	• Lignende tilfælde tidligere • Risikovurderinger (fx i forhold til relaterede problemer; immobilisation og DVT)	• Understøtte løbende kvalificering af diagnoser og problemer

Eksempel: Diabetisk ketoacidose

Element	Hospital 1	Hospital 2
Definition	Metabolisk acidose SBC < 21 mM Ketonuri ≥ 8 mM	pH < 7,3 SBC < 18 mM Ketonuri
Laboratorieanalyser	<i>Ikke eksplicit angivet</i>	BG, urin glukose og ketonstoffer, arteriepunktur, hgb, leukocytter, natrium, kalium, kreatinin, carbamid, urinmikroskopi, urin D+R, rtg. af thorax, EKG, bloddyrkning, trachealsekret
Dokumentation	<i>Ikke eksplicit angivet</i>	<i>Ikke eksplicit angivet</i>
Insulin	t0: 10 IE i.v. t1-: 6-8 IE/t infusion	t0-1: 6 IE i.v. + 6 IE i.m. t1-: 6 IE i.m.
Rehydrering	t0: 1000 ml NaCl t1-: 500-750 ml NaCl pr. time	t0-1: 1000 ml NaCl t1-3: 500 ml NaCl t3-: 0-300 ml NaCl
Bicarbonat	Tilbageholdenhed, overvejes ved pH < 6,9	Tilbageholdenhed, overvejes ved pH < 7,1 eller SBC < 10 mM

Standardisering af resultater danner grundlag for

- Dokumentationsstøtte, fx i form af **defaultværdier** og sikring af udfyldelse af **obligatoriske felter**, fx oplysninger om varighed og mulige udløsende årsager
- **Automatisk indberetning** af dokumenterede resultater, fx til diabetesdatabase

Standardisering af aktiviteter og diagnostiske kriterier danner grundlag for

- Aktivt **diagnostisk forslag** om diabetisk ketoacidose
- Aktivt forslag og **understøttelse af ordination/rekvisition** af undersøgelses- og behandlingsplan, herunder ordination af laboratorieanalyser, insulinbehandling og væsketerapi
- **Opgaver** til sygeplejerske vedr. "ketoacidose regime"
- **Notifikation** af vagthavende læge ved kritisk standardbicarbonat og besked om, at behandling med bicarbonat kan overvejes.



Standardisering – hvor meget?

Formål med principper for fastlæggelse af KAI (1/2)

- At omsætte de generelle målsætninger for Sundhedsplatformen til **specifikke handlingsplaner for fastlæggelse af KAI, herunder standardisering**
- At **anvise ambitionsniveau og prioriteringshensyn** i forhold til fastlæggelse af KAI og standardisering, herunder særligt til brug for udarbejdelse af:
 - **KAI-portefølje** for Sundhedsplatformen
 - **Handleplaner for opsætning** indenfor de enkelte faglige besluthingsorganer i styringsmodellen.
- At understøtte **kommunikation** til de to regioners medarbejdere og ledere angående principper og målsætninger for standardisering og opsætning i den nye Sundhedsplatform – og dermed også **grundlag for forandringsledelsesindsatsen** i forbindelse med implementering.



Formål med principper for fastlæggelse af KAI (2/2)



- Principperne skal give svaret på, hvordan vi bevæger os fra "as-is" til "to-be".
- Principperne er således handlingsanvisende for, hvordan fastlæggelse af KAI og standardisering skal gennemføres, så målsætningerne for Sundhedsplatformen realiseres på bedst mulig vis.



To typer af principper leder fra strategi til handleplan:

- **Udvælgelsesprincipper** for fastlæggelse af porteføljens scope (porteføljen forstås her som KAI, der skal opsættes standardiseret i første opsætningsperiode).
Udvælgelsesprincipperne danner grundlag for udarbejdelse af KAI-porteføljen.
- **Standardiseringsprincipper** for, hvordan KAI, der er omfattet af porteføljen for første opsætningsperiode, skal fastlægges, hhv. i bredden og i dybden – dvs. ambitionsniveau for standardisering
Standardiseringsprincipperne danner grundlag for udarbejdelse af handleplaner og for tilpasset KAI indenfor de respektive fagområder.

Udvælgelsesprincipper



- Som udgangspunkt skal KAI, der er inkluderet i leverandørens startsæt, medtages i porteføljen for første opsætningsperiode.
Elementer af startsættet kan udelukkes, såfremt de ikke naturligt kan indgå i regionernes forretningsgange eller af andre strategiske hensyn nedprioriteres til fordel for anden opsætning.
- Sygdomsområder, hvor der foreligger særlige lovgivningsmæssige, nationale krav, skal prioriteres. Dette omfatter diverse forløbskrav samt opsætninger, der letter registrering af forløbskrav (pakker, udredning og andre lovkrav).
- Administrativt indhold, der understøtter workflows, booking, registrering/ indberetning og finansiering, skal opsættes i systemet i første opsætningsperiode.
- Opsætninger, der understøtter opfyldelse af DDKM-krav samt RKKP og regionale krav til kvalitetsmonitorering herunder servicemål, skal prioriteres.

Supplerende udvælgelsesprincipper

- Hensyn til patienter med multisygdom (flere samtidige lidelser) skal prioriteres (fx i form af oversigter som understøtter komplekse workflows.)
- Områder/workflows med størst problemer indenfor patientsikkerhed, herunder særligt patientovergange, skal prioriteres.
- Områder/workflows med stort patientvolumen skal prioriteres.
- Områder/workflows med højt transaktionsvolumen i forhold til bestillinger (fx grupper af blodprøver såsom væsketal, levertal mv.) eller generiske aktiviteter/handlinger (fx "modtagelse af patient") skal prioriteres.
- Områder/workflows med mange sundhedsprofessionelle skal prioriteres.
- Akut sygdom skal prioriteres.
- Ved sammensætning af porteføljen skal områder med regionale vejledninger prioriteres højere end områder med lokale vejledninger under forudsætning af høj klinisk relevans.

UDKAST

Standardiseringsprincipper



Standardiseringsprincipper

- Der skal tages udgangspunkt i leverandørens KAI-startsæt i forhold til dybde af standardisering
- Der skal tages hensyn til patientens forløb i forhold til beslutningstagning omkring fastlæggelse og standardisering af KAI.
- Hvis der er nationale krav eller lovgivning på et givent område, skal det afspejles i fastlæggelsen af KAI. Hvis der derudover er regionale krav eller vejledninger, skal disse ligeledes afspejles i fastlæggelsen af KAI.
- Standardiseringsgraden skal være så høj som muligt under hensyntagen til faglige, tekniske, politiske, administrative, forskningsmæssige og ledelsesmæssige rationaler for standardisering
- På områder, hvor der i dag er veludbygget strukturering, skal denne i videst muligt omfang bibeholdes

FORELØBIGE

Afklaringpunkter

- Principper for, hvornår det er tilladt at afvige fra leverandørens startsæt.
- Den forventede/ønskede fordeling af hhv. tilpasning og udvikling af KAI.
- Princip for anvendelse af eksterne standarder.

SUNDHEDS PLATFORMEN

Anskaffelse

Tilpasning

Implementering i 2 regioner

2012

2013

2014

2015

2016

2017

Standardisering og opsætning af KAI

Mobilisering af program

Uddannelse

Standardisering af processer

Regional opsætning

Lokal opsætning

Q1

Q2

Q3

Q4

TAK FOR OPMÆRKSOMHEDEN

Tina Bendix Olsen, IT-konsulent, Region Sjælland
(tibo@regionsjaelland.dk)

Thomas Dalsgaard Clausen, Afdelingslæge, Region Hovedstaden
(thdacl@regionh.dk)