

Hvordan realisere det gode beslutningsgrunnlaget?

oddvar.hagen@telemed.no

mads.gilbert@unn.no



Nasjonalt senter for
samhandling og telemedisin

Hvorfor er beslutningsgrunnlaget α og Ω ?

Veien til en optimal behandling er et riktig
beslutningsgrunnlag –

beslutningen som avgjør liv eller død/
livskvalitet/ helse/ leveår

- Hva koster det manglende beslutningsgrunnlaget?
- Hva er konsekvensen av det manglende
beslutningsgrunnlaget?

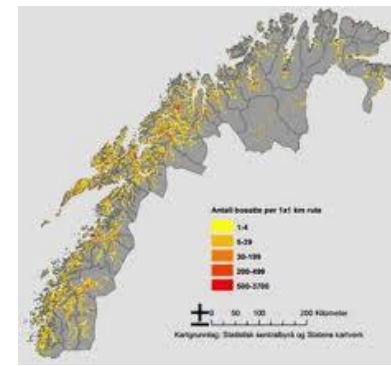
Feilbehandling,

rakk ikke tidsvindu,

måte sende...for sikkerhets skyld



Når mangler vi beslutningsgrunnlag?



- Når vi mangler kliniske data om pasienten- (bare et antydnet hendelsesforløp)
- Når vi ikke får undersøkt tilstrekkelig
- Når vi ikke får generert kliniske data
- Når vi mangler lagrede data

Og når er det? – Vanligvis i akutte situasjoner



beslutningsgrunnlaget - og hvordan få tak i dem på avstand?

(= å etterligne den ideelle metode)

- Klinisk undersøkelse i nåtid
av

de tilstedeværende/ under
veiledning

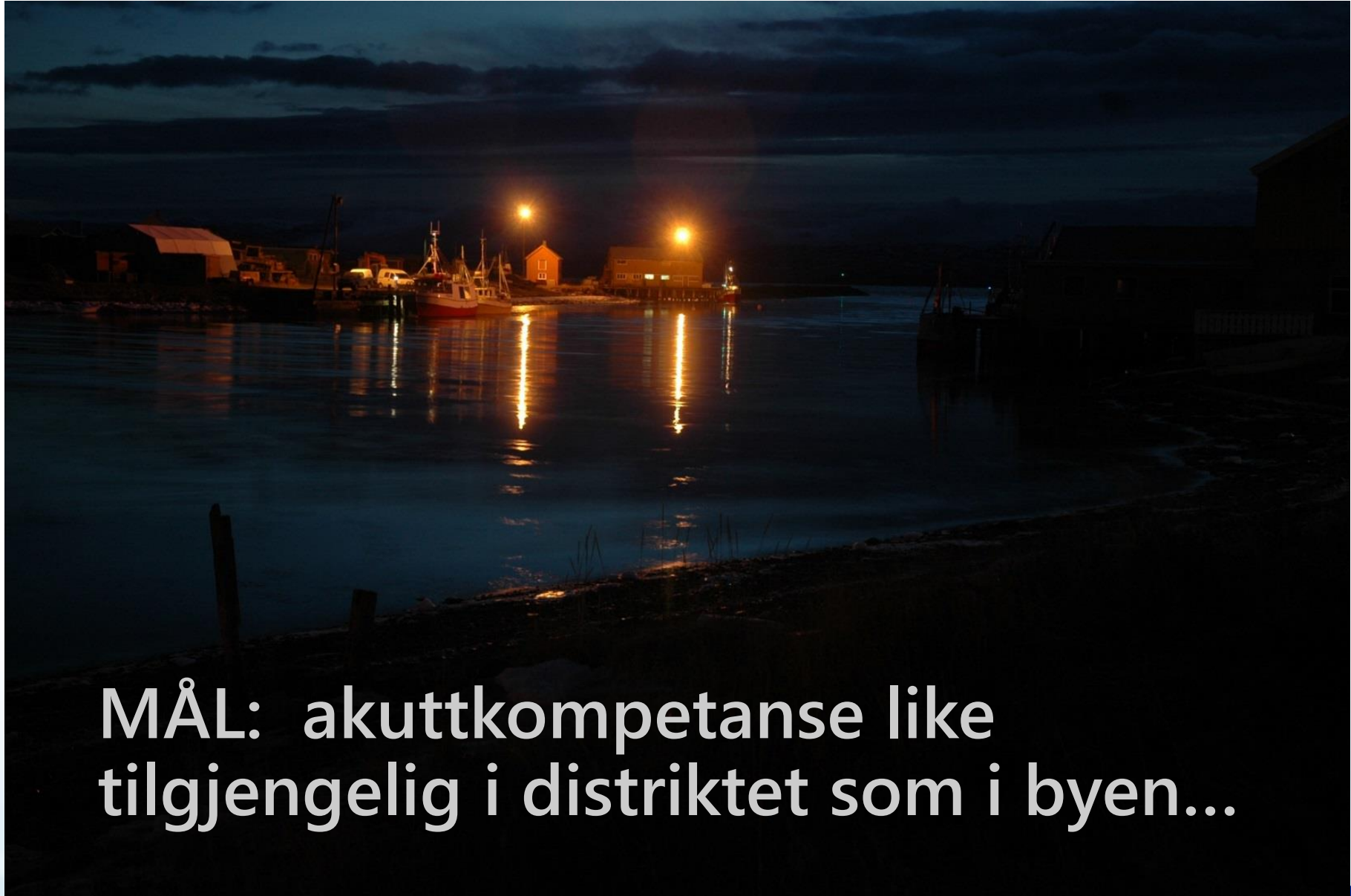


- Medisinke undersøkelser → innsamlet
av de tilstedeværende- tolket i
fellesskap/på distanse

- Monitorering av vitaldata- deles i
samtid

- Det nødvendiggte av lagrede data om

Videobasert akuttmedisinsk konferanse (VAKe)



MÅL: akuttkompetanse like tilgjengelig i distriktet som i byen...

Videobasert akuttmedisinsk konferanse (VAKe)

Tilgjengelighet av kompetanse - i
samtid!



AVANSERT HLR - VOKSNE

Konstaterer hjerrestans og alarmer

Start HLR 30:2 og kople til defibrillator

Rytmeanalyse

VF/VT

Asystri

Ett spjøkk
HLR 2 min
Etter 5 min:
"Vurder sirkulasjonen"
Gi evt. medikament

A:

- 1. Bedøvelse, 2. Stryk, 3. HLR

B:

- 1. Bedøvelse, 2. Stryk, 3. HLR

best

PRØVE OG LØS



Hva skjer når helsepersonell kommuniserer? (erfaringer)

- Pasient med kramper på DMS. Innvolvertete: Allmenlege, sykepleier - AMK spl., nevrolog.

Tidsbruk nevrolog 10 min. Resultat: Pas. ikke sendt (2 timer +) med ambulanse.



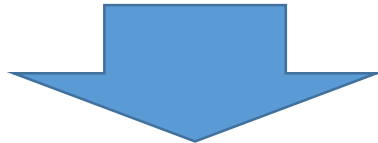
- Traumeleders perspektiv: å rådgi på distanse **med** vs **uten** et godt datagrunnlag / beslutningsgrunnlag.



- Å ha noen som kan hjelpe i bakhanda

Hvordan skaffer/ realiserer vi beslutningsgrunnlaget?

Status presens - sykehistorie - klinisk undersøkelse



1. **Genererte data/ vitaldata** og undersøkelser - relatert til konkret sykdom/ skade og mistanke om..
2. **Kliniske observasjonsdata**- som det legen ser og hører, ved å kommunisere med og undersøke pasienten/ få tilstede værende til å undersøke..
3. **Lagrede data fra EPJ.**

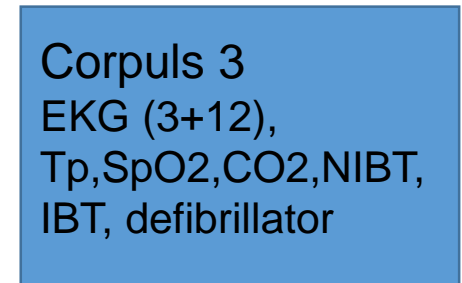
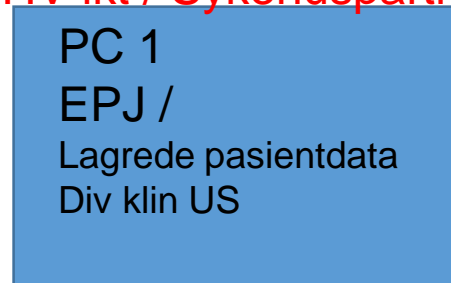
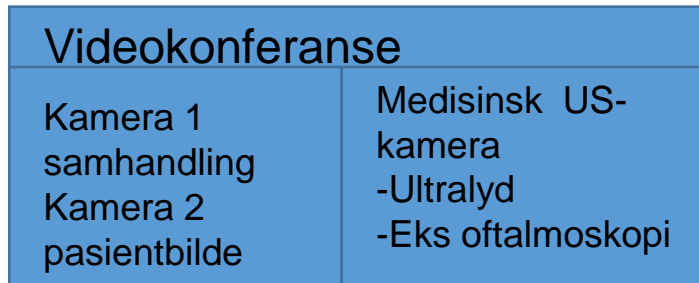
Prinsippene i VAKe2:

Datasamlingsenhet / pasientside

Ansvarlig service/drift: ??

HN-ikt/ Hemit /
HV-ikt / Sykehuspartner

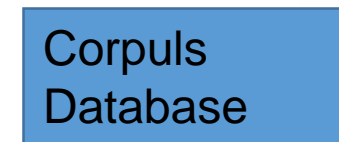
Med.teknisk



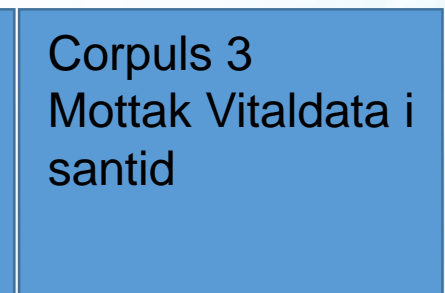
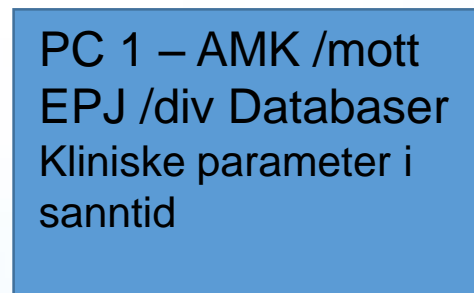
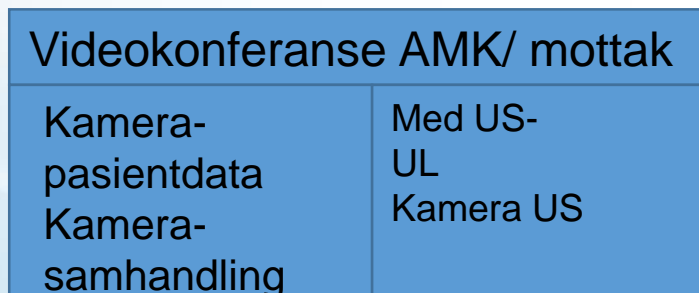
Nettverk: NHN Helsenett Vido

NHN Helsenett Drift

Database:



Tolkning av data / Kompetansesenter



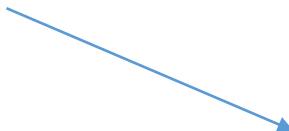
Genererte kliniska data

Vitaldatamonitorering + spesifikke med.us.:

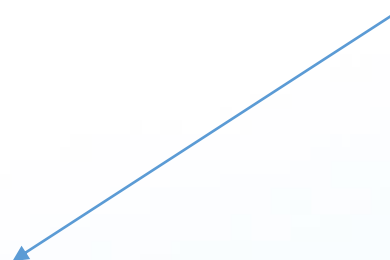
Corpuls3



Pasient



Corpuls server



Spesialist henter data fra databasen i tilnærmet samtidig-
tolker – beslutter/ rådgir

Us.utstyr tilpasset data/vk

NB!

Skal vi kommunisere i hele den akuttmedisinske kjeden- må vi ha kompatibelt utstyr i hele kjeden.

NB 2!
Avtaler mellom partene..



Hvorfor kan vi ikke deledata?

Standardisert? På dataprotokoller / VK protokoller? Overføring +lese data.

Trenges det proprietær hardware eller software hos mottaker?

En standardisert Videokonferanse utstyrspakke – den generiske (samarbeid produsent / leverandør / bruker)

Standarder

Standardiserte
produkter (out of
the box)

Klinisk fokus

Relevante data

Kvalitetssikret

Overkommelig
pris

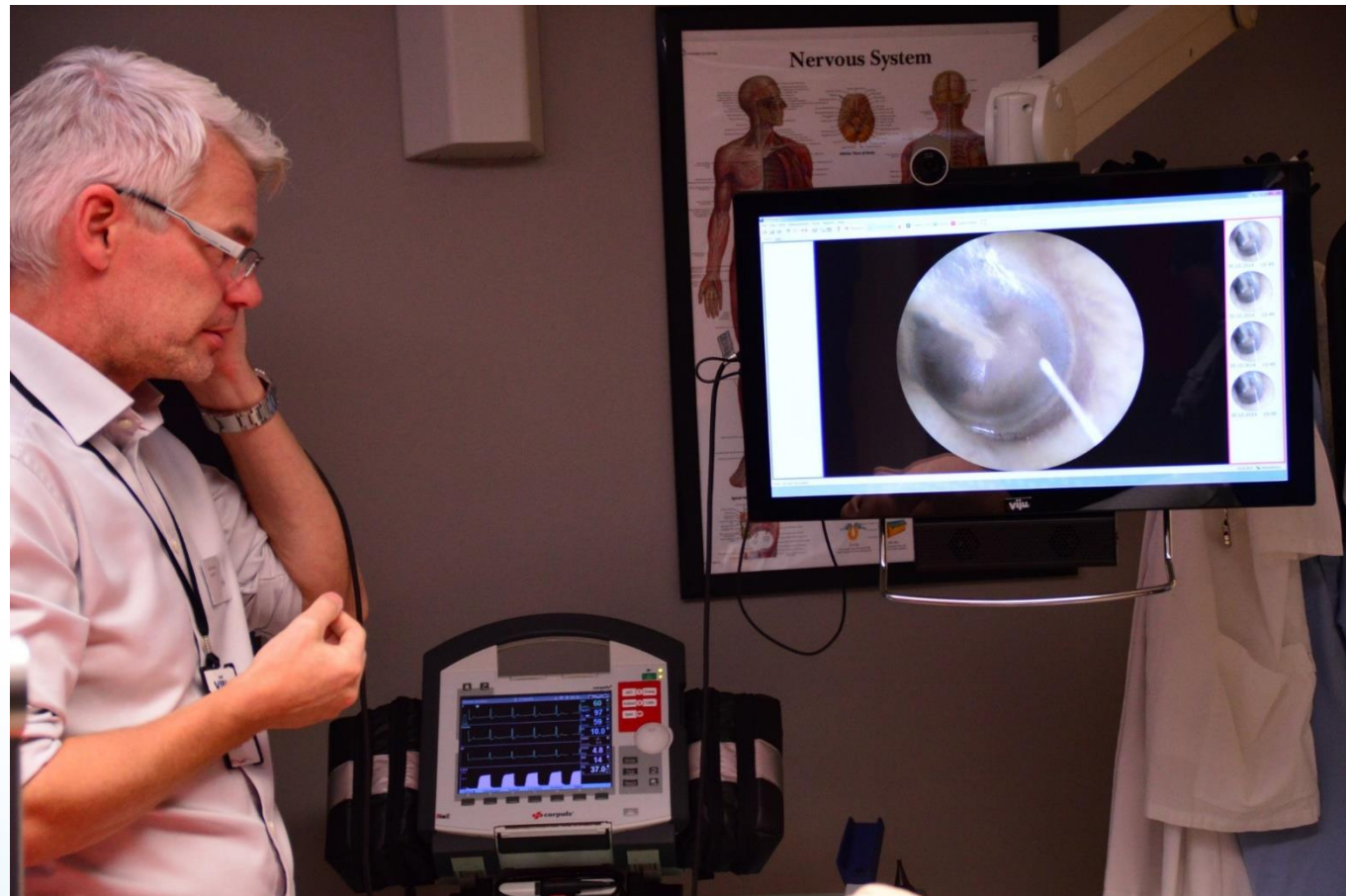
Service på
produkt(ene)

Serviceavtale(r)

DRIFT

(helpdesk)

Enkelt, intuitiv i
bruk



Videokonferanse - fra lyd-bilde kommunikasjon til klinisk problemløser



FAQ minus svar: Pasient utkomme, klinisk anvendbarhet- hvor viktig er det visuelle?

Lyd og bilde kvalitet- hvor viktig er det? Jamf enklere og billigere løsninger
“Quality of service”, servicetilgang, oppetid?

Pasientsikkerhet – datasikkerhet?

Forståelse og samarbeidskultur for helsepersonell? – avtaler?

Tilgang på spesial-kompetanse?

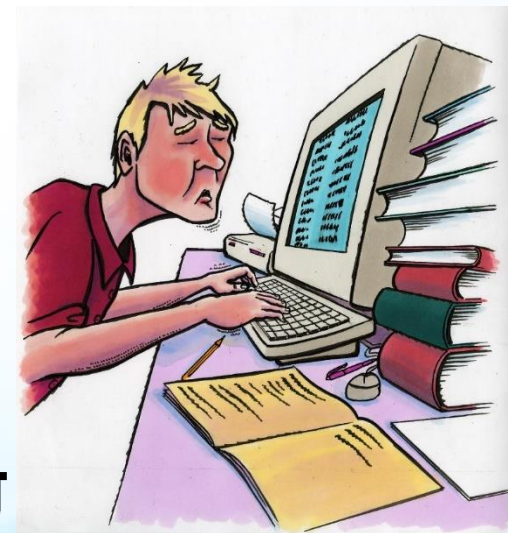
Et kvalitetssikret beslutningsgrunnlag?

Mot «En borger en journal» og tilgang til pasientdata

- DIPS → DIPS Arena = lik journal for hele Helse Nord og for (nesten) hele Norge-
- Letter å tilpasse andre journalsystemer, eks primærlegejournaler, ambulansejournaler, PLO systemer
- Kompatible primærhelsesystemer?
- I Helse-Nord FIKS prosjektet
- Ein vestlending - ein sjukehusjournal
- KJERNEJOURNAL



= tilgang på lagrede data del av **beslutningsgrunnlag**



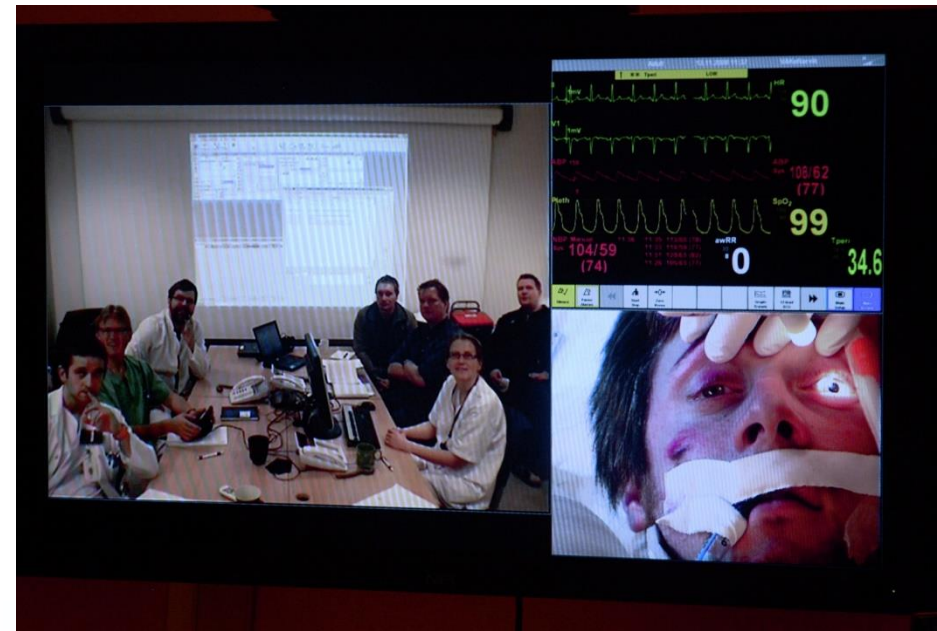
Den nye arbeidsprosessen for et bedre beslutningsgrunnlag og pasientløp:

- Gjennom en rask tilgang til kompetanse
- En umiddelbar tilgang på/ deling av relevante pasientdata
- Gjennom en direkte kommunikasjon mellom «alle», tilstedeværende helsepersonell, pasient og et samhandlende helsevesen.

= **GEVINSTREALISERINGEN** er ett sammenhengende, kommuniserende helsevesen. Vi får brukt investeringene våre til Å **OPTIMALISERE** pasientløp.



Basisen er: Gode lokale fagfolk – Samhandling med spesialister - Deling av kliniske data → et godt beslutningsgrunnlag.



Det virtuelle team i arbeid

Hvordan realisere vi dette?



- **Politiske insentiver**- (Si@/Samhandlingsreformen /Samspill 2.0)

- **Standardiserte kompatible løsninger**

Samordning hos produsenter? Hva sker? Stampe /sirup.

Mot-trekk: Samordnet anbud og innkjøp, eks HINAS

-Enighet omveien videre? (4 selvstendige HF + 428 kommuner)

-Noen milde diktatorer viser vei, eks NHN

-**Økonomiske insentiver** -Mangler i stor grad (salg av kompetanse)

-**Faglige kliniske insentiver**: god forskning mangler

Fan-klubben: begrenset til de som har prøvd..

“Etter diskusjon i direktørmøtet, den 3.juli 2013 har adm direktør i Helse Nord RHF besluttet...

-å planlegge innføring av VAKe (Videobasert akuttmedisinsk konferanse) som gjennomgående kommunikasjonsløsning i akuttberedskapen i alle helseforetak.”

En åpenbar kommunikasjonsløsning for KAD senga

- Dele data → riktigere beslutninger → riktig pasient på rett sted.
- Hva med å ha **resten av helsevesenet i ryggen?**

Kompetansekrav i KAD

- **Alle pasienter må ha hatt legetilsyn før innleggelse i KAD, eventuelt blitt konferert per telefon.**
- Sykepleiertjeneste 24/7 (bachelor i sykepleie)
- Pasienten kan behandles av en allmennlege
- Tilgang til lege 24/7 (allmennlege)
- Tilgang til røntgen (egen dagtid og tilgang kveld)
- Tilgang til lab-tjenester (egen dagtid og tilgang kveld)

Forbedret beslutningsgrunnlag i katastrofer: datadeling-koordinering-samhandling



What is the Secret of SUCCESS?

"RIGHT DECISIONS",

How do you make Right Decisions?

"EXPERIENCE",

How do you get Experience?

"WRONG DECISIONS!"!

- SheilaJan.Com

..eller gjennom virtuelt team-arbeid?

Dokumentasjon VAKe

NST prosjektrapporter

O Hagen, E Sjaaeng ,S R Bolle «**Videobasert Akuttmedisinsk Konferanse (VAKe)**

Videokonferanse som kommunikasjonsmedium i akuttmedisin»

Bolle, Stein Roald, Gilbert, Mads, Larsen, Frank., Hagen, Oddvar. (2009).
"Video conferencing versus telephone calls for team work across hospitals: a qualitative study on simulated emergencies."

BMC Emergency Medicine, 9(22), 16.

- SR Bolle, AH Lien, R Mjaaseth, M Gilbert «Videobasert Akuttmedisinsk konferanse»
- Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 136-7
- M Gilbert, SR Bolle «Virtuell kriseledelse, ikke felles nødnummer»
- Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 138-9
- O Hagen, S Konradsen «VAKe-Videokonferanse som arbeidsredskap for raskere deling av pasientdata» Utposten 2014-2; 37-39
- Meld.St.9 (2012-13) En innbygger - en journal. Boks 6.4, s55

Dette innlegget bygger også på: Hagen, Oddvar «To use, or not to use, that is the question" MUNIN

<http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/2614>

For å realisere et optimalt
beslutningsgrunnlag..

..må vi teknisk og organisatorisk kunne
samarbeide



NB Gjelder hele helsevesenet



TAKK FOR OSS

