

Sammenhæng

i

sundhedsvæsenet

**- kan IT gøre en forskel?**

## **Sammenhæng i sundhedsvæsenet - kan IT gøre en forskel?**

Skrevet af  
Journalist Thomas Bang

Projektleder  
Ida Leisner

Projektmedarbejder  
Julie Fjendbo Jørgensen

Projektsekretær  
Eva Glejtrup

Teknologirådet  
Februar 2010

## **Kære deltager i seminaret:**

### **Sammenhæng i sundhedsvæsenet – kan IT gøre en forskel?**

Fremtidens sundhedsvæsen er mere end nyt sygehusbyggeri og ændret sygehusstruktur. Det drejer sig i høj grad også om den ændrede arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor, om forskydning af opgaver fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen og om at koordinere og skabe sammenhæng for patienterne i et sundhedsvæsen der specialiseres for at opnå et højt fagligt niveau. Sundhedsaftaler skal beskrive arbejdsdelingen, og IT skal understøtte samarbejdet ved at sikre en effektiv og hensigtsmæssig kommunikation mellem aktørerne i de enkelte patientforløb.

Fremtidens sundhedsvæsen handler om patienterne. Blandt dem er de kronisk syge en voksende gruppe. I 2020 lider 2 millioner danskere af en eller flere langvarige sygdomme, eller 300.000 flere kronisk syge end i dag. Det fremgår af folkesundhedsrapporten 2007 fra Statens Institut for Folkesundhed. Kronikerne har særlig behov for, at sundhedsvæsenets parter indretter deres behandling, så den hænger sammen.

En anden trend er, at behandlingen af patienterne flytter ud af hospitalerne, væk fra sengene.

Internationale undersøgelser viser, at aktive patienter, der tager ansvar for deres egen behandling, er mindre ressourcekrævende og har højere livskvalitet over længere tid.

Et middel til at imødekomme patienternes behov for at tage ansvar er telemedicinske systemer, der samtidig gør det muligt at holde patienterne længere tid i eget hjem.

Visionen om at patienter skal opleve et sammenhængende og vel koordineret behandlingsforløb har været på tapetet de seneste 3-4 årtier. Nogle taler om et kronisk koordinationsbævsvær, som ikke kan løses med et snuptag. Det seneste årti er sundhedsvæsenet for alvor trådt ind i den elektroniske tidsalder. Det skal være slut med papirjournaler, som bliver væk. Patientens data skal digitaliseres, og sundhedspersonalets deling af information skal ske elektronisk. Det føjer endnu en dimension til sammenhæng i sundhedsvæsenet. Derfor må spørgsmålet om IT kan gøre en forskel også stilles. Hvordan kan kommuner, sygehusene i regionerne og de praktiserende læger samarbejde og dele viden og information på tværs af sektorgrænserne? Hvordan forbinder man den enkelte patient med de mange involverede sundhedsmedarbejdere? Det handler om hvordan man organiserer arbejdet mellem de sundhedsmedarbejdere, der sidder i hver sin sektor. Det handler om hvordan sundhedsvæsenets indretning og nye IT-værktøjer som fælles medicinkort, telemedicin, sundhed.dk og e-journal kan spille sammen i bestræbelserne på at få en bedre sammenhæng for patienterne og borgerne.

Den slags kræver, at politikere på tværs af kommuner, regioner og stat er i stand til at skabe sig overblik og træffe beslutninger, der tilgodeser patienterne og sundhedsvæsenet på lang sigt. Og som udbygger den førerposition, som Danmark trods udfordringerne har, når det gælder om at digitalisere og udveksle data i sundhedsvæsenet.

#### **Hvad debatoplægget byder på**

Debatoplægget her præsenterer en række korte interview med seminarets oplægsholdere. De løfter sløret for nogle af de budskaber, de vil præsentere i deres mundtlige oplæg. At læse

interviewene giver inspiration til de debatter, politikere og eksperter skal have med hinanden på seminaret.

Debatoplæggets forskellige bud på sammenhæng og udfordringer til sammenhæng omhandler:

- koordination og organisation af samarbejdet om behandling af patienter på tværs af sektorer (læger og kommuner og sygehuse)
- den praktiserende læges rolle som tovholder for patientens behandlingsforløb
- IT som infrastruktur og redskab til at holde både patient, læger og øvrige sundhedsmedarbejdere opdateret med den relevante viden.

**Sidsel Vinge** peger på den sammenhæng patienten skal opleve. Godt samarbejde og koordination mellem de forskellige led i behandlingen er nødvendig for at få høj behandlingskvalitet. Øget specialisering er ikke lig med kvalitet, fordi det kan føre til fragmenterede patientforløb, og her er IT ikke altid svaret på at genskabe sammenhængen for patienten.

**Finn Kensing** udvikler nye IT-systemer og telemedicinske løsninger, som kan gøre patienten i stand til i højere grad at styre egen behandling. De kan også binde de forskellige behandlingsinstanser bedre sammen. Gode IT-systemer handler om at eksperimentere og gøre erfaringer med at passe systemerne sammen med organisationen, før man indbyder leverandørerne til at give tilbud.

**Per Busk og Jesper Zwisler** er optaget af koordination og samarbejde – set fra regionen og kommunens synsvinkel. De efterlyser begge et nationalt fastlagt ambitionsniveau for sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalerne skal forpligte de parter, der skal samarbejde: Kommuner, almen praksis og sygehuse. Midlerne er de ikke enige om - dog: Overenskomsten med praktiserende lægers organisation skal på plads, så lægerne kan forpligtes til tovholderopgaverne.

**Ivan Lund Pedersen** har IT-infrastrukturen som udgangspunkt og peger på behov for et paradigmeskifte. Vi må ud over det punkt, hvor digitalisering bygger ovenpå den kendte papirverden, hvor man sender oplysninger til hinanden. Nu skal man selv hente dem, og det skal være let at finde oplysningerne.

Det ønske har praktiserende læge **Jens Rubak** også. For ham er sammenhæng i sundhedsvæsenet bl.a. et opgør med silo-tænkning. Det skal være let for ham som tovholder for patientens behandling altid at kunne få opdateret viden om patienten, og at kunne kontakte sygehusets specialister og kommunen som led i behandlingen.

**Morten Elbæk Petersen** præsenterer sundhed.dk som den løsning, der binder sektorerne i det danske sundhedsvæsen sammen med borgeren. Dog savner han samarbejde med de praktiserende læger, som ikke stiller patientoplysninger til rådighed for patienterne.

**Dorthe Stigaard** ser som IT-direktør, at der er masser af eksempler på, at IT skaber bedre sammenhæng i patientforløbene, i hvert fald fra "grøftkant til sengestue på hospitalet". Men det er lettere at få grønt lys til at investere i en ny scanner end til at investere i at udbygge IT-systemer og infrastruktur som gør, at man virkelig kan få glæde af scanneren.

Seminarer præsenterer altså en vifte af problemstillinger, som har med sammenhæng i sundhedsvesenet og IT at gøre. Der er flere spørgsmål, end der er svar. Meningen med seminarer er ikke at få løst alle problemer. Men at I som politikerne sammen tager en pejling af, hvor de største udfordringer er, og hvilke initiativer I gerne ser sat i værk.

Vi håber I får en god debat.

Teknologirådet

Februar 2010

## Indhold

<b>Forskeren: Skyd myten om den frelsende IT ned</b>	<b>7</b>
CV - Sidsel Vinge	9
<b>Set fra regionen: Fodslæbende kommuner får lov at sætte tempoet</b>	<b>10</b>
CV - Per Busk	11
<b>Kommunaldirektøren: Pres kommuner, regioner og læger ind i tæt samarbejde</b>	<b>12</b>
CV - Jesper Zwisler	13
<b>Projektchefen: Vi skal dele data – ikke kun sende og modtage</b>	<b>14</b>
CV - Ivan Lund Pedersen	15
<b>IT-professoren: Start sundheds-IT i sandkasser</b>	<b>16</b>
CV - Finn Kensing	17
<b>Direktøren til politikerne: I må ikke overse sundhed.dk</b>	<b>18</b>
CV - Morten Elbæk Petersen	19
<b>Den praktiserende læge: Bryd IT-siloerne ned</b>	<b>20</b>
CV - Jens Rubak	21
<b>IT-direktøren i regionen: Vi skal have samme billede af elefanten</b>	<b>22</b>
CV - Dorte Stigaard	23

## **Forskeren: Skyd myten om den frelsende IT ned**

**Vi får ikke noget sammenhængende sundhedsvæsen, når vi deler behandlingen op i stadig mere specialiserede dele og omringer patienten med aktører. Forsker fra Dansk Sundhedsinstitut mener, at IT er overvurderet, når det gælder sammenhængende patientforløb. Men der er hårdt brug for IT, der fungerer på tværs af sektorerne.**

Glem alt om, at IT som en frelsende engel kan skabe et sammenhængende sundhedsvæsen. For vi har så travlt med at specialisere behandling og pleje, at vi samtidig skaber et enormt behov for koordination. Og her kommer selv de smarteste IT-systemer til kort.

Det mener Sidsel Vinge, senior projektleder fra Dansk Sundhedsinstitut.

”Det er ekstremt op ad bakke. Hvis vi ikke stopper tendensen til at sprede patientforløb ud på flere og flere hænder, kommer sundhedsvæsenet ikke til at hænge bedre sammen. Specialisering og arbejdsdeling er som al anden medicin – det har bivirkninger.”

Sidsel Vinge har beskæftiget sig med stort set alle hjørner af sundhedsvæsenet - fra organisering af sygehuslægers arbejde over almen praksis og praksispersonale til det kommunale sundheds- og ældreområde.

Hun ser specialisering og øget arbejdsdeling i alle sektorer, samtidig med at behandlinger bliver langt mere intensive. Liggetiderne styrtdykker, fordi der kommer bedre og mere skånsomme behandlinger, der også gør det muligt at behandle flere patienter ambulant eller i hjemmet. Men nu sætter specialiseringens skyggeside ind.

”Nogle kalder det specialisering, andre arbejdsdeling. Jeg kalder det fragmentering. Intensivering af behandling og udredning stiller krav, om at vi koordinerer forløbene langt bedre, men fragmenteringen gør det modsatte: Den forstærker behovet for koordination.”

### **Grotesk mange aktører**

Hun illustrerer med en ældre kvinde, der udover KOL – i gamle dage kaldet rygerlunger – også har diabetes.

Hun går til ambulant kontrol på to sygehuse, og hun går også hos egen læge, hvor opgaverne er delt mellem lægen og klinisygeplejersken. I kommunen følger hun et rehabiliterende kronikerforløb, hun får hjemmehjælp og hjemmesygepleje, og hvert halve år får hun et forebyggende hjemmebesøg af en anden kommunal sygeplejerske. Sygeplejerskevisitatoren tropper også op for at vurdere, om hun får de rigtige ydelser.

Desuden kommer en udgående ilt-sygeplejerske, og en sygeplejerske fra kommunens KOL-projekt, som den sidste kronikerpulje finansierer for en periode. Og selvfølgelig har hun som sidste skud på stammen fået endnu en sygeplejerske tilknyttet – en sundhedskoordinator – der skal skabe sammenhæng i hendes forløb.

”Der er grotesk mange aktører omkring patienten, som vel at mærke ikke er i en akut fase, men som bare er en ganske almindelig komorbid (patient med flere sygdomme, red.) kroniker.”

### **Høj kvalitet forudsætter sammenhængende forløb**

Tendensen findes overalt i sundhedsvæsenet, mener Vinge.

”Vi ser utrolige mange og ofte midlertidige teams og projekter på tværs af enheder, og de er ofte drevet af lysten til at udvikle sundhedsvæsenet med projektmidler. En form for projektitis.

Der skal ekstremt meget koordinationsarbejde til at få et sammenhængende forløb for sådan en ældre komorbid kroniker.”

Sidsel Vinge vender sig mod troen på, at vi uden videre kan specialisere os til højere kvalitet.

”Definitionen på høj sundhedsfaglig kvalitet er blandt andet, at behandlingen er koordineret og dermed sammenhængende. Du kan ikke specialisere dig til højt fagligt niveau, uden at behandlingen er sammenhængende,” siger hun.

### **Standardisér behandling og skab bredere jobs**

Løsningen på sammenhængsproblemerne er ifølge Vinge ikke bedre IT-systemer.

”Jeg hører tit vendingen ‘Og så binder vi det hele sammen med en fælles IT-struktur’. Men det skaber ikke faglighed og koordination. IT-systemerne gør det muligt at genbruge information som for eksempel i Det Fælles Medicinkort, som vil rumme værdifuld information for mange. Det er godt og væsentligt. Men det løser ikke problemet med fragmenteringen, og det skaber ikke sammenhængende forløb.”

Hun ser to mulige løsninger.

”For det første kan vi standardisere mere, som vi gjorde med kræftpakkerne. Det andet svar er mindre arbejdsdeling. I stedet for så mange aktører ved den komorbide ældre dame, må de klare flere opgaver hver. Altså bredere jobs. Vi skal være langt mere varsomme med at oprette nye teams, funktioner og alverdens specialenheder. Puljemidler understøtter fragmenteringen.”

### **Store IT-huller i kommunerne**

Sidsel Vinge påpeger, at der særligt i kommunerne er stærkt behov for mere sundhedsfaglige IT-systemer til journalføring og til landsdækkende registre over den samlede aktivitet.

”Kommunerne er et stort hul rent videnskabsmæssigt, fordi det er den eneste sektor, hvor der ikke findes nationale og sundhedsfaglige registre over aktiviteten. De laver masser af lokal registrering af tid, men man registrerer hverken ydelserne eller diagnoser systematisk. Meget foregår på papir, og deres IT-systemer er ikke forbundet til det øvrige sundhedsvæsen, så ingen ved, hvad tusinder af hjemmesygeplejersker leverer af ydelser, eller til hvilke patienter. Vi er ifølge Statens Institut for Folkesundhed på vej mod 2 mio. kronikere i 2020. Så kommunernes forhold til IT og sundhedsfaglige registre er hverken holdbart for sundhedsvæsenet - eller for patienterne.”

#### **Dansk Sundhedsinstitut**

- DSI er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.
- Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen.



## **CV - Sidsel Vinge**

- Senior projektleder på Dansk Sundhedsinstitut.
- Ph.d. fra CBS, Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet, 2003.
- Cand.merc. fra CBS, 1999.
- Har forsket i og skrevet en række publikationer om organisering af arbejdet på hospitaler, om ledelse og udvikling i almen praksis og om kommunale sundhedsopgaver som hjemmesygepleje og genoptræning.
- Elsker sin Iphone, fordi hun er kort-fetichist og kan gå på opdagelse i hele verden via Google Earth.

## **Set fra regionen: Fodsløbende kommuner får lov at sætte tempoet**

**Kræv pakker for kroniske patienter som på kræftområdet. For ellers bestemmer nogle få fodsløbende kommuner dagsordenen. Desuden modarbejder overenskomsten med praktiserende læger muligheden for, at kroniske patienter får tovholdere. Direktør på sundhedsområdet i Region Syddanmark vil have politikerne op af stolene.**

Kroniske patienter med diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjerteproblemer eller lidelser i bevægeapparatet skal gøres til en folkesag lige som kræftpatienterne. For de lider mest under, at hospitaler, kommuner og praktiserende læger har svært ved at samarbejde, når flere parter skal behandle patienterne. Det mener Per Busk fra Region Syddanmark. Han er direktør i Sundhed med særligt fokus på primær sektor og kommunesamarbejde.

”Der var et enormt politisk fokus på kræftpakkerne. De gjorde virkelig en forskel, og vi har brug for det samme til de kroniske patienter. Vi skal lægge forpligtende planer, så hver part – sygehus, kommune og praktiserende læge - forpligter sig til at gøre sin del. Redskabet hedder sundhedsaftaler, men i dag er de formuleret så blødt, at det kun bliver til ’kan’ og ’bør’. Så får de mest fodsløbende kommuner lov at sætte dagsordenen. Heldigvis er mange kommuner også ambitiøse på sundhedsområdet, men da man ofte bygger på enighed, bliver det laveste fællesnævner, som sætter standarden.”

### **Mange aktører skal blive enige om kronikere**

Busk forklarer, at det er sværere at enes om forløb for patienter, som tre sektorer skal behandle. En region som Syddanmark omfatter 22 kommuner, 5 sygehuse, 1 region og 500 praktiserende læger.

På kræftområdet var det nemmere at beskrive behandlingsforløb stramt, for her bliver patienterne behandlet i samme sektor – på sygehusene – når den praktiserende læge har opdaget alarmsymptomerne.

”Vi kan lave rammeaftaler med målsætninger, men mange kommuner er tilbageholdende med at forpligte sig på bestemte opgaver. Desuden har vi problemer med overenskomsten med de praktiserende læger, fordi den i så høj grad bygger på honorar for enkelttydelser. Vi ønsker en ny honorering, hvor lægen får penge for at være tovholder for den kroniske patient.” Per Busk henviser til, at forhandlingerne om en ny overenskomst mellem PLO og Danske Regioner brød sammen i 2009. Her havde regionerne lagt op til, at lægerne i højere grad skulle have klinikhonorarer i stedet for ydelseshonorarer. Det ville gøre det nemmere at honorere lægerne som tovholdere.

I modsætning til Jesper Zwisler, kommunaldirektør i Greve, ønsker Per Busk hverken sanktioner eller økonomiske gulerødder i sundhedsaftalerne.

”Vi risikerer at skabe et stort bureaukrati. Der har været tiltag til, at kommunerne får deres egne DRG-takster, men jeg ønsker ikke, at kommunerne bruger deres tid på alle mulige registreringer. Vi skal bare have løst opgaven. Det kræver en national dagsorden, der lægger ambitionsniveauet, og langt mere konkrete krav til indsatsen i stil med kræftpakkerne. Derudover skal vi etablere en landsdækkende tværsektoriel kvalitetsmonitorering af området.”

### **Lavpraktisk system hjælper**

Per Busk giver også et eksempel på, at IT kan hjælpe parterne til at kommunikere bedre

omkring patientforløb. I Region Syddanmark er regionen og kommunerne blevet enige om aftalen SAM:BO, der står for samarbejde om borgerforløb.

Den sætter nogle standarder for, hvordan sygehusene og kommunernes hjemmepleje skal kommunikere elektronisk, både når patienterne indlægges, behandles og udskrives.

”Det er en lavpraktisk løsning, som sikrer løbende kommunikation mellem sygehus og hjemmepleje i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Systemet bliver brugt, og alle er glade for det. Men det er kun et skridt på vejen til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen.”

### **CV - Per Busk**

- Direktør i Sundhed med særligt fokus på primær sektor og kommunesamarbejde, Region Syddanmark.
- 17 års erfaring med social- og sundhedsforvaltning i Vejle Amt, Grindsted Kommune og Region Syddanmark, hvor han var med til at opbygge den nye regionale sundhedsorganisation.
- Stedfortræder for regionens sundhedsdirektør Jens Elkjær.
- Uddannet cand.scient.pol fra Århus Universitet 1992.
- Medlem af den nationale kræftstyregruppe og hjertefølgegruppen.

## **Kommaldirektøren: Pres kommuner, regioner og læger ind i tæt samarbejde**

**Oplagte indsatser for borgerne går tabt, fordi ingen presser kommuner, regioner og praksislæger til at samarbejde. Kommaldirektør ønsker mere forpligtende sundhedsaftaler, og centrale aktører bør udtænke ensartede kommunikationsveje mellem kommuner, hospitaler og læger.**

Når ingen tvinger kommuner, hospitaler og praktiserende læger til at samarbejde, taber vi tiltag, der kan hjælpe borgerne på gulvet. Derfor bør sundhedsaftalerne udstyres med bid og incitamenter, der kan forpligte parterne til at samarbejde og dele ressourcerne effektivt.

Det mener kommaldirektør i Greve Kommune, Jesper Zwisler, samtidig med, at han pointerer, at det vel aldrig har fungeret bedre i forhold til den samlede sundhedsindsats.

Han giver følge hjem-ordninger som eksempel. Undersøgelser har vist, at de kan hjælpe ældre borgere, der udskrives fra hospitalerne.

”Det er en kæmpe fordel for den ældre medicinske patient, hvis den praktiserende læge følger op efter en hospitalsindlæggelse hjemme hos patienten sammen med for eksempel en farmaceut. Så kan lægen tjekke hendes medicinskab og skabe tryghed, og så falder risikoen for, at patienten bliver genindlagt. Derfor har flere kommuner forsøgt at lave aftaler med lægerne, men det lykkedes ikke,” siger Jesper Zwisler.

Han forklarer, at kommunerne herefter har måttet lave en aftale med hospitalspersonale om at følge patienterne, der ofte har mange forskellige sygdomme, hjem.

”Det er tåbeligt, at de enkelte kommuner skal bruge energi på at overtale de lokale læger, når det er dokumenteret, at tiltagene hjælper borgeren, og vi kan spare penge på dem. Det burde aftales centralt, men kommunerne har ikke forhandlingsret, og vi må vente på, at regionerne og lægerne bliver enige.”

Regioner og kommuner skal snart genforhandle sundhedsaftaler, og dem vil Zwisler gerne have gjort mere forpligtende.

”Sundhedsstyrelsen bør hæve kravene til, hvor ambitiøse aftalerne skal være, og det kan den gøre ved at lægge sanktioner ind, som træder i kraft, hvis parterne ikke overholder aftalerne. Der bør være incitamenter, så parterne indfører oplagte tiltag og deler gevinsterne mellem sig.”

### **Kun en elektronisk indgang fra hospital til kommune**

På samme måde efterspørger han styring udefra, når kommuner, hospitaler og praktiserende læger skal finde ud af at kommunikere elektronisk.

Kommunerne er på vidt forskellige steder, når det gælder om at kommunikere med regionerne, mens der ifølge Zwisler ikke findes tilstrækkelig systematisk kommunikation mellem kommuner og praktiserende læger.

”En ting er MedCom-standarder for det rent tekniske, men KL, Danske Regioner og PLO bør også sikre sig ensartede kommunikationsveje på det organisatoriske plan på tværs af regionerne.”

Han giver et eksempel, når Rigshospitalet udskriver en patient til Greve Kommune i Region Sjælland.

”De elektroniske veje ind i kommunen er mange, men hospitalspersonalet skal let kunne finde ud af, hvor det skal sende patienten hen. Vi vil også gerne vide, hvis hospitalet udskriver

patienten til plejehjem, for så skal vi have en plads parat. Det samme gælder, hvis vi skal sørge for hjemmepleje eller genoptræning.”

Zwisler foreslår en visitatorfunktion i stil med Frederiksbergs Kommunes. Den slags bør organiseres ens i alle kommuner, mener han.

Desuden ser han gerne, at læger inden for et speciale som intern medicin skal tage et halvt år af uddannelsen i kommunerne. Det vil øge kommunernes sundhedsfaglige niveau og give speciallægerne konkret viden om kommunerne.

”De ved ikke, hvad en kommune er, og de kan tilføre kommunerne faglig kompetence. Det kræver, at kommunerne i en region laver et fælles uddannelsesforløb, for den enkelte kommune kan ikke klare det alene.”

### **CV - Jesper Zwisler**

- Kommunaldirektør i Greve Kommune.
- Har arbejdet i en række stillinger i det danske sundheds- og socialvæsen, blandt andet som administrationschef ved Centralsygehuset i Holbæk og som socialdirektør i Frederiksberg og Frederikssund kommuner.
- Tidligere forelæser i socialmedicin ved Københavns Universitet og ekstern lektor i organisation og ledelse ved Copenhagen Business School.
- Lang erfaring med styregrupper og projekter på sundheds- og socialområdet, blandt andet tovholder på sundhedsområdet, Region Sjælland og medlem af den administrative styregruppe i samme region. Tidligere medlem af styregruppe for det samarbejdende sundhedsvæsen.
- Uddannelse: cand.scient.pol.
- Gift med læge, som er væsentlig mere fiks på praktisk IT og som derfor tager sig af praktiske løsninger for husets it-installationer. De omfatter to stationære og tre bærbare pc'er, to printere, en mainsserver, trådløst netværk og de to børns opkoblede spillekonsoller.

## **Projektchefen: Vi skal dele data – ikke kun sende og modtage**

**Fremover skal medarbejdere på hospitaler, i kommuner og i praksissektoren i højere grad dele data, der ikke bør ligge på isolerede dataøer. Det bør politikerne melde klart ud, mener projektchef hos organisationen Digital Sundhed. Det Fælles Medicin Kort er første skridt, men opgaven har vist sig svær.**

Gevinsterne ved Fælles Medicinkort (FMK) er åbenlyse. Hvis alle sundhedsprofessionelle har et let og sikkert overblik over al den medicin, som en bestemt patient får, undgår de mange medicineringsfejl.

Men FMK er et fundamentalt brud med den måde, som sundhedsvæsenet har håndteret data på. Hidtil har den behandler – typisk en praktiserende læge - der henviser patienten til et nyt behandlingssted, sendt oplysninger om patienten af sted i forvejen. Et koncept, der fungerer, når afsender og modtager har styr på, hvem der sender og modtager oplysningerne.

Men den metode rækker ikke længere, mener Ivan Lund Pedersen, projektchef i den fælles offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD).

For nye, hurtige patientforløb stiller krav om hurtigere adgang til data, og desuden er der med privathospitaler og kommunale sundhedscentre kommet flere spillere på banen. Fremover skal behandlerne i højere grad dele data, der ligger ét sted.

”Vi holder ikke op med at gøre det på den gamle måde, men vi lægger noget oveni, der skaber mere sammenhæng mellem sektorerne. Vi flytter ansvaret for at få oplysninger til modtageren. FMK er bare det første eksempel,” siger Ivan Lund Pedersen.

### **Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD)**

- Fælles offentlig organisation, finansieret af staten, regionerne og kommunerne
- Mål: Et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor læger, behandlere og borgere har adgang til alle nødvendige oplysninger
- SDSD konstruerer de kommunikationsveje, sundhedsinformationerne skal følge, og det sprog systemerne skal kommunikere på
- SDSD vil skabe en national IT-infrastruktur som en platform, hvorpå lokale applikationer kobles sammen med nationale services og registre
- Større projekter: Fælles Medicinkort, Nationalt Patient Indeks, der gør det muligt at dele patientdata på tværs af lande, regions- og sektorgrænser, og telemedicinske løsninger på landsplan.

Han mener, at paradigmet om at dele data vil vinde i løbet af 10-15 år, når brugerne bliver trygge ved, at data ligger ét sted, som de altid har adgang til.

"Det svarer til, at folk ikke længere har alle deres kontoudtog i ringbind, fordi de ved, at de kan finde dem på netbank."

### **Byg ny IT-infrastruktur fra grunden**

Paradigmet kræver, at staten og folketingspolitikere tør styre med langsigtede strategier. Der skal ifølge Lund Pedersen bygges en IT-infrastruktur fra bunden med standarder for lokale systemer og netværk, så patientdata ikke ligger på svært tilgængelige dataøer rundt om i sundhedsvæsenet.

"Nogen skal sige 'Det vil vi. Vi ønsker at have data, vi deler'. Men det er svært for politikere at træffe beslutninger om investeringer, der tjener sig ind over to-tre valgperioder. Indtjeningen er også svær at måle. For selv om medicineringsfejl er dyre for samfundet, så skærer man ikke lige i driftsbudgetterne, når man forebygger fejlene."

FMK har vist sig at være en større udfordring. I 2010 er det integreret med tre af de praktiserende lægers 18 elektroniske patientjournaler (EPJ), med vagtlægenes EPJ og med EPJ på sygehusene i tre regioner. De sidste EPJ'er på sygehusene og i praksis skulle være klar til FMK i 2011, og det samme skal kommunernes journaler.

### **Praktiserende læger tøver**

De praktiserende læger har ikke vist sig særlig ivrige efter FMK, mener Ivan Lund Pedersen.

"Deres systemleverandører venter på, at lægerne er parate til at betale for de nye funktioner, som skal lægges ind for, at de kan bruge FMK. Men lægerne tøver, fordi forhandlingerne om en ny overenskomst er gået i stå. Så kan de ikke få reguleret taksterne og få råd til de nye funktioner. Desuden er det jo i første omgang patienten, der får fordel af FMK."

Samtidig mener Ivan Lund Pedersen, at lægerne har nok kunder i butikken.

"90 procent af patienterne går kun hos dem, så dem mangler lægerne ikke medicinoplysninger på. De har kun brug for oplysninger om de sidste 10 procent, typisk de kronisk syge og de gamle, og spørgsmålet er, om de vil betale for at kunne yde en ekstra kvalitetsindsats for dem."

Ivan Lund Pedersen opfordrer politikere til at stille krav til praksislægerne.

"Politikere er nødt til at sige, at det her skal indføres. De kunne starte med at kræve, at alle praktiserende læger inden 2012 bruger FMK på patienter, der får flere end 10 præparater."

### **CV - Ivan Lund Pedersen**

- Projektchef i Digital Sundhed.
- Master i Sundhedsinformatik fra Ålborg Universitet, 2000.
- Cand.med. fra Københavns Universitet, 1988.
- Har arbejdet
  - 7 år som kirurg på danske sygehuse,
  - 7 år som proces og IT konsulent på danske og norske sygehuse herunder deltager i planlægningen af St. Olav universitetssygehuset i Trondheim.
  - 5 år som projektchef i Roskilde Amt og indførte det første elektroniske medicin modul i 2003, som har været i produktion siden uden nedbrud.
- Får et kick af at hjælpe andre til at løse konkrete problemer med teknologien som en løfte-stang. Teknik skal gøre det **vigtige** lettere eller sjovere, men teknologien er ikke vigtig – det er menneskene.

## **IT-professoren: Start sundheds-IT i sandkasser**

**Professor Finn Kensing udvikler et IT-system, der binder kroniske hjertepatienter sammen med behandlere. Størstedelen af arbejdet går ud på at analysere og re-designe parternes informationsbehov og kompetencer og afprøve systemet i praksis, før leverandørerne inviteres.**

Skab et IT-system, der kobler udsatte hjertepatienter i eget hjem med læger og bioanalytikere med vidt forskellige kompetencer og informationsbehov. Så alle får de informationer, de har behov for, og så patienterne kan være sikre og føle sig trygge.

Umiddelbart lyder det som en drøm for politikere, der ønsker sammenhængende forløb for patienter og sundhedsprofessionelle. Men faktisk er systemet så langt, at ophavsmanden regner med, at tredje prototype er klar 1. juli.

Det Strategiske Forskningsråd støtter projektet med otte millioner kroner, og erfaringerne kan overføres til en række andre områder med kroniske patienter. Forarbejdet har da også været usædvanligt grundigt.

Dermed adskiller det sig fra mange andre IT-systemer, mener professor Finn Kensing fra Center for IT Innovation på Københavns Universitet.

”Vi har brugt to år på at forstå, hvad der foregår hos patienten og hos de forskellige sundhedsprofessionelle. Vi har set, hvilke teknologier de bruger, og nu forstår vi, hvad alle parter har brug for. Vi er kommet op med et system med 14 delfunktioner, der hjælper patienterne og sundhedsprofessionelle til at gøre, hvad de har behov for, og som giver dem de oplysninger, som de hver især har brug for,” siger Finn Kensing.

### **Lille boks giver patientens hjerte stød**

Systemet skal skabe sammenhæng omkring behandlingen af hjertepatienter, der har fået indopereret en ICD – Implantable Cardioverter Defibrillator.

Den lille boks måler patienternes hjerterytme og giver patienterne et stød, hvis rytmen er ustabil. ICD'en fungerer desuden telemedicinsk, når patienten lægger en plade over brystet og sender data fra boksen via en telefonlinje til specialiserede læger på Rigshospitalet. De nyeste sender data trådløst, hvis de har afgivet stød eller ved regelmæssige tjek.

Men specialisterne på Rigshospitalet er langt fra de eneste, der har med patienterne at gøre. På Rigshospitalet modtager specialuddannede bioanalytikere aflæsningen af ICD'en fra patienterne, og derudover behandler læger patienterne på lokale sygehuse, lige som nogle patienter får behandling hos egen læge eller hos en speciallæge. Hver læge har sine behov, teknologier og kompetencer.

”Specialisterne på Rigshospitalet har fokus på ICD'en og de har til opgave at overvåge og gribe ind i tide, hvis den skal re-programmeres eller hvis patientens behandling skal justeres. De mangler dog ofte sammenhængende informationer for at varetage deres opgave. For eksempel har de ikke adgang til oversigter over den medicin patienten tager. Læger på hjerter-svigtklinikker på lokale sygehuse har til opgave at følge patientens generelle tilstand og justere medicineringen. De har for eksempel ikke adgang til resultaterne af ICD-aflæsningerne.”

Patienternes behov og strategier varierer også.

”Nogle patienter holder styr på diæt og motion og de har alle behov for overblik over aftaler og hvilken medicin de skal tage. De har vidt forskellige strategier for administration af deres data. Nogle har recepter og henvisninger hængende på køleskabet, andre skriver tingene op i kalendere år for år eller samler oplysningerne i 'kinabøger'. Vi skaber et system, hvor de let kan



holde styr på de informationer, der er nødvendige for, at de kan varetage deres del af behandlingen.”

### **Læger med vidt forskellige systemer**

Det nye system danner bro mellem meget forskellige IT-systemer. Det er tanken, at patienten får adgang via sundhed.dk, mens de sundhedsprofessionelle skal have adgang via deres sædvanlige systemer.

En stor del af arbejdet er gået med at kortlægge, hvordan det nye system påvirker organisationen af arbejdet omkring behandlingen, og med at analysere, hvilke kvalifikationer brugerne skal have. Med prototyperne afprøver Finn Kensing og hans partnere det hele, før systemet eventuelt kan indføres på landets øvrige hospitaler med ICD-behandling – og på sigt i forhold til andre kronikergrupper.

”Et nyt IT-system ændrer arbejdets organisering. Det svarer til homebanking, hvor kunden gør en del af arbejdet, så banken kan spare kasseeksponenter. Vi flytter opgaver ud til patienten, der i højere grad styrer deres egen behandling, og dermed omorganiserer vi måden at pleje patienterne på. Vi ser vores opgave som at designe et IT-system, der giver en løsning på den demografiske udfordring med stadig flere kronikere og færre varme hænder”.

### **IT-udviklere glemmer ofte to vigtige ting**

Han mener, at man i mange fejlslagne IT-projekter har glemt at give brugerne de nødvendige kvalifikationer, lige som man ikke har fået organisationen og IT-systemet til at passe sammen. Det kan man tage højde for ved at bruge sandkassemetoden.

Den går ud på at eksperimentere og gøre sig erfaringer med prototyper af systemet, inden man indbyder leverandører til at afgive tilbud med fast pris, faste funktionaliteter og leveringstid.

”Vi afprøver det i et beskyttet miljø og vi har søgt Finansministeriets ABT-fond (Anvendte Borgernære Teknologier) om penge, så vi kan lægge prototypen ind som en del af de sundhedsprofessionelles arbejdssystemer.”

### **CV - Finn Kensing**

- Professor, dr. scient., direktør for Center for IT Innovation på Københavns Universitet.
- Har de sidste syv år beskæftiget sig med sundhed og IT i samarbejde med blandt andre sundhed.dk, Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og en række IT-leverandører.
- Har i 30 år beskæftiget sig med sammenhængen mellem teknologi, organisation og kvalifikationer.
- Sad i det nationale epj-review, som konsulentfirmaet Deloitte ledede.
- Deltager i det strategiske arbejde i den fælles offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD).
- Holder ofte møder i mindre netværk via Skype. Smart, fordi man undgår at rejse, kan se hinanden via webcam og dele dokumenter.

## **Direktøren til politikerne: I må ikke overse sundhed.dk**

**Platformen, der binder sektorerne i det danske sundhedsvæsen sammen med borgeren, findes allerede, men sundhed.dk er ikke altid på nethinden hos beslutningstagere. Og portalens direktør savner opbakning fra de praktiserende læger, som sundhed.dk har satset mest på at understøtte.**

Beskeden til politikerne fra Morten Elbæk Petersen, direktør for den fælles offentlige sundhedsportal, er klar:

Sundhed.dk udgør et unikt datafællesskab mellem dem, der driver sundhedsvæsenet og dem, der bruger det, og det er meget økonomisk. Det bør politikerne tænke på, når de investerer i fremtidens sundhedsvæsen.

”Sundheds-IT-initiativer koster penge, men vi har en internetbaseret platform, som er unik på verdensplan, som er betalt og som rummer masser af muligheder. Jeg vil opfordre politikerne til at bruge sundhed.dk, før de investerer i nye, dyre systemer,” siger Morten Elbæk Petersen.

Dermed svarer han samtidig på kritikken fra Praktiserende Lægers Organisation, som i sommer beskyldte sundhed.dk for at være langsomt og tungt.

”PLO ønsker, at systemerne forbindes med kabler fra system til system, men det er meget dyrt, og kræver vedvarende vedligeholdelse. Vi har en svartid helt nede på 0,2 sekund på sundhed.dk. Systemet har lige nu et mindre hængeparti af småfejl fra en stor omlægning sidste år, og er selvfølgelig nogle gange nede, når vi arbejder på fejlene, men det er alle systemer og det retter vi op på,” siger Morten Elbæk Petersen.

Han savner i visse sammenhænge opbakning fra de praktiserende læger, som sundhed.dk siden lanceringen i 2003 har valgt primært at understøtte. Det har givet en række funktioner, som både lægen og hans patient kan udnytte ved hjælp af digital signatur.

### **Forbinder borger, læge og sygehuse**

Sundhed.dk giver borgeren, hans læge og sygehuspersonale adgang til at se borgerens køb af medicin på landets apoteker, og det kommende Fælles Medicin Kort, der giver et komplet billede af borgerens medicinordinationer, skal også køre via sundhed.dk. Også det kommende nationale patientindeks vil i marts give borgerne en nemmere adgang til deres data.

Derudover kan borgeren sammen med lægen vælge hospitalsafdelinger og ambulatorier ud fra ventetider og kvalitetsmålinger på sundhed.dk. De kan se kommunernes tilbud om forebyggelse af sygdomme, lige som de får en liste over borgerens indlæggelser og adgang til borgerens elektroniske patientjournal på en række hospitaler.

Sundhed.dk leder også borgeren videre til en mailbaseret konsultation hos sin læge, til at bestille tid eller forny recepter.

### **3.000 artikler og hurtigt overblik over patienter**

Portalen servicerer de praktiserende læger på en række måder. De kan søge i Lægehåndbogen, der rummer 3.000 dybe artikler om sygdomme, de har adgang til databaser og elektroniske, lægevidenskabelige tidsskrifter, og de kan ud fra forløbspakker for kræft- og hjertepatienter se, hvordan de skal undersøge og henvise patienterne.

Andre funktioner giver dem mulighed for at hente laboratoriesvar, og et nyt såkaldt datafangstmodul kan automatisk hente data fra deres klinik og samle dem i rapporter, så lægerne

kan sammenligne deres behandlingsniveau med det, kollegerne udfører (benchmarking).

Desuden kan lægerne med modulet identificere patienter, hvor de kan forbedre behandlingen, og de kan se, hvad forskellige vejledninger anbefaler af indsatser.

### **Ingen adgang til lægernes journaler**

Morten Elbæk Petersen ærgres sig over, at lægerne ikke vil give borgerne og sygehusene adgang deres patientdata.

"PLO har ikke hidtil været særlige villige til at drøfte åbning for adgangen til lægernes journaler. Argumentet er, at de også indeholder gamle data, som ikke var beregnet for andre. Men det problem klarede sygehusene ved at slå en streg i sandet og give borgerne adgang til data efter en bestemt dato.

Han fastholder, at sundhed.dk skal satse på de praktiserende læger.

"90 procent af patienterne bliver behandlet i praksissektoren. Det skal de gerne blive ved med, for priserne stiger drastisk, når patienterne bliver indlagt på sygehus. Derfor skal vi give praksislægerne så gode værktøjer som muligt."

### **CV - Morten Elbæk Petersen**

- Direktør for sundhed.dk siden 1. maj 2002.
- Kender sundhedsvæsenet indefra gennem tre chefstillinger i Fyns Amts sundhedsforvaltning fra 1993 til 2002.
- Arbejdede fra 1987 til 1993 med planlægning på Odense Universitetshospital, Fyns Amts sygehusforvaltning og Ringkjøbing Amt.
- Socialvidenskabelig kandidateksamen fra Odense Universitet 1987.
- Gift med farmakonom og har to børn på 20 og 17 år. Familien omfatter også tre hunde og en kat, og den har til sammen fem computere.

## Den praktiserende læge: Bryd IT-siloerne ned

**Mange IT-systemer står som utilgængelige siloer for praktiserende læger, der må klippe og klistre data fra et system til et andet. Praksislægerne deler gerne data, hvis systemerne letter deres hverdag, siger Jens Rubak, der var med til at skabe ordningen med praksiskonsulenter.**

IT-systemerne skal give den praktiserende læge overblik over patienternes behandling både på hospitalerne og i kommunerne. De skal hjælpe ham med information om lokale behandlingstilbud og patientforløb, og de skal guide ham igennem elektroniske henvisninger til relevante hospitalsafdelinger og kommuner i nærområdet.

Sådan ser praktiserende læge Jens Rubaks drøm om et IT-landskab ud. Ganske langt fra virkeligheden.

Rubak, der også koordinerer praksiskonsulentordningen på landsplan, føler sig omgivet af tårnhøje, lukkede IT-siloer.

”Jeg ser mange tegn på silodannelse, når de forskellige parter opbygger deres IT-systemer. Det betyder, at jeg skal klippe data ud af et system og over i et andet system for at klistre dem ind. Så sker der nemt fejl. Hvis jeg da overhovedet får adgang til systemerne,” siger Jens Rubak.

### Lukkede data-døre

Han bruger en diabetespatient som eksempel.

”Jeg vil gerne have adgang til både hospitalets og kommunens data på den samme diabetespatient, men det kan jeg ikke få. De systemer, der leverer data, bygger på forskellige kulturer, og udviklerne har ikke talt med de relevante samarbejdspartnere om at sikre sammenhæng og samspil. Det er ærgerligt, at relevante data ikke er lettilgængelige for alle, for det gør det sværere at skabe overblik og sammenhæng i patientforløbet. Hvilket privat firma kunne holde til, at kunder ikke havde adgang til varerne på hylderne?”

### Systemer skal genkende lægen

Rubak opfordrer politikerne til at afsætte ressourcer, men samtidig kræve, at organisationerne udvikler og tilpasser systemerne til brugerne. For eksempel sundhed.dk.

”Systemet bør sige Goddag Jens Rubak, når jeg logger på. Det skal vide, at jeg er i Region Midtjylland, så jeg ved første søgning kun får relevante data for mit område. Hvis jeg søger på diabetes på sundhed.dk, får jeg måske 300 hits, der blandt andet fortæller mig, hvordan jeg henviser patienter til Rigshospitalet.”

På samme måde forventer han meget af den kommende dynamiske blanket.

”Hvis jeg skal henvise en diabetespatient til en bestemt hospitalsafdeling i Århus, bør blanketten hjælpe mig med at få de oplysninger med, som den afdeling lægger vægt på. Dermed sikrer blanketten en hurtig og korrekt visitation af patienten hos modtageren,” siger Jens Rubak og forklarer, at det kan være vigtigt for den modtagende afdeling at vide, hvilke andre sygdomme patienten har og hvilken medicin patienten tager.

”Det er ofte vigtigt, når man skal tage stilling til kommende behandlingstilbud. Vi skal ikke kunne sende henvisningen uden at besvare de spørgsmål. Desværre taler man om et til to år, inden blanketten er virkelighed.”

### Læger skal kunne se fordelene

Han afviser, at praktiserende læger i solopraksisser skulle være uvillige til at indgå i forpligtende IT-samarbejde.

”De vil bare gerne se, at de kan få noget ud af det. For eksempel hvis systemerne kan minde dem om at tjekke det ene eller andet og forbedre deres dagligdag ved at give overblik over patientpopulationer. Eller hvis mange papirgange og telefonopkald erstattes af IT-samarbejde, så de sparer tid.”

#### Jens Rubaks drømmescenarie

En fuldt elektronisk praksis med velfungerende IT-kommunikation til sygehuse, kommuner og andre speciallæger omfatter:

- Videokonsultation med andre specialister
- Fuldt overblik over patienternes medicinering via Fælles Medicinkort
- Nationalt Patient Index, der samler en række oplysninger om patienten fra blandt andre Landspatientregistret og hospitalers elektroniske patientjournaler
- Dynamisk blanket til overførsel af informationer over sektorgrænser
- Velfungerende patientforløb skabes via lettilgængelige nationale forløbsbeskrivelser på sundhed.dk med nyeste faglige input via Lægehåndbogen
- Kvaliteten af patientbehandlingen øges ved datafangstindsamling, hvor et system melder tilbage til lægen på en række sygdomme.

### CV - Jens Rubak

- Praktiserende læge i Region Midtjylland siden 1981.
- Leder praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland.
- Er tovholder for den danske ordning med praksiskonsulenter, der fungerer som bindeled mellem sygehuse, regioner og praktiserende læger.
- Hyppig deltager i nationale arbejdsgrupper om praksissektoren.
- Underviser kommende praktiserende læger.
- Hans bedste oplevelser med IT er, når han i sin praksis bruger:
  - Linkportalen via sundhed.dk. Her finder han let forløbsbeskrivelser eller andre faglige dokumenter, hvis han sidder med en bestemt type patient
  - Lægehåndbogen med let oversigt over opdaterede udrednings- og behandlingsvejledninger
  - Datafangstmodul fra Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, som giver et hurtigt overblik over behandlingssituationen, for eksempel alle hans diabetespatienter.

## **IT-direktøren i regionen: Vi skal have samme billede af elefanten**

**Alt for ofte har politikere og embedsmænd ufuldstændige og forældede billeder af, hvad IT i sundhedsvæsenet er. IT-direktøren i Region Nordjylland vil rydde myter af vejen, og hun efterspørger IT-indsigt og fælles visioner hos politikerne på tværs af stat, regioner og kommuner.**

Mange politikere og embedsmænd ser på IT i sundhedsvæsenet på samme måde som de seks blinde mænd, der i fabeln opsøger en elefant for at beskrive den.

Hver især oplever den forskelligt, alt efter om de får fat i elefantens hale, stødtanden, benet, snabelen, øret eller bare støder ind i kroppen.

Nogenlunde sådan oplever IT-direktør i Region Nordjylland Dorte Stigaard debatten, når politikere og embedsmænd diskuterer IT i sundhedsvæsenet.

”Det største problem er, at vi ikke har samme billede af elefanten. Vi står og rykker i hver vores del, men alle skal have det samme billede og samme vision, hvis vi skal skabe et sammenhængende sundhedsvæsen,” siger Dorte Stigaard, der mener, at en del politikere ikke sætter sig ordentligt ind i de muligheder, som IT rummer.

”IT har aldrig for alvor været på den politiske dagsorden. For at have en vision om, hvad man vil bruge IT til, er man nødt til at have en minimal opfattelse af, hvad IT kan. Mange politikere tror, at hvis vi bare havde en fælles elektronisk patientjournal, så var den hellige grav velforvaret. Men den opfattelse af EPJ er allerede forældet. Man tror, at man kan trykke på et CPR-nummer, og så springer alle patientens oplysninger op i hovedet på en.”

I stedet mener Stigaard, at det i dag handler om at navigere i de mange data, der findes om patienten, så de sundhedsprofessionelle ikke bliver oversvømmet.

Det handler om IT-understøttelse af den kliniske arbejdsplads, og om overskueligt og enkelt at levere de oplysninger, som netop personalet på den enkelte afdeling har brug for. Den medicinske overlæge har til stuegangen brug for andre oplysninger end kræftkirurgen til morgenkonferencen.

### **Kræftscannere kræver IT-infrastruktur**

De forskellige billeder af elefanten får ifølge Stigaard ofte politikere til at tøve med at investere i den nødvendige IT. Som eksempel bruger hun nye scannere.

”Når vi på sygehusene skal gennemføre kræftpakkerne, stiller ingen spørgsmål ved nødvendigheden af at investere i nye og avancerede scannere. Men skal vi for alvor tage gevinsten hjem, må vi følge op med at investere i udbygning af de IT-systemer, der sørger for, at røntgenbillederne kan lagres, beskrives og genfindes uafhængigt af tid og sted. Det er ikke som i gamle dage, hvor man hængte billederne op på væggen, så lægerne kunne se dem.”

Hertil kommer så investeringer i IT-infrastruktur og IT-afdelinger, der 24 timer i døgnet skal sikre stabil drift og support.

”Så er vi ovre i administration, og det investerer man nødt i. Men uden det får vi ikke gevinsten af scanneren, der er hundrede gange dyrere. Vi er nødt til at have et fælles billede af, hvad IT er.”

## **IT gør en forskel**

Stigaard mener, at spørgsmålet, som overskriften for konferencen stiller, er forkert. IT skaber i dag allerede sammenhæng i patientforløbet.

Som eksempel nævner hun sammenhængen fra grøftekant til sengestue på hospitalet.

"I løbet af få år etablerer regionerne såkaldte fælles akutmodtagelser (FAM). Borgere og patienter vil opleve, at den akutte indgang til sundhedsvæsenet sker gennem én dør. Indenfor er alle relevante kompetencer samlet, og patienten vil ikke som i dag blive trillet fra afdeling til afdeling. Læger vil diagnosticere og starte behandlingen lige inden for døren. Det kræver effektivitet fra grøftekant til operationsbord, og det har regionerne gode forudsætninger for. I Region Nordjylland har vi en velfungerende elektronisk ambulancejournal, som vi vil integrere med regionens EPJ-løsning," siger Stigaard og pinder ud, hvordan IT konkret skaber sammenhæng:

- I grøftekanten kan ambulancebehandler og paramediciner trække på oplysninger fra EPJ, hvis patienten er kendt i systemet. De sender vitale værdier ind til den fælles akutmodtagelse, som rådgiver og forbereder modtagelse
- I den fælles akutmodtagelse har de real-tids overblik over ankomne patienter og ikke mindst patienter på vej med ambulance.
- På operationsgangen og i sengeafdelingerne læses oplysningerne fra den fælles akutmodtagelse også – det letter dimensionering af kapacitet
- I den kommunale hjemmepleje, som er til stede med fremskudt visitation i den fælles akutmodtagelse, har de tilsvarende realtids overblik over det kommunefordelte indlæggelsesmønstre. På denne måde kan kommunens medarbejdere planlægge det kommunale forløb efter udskrivning og dimensionere arbejdet i god tid

I forhold til økonomien handler det ifølge Stigaard igen om at have et fælles billede af elefanten – og de realistiske muligheder.

"Eksemplet med fælles akutmodtagelser viser, at gevinsterne ved Sundheds-IT er mere end besparelser. Det handler om bedre, mere sammenhængende patientforløb, kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse – som vi får brug for, når vi mindst skal levere to procent stigning i produktiviteten hvert år."

## **CV - Dorte Stigaard**

- Direktør i Region Nordjylland med ansvar for sundheds-IT, administrativ IT, kommunikation, regional udvikling og erhvervsudvikling.
- Har i 15 år haft lederjobs inden for IT-området i Aalborg Kommune, Det Digitale Nordjylland, Nordjyllands Amt og Region Nordjylland.
- Et utal af tillidshverv gennem årene i bestyrelser, udvalg, komitéer og råd på IT-området, blandt andre Dansk IT, Videnskabsministeriets IKT-råd, dommerkomitéen for Bedst på Nettet, IT-Vest.
- Cand.mag. i tysk og humanistisk datalogi fra Aalborg Universitet, 1986.
- Bredbånd i både privaten og sommerhuset med trådløst netværk, to stationære computere og fem bærbare til fire personer. Familien netshopper, bruger nyhedstjenester på nettet og sociale medier flittigt. Børnene lærte superhurtigt engelsk, fordi de spillede computerspil over nettet på tværs af landegrænser.







Teknologirådet  
Antonigade 4  
1106 København K

Telefon 33 32 0503  
Telefax 33 91 05 09

tekno@tekno.dk  
www.tekno.dk

Teknologirådet har til opgave at:

fremme teknologidebatten

vurdere teknologiens muligheder og konsekvenser

rådgive Folketinget og Regeringen