

Sammenhæng

i

sundhedsvæsenet

- kan IT gøre en forskel ?

**Debat og opsamling på sundhedspolitisk seminar
3. marts 2010**

Sammenhæng i sundhedsvæsenet - kan IT gøre en forskel?
Debat og opsamling på sundhedspolitisk seminar 3. marts 2010

Skrevet af
Journalist Thomas Bjerg

Projektleder
Ida Leisner

Projektmedarbejder
Julie Fjendbo Jørgensen

Projektsekretær
Eva Glejtrup

Teknologirådet
Marts 2010

Forord

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. 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. 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 for patienterne at blive i eget hjem.

Visionen om at patienter skal opleve et sammenhængende og vel koordineret behandlingsforløb har været på tapetet de seneste 3-4 årtier – og det er den stadig den dag i dag. Nogle taler om et kronisk koordinationsbesvær, som ikke kan løses med et snuptag. Visionen må løbende tages op til debat og justeres efter nye krav og muligheder. 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 blandt andet om hvordan man organiserer samarbejdet mellem sundhedsmedarbejdere fra hver sin sektor. Det handler også om hvordan 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 denne opsamling indeholder

Seminaret præsenterede gennem 8 oplæg en vifte af problemstillinger, som har med sammenhæng i sundhedsvæsenet og IT at gøre. Der var flere spørgsmål, end der var svar! Meningen med seminaret var at politikerne fik lejlighed til sammen at tage en pejling af, hvor de største udfordringer er, og hvilke initiativer de gerne ser sat i værk.

På seminaret fik politikerne gruppevis til opgave at samle op på hvilke udfordringer de fandt særligt vigtige at sætte fokus på udfra ønsket om sammenhæng i sundhedsvæsenet og mulige perspektiver ved brug af IT. En oversigt samler politikernes 9 bud på de **vigtigste udfordringer**. Oplægsholderne gav også deres bud på udfordringer. Desuden gav Sidsel Vinge, Ivan Lund Pedersen og Finn Kensing deres konkrete **anbefalinger** til politikerne.

Artiklen **De kronisk syge skal have behandling i pakker** behandler det mest gennemgående budskab: Efterlign kræftpakkerne i indsatsen for kroniske patienter og gør sundhedsaf-talerne mere forpligtende. Budskaberne fra debatten om hvordan man bedst udnytter IT er samlet i artiklen **Vi skal blive bedre til at implementere IT i sundhedsvæsenet**.

I **tre interview** reflekterer **Sophie Hæstorp Andersen**, Folketingets sundhedsudvalg og ordstyrer på seminaret, **Torben Gudiksen** fra Holstebro Kommune og **Ellen Knudsen** fra Region Sjælland reflekterer over deres udbytte af seminaret.

Til sidst i materialet er der **interview**¹ med de 8 oplægsholdere:

Sidsel Vinge, senior projektleder, Dansk Sundhedsinstitut

Per Busk, sundhedsdirektør, Region Syddanmark

Jesper Zwisler, kommunaldirektør, Greve Kommune

Ivan Lund Pedersen, projektchef, Digital Sundhed

Finn Kensing, professor, Center for IT Innovation på KU

Morten Elbæk Petersen, direktør, sundhed.dk

Jens Rubak, praktiserende læge, leder af praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland

Dorthe Stigaard, IT-direktør Region Nordjylland

Deres mundtlige oplæg – hver af 10 minutters varighed – kan høres som podcast på www.tekno.dk/fremtidenssundhed. Det samme kan debatterne og kommentarer fra **Nina Berrig**, medlem af Danske Regioners sundhedsudvalg, og **Tove Larsen**, formand for KL's social – og sundhedsudvalg.

Vi tror, at ikke bare deltagerne i seminaret, men politikere i kommuner og regioner landet over kan have udbytte af at læse og lytte til dette materiale – dele eller det hele.

Det er Teknologirådets håb, at der med dette initiativ er sået nogle muligheder for fortsat dialog om emnet på tværs af de politiske systemer. Teknologirådet stiller sig gerne til rådighed for et samarbejde med kommuner og regioner om aktiviteter, som har til hensigt at løfte dialogen mellem politikere, aktører og borgere.

Ida Leisner
Projektleder
Teknologirådet
Marts 2010.

¹ Interviewene er lavet før seminaret og blev sendt som inspiration til deltagerne.

Indhold

De kronisk syge skal have behandling i pakker	6
Vi skal blive bedre til at implementere IT i sundhedsvæsenet	9
Udfordringer til sammenhæng i sundhedsvæsenet	12
Sophie Hæstorp Andersen: Politikerne har meget at lære om sundheds-IT	14
Regionspolitikeren: Vi kom nærmere hinanden	15
Kommunalpolitikeren: Hvem skal betale?	16
Interview med 8 oplægsholdere	19
Forskeren: Skyd myten om den frelsende IT ned	19
Set fra regionen: Fodsløbende kommuner får lov at sætte tempoet	20
Kommunaldirektøren: Pres kommuner, regioner og læger ind i tæt samarbejde	22
Projektchefen: Vi skal dele data – ikke kun sende og modtage	23
IT-professoren: Start sundheds-IT i sandkasser	24
Direktøren til politikerne: I må ikke overse sundhed.dk	26
Den praktiserende læge: Bryd IT-siloerne ned	27
IT-direktøren i regionen: Vi skal have samme billede af elefanten	29
Program	31
Oplægsholderne CV	33
Podcast og deltagerliste	36

De kronisk syge skal have behandling i pakker

Landets kroniske syge skal ligesom kræftpacienterne have nøje aftalte behandlingsforløb. Men det kræver, at regioner, kommuner og praktiserende læger indgår forpligtende samarbejder, styret af Sundhedsstyrelsen. Og IT bliver en central brik, når sundhedsvæsenets tre sektorer skal binde forløbene for patienterne sammen.

Det var den mest gennemgående konklusion blandt cirka 40 politikere på Teknologirådets seminar Sammenhæng i sundhedsvæsenet – kan IT gøre en forskel?

På seminaret i Christiansborgs Landstingssal den 3. marts diskuterede politikere fra byråd, regioner og Folketing med otte oplægsholdere, der alle har nøgleroller inden for sundhedssektoren og sundheds-IT.

Politikerne formulerede i grupper spørgsmål til de otte eksperter og embedsmænd på baggrund af deres oplæg, ligesom grupperne satte ord på de største udfordringer, når det gælder sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Her nævnte flere grupper sammenhængende forløb for kroniske patienter som noget af det vigtigste. Det blev foreslået at indføre kronikerpakker i stil med kræftpakkerne. Med kræftpakkerne skete der kolossale forbedringer af behandlingen, og 60-70 procent af vores sundhedsydelse i dag går til kronikerne. Derfor må det være på tide, at vi får nogle tilsvarende pakker for landets kronikere, i første omgang diabetikere, KOL- og hjertepatienter, mente deltagerne.

Pakker kan formindske Bermuda-trekanten

Per Busk, sundhedsdirektør i Region Syd, kom i sit oplæg ind på, at det går for langsomt med at skabe de sammenhængende forløb for kronikerne.

Han kaldte kronikerbehandlingen for en Bermuda-trekant, og selv om hans region forsøger at være ambitiøs, oplever han, at en del kommuner sænker ambitionsniveauet, når de skal indgå sundhedsaftaler med regionen. I aftalerne hedder det ikke "skal", men "bør" og "når vi får råd".

Busk mente, at vi med kræftpakkerne skabte et gennembrud på få måneder, og at vi skal bruge samme medicin til kronikerne. Forskellen er bare, at flere aktører – sygehuse, kommuner og praktiserende læger – behandler kronikerne.

Politikerne i Folketinget bør dermed fra centralt hold kræve kronikerpakker og tvinge parterne til at lægge fokus på sammenhængende forløb. Og det kan ske, hvis Folketinget i højere grad kræver, at sundhedsaftalerne bliver forpligtende.

Sidsel Vinge

Om puljetyranniet:

"Det myldrer med nye projekter, enheder og teams, ofte på tværs af sektorgrænser. Ikke mindst den udprægede brug af puljemidler blandt politikere til alt fra sundhedscentre til kronikere har været benzin på bålet og medført et væld af nye, midlertidige projekter og teams."

Per Busk

"Regionen forsøger at påtage sig rollen som den part, der er ambitiøs på området, forsøger at lave bindende aftaler frem for løse samarbejdsaftaler. Mange kommuner forsøger at være ambitiøse i vores område, men der er også en tendens til, at kommunerne trækker det her nedad, sænker ambitionsniveauet."

Jesper Zwisler

"Kommunerne er begyndere på den sundhedsfaglige arena. Vi har masser af sundhedsfaglige aktører - sygeplejersker, sosu-assister, ergoterapeuter, fysioterapeuter og diætister - men vi har ikke på et strategisk, ledelsesmæssigt niveau været i stand til at sætte en sundhedsfaglig dagsorden og retning for vores indsats. Vi har behov for, at nogen går ind og meget mere systematisk understøtter en professionalisering af sundhedsindsatsen i kommunerne."

Uforpligtende sundhedsaftaler

Jesper Zwisler, kommunaldirektør i Greve, var som oplægsholder enig med Per Busk i, at aftalerne er for uforpligtende. Han mente, at Sundhedsstyrelsen skal være den store motor i arbejdet, som også Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Praktiserende Lægers Organisation skal deltage i.

Sidsel Vinge, projektleder og forsker ved Dansk Sundheds Institut, opfordrede politikerne til at stille krav om ensartet behandling af kronikerne ligesom ved kræftpakkerne. Hun mente, at politikerne og Sundhedsstyrelsen bør lukke specialister inde i et rum og kræve, at de bliver enige - ligesom ved et pavevalg.

Hun anbefalede dog også, at politikerne ikke detailregulerer, men lader eksperterne formulere retningslinjer for behandlingen. På samme måde som det heller ikke var ministeren, der besluttede, om lungebiopsier skulle indgå, når læger skulle udrede en lungekræftpatient.

Træk fagfolkene forpligtende ind, og lad dem finde ud af, hvilke data de har brug for, når de skal skabe forløb for diabetikere og hjertepatienter. Sæt skarpe tidsrammer for arbejdet med at udvikle forløbene, og lad Sundhedsstyrelsen styre det, lød den kontante opfordring fra Sidsel Vinge.

Folketinget bør sætte standarder

Forslagene faldt i god jord hos de politikere, der deltog i seminaret. I en gruppe savnede deltagerne netop klare aftaler om de kroniske patienter. Gruppen ville have sat ord på, hvordan kommune og region skal fordele opgaverne med kronikerne, så kommunerne får tid til at forberede sig på opgaverne.

En anden gruppe talte om behovet for at mindske Bermuda-trekanten, så færre patienter oplever at blive tabt på gulvet mellem praktiserende læger, sygehuse og kommunale genoptræningstilbud og hjemmepleje. Og her bør Folketinget sætte nogle fælles standarder for, hvordan parterne bør dele viden om patienterne via portalen sundhed.dk, mente gruppen.

Læge: Hjælp os med tovholderrollen

Både politikere og oplægsholdere talte om de praktiserende lægers stigende rolle som tovholdere for de kroniske patienter, der skal på tværs af sundhedssystemet. Her kom Jens Rubak, praktiserende læge og koordinator for praksiskonsulent-ordningen på landsplan med en lille opfordring til politikerne.

Han ønskede hjælp til at lave kurser for lægehusenes ansatte, så de kan udfylde rollen som patienternes tovholdere. Og så ønskede han hjælp til at udfylde tovholderrollen ved, at lægerne får let adgang til fagpersonerne på hospitalerne. Så det ikke bliver lettere at genindlægge en patient frem for at spørge om råd hos specialisten.

Hvem samler regningen op?

Men hvem skal betale for kronikerpakkerne, og hvem skal tage det første skridt?

Det spørgsmål rejste en gruppe i den afsluttende debat på seminaret og gav et eksempel på, hvordan pakkerne får økonomiske konsekvenser.

Når en region har forpligtet sig til at udføre en hurtig kronikerbehandling i løbet af to dage, vil der ofte mangle ressourcer i kommunen, der skal tage imod den hurtigt udskrevne patient. Så hvem skal samle regningen op, spurgte gruppen og opfordrede til, at politikerne og Sundhedsstyrelsen skaber nogle incitamenter, så parterne også får noget økonomisk ud af at skabe sammenhængende forløb.

Overdriv ikke udgiften til pakker

Som Sophie Hæstorp Andersen (S) formulerede det, så forhandlede man også med regionerne om, hvad det skulle koste at indføre kræftpakkerne. Vi må ikke glemme, at økonomien også spiller en rolle, sagde hun.

Den udgift skulle dog ikke overdrives, mente Per Busk.

Sundhedsdirektøren fra Region Syd forudså ikke voldsomme udgifter ved kronikerpakker. For det koster ikke meget mere at gøre de samme ting planlagt. Og kommunerne bør ikke frygte udgifterne, for en del kommer ind igen i form af lavere sygedagpenge, mente sundhedsdirektøren fra Region Syd.

Vi skal blive bedre til at implementere IT i sundhedsvæsenet

En forudsætning for bedre kvalitet og koordination i et specialiseret sundhedsvæsen er mere viden på tværs af sektorerne. En national politisk vision må skabe klare rammer for, hvilke data der skal være adgang til. Politisk og ledelsesmæssigt skal vi prioritere at implementere nye IT-systemer ordentligt og uddanne medarbejderne i at bruge dem.

Det var nogle hovedbudskaber, som politikere og oplægsholdere trak frem under oplæg og debatter på seminaret i Landstingssalen.

Netop implementeringen af nye offentlige it-systemer går ofte galt, fordi man ikke får gennemtænkt hvordan personalet og parterne, der skal bruge systemerne, skal organiseres og uddannes.

Den problemstilling belyste blandt andre Finn Kensing, professor og direktør for Center for IT innovation på Københavns Universitet. I sit oplæg tog han udgangspunkt i den særlige model for et telemedicinsk it-projekt omkring hjertepatienter med ICD (en lille indopereret boks, der måler patienternes hjerterytme og giver et stød, hvis rytmen er ustabil).

Her har han og projektdeltagerne lagt vægt på at gentænke, hvordan opgaverne fordeles mest rationelt mellem parterne, som kan være speciallæger på Rigshospitalet, læger på hjertesvigtssklinikker, praktiserende speciallæger, bioanalytikere og patienter.

Det er særlig vigtigt at involvere parterne og opsamle deres idéer til, hvordan samarbejdet kan foregå bedst muligt, forklarede Finn Kensing. Han lagde også vægt på, at man skal finde ud af, hvilke kvalifikationer parterne har brug for, hvis de skal kunne bruge systemet i den nye organisatoriske kontekst.

Hans erfaring er, at man skal eksperimentere og danne sig erfaringer, før man sender it-systemer i udbud og underskriver en kontrakt, som man ikke selv kender de fulde konsekvenser af. For ofte viser det sig, at kunden og leverandøren alligevel ikke var enige om, hvad der præcist skulle leveres. Men frem for alt handler det om, at beslutningstagerne må være bevidste om, at IT-systemer ikke alene kan sikre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Finn Kensing

Strategiske krav til IT:

"Det handler om at samtænke udvikling af IT-systemer med de kvalifikationer, folk skal have i en ny organisatorisk kontekst. Ellers får man ikke de rationaliseringsgevinster ved IT, man går efter."

Dorthe Stigaard

"De gode epikriser - der har vi sat ind i Nordjylland og sagt 'hvorfor er vi ikke i stand til at overholde servicemålene? Hvorfor ligger de nogle gange 11-12-13 dage før den praktiserende læge har dem?' Det handler om IT, men det handler først og fremmest om ledelsesmæssigt fokus. Er det der, så kan ketchuppen lige pludselig komme ud af flasken."

Jens Rubak

I den virkelige IT-verden:

"Det er ikke engang alle hospitaler, der bruger edb til at sende epikriser på. Det er ikke engang alle praktiserende speciallæger, der har adgang via edb. Er der ikke også der en opgave for regionen og for politikere der - det kan jo ikke være rigtigt?"

Tænk IT med fra starten

Den pointe kom en række oplægsholdere ind på.

Dorthe Stigaard, IT-direktør i Region Nordjylland, forklarede, at sundheds-IT er langt mere komplekst end administrativ IT, og derfor handler det i højere grad om ledelse, når man for eksempel vil sørge for, at der ikke går flere uger før hospitalerne får sendt patienternes udskrivningsbreve til de praktiserende læger.

Hun sagde, at vi skal tænke IT på en anden og mere visionær måde, når vi ønsker at skabe sammenhængende patientforløb.

De fraværende politikere

Den slags visionære IT-satsninger kræver, at politikere og IT-chefer har et fælles billede af, hvilke muligheder IT kan give, og hvad der kan være et realistisk ambitionsniveau. Men alt for ofte er politikerne fraværende og overlader ifølge Stigaard arenaen til IT-specialister og bureaukrater.

”Vi har en udmærket fælles offentlig digitaliseringsstrategi og en udmærket digitaliseringsstrategi for IT i sundhedsvæsenet, men vi har intet politisk ejerskab til det. Vi skal have politikerne på banen og med i visionerne,” sagde Dorthe Stigaard.

Det politiske ejerskab blev efterlyst af flere oplægsholdere, og det blev taget godt imod af politikerne i salen. Andreas Røpke fra Region Hovedstaden medgav på vegne af sin diskussionsgruppe, at politikerne skal blive bedre til at indgå i IT-diskussioner. Ofte har det politiske niveau ikke lyst til at gå ind i IT-spørgsmål, men vi kunne nok få bedre IT-løsninger, hvis politikerne satte sig ind i mulighederne, mente Røpke.

Stærkt behov for IT i sundhedsuddannelser

Også kravet om mere brug af IT i sundhedsuddannelserne vakte genklang hos politikerne. En gruppe med flere kommunale politikere var bekymret for, hvordan de kunne sikre, at personalet i kommunerne er uddannet til at arbejde med den IT, der skal indføres, så hjemmeplejen og sundhedscentrene kan kommunikere med sygehuse og praktiserende læger.

Her lød opfordringen fra flere oplægsholdere, at politikerne bør stille krav om, at IT og kommunikation bliver en del af alle uddannelserne på sundhedsområdet.

Dorthe Stigaard begrundede det med, at når sygeplejersken eller lægen kommer ud på sygehusene i dag, så er der IT overalt.

”Det er ikke bare sådan noget nice to have, som man kan bruge når man vil. Det er en forudsætning for at kunne udøve sin lægegerning, i hvert fald på sygehuset, at man kan betjene sig af alt det her IT. Og tilsvarende for sygeplejersken. Men det er ikke integreret i uddannelsen”.

Finn Kensing supplerede med, at kommunalpolitikere burde kræve mere IT i uddannelserne, men at det vil tage tid. Indtil da bør kommunerne sende deres sundhedsmedarbejdere på efteruddannelse i sundheds-IT hos de relevante kursusudbydere.

Den fælles EPJ er død

Ivan Lund Pedersen var en af dem, der efterlyste national ledelse og en vision for, hvilke data de forskellige parter i sundhedsvæsenet skal dele.

Indtil da håber han, at et lille skridt i den rigtige retning kunne være, hvis politikerne efter seminaret holdt op med at drømme om den fælles nationale elektroniske patientjournal, som for længst er død og begravet.

Han kaldte den fælles EPJ for en smuk teknologisk drøm, som er meget svær at slå ihjel, fordi vi har puttet alle vore ambitioner ned i den. Den ville oversvømme os med data, og de mange forskellige aktører i sundhedsvæsenet har vidt forskellige behov for data.

"Målet er godt nok, det er bare midlet, der er forkert. Et stort system er urealistisk, både teknologisk, organisatorisk og finansielt. Så kan vi ikke blive enige om, at når vi går herfra, så snakker vi ikke om én EPJ. Der er masser af EPJ'er ude i landskabet, og det skal der være også i fremtiden. Men én stor national EPJ håber jeg, at vi kan få slået ihjel."

Ivan Lund Pedersen

"Mange institutioner og praktiserende læger sidder i en situation, hvor det er dyrere at skifte end at blive ved det gamle. Jeg har kaldt det et locked-in syndrom, hvor man har mange snitflader og store omkostninger ved at skifte."

Morten Elbæk Petersen

"Vores afsæt er at understøtte kvaliteten i den praktiserende læges daglige arbejde. Det går jo i helt rå tal ud på at holde 90 procent af patienterne derude hvor det er billigst, nemlig ude i eget hjem, ude i praksissektoren, i stedet for at indlægge på sygehus."

Dorthe Stigaard

"Man tror, at det handler om at hente besparelser ud af IT. Det tror jeg ikke, man kan. Man kan være opmærksom på at opstille realistiske business cases og være opmærksom på de investeringer, der skal til."

Finn Kensing

"Hvis telemedicin skal fungere, så nytter det ikke, at der i Sundhedsstyrelsens oversigt (over lægernes takster) står 0 kroner for telemedicin, mens der ved fremmøde står 1271 kroner."

Udfordringer til sammenhæng i sundhedsvæsenet

De 40 politikere satte ord på det, de ser som de største udfordringer, når det gælder sammenhæng og IT i sundhedsvæsenet:

- Vi bør indføre kronikerpakker i stil med kræftpakkerne
- Vi skal have meget mere undervisning i brug af IT-redskaber på sundhedsuddannelserne til læge, sygeplejerske og sosu-assistent
- Sundhedsaftalerne skal være mere forpligtende, og vi skal skabe incitamenter, der får regioner og kommuner til at udvikle sammenhængende patientforløb. Men hvem tager første skridt og hvem betaler, når nogen vil skabe sammenhæng for patienterne?
- Vi skal italesætte fordelingen af opgaver mellem kommuner og regioner. Det skal være opgaveoverdragelse i stedet for opgaveglidning, så kommunerne får tid til at forberede sig
- Alle IT-systemer i sundhedsvæsenet skal kunne kommunikere data hurtigt og effektivt mellem sygehus og primærsektor, så kommuner kan modtage patienterne mere præcist
- Vi skal have de folkevalgte til at diskutere og prioritere IT lige så højt som andre områder. Det skal ikke bare overlades til embedsmændene.
- Vi skal forbedre samarbejdet, så Bermuda-trekanten, hvor patienter tabes, bliver mindre. Det kan ske ved, at Folketinget sætter fælles standarder for, hvordan sundhedsvæsenets parter deler viden og IT-systemer. Lav en handlingsplan for, hvornår de forskellige parter skal have indført standarderne.
- Vi skal inddrage patienter/kronikere i egen omsorg og behandling og udvikle metoder til at de kan tage vare på sig selv i eget hjem – udbrede telemedicin uden at have blind tillid til teknologien.
- Vi skal afklare incitamenterne for en bedre udnyttelse af fx telemedicin – er det et hjælpemiddel eller en fortsættelse af behandlingen?

Oplægsholderens bud på tre vigtige udfordringer

- Politisk lederskab savnes. Der er ikke brug for flere puljer. En af forudsætningerne for bedre kvalitet i sundhedsvæsenet er mere viden på tværs og nationalt. Politikere skal derfor stille krav om, hvilke data der skal deles på hvilke områder, ikke mindst til kommunerne. Der skal sættes klare rammer for at få data, på samme måde som i kræftpakkerne.
- Muliggøre, at patienten bliver tovholdere i deres eget patientforløb – fx telemedicin til kronikere. Teknologien skal være let at bruge. Det vil ikke spare penge, men

- give en bedre kvalitet og gøre, at flere kronikere/patienter kan behandles i en tid, hvor der bliver færre hænder.
- Når IT-projekter overskrider budgetter, så skærer man fra implementeringen – den organisatoriske og ledelsesmæssige udvikling og uddannelsen af medarbejderne. Men implementering og kompetenceudvikling må ikke underprioriteres, for så vil de fantastiske IT-systemer ikke kunne spille den rolle, de er tiltænkt.

Sidsel Vinge gav i sit indlæg disse anbefalinger

IT-understøttelse af et sammenhængende sundhedsvæsen:

Fire centrale principper

1. Tænk nationalt. Lokal tilpasning er vildt opreklameret!
2. Tænk tværsektorielt. 'Inter' er mindst lige så vigtigt som 'intra'!
3. Tænk sundhedsfagligt. Det nytter ikke at lave parallelle socialfaglige systemer til borgere, når vi taler om kronisk syge patienter!

Tænk i (omkostningsbaserede) priser. Pengene skal følge opgaverne – også over sektorgrænser. Og det kræver standardiseret, registreret viden om opgaverne.

Ivan Lund Pedersen gav i sit indlæg disse anbefalinger

Anbefaling 1): Stil nye spørgsmål!

- Gammelt spørgsmål: Hvornår kommer den nationale EPJ
- Nyt spørgsmål: Hvornår kan Bruger X få adgang til Data Y i situation Z

Anbefaling 2): Skabe incitamentsstrukturer

Skab aftaler og incitamentsstrukturer der overkommer de kortsigtede og lokale problemstillinger i forhold til:

- Hvem der SÅR en investering
- Hvem kan HØSTE en gevinst

Anbefaling 3): Standardiser forretningen

Politisk mod og beslutningskraft til at definere:

- de standarder for og
- krav til data deling
- som skal danne rammen for sundheds IT de næste 10 år.

For at kunne standardisere data skal forretningen og processerne i høj grad også standardiseres, brug erfaring fra pakkeforløbene.

Anbefaling 4) Fastsat ambitionsniveauet

- Langsigtede beslutninger i forhold til hvordan man i fremtiden ønsker at sundheds data skal kunne tilgås og anvendes bredt i sundhedssektoren.
- Der er igangsat et paradigmeskift fra *forsendelse* til *deling* af data med fællesmedicinkort, men –
- Vi savner politisk opbakning til dette ambitionsniveau.

Finn Kensing gav i sit indlæg disse anbefalinger

Bud på én løsning: Aktivér patienter i egen behandling og støt samarbejde med IT.

Der er behov for politisk beslutning, hvis I vil lade patienter indgå mere aktivt i egen behandling.

- Lav ny incitamentsstruktur så det er muligt.

Skab sammenhæng mellem

- Software, hardware og netværk
- Kvalifikationer
- Organisatorisk implementering

Indfør ny model for offentlige it-projekter

Eksisterende kontraktmodel passer ikke til ambitionsniveauet!

Sophie Hæstorp Andersen: Politikerne har meget at lære om sundheds-IT

Politikerne mangler en fælles forståelse af IT i sundhedsvæsenet. For selv om alle i sundhedsvæsenet bruger IT dagligt, løber det nemt ud mellem fingrene på dem, der skal træffe de afgørende beslutninger.

Sophie Hæstorp Andersen, socialdemokratisk medlem af Folketingets sundhedsudvalg og en af drivkræfterne bag seminaret om Sammenhæng i sundhedsvæsenet og IT, ser tilbage på en intens dag i Landstingssalen.

"Jeg er egentlig meget godt tilfreds. Jeg har fået et reality-tjek på, hvordan politikere ude i kommunerne og regionerne diskuterer IT, og jeg tror, at diskussionerne vil summe i hovedet på folk i en god rum tid. Desuden håber jeg, at vi får højnet debatten om sundheds-IT ude i kommunalbestyrelserne," siger Sophie Hæstorp Andersen.

Hun noterede sig, at deltagerne var meget optaget af at diskutere kommunernes nye rolle i sundhedsvæsenet, og om hvordan kommunerne kommunikerer med deres samarbejdspartnere – sygehusene og de praktiserende læger.

"Normalt taler vi mest om IT på sygehusene, men vi talte meget om hjemmesygepleje kontra praktiserende læger. Vi har nok en blind vinkel med alt det, der sker ude i hjemmeplejen, og den er vigtig at få gjort op med, fordi vi har så mange ældre kronikere i dag," siger den 35-årige Sophie Hæstorp Andersen.

Kommunernes stejle læringskurve

Hun mener, at kommunerne har en stor opgave foran sig med at udvikle IT-systemerne og kommunikationen med resten af sundhedsvæsenet.

"Da jeg sad i sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden i 2006, var kommunernes første krav, at de ville have alle patientdata fra sygehusene. De ville vide, hvad deres borgere fejlede - ikke bare i statistisk form, men ned på den enkelte patient. De vidste ikke, at sygehusene ikke bare måtte udlevere dem. Det bliver nok en hård prøvelse for kommunerne, en stejl læringskurve," siger Sophie Hæstorp Andersen, som dog roser kommunerne for at have mange dygtige IT-chefer.

"De sidder bare ikke i sundhedssystemet."

Hun er også klar over, at politikerne på alle tre niveauer - kommunalbestyrelser, regioner og Folketing – kan blive bedre til at forstå IT.

"Det kunne være spændende at tage på studieture om IT, lige som når politikere sætter sig ind i miljøproblemer ved at rejse et sted hen for at se tingene. Hvis jeg skulle være miljøordfører, ville jeg stå på bar bund. Men så ville jeg læse op, henvende mig til fagfolk og sætte mig ind i tingene. Men den bevidsthed og vilje mangler vi, når det gælder IT. Måske fordi IT er i alt i dag, og vi ikke ser det mere. Det er som sandet, der løber ud gennem fingrene."

Regionspolitikeren: Vi kom nærmere hinanden

For den konservative Ellen Knudsen fra Region Sjælland gav seminaret mulighed for, at politikere fra regioner og byråd lærte om hinandens arbejdsopgaver på sundhedsområdet. Især kommunerne har store opgaver foran sig, mener hun.

Det gavner at sætte politikere fra byråd, regioner og Folketinget sammen og lade dem diskutere sammenhæng i sundhedsvæsenet og IT. For myter bliver aflivet, og konkrete problemer og opgaver kommer op til overfladen. Og lige i øjeblikket er det især kommunerne, der står foran store opgaver.

Det mener Ellen Knudsen, konservativt regionsrådsmedlem fra Region Sjælland.

Hun ser det vigtigste udbytte af seminaret som, at kommunalpolitikere fik øjnene op for, at hjemmeplejen har patienter - mange af dem kroniske – og ikke bare borgere. Netop samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne om patienterne er det vigtigt at få diskuteret, mener Ellen Knudsen, der til daglig praktiserer som fysioterapeut i egen klinik i Store Heddinge.

"I Region Sjælland er vi ved at behandle en ny sygehusplan, efter at den første dumpede. Den forudsætter, at vi kan behandle patienterne hurtigere, men det kræver også, at kommunerne kan tage imod de udskrevne patienter. Der vil være meget mere sammedagskirurgi, og den efterfølgende genoptræning starter hurtigt. Det skal kommunalpolitikere ikke opleve, som om vi tørrer opgaver af på dem. Der hjalp seminaret til en fælles forståelse," siger Ellen Knudsen.

Kommunerne har fået patienter

Hun oplever i sin dagligdag, at kommunerne får stadig mere med sundhed at gøre, efter at strukturreformen gav dem opgaver omkring genoptræning og forebyggelse. Og det stiller nogle krav til de kommunale medarbejderes sundhedsfaglige kompetencer.

"Jeg frygter, at kommunerne får nok at gøre, hvis de ikke er professionelle nok. Nu laver kommunerne decideret efterbehandling og genoptræning, og de skal være opmærksomme på, at her er den praktiserende læge nøglen til patienterne. Kun når det gælder vedligeholdelsestræning, kan man tale om borgere, og her skal kommunen forebygge, at de bliver til patienter," siger Ellen Knudsen.

Pletskud med IT som bro mellem parterne

Hun mener, at seminaret ramte plet omkring IT, fordi det er IT, der kan skabe rammerne for, at samarbejdet mellem sundhedssystemets parter fungerer bedre.

"Men der skal vilje og uddannelse til. Det er meget vigtigt, at alle sundhedsuddannelserne har med IT at gøre. Det er et must," siger Ellen Knudsen, der kalder sig regionspolitiker for kommunerne.

"Regionerne er til for kommunerne. Derfor skal vi også have dialogen med dem, om hvilke opgaver vi har fået hver især. I vores gruppe talte vi for eksempel om, at kommunerne bør oprette akutstuer for de ældre. I det hele taget synes jeg, at dagen havde fokus på kommunernes nye rolle i sundhedsvæsenet," siger Ellen Knudsen, der også glædede sig over de meldinger, som to praktiserende læger kom med på seminaret.

"Lægerne bliver skældt ud for at stå stejlt, men jeg fik tillid til, at de er til for patienterne. Og det er vigtigt, at kommunerne respekterer, at lægen er den sundhedsfaglige indgangsvinkel til patienten."

Kommunalpolitikeren: Hvem skal betale?

Det radikale byrådsmedlem Torben Gudiksen fra Holstebro synes, at kronikerpakker og fælles standarder for IT og kommunikation er en god idé. Men han er også bekymret for topstyring og for, at kommunen får en stor regning og mange nye arbejdsopgaver.

For det radikale byrådsmedlem Torben Gudiksen var seminaret i Landstingssalen lidt af en øjenåbner. For alle sundhedsvæsenets parter vil jo det samme – sammenhængende patientforløb og IT-systemer, hvor de sundhedsprofessionelle let kan trække relevante data om patienterne, uanset hvor de sidst er behandlet.

Men tilbage i Vinderup i Holstebro Kommune er Torben Gudiksen også lidt betænkelig. For hvem skal betale, og hvem skal tage det første skridt, hvis behandlingen og plejen af kroniske patienter lægges på skinner med faste procedurer for alt fra forebyggelse til undersøgelser, indkaldelser, behandling, udskrivning, hjemmepleje og genoptræning?

”Overordnet tager jeg det med hjem fra seminaret, at alle tre parter i sundhedsvæsenet vil det samme. Men vi har det problem, at vi ikke ved, hvem der skal betale og tage det første skridt. Initiativer koster penge, selv om vi gerne skulle få noget ud af det alle sammen. Vi er bare ikke enige om, hvem der udlægger arbejdsopgaverne,” siger Torben Gudiksen, der arbejder i Vinderup Bank.

Store fordele for borgere og hjemmepleje

Han kan sagtens se fordele ved, at hjemmeplejen i hans kommune får nye IT-systemer, der kan kommunikere med hospitalernes og de praktiserende lægers systemer.

”Hvis hjemmesygeplejerskerne kan se hele patientens sygdomsforløb, vil det uden tvivl gavne. For så kan de også tage højde for andre problemer end lige netop det, de er kaldt ud til hos borgeren. Jeg plejer at sammenligne det med bankarbejde. Jo mere vi har noteret om kunden, desto bedre service kan vi yde. Det samme gælder, når en patient bliver udskrevet fra hospitalet, og hjemmeplejen skal tage over.”

Han mener også, at kommunerne bør koordinere deres indkøb af IT-systemer på landsplan, så vi ikke får 98 nye kommunale systemer, der ikke taler sammen. Og han ser klare fordele i, at kommunen får mulighed for at registrere kronikerne ud fra deres sundhedsfaglige diagnoser i stedet for ud fra ydelserne, de får. For det vil give kommunen et overblik over borgernes sundhed og sygdomme.

Frygter for medbestemmelsen

Alligevel kvier han sig lidt ved al den snak om topstyring, der var på seminaret. Godt nok kalder han sundhedsaftaler for kæmpe rapporter, man i bedste fald kan bruge til lidt. Men han er også bange for, at kommunernes medbestemmelsesret fordufter.

”Vi er ikke ude på topstyring. Vi kan godt gå med til, at Folketinget siger, at de systemer, der er til stede, skal bruges. Så undgår vi læger og sundhedspersonale, der ikke sender informationer, fordi de ikke kan finde ud af at trykke på en knap. Men vi er også bagstoppere, når opgaverne skal udføres, og hvis Sundhedsstyrelsen siger, at vi skal noget, så er vi bundet. Jeg er ked af, hvis vi skal bindes ret meget mere.”

Kræftpakkerne har dog virket, medgiver Torben Gudiksen, og hvis kronikerpakkerne kan blive lige så effektive, vil han gerne være med til at indføre dem – for eksempel via sundhedsaftalerne.

"Men så skal det være med en enkelt pakke ad gangen, og ikke en pakke det ene år og fem nye pakker det næste år. Vi skal først finde økonomien til det."

Han vil også gerne give en af oplægsholderne, Sidsel Vinge fra Dansk Sundhedsinstitut, ret i, at de mange puljeprojekter i sundhedsvæsenet modarbejder et sammenhængende sundhedsvæsen.

"Puljepenge sætter gang i noget nyt, og vi lærer af projekterne, men de forsvinder jo igen, og det er irriterende at skulle forklare borgerne, at et nyt tilbud går rigtig godt, men at vi ikke har råd til at fortsætte det."



Interview med 8 oplægsholdere

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 skønne 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 kliniksygeplejersken. 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 videnskæssigt, 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."

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 kræftpakkerne. 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 fodslæbende 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."

Kommunaldirektøren: 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. Kommunaldirektør 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 kommunaldirektør 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."

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.

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 politikerne til at stille krav til praksislægerne.

"Politikerne 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."

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 hjertesvigt-klinikker 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 kasseeksperienter. Vi flytter opgaver ud til patienten, der i højere grad styrer deres egen behandling, og dermed omorganisering 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 stadigt 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 leverings-tid.

"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 arbejds-systemer."

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 medicinordination, 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 ærgrer 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."

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 behandlings-tilbud 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 sektorgårer
- 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.

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 til. 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 indlæggelsesmønster. 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."

Program

Sammenhæng i sundhedsvæsenet – kan IT gøre en forskel?

Tid og sted

Christiansborg, Landstingssalen, onsdag den 3. marts 2010, kl. 11 – 16.30.

11.00

Velkommen

Preben Rudiengaard, formand for Folketingets Sundhedsudvalg

11.15 - 12.15

Udfordringer til sammenhæng i sundhedsvæsenet

'Ønsket om et sammenhængende behandlingsforløb for patienten forudsætter koordination og samarbejde på tværs i sundhedssektoren. Tre oplæg tegner billedet af de udfordringer til samarbejde og videndeling mellem kommuner, sygehuse og almen praksis der er i sundhedssystemet.

Sidsel Vinge, projektleder, Dansk Sundheds Institut

Gamle og nye udfordringer til samarbejde og koordination mellem sygehuse, almen praksis og kommuner – hvilke rammer og vilkår kan gøre sammenhængen bedre fremover?

Per Busk, sundhedsdirektør Region Syd

Hvilke strukturelle og kulturelle udfordringer for en bedre sammenhæng og koordination i sundhedsvæsenet er der set fra en regions synsvinkel?

Jesper Zwisler, kommunaldirektør Greve Kommune

Hvad er kommunernes nye ansvar og muligheder for at bidrage til sammenhæng og koordination i sundhedsvæsenet?

Debat mellem politikere og oplægsholdere

12.15 – 13.00

Frokost

13.00 – 14.30

IT-støttet samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet

Anden del af seminaret ser på de teknologier som skal understøtte sammenhæng i behandlingsforløb og koordination mellem kommuner, almen praksis og sygehusene. Det gælder den IT-infrastruktur som rent teknisk skal binde sundhedssystemet sammen og nye teknologier til at dele informationer som fælles medicinkort, e-journal, telemedicin og sundhed.dk.

Ivan Lund Pedersen, projektchef i Digital Sundhed

Hvad er formålet med at bygge en IT-infrastruktur og hvilke udviklingsveje forfølger SDSD?

Finn Kensing, professor, direktør for Center for IT innovation på KU
Hvilke strategiske krav skal man stille til IT / telemedicin hvis teknologien skal bidrage til at hæve kvaliteten i sundhedsvæsenet?

Morten Elbæk Pedersen, direktør, Sundhed.dk
Hvilken rolle kan sundhed.dk spille for videndeling og koordination mellem kommuner, sygehuse og almen praksis - og hvordan styrkes patienten?

Jens Rubak, alment praktiserende læge og koordinator for praksiskonsulent-ordningen på landsplan.
Hvordan tegner den alment praktiserende læges rolle sig i fremtiden, i lyset af nye teknologiske muligheder?

Dorthe Stigård, IT-direktør, Region Nord
Hvordan får man det bedste ud af IT-investeringer – og hvor skal regningen sendes hen?

Debat mellem politikere og oplægsholdere

14.30 – 14.45 Kaffepause

14.45 – 16.00 Politikernes ønsker til sammenhæng i fremtidens sundhedsvæsen

IT spiller en rolle for videndeling, men IT skaber ikke samarbejdet. Hvordan ønsker politikerne at fremme en bedre sammenhæng for patienterne og de sundhedsprofessionelle, der skal hjælpe patienterne, og hvilke perspektiver åbner brug af nye IT-systemer for at styrke sammenhængen?

Debat blandt deltagerne i grupper:

Hvilke udfordringer er særligt vigtige at sætte fokus på ud fra ønsker om sammenhæng i sundhedsvæsenet og mulige perspektiver ved brug af IT?

16.00 – 16.30 Afrunding af seminaret

Grupperne fremlægger deres udfordringer

Kommentarer til gruppernes forslag ved:

Nina Berrig (C), medlem af Danske Regioners sundhedsudvalg

Tove Larsen (S), formand for KL social- og sundhedsudvalg

Sophie Hæstorp Andersen siger tak for i dag

Oplægsholdernes CV

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.

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 - 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.

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 mainserver, trådløst netværk og de to børns opkoblede spillekonsoller.

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, sundheds-informationerne skal følge, og det sprog systemerne skal kommunikere på
- SDSD vil skabe en national IT-infrastruktur som en plat-form, 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 sektorgrenser, og telemedicinske løsninger på landsplan.

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 deltaget 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 løftestang. Teknik skal gøre det **vigtige** lettere eller sjovere, men teknologien er ikke vigtig – det er menneskene.

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.

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.

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.

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.

Podcast og deltagerliste

Ved dette link til projektets hjemmeside kan program, deltagerliste og podcast downloades:

<http://www.tekno.dk/fremtidenssundhed>.



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