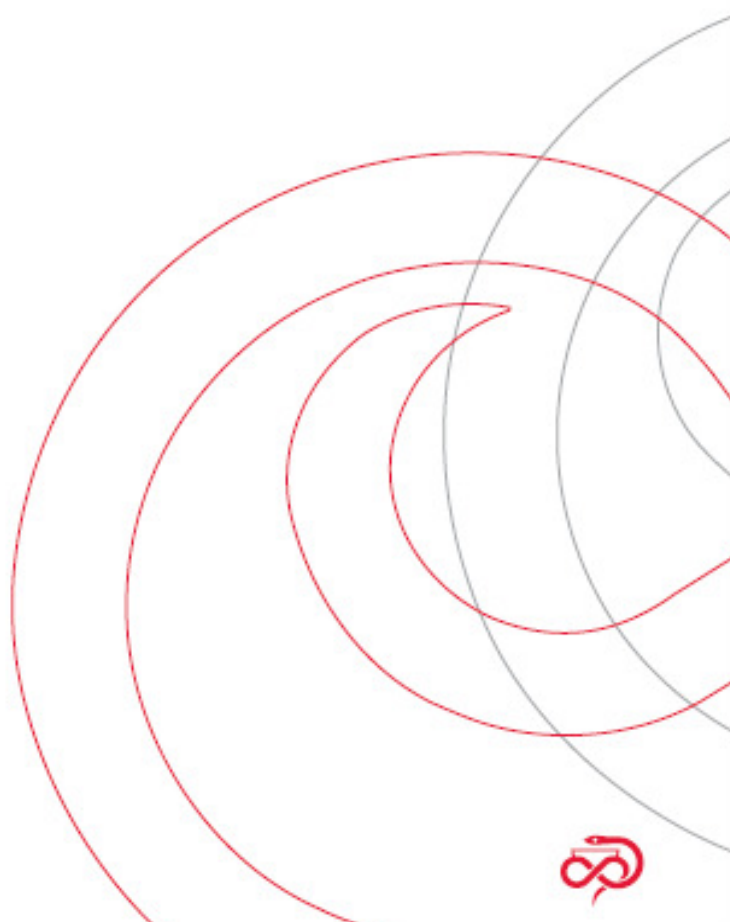


Lægeforeningens politik for sundheds-it

Læge- og repræsentantskabsmødet april 2008

Lægeforeningen



Indholdsfortegnelse

Forord	3
Sammenfatning	4
1. Vision og målsætninger for brug af sundheds-it	5
Principper for god udvikling og anvendelse af sundheds-it	6
National koordination og regulering	6
Fokus på patientsikkerhed.....	7
Et nødvendighedsprincip	7
Brugerinddragelse, brugerinddragelse og brugerinddragelse!	7
Afprøv systemerne inden de tages i brug i klinikken	8
Sikker it-drift og performance	8
Benyt internationale løsninger	8
Ændret arbejdstilrettelæggelse og opgaveglidning.....	8
Indhent løbende gevinster ved brug af sundheds-it	9
2. Indsatsområder	9
Fælles national infrastruktur	9
Det nationale patientindeks	10
Et fælles medicinkort	10
Kvalitetsdata	11
Fælles journal	11
Prioritering og konsolidering af eksisterende systemer	12
Øget anvendelse af telemedicin.....	12
Fokus på udvikling af beslutningsstøttesystemer	12
Fokus på uddannelse og anvendelse af sundheds-it	13
Etablering af it-udviklingsmiljøer	13
En plan for nationale styring og koordinering (governance)	13
Ordliste	15

Forord

Med dette politikpapir stiller Lægeforeningen skarpt på de kommende års udvikling af it til sundhedsvæsenet.

Udgangspunktet for Lægeforeningens politik for sundheds-it er de centrale sundhedsmyndigheders fokusering mod en mere sammenhængende it-udvikling, og konkret den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012, som blev udmeldt i december 2007.

Lægeforeningens politik for sundheds-it skal danne grundlag for udmeldinger og involvering på sundheds-it området og er formuleret ud fra et ønske om, at det sundhedsfaglige personale bliver bedre understøttet af it i udførelsen af deres arbejde.

Politikken tager på denne baggrund fat i de initiativer, som skal virkeliggøre, at læger og andre sundhedsfaglige personalegrupper får adgang til relevante patientinformationer via let anvendelige og let genkendelige it-systemer.

Lægeforeningen takker medlemmerne af det indre it-netværk for at udarbejde sundheds-it politikken.

Sammenfatning

Lægeforeningens politik for sundheds-it tager udgangspunkt i en vision om et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor det sundhedsfaglige personale har adgang til relevante patientinformationer via it-systemer, som er let anvendelige i det kliniske arbejde og let genkendelige uanset, hvor i sundhedssektoren man arbejder.

Det er Lægeforeningens målsætning, at digitalisering af sundhedsvæsenet skal:

- ⊕ Understøtte det kliniske arbejde.
- ⊕ Forbedre kommunikation og informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle og til borgeren – skabe mere sammenhængende patientforløb og bedre patientsikkerhed.
- ⊕ Bidrage til at forenkle og effektivisere arbejdsgange.
- ⊕ Fremme og forstærke kvalitetsudvikling og forskning.

Hvis målene skal opfyldes, vil Lægeforeningen anbefale, at sundhedsvæsenets aktører (staten, regionerne, kommunerne, private behandlere, leverandører, interesseorganisationer og faglige selskaber m.fl.) forpligter sig til at arbejde ud fra fælles accepterede principper for nyudvikling og ensretning af eksisterende sundheds-it. Principperne skal skabe gennemsigtighed om rollefordeling og opgavevaretagelse på den ene side og i forhold til at opfylde den patientorienterede indsats ved forebyggelse, behandling og genoptræning på den anden side. Lægeforeningen vil anbefale, at:

- ⊕ Sundheds-it koordineres og reguleres nationalt.
- ⊕ En national infrastruktur og standardisering.
- ⊕ Et nødvendighedsprincip, så det kun er nødvendige it-systemer, der udvikles.
- ⊕ Sundheds-it skal fokusere på patientsikkerhed.
- ⊕ Sundheds-it underlægges krav om test af brugeranvendelighed.
- ⊕ Sundheds-it skal afprøves, testes og kontrolleres under realistiske kliniske forhold, inden de implementeres i hverdagen.
- ⊕ Sikker it-drift og performance.
- ⊕ Anvendelse af internationale løsninger i relevant omfang.
- ⊕ Ændret arbejdstilrettelæggelse og opgaveglidning stiller krav til forandringsledelse, uddannelse og åben kommunikation.
- ⊕ Løbende at indhente gevinster ved brug af sundheds-it.

Staten, Danske Regioner og KL har med etableringen af Digital Sundhed skabt et fællesskab, som er rettet mod at sikre sammenhæng i digitaliseringsudviklingen. Lægeforeningen vil anbefale, at indsatsen rettes mod følgende områder:

- ⊕ En fælles infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet.
- ⊕ En fælles journal med mulighed for at sortere og klassificere oplysninger ift. behov (f.eks. lægelige specialer, sundhedsfaglige personalegrupper, sektorspecifikke behov).
- ⊕ Prioritering og konsolidering af eksisterende it-systemer.
- ⊕ Øget anvendelse af telemedicin.
- ⊕ Udvikling af beslutningsstøttesystemer.
- ⊕ Uddannelse og anvendelse af sundheds-it.
- ⊕ Etablering af udviklingsmiljøer.
- ⊕ Styrket national styring og koordinering (governance).

1. Vision og målsætninger for brug af sundheds-it

Lægeforeningens politik for sundheds-it er formuleret ud fra et ønske om, at sundhedsvæsenets aktører og særligt det sundhedsfaglige personale, ved at benytte it, bliver bedre understøttet i udførelsen af deres arbejde.

Sundheds-it skal udvikles, så læger og andre personalegrupper får adgang til relevante patientinformationer via intuitive, let anvendelige og let genkendelige it-systemer, uanset hvor i sundhedssektoren de arbejder. Billedligt talt skal sundheds-it sætte lægen i pilotens sæde: I det lægelige cockpit er alle relevante informationer tilgængelige og kan tilgås på samme vis, uanset hvilken sektor der arbejdes i og uafhængigt af, om lægen befinder sig på sin egen arbejdsplads eller er på en anden arbejdsplads.

Vi har derfor brug for at træffe beslutninger, der på kort og lidt længere sigt kan udvikle det potentiale i informationsteknologien, som det endnu ikke er lykkedes at høste på sundhedsområdet. Sundhedsvæsenets aktører må på en helt anderledes måde i førersædet for at rette op på fortidens forkerte eller manglende beslutninger, og brugerne må frem for alt inddrages konsekvent i udviklingen af sundheds-it.

Sundheds-it (eHealth) opfattes af Lægeforeningen som al patientorienteret it og dækker over seks hovedområder: Elektronisk Patientjournal (EPJ), Kliniske beslutningsstøttesystemer, Klinisk kvalitet og forskning, Nationale registre m.v. samt tværsektoriel kommunikation.

For læger og andet sundhedsfagligt personale skal det være lettere og hurtigere at udføre deres arbejde ved at benytte digitaliserede, frem for traditionelle, værktøjer. Adgangen til patientrelevante oplysninger skal forbedres, ligesom lægers adgang til referenceprogrammer, beslutningsstøtte o. lign. skal optimeres.

Bedre anvendelse af sundheds-it skal muliggøre, forbedre og bidrage til at styrke samarbejdet mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og de øvrige sektorer, som er involveret i et patientforløb. Dette er en nødvendig forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb og for samtidig at skabe overblik og reducere risikoen for fejl.

Ligeledes skal sundheds-it forbedre indsamling af data til brug for kvalitetsforbedringer, forskning og udvikling, samt til ledelsesinformation og styring. Det skal ske effektivt, så der frigøres ressourcer til at løse sundhedsfaglige kerneopgaver.

Vi skal anerkende, at anvendelse af it kan fjerne nogle fejlkilder, mens det skaber andre nye fejlkilder. Udviklingen af sundheds-it handler derfor også om, at styrke patientsikkerheden ved at bygge løsninger, som understøtter, at der træffes korrekte beslutninger, og at det sundhedsfaglige personale adviseres herom på en smart og relevant måde.

Det er Lægeforeningens målsætning, at digitalisering af sundhedsvæsenet skal:

- ❖ Understøtte det kliniske arbejde.
- ❖ Forbedre kommunikation og informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle og til borgeren – mere sammenhængende patientforløb og bedre patientsikkerhed.
- ❖ Bidrage til at forenkle og effektivisere arbejdsgange.
- ❖ Fremme og forstærke kvalitetsudvikling og forskning.

Med de erfaringer vi allerede har gjort os og med de eksempler, vi kender fra andre sektorer, må vi imidlertid erkende, at digitalisering ikke nødvendigvis effektiviserer processerne. Vi kan ikke skabe bedre kvalitet med færre ressourcer, men vi kan sørge for at prioritere, så de sundhedsfaglige ressourcer frigøres til at løfte og løse sundhedsfaglige kerneopgaver, og så patientadministrative opgaver i højere grad udføres af personer med kernekompetencer inden for disse områder. Den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet bliver med andre ord ikke forøget blot ved at benytte sundheds-it, men ved at de ressourcer, som er til rådighed bliver udnyttet bedre.

Principper for god udvikling og anvendelse af sundheds-it

Med kommunalreformen er sundhedsvæsenets rollefordeling og opgavevaretagelse ændret mellem staten, regioner og kommuner på den ene side og i forhold til den patientorienterede indsats ved forebyggelse, behandling og genoptræning på den anden side. Samtidig er der med det udvidede frie sygehusvalg skabt et behov for at kunne koordinere indsatsen mellem offentlige og private aktører.

Sundheds-it skal være med til at binde indsatserne sammen, så patienterne oplever, at der er sammenhæng i behandlingsforløbet, uafhængigt af, hvilken ydelse patienten modtager, eller hvem der udfører den.

Vi bør stile mod anvendelse af ét sammenhængende system eller systemkompleks, som bruges i hele landet på tværs af sektorer.

Derfor er det også vigtigt at forpligte sig til at arbejde ud fra fælles accepterede principper for nyudvikling og ensretning af eksisterende løsninger.

Lægeforeningen anbefaler:

- ❖ Sundheds-it koordineres og reguleres nationalt.
- ❖ National infrastruktur og standardisering.
- ❖ Sundheds-it skal fokusere på patientsikkerhed.
- ❖ Udviklingen af sundheds-it hviler på et nødvendighedsprincip.
- ❖ Sundheds-it underlægges krav om test af brugeranvendelighed.
- ❖ Sundheds-it skal afprøves, testes og kontrolleres under realistiske kliniske forhold, inden de tages i brug.
- ❖ Sikker it-drift og performance.
- ❖ Anvendelse af internationale løsninger i relevant omfang.
- ❖ Ændret arbejdstilrettelæggelse og opgaveglidning stiller krav til forandringsledelse, uddannelse og åben kommunikation.
- ❖ Løbende at indhente gevinster ved brug af sundheds-it.

Principperne beskrives i de følgende afsnit.

National koordination og regulering

Digital Sundhed er dannet i et fællesskab mellem staten, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening og skal udgøre et administrativt og ledelsesmæssigt netværk med kompetencer og indsigt i anvendelse af sundheds-it.

Lægeforeningen mener, at Digital Sundhed skal være en stærk organisation, der skal igangsætte, koordinere, rådgive og hjælpe sundhedsvæsenets aktører til at vælge de rigtige løsninger.

I den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 er det fremhævet, at målet er: dels digitalisering, der direkte understøtter medarbejdernes opgaver og funktioner, hvilket skaber grundlag for øget kvalitet og effektivitet, dels digitalisering, der målrettet forbedrer servicen i sundhedsvæsenet for borgere og patienter, samt koordinering og prioritering af digitaliseringsindsatsen gennem mere forpligtende tværgående samarbejde på alle niveauer. Disse mål skal omsættes til en bindende masterplan, som tegner et dækkende billede af de udviklingstiltag, der forventes igangsat nationalt, regionalt og lokalt, både hvad angår tid, ressourcer og resultater.

Fokus på patientsikkerhed

Sundheds-it skal udvikles med patientsikkerhed for øje. Det er et vigtigt princip at sikre det bedst mulige grundlag for at lære af fejl og forebygge dem, så vi beskytter patienten mod skade som følge af behandling i sundhedsvæsenet. Det betyder bl.a., at sundheds-it skal involvere patienten som en aktiv part.

Det er vigtigt at anvendelse af it under ingen omstændigheder forringer de kliniske resultater eller kompromitterer patienters sikkerhed (f.eks. ved forvanskning eller tab af data eller ved at gøre væsentlige oplysninger svært tilgængelige, f.eks. CAVE-oplysninger).

Patientsikkerhed handler derfor også om, at it-systemer skal designes, så de forbedre behandlingen og ikke forsinkes den eller forringer den. Hvis det sundhedsfaglige personale unødigt skal afbryde sine aktiviteter for at indtaste eller bekræfte oplysninger, som i kontekst ikke er relevante, så mister systemer værdi og forøger risikoen for fejl. F.eks. kan registrering af kvalitetsdata være vigtige i et overordnet perspektiv, men forstyrrende og forsinkende i den patientnære situation. Vi skal kunne genbruge data og finde løsninger, som sikrer automatisk dataopsamling.

Et nødvendighedsprincip

Sundhedsvæsenet har gennem tiden udviklet flere it-systemer til at løse problemer, som måske kunne være løst mere hensigtsmæssigt ad en anden vej. Konsekvenserne har ofte været, at sundhedsvæsenet har investeret dyrt i udviklingen af systemer med tunge og besværlige arbejdsgange og rutiner, som skaber ineffektivitet og tidsspilde og som tilskynder til systemanarki. Håndtering af datasikkerhed (at uvedkommende ikke får adgang til data) er et eksempel på dette, da det har vist sig tungt og kompliceret at opbygge systemer, som opfylder lovgivningen, mens det havde været mere hensigtsmæssigt at tilpasse lovgivningen til de hensyn, som anvendelse af it stiller i forhold til papirbaserede løsninger.

Vi skal sikre os, at vi kun udvikler nye it-systemer, hvor det er den mest oplagte og ressourcebesparende løsning, herunder at det:

- ⊙ Forbedrer kliniske resultater og patientsikkerhed.
- ⊙ Frigør sundhedsfaglige ressourcer (lægetid m.v.), som kan anvendes på patientbehandlingen.
- ⊙ Er besparende i tid og penge.
- ⊙ Er administrativt forbedrende i form af hurtigere, sikrere og mere pålidelige data.

Brugerinddragelse, brugerinddragelse og brugerinddragelse!

Sundhedsvæsenet anvender desværre mange it-systemer, som er skabt til at forbedre og effektivisere arbejdsgange, men som i praksis har vist sig uforståelige og tidsrøvende (f.eks. de elektroniske dødsattester, som er det seneste skud på stammen). For at undgå dette, bør det sundhedsfaglige persona-

le inddrages på alle relevante niveauer i diskussioner og beslutninger om udvikling og implementering af sundheds-it projekter.

Både eksisterende it-systemer og fremtidige projekter skal evalueres i forhold til deres evne til at understøtte klinikerens arbejdsfunktioner og performance.

Afprøv systemerne inden de tages i brug i klinikken

Der er behov for at etablere og anvende udviklingsmiljøer, hvor it-projekter kan testes under realistiske forhold og under hensyntagen til den kliniske dagligdag og behovene for fleksibilitet (f.eks. via tidsstudier, arbejdsgangsanalyser m.v.).

Implementeringen af et nyt it-system kan have en meget betydelig effekt på den generelle kvalitet af det daglige kliniske arbejde, og dermed også stor betydning for den enkelte patient.

Der bør være obligatoriske retningslinjer for udvikling af it-systemer, som f.eks. minder om de krav, der stilles til udvikling af nye lægemidler eller behandlingsprocedurer, dvs. at der skal foreligge resultater af grundigt udførte undersøgelser før systemerne implementeres i klinisk praksis.

Sikker it-drift og performance

Driftssikkerhed og ydeevne er nogle af nøglerne til velfungerende sundheds-it. Det gælder især for de systemer, som anvendes til kliniske formål.

Det tilgængelige hardware og software skal være rigeligt og altid opdateret, og vi skal være sikret anvendelsen af relevante tilgængelige teknologier, f.eks. stemmestyring, digital diktering, videokommunikation m.m.

Benyt internationale løsninger

Vi skal være opmærksomme på, hvad der foregår inden for sundheds-it området i udlandet og i udstrækning forpligte os til at rette vores udvikling mod internationale standarder, f.eks. den kliniske terminologi Sundterm (SNOMED-CT) eller HL7, som er en standard for sundhedsinformatik.

I den udstrækning, at der findes løsninger, erfaringer og ideer, som udlandet allerede har gjort, så bør vi være forpligtet til at lære af dem og udnytte dem. Jo mere specifikke (danske) krav vi stiller, jo svære bliver det at understøtte løsningerne (internationalt).

Ændret arbejdstilrettelæggelse og opgaveglidning

Udvikling af sundheds-it vil let kunne medføre, at tilrettelæggningen af arbejdsopgaver og -processer ændres og at opgaver skifter hænder blandt de sundhedsfaglige personalegrupper.

Disse omlægninger skal organisationen forberedes på, inden nye systemer tages i brug og særligt være opmærksomme på, at der ikke sker u hensigtsmæssige opgaveglidninger, så sundhedsfagligt personale pålægges unødige patientadministrative opgaver.

Der er tendens til, at der i forbindelse med implementering af sundheds-it projekter ikke budgetteres med omkostninger og ressourcer til at håndtere forandringer i organisationen. Nye systemer kræver imidlertid oplæring og uddannelse før de potentielle gevinster kan indhentes. Hvis det ikke sker, vil mange af de kræfter, som er lagt i udviklingsarbejdet, være spildt, og gevinsterne udeblive.

I implementeringsfasen bør sygehusejerne også acceptere nedgang i produktion og lade andre overtage noget af aktiviteten, mens implementeringsaktiviteterne pågår. Desuden er det væsentligt, at

andre strategiske tiltag ikke gennemføres samtidigt med it-implementeringer (eksempelvis omstruktureringer, sygehusplaner, lean projekter, akkreditering m.v.).

Hvis sundhedsaktører skal indføre ny it, så skal de stille de nødvendige organisatoriske og klinisk funderede strukturer og kompetencer til rådighed, så de kan facilitere indførelsen af ny it og tilhørende ændringer i arbejdstilrettelæggelsen. Der er behov for en stærk styring af forandringsprocesserne og en åben og stærk kommunikation til de sundhedsprofessionelle omkring brugen af it. I den sammenhæng er det Lægeforeningens opfattelse, at sundhedsvæsenets eksisterende it-organisationer typisk har primært sigte på drift og vedligehold af systemer og er kun i mindre grad orienteret mod implementering og organisationsudvikling.

Indhent løbende gevinster ved brug af sundheds-it

Sundhedsvæsenet gennemfører en række større og mindre it-projekter, som skal koordineres og er indbyrdes afhængige. Samtidig er en række nye projekter på tegnebrættet, som alle peger i retning af større grad af standardisering og harmonisering af informationer og systemer på tværs af sektorer.

Der er behov for, at prioriteringen af ny sundheds-it tilgodeser brugernes behov. Vi skal forpligte os til at udvikle de løsninger, som giver stor effekt for brugerne, sat i forhold til de ressourcer som skal anvendes til at udvikle løsningerne. Det betyder bl.a., at vi med det samme skal arbejde for at forbedre systemadgangen, f.eks. gennem:

- ⊙ Digital signatur til alle læger
- ⊙ Single sign-on på tværs af systemer
- ⊙ Fælles e-bookningssystemer på tværs af afdelinger og sektorer
- ⊙ Udskiftning af forældede telefonsystemer og systematisk anvendelse af SMS
- ⊙ Systematisk brug af PDA i klinikken
- ⊙ Systematisk brug af talegenkendelse
- ⊙ Systematisk brug af fælles medicindatabase

Det kan ikke fremhæves tydeligt nok, at et af de store problemer er log-in tider. Der bør arbejdes på at skabe væsentligt hurtigere log-in tider og mulighed for, at systemadgangen følger personen og ikke den konkrete maskine, der arbejdes på. Teknologierne er til rådighed og opfattes i andre dele af samfundet som en selvfølge.

2. Indsatsområder

Etableringen af Digital Sundhed styrker den organisatoriske forankring af digitaliseringsudviklingen. Organisationen er dannet i et fællesskab mellem staten, Danske Regioner og KL og sikrer et administrativt netværk med indsigt i anvendelsen af it i alle hjørner af sundhedssektoren.

Digital Sundhed skal som navnet lyder sikre sammenhæng i digitaliseringsudviklingen. I den anledning vil Lægeforeningen anbefale, at indsatsen rettes mod følgende områder:

Fælles national infrastruktur

I den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 er der lagt op til, at der skal etableres en fælles teknisk infrastruktur, som består af en national it-arkitektur, et opgraderet sundhedsdatanet, standarder for kommunikation i sundhedsvæsenet, en national sikkerhedsløsning, en elektronisk portalindgang og et antal fælles services, som de enkelte aktører skal leve op til (bl.a. fælles medicinkort, nationale patientindeks, beslutningsstøtteservices).

Lægeforeningen mener, at udviklingen af den fælles nationale infrastruktur er [en fundamental forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb](#) og for at sikre vidensdeling på tværs af alle sektorer.

Den nationale infrastruktur skal sikre, at adgangen til it-løsninger er let og lynhurtig for det sundhedsfaglige personale, så der hurtigt kan dannes et overblik over patientens sygdomsbillede.

Ved at sikre, at data transmitteres i en fælles infrastruktur, kan det sundhedsfaglige personale få en samlet præsentation af alle patientrelaterede oplysninger på tværs af afdelinger og sektorer.

I den nationale infrastruktur skal der udvikles en landsdækkende rollebaseret sikkerhedsløsning, som kan integreres med og benyttes af regionale/lokale sikkerhedsløsninger, og som giver det sundhedsfaglige personale adgang til patientoplysninger via en nationalt gældende og centralt styret adgangskode. Det nytter med andre ord ikke noget, at det sundhedsfaglige personale skal anvende flere forskellige log-ins før de kan få adgang til relevante data, eller at de bliver kastet af systemerne af hensyn til sikkerhedsprocedurer, som ikke er afstemt med de faktiske arbejdsrutiner.

Sundhedsvæsenets aktører skal forpligtes til at arbejde inden for rammerne af den nationale infrastruktur.

Det nationale patientindeks

Lægeforeningen støtter de nationale initiativer om at udvikle et patientindeks, som sikrer, at der på tværs af sektorer og på tværs af geografiske grænser, og direkte over for borgere, vil kunne sendes og vises patientinformationer fra journaler (epikriser o. lign.) og fra parakliniske systemer (røntgen, laboratoriesvar etc.). Dermed bliver det muligt for alle parter i sundhedssektoren at stille informationer og data til rådighed for andre, så der sikres online integration af et patientforløb. Anvendt rigtig vil det øge kvaliteten i den ydelse, som borgere (patienter) modtager, uanset hvor vedkommende behandles, dvs. at et patientindeks vil understøtte udviklingen af et samarbejdende sundhedsvæsen.

Et nationalt patientindeks skal både fungere overfor borgere og klinikere, men fokus for udviklingen skal være rettet mod de sundhedsprofessionelle og mod understøttelse af udveksling af sundhedsdata.

For borgere vil patientindekset forbedre muligheden for aktivt at følge egen behandling og kvalitets sikre registreringer og andet journalmateriale om egen helbreds situation.

For klinikerne vil patientindekset give [online adgang til \(udvalgte\) patientinformationer i akutte situationer uafhængigt af tid og sted](#). Det vil især være værdifuldt, når klinikerne ellers ikke har adgang til data.

Et fælles medicinkort

Patienter skal have rigtig og sikker lægemiddelbehandling. Det gælder både på sygehus, hos egen læge, i hjemmeplejen, på plejehjem eller i forbindelse med en aftalt og planlagt egenbehandling.

Sundhedspersonale skal have let adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger for de patienter, som de skal behandle og pleje.

Læger skal have nem adgang til en komplet information om lægemidler, deres anvendelse og virkning i forbindelse med ordination af medicin.

Patienter skal have let adgang til korrekte og opdaterede oplysninger om deres medicin og den rigtige måde bruge medicinen på.

Det fælles medicinkort skal indeholde [oplysninger om alle patienters aktuelle medicinering](#). Enhver ordination, seponering og dosisændring skal afspejles i de centrale data og disse data skal integreres i alle systemer, der indeholder patienternes medicinoplysninger.

Kvalitetsdata

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er under opbygning. Klinikernes arbejde med DDKM forventes at blive ret omfattende og de initiale resultater må i sig selv retfærdiggøre dette ressourcetræk. I modsætning til De Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser er DDKM overvejende proces- og strukturorienteret og der er ingen planlagt direkte kobling til resultatindikatorer.

Når vi skal implementere DDKM i klinikernes arbejde, skal vi træde varsomt, så vi sikre os, at modelens anvendelse bliver en succes. Det betyder bl.a., at vi ikke kan acceptere, at DDKM tages i brug, før it-systemerne kan understøtte modellen. Modellen skal integreres i Sundheds-it løsningerne, så [kvalitetsdata kun skal tastes en gang og vi undgår dobbeltregistrering](#).

Validiteten og udnyttelsen af strukturerede data og resultatindikatorer i De Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser og NIP-projektet bør understøttes.

Den elektroniske patient journal skal være andet en strøm til papir. Det er vigtigt, at der udvikles sundhedsfagligt indhold (SFI), som er [opsamling og strukturering af klinisk viden](#) til brug i EPJ.

SFI kan hjælpe klinikerne med både at yde beslutningsstøtte, processtøtte og sikre en ensartet nødvendig dokumentation af konkrete, kliniske forhold.

Gennem fælles standarder (for planer, aktiviteter, dokumentation mm.) er det målet at opnå en fælles klinisk rapportering, der skal være med til at sikre bedre arbejdsgange, højere kvalitet i behandling og forbedret effektivitet.

Det er godt med flere forskellige former for beslutningsstøtte, men der skal ske en konkret afvejning af behandlingskvaliteten, uden at det bliver så omfangsrigt, at f.eks. advarsler, dokumentation osv. forekommer irrelevante og unødigt tidskrævende for klinikerne. SFI kræver dog en kontinuerlig vedligeholdelse med inddragelse af sundhedsfaglige eksperter for at være up to date.

Det må forventes, at der i udviklingen af den nationale infrastruktur tages stilling til, hvorledes indberetning af kvalitetsdata kan integreres, så det kun skal indtastes én gang.

Fælles journal

Lægeforeningen vil gerne deltage i arbejdet med at udvikle den elektroniske patientjournal og ser under alle omstændigheder et behov for, at det sundhedsfaglige personale drøfter opbygning og anvendelse af journaloplysninger.

I den udstrækning, at sundheds-it kan understøtte [en fælles styring af journalinformationer](#), så skal vi benytte os af det. Men det skal samtidig være sagt, at de enkelte faggrupper har behov for kontekstafhængig adskillelse af oplysningerne, således at der på baggrund af de samlede registrerede oplysninger kan oprettes: en lægelig journal, en sygeplejefjournal, informationer og tilsyn, f.eks. radiologiske fund, informationer til pårørende, hjemmeplejen, tidsafhængige sektorspecifikke oplysninger osv. Det bør samtidig være sådan, at den enkelte bruger selv kan tilpasse sine oplysninger som standard-søgninger, der kan gemmes, fremfindes og anvendes, når den sundhedsprofessionelle foretrækker det.

Prioritering og konsolidering af eksisterende systemer

I de regionale sundhedsvæsenes findes en mangfoldighed af it-systemer, som er skabt af mange forskellige leverandører og som alle sigter mod at understøtte det kliniske arbejde.

Hvis sundhedsvæsenets it-drift skal fungere under acceptable forhold, så er der behov for at foretage en [prioritering af, hvilke systemer der i fremtiden skal finde anvendelse og understøtte de kliniske funktioner](#). Det være sig de epj-relaterede systemer, de parakliniske systemer, såvel som de systemer, der anvendes til at indsamle kvalitetsdata, ledelsesinformation m.v.

Antallet af it-systemer bør reduceres og i sidste ende nærme sig en tilstand med et system per funktion. Der bør opstilles fælles accepterede, lægeligt begrundede kriterier på tværs af regioner og sektorer for, hvordan konsolideringen kan gennemføres. Det bør samtidig aftales, hvilke retningslinjer der skal gælde nationalt, og hvilke der først og fremmest skal gøres gældende på et regionalt plan.

I lighed med revisionen af epj-relaterede systemer bør der skabes et aktuelt overblik over det resterende it-landskab. Hvilke aktører findes der, hvilke systemer er i drift og på hvilke betingelser? Revisionen skal evaluere brugbarheden i forhold til klinikernes arbejdsfunktioner og systemernes ydeevne, sikkerhed m.v. Bedømmelsen bør foretages af uafhængige aktører. På dette grundlag skal det afklares, hvilke systemer der kan/skal styres nationalt, regionalt, kommunalt eller lokalt.

Øget anvendelse af telemedicin

Telemedicin rummer stribevis af muligheder for at forbedre sundhedsvæsenets behandlingstilbud og ydelser. I dag kan en læge i en række tilfælde diagnosticere og behandle en patient som fysisk befinder sig et helt andet sted. Afstanden mellem patient og behandler bør i disse tilfælde ikke ses som en begrænsning, men nærmere som [en mulighed for effektivt at udnytte de knappe, specialiserede ressourcer](#).

Teknologisk er mulighederne næsten ubegrænsede. Vi kan simultant transmittere tovejs lyd-, data- og billedkommunikation (interaktiv video) med minimal forsinkelse. Ligeledes kan vi transmittere registreringer fra patienten som f.eks. elektrokardiogram (EKG), blodtryk, hjertelyd osv.

Vi skal være bedre til at udvikle nye telemedicinske løsninger, men også til systematisk at installere og afprøve eksisterende telemedicinske sammenhænge. Et kendt eksempel på en telemedicinsk løsning er behandlingen af store blodpropper i hjertet (STEMI). Rundt i Danmark faxes der EKG-oplysninger fra ambulancerne til hjertelæger, som kan vurdere, om der er grund til akut undersøgelse for blodprop i hjertets kranspulsåre og behandling af dette med ballonudvidelse.

Fokus på udvikling af beslutningsstøttesystemer

Kommunikationen mellem alt sundhedsfagligt personale skal understøttes af lettilgængelige og opdaterede fælles retningslinjer, referenceprogrammer m.v. Det kan bidrage væsentligt til en forbedret patientbehandling og kan understøtte accelererede og mere sammenhængende patientforløb.

Der er en lang række nøgleinformationer (registre, klassifikationer og services), som skal være lettilgængelige for alle og altid skal være opdaterede. De skal kunne læses og anvendes af alle (større) it-systemer, herunder f.eks. også af websystemer, mailservere og administrative systemer.

Det er selvsagt vigtigt, at alle informationer løbende opdateres. Det betyder, at beslutningsstøttesystemerne skal struktureres, så informationssøgning er overkommelig og overskuelig.

En effektiv og konsekvent brug af referenceprogrammer/kliniske guidelines forudsætter således, at informationerne kan anvendes og udnyttes direkte i de systemer, som anvendes i dagligdagen i det kliniske arbejde (f.eks. parakliniske systemer eller en epj). Dvs. at [beslutningsstøtten skal indgå integreret i it-systemerne](#) – så informationerne udnyttes netop, når man har brug for det!

Fokus på uddannelse og anvendelse af sundheds-it

Ved indførelse af nye it-systemer skal der afsættes den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer til uddannelse og oplæring i anvendelse af sundheds-it.

Der er også behov for, at der tages ledelsesmæssige og ressourcemæssige hensyn til, at en indkørringsperiode ofte er forbundet med en faldende effektivitet og et øget personaleforbrug, uanset om it-systemet på længere sigt kan hæve kvaliteten.

Det er vigtigt at alt sundhedsfagligt personale forstår og accepterer, at en [effektiv brug af it forudsætter uddannelse og oplæring](#) og en gennemgribende holdningsændring. Udfordringen er f.eks., at selv relativt få medarbejdere kan svække brugen af it-systemer, hvis de ikke forstår eller accepterer, at systemet er nødvendigt, insisterer på anvendelse af parallelle papirbaserede systemer, eller hvis de ikke anvender systemet korrekt.

Sundhedsfagligt personale må på den anden side kræve, at der findes et ordentligt it-oplæringsmiljø, inklusive folk med sufficente pædagogiske kvalifikationer og at der tilsvarende findes en serviceminded it-support til assistance ved akutte problemer. Det skal gælde allerede fra den prægraduate uddannelse.

Etablering af it-udviklingsmiljøer

Den nationale it-strategi peger på, at der er behov for at skabe rum for udvikling, forsøg og afprøvning. Det er Lægeforeningen meget enig i, men vil samtidig understrege, at prioritering af nye ideer (såkaldte stifinderprojekter) forudsætter, at ideerne har et strategisk holdepunkt og dermed kan retfærdiggøres i forhold til den samlede strategi.

Digital Sundhed bør varetage en nøglerolle i forhold til at koordinere nye udviklingsinitiativer. Samtidig bør de it-udviklingsmiljøer, som forsøges etableret i Danmark (f.eks. Skej-lab på Skejby Sygehus, eller it-hospitalet i Horsens) indgå aktivt i evaluering og monitoreringen af udviklingsprojekterne.

Alle [it-projekter skal afprøves, testes og kontrolleres inden de implementeres i klinikken](#). Det skal de etablerede udviklingsmiljøer også bidrage til, således at systemerne testes under realistiske kliniske forhold, dvs. test af arbejdsgange, systemintegration, således at hensynet til den kliniske dagligdag og behovene for fleksibilitet tilgodeses.

En plan for nationale styring og koordinering (governance)

Der er behov for en stærk national styring og koordinering. Det gælder både over for regionerne og kommunerne, men også i forhold til udviklingen af digitalisering i resten af den offentlige sektor.

Den aktuelle nationale it-strategi for sundhedsvæsenet mangler en klar og dækkende hovedtidsplan (masterplan), som angiver, hvordan og hvornår strategiens målsætninger kan realiseres. Sundhedsvæsenets aktører skal således have en plan for, hvad der udvikles og styres nationalt, regionalt og lokalt.

Masterplanen bør udarbejdes som en samlet plan for udvikling af sundheds-it og bør indeholde en fyldestgørende redegørelse for den organisatoriske forankring, for finansieringen samt i hvilken rækkefølge de enkelte projekter kan gennemføres. Det er vigtigt at sikre strukturer, som understøtter åbenhed og gennemsigtighed.

Planen skal udarbejdes i en tæt dialog mellem staten, regioner og kommuner, leverandører, interesseorganisationer og faglige selskaber m.fl., så det sikres, at der opnås tilslutning til deltagelse og gennemførelse af strategiens handlingsplaner.

Strukturreformen og regionsdannelsen må ikke medføre, at forbedringen af sundheds-it bremses. Digital Sundhed skal sikre, at alle aktører fastholdes og forpligtes til at arbejde mod større integration, standardisering og harmonisering af informationer og data.

Lægeforeningen vil anbefale, at indsatsen rettes mod:

- ❖ En fælles infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet.
- ❖ En fælles journal med mulighed for at sortere og klassificere oplysninger ift. behov (f.eks. lægelige specialer, sundhedsfaglige personalegrupper, sektorspecifikke behov).
- ❖ Prioritering og konsolidering af eksisterende it-systemer.
- ❖ Øget anvendelse af telemedicin.
- ❖ Udvikling af beslutningsstøttesystemer.
- ❖ Uddannelse og anvendelse af sundheds-it.
- ❖ Etablering af udviklingsmiljøer.
- ❖ Styrket national styring og koordinering (governance).

Ordliste

Den Danske
Kvalitetsmodel (DDKM)

Den danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. DDKM er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer. DDKM fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne.

DDKM er obligatorisk og omfatter principielt alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark (Sygehussektoren, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren samt visse dele af den private sektor).

Modellens udvikling og drift varetages af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Link: <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw161.asp>

Den Digitale Taskforce

Enhed i Finansministeriet, oprettet i august 2001 for at fremme digital forvaltning som led i det såkaldte Projekt Digital Forvaltning. Den Digitale Taskforce beskæftiger ca. 20 medarbejdere, der er indstationeret fra en række ministerier og kommunale organisationer. Enheden er sammen med Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling ansvarlig for udbredelsen af digital forvaltning i den offentlige sektor i Danmark.

Link: www.modernisering.dk

Digital Sundhed (SDSD)

Tidligere kaldet "Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark". Organisation dannet i juni 2006. Digital Sundhed er et samarbejde mellem regeringen, regionerne og kommunerne. Bestyrelsen består af tre medlemmer fra staten, to medlemmer fra Danske Regioner og et medlem fra KL. Organisationens mål er gennem digitalisering af informationer i sundhedsvæsenet at give øget effektivitet, bedre sikkerhed og bedre muligheder for patienter og borgere.

Link: www.sdsd.dk

Elektronisk Patient Journal
(EPJ)

Elektronisk patient journal. Samlebegreb for løsninger med elektronisk behandling af et eller flere af elementerne fra den klassiske papirbaserede patientjournal:

"En lang række forskellige it-systemer i det danske sundhedsvæsen skaber samlet set det, som rummes i betegnelsen "elektroniske patientjournaler". På sygehusene omfatter det it-systemer, som bl.a. giver adgang til notater, medicinoplysninger, behandlingsplaner og undersøgelsesvar om de enkelte patienter, og som ligeledes giver personalet elektronisk adgang til at planlægge og booke undersøgelser og få støtte til beslutninger. I det samlede sundhedsvæsen giver systemerne samtidig mulighed for, at sundhedspersonale og myndigheder hurtigt kan udveksle relevante informationer om patienterne på tværs af sundhedssektorer og geo-

	<p>grafi" (jf. Deloitte: "Strategiske udviklingsveje for epj" 2007).</p>
Det Fælles medicinkort	<p>Det fælles medicinkort er et nationalt projekt, som sørger for at behandlere i sundhedssektoren får adgang til opdateret og relevant information om egne patienters aktuelle medicinering uanset hvor i landet behandleren og patienten befinder sig. Projektet involverer en lang række aktører fra sundhedssektoren herunder Lægemiddelstyrelsen, hjemmeplejen, privatpraktiserende læger og hospitaler.</p>
Governance	<p>Overordnet styring og koordination. Essensen af information governance er: "Implementering og styring af fælles regelsæt og kontrolmekanismer på tværs af virksomheden for behandlingen af dens informationsaktiver".</p>
HL7	<p>Health Level Seven. En amerikansk udviklet standard for hvorledes man specificerer meddelelser med sundhedsfagligt og sundhedsadministrativt indhold (f.eks. afregning). HL7 indeholder en beskrivelse af det sundhedsfaglige domæne, men indeholder i sin nuværende form ikke en specifikation/standard for en EPJ.</p> <p>I Danmark benyttes HL7 i flere produkter f.eks. CSC's Clinical Suite. HL7 anvendes på internationalt plan af sundhedsvæsenet i blandt andet USA, Canada og i Storbritannien.</p> <p>Link: www.hl7.org</p>
Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser	<p>Sygehusejerne etablerede i 2002 en fælles databasepulje for at yde støtte til de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser og for at koordinere indsatsen for kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet. Baggrunden for initiativet var at sikre en prioritering i forhold til at udvælge de sygdomsområder, der skal monitoreres ved hjælp af en klinisk kvalitetsdatabase.</p> <p>Registrering af data skal ske med udgangspunkt i det enkelte patientforløb og til at belyse og bidrage til forbedring af den samlede kvalitet eller dele af den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter, og hvor mindst 90 % af den relevante patientpopulation i Danmark registreres.</p> <p>Link: www.kliniskedatabaser.dk.</p>
Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	<p>Etableret i 1999 i samarbejde med alle de daværende amter, H:S, Amtsrådsforeningen, Lægeforeningen, Dansk Medicinsk Selskab, Dansk Sygeplejeråd, De faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet, Danske Fysioterapeuter mv., Ergoterapeutforeningen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet).</p> <p>Link: www.nip.dk</p>
Performance	<p>Performance angiver i hvor høj grad et system eller en komponent opnår</p>

sine tiltænkte funktioner, og kan vel erstattes på dansk af ydeevne.

SNOMED CT

En omfattende klinisk terminologi, der beskriver det sundhedsfaglige domæne - dog overvejende indenfor diagnoser/kliniske fund og kliniske procedurer. Den er i vidt omfang indekseret (dvs søgbar) og kan anvendes i it-systemer. Der foreligger kun i begrænset omfang beskrivelser af hvorledes termerne i SNOMED CT med størst fordel anvendes f.eks. i et EPJ-system.

Link: www.ihtsdo.org

Sundhedsfagligt indhold (SFI)

Sundhedsfagligt Indhold. Det fælles sundhedsfaglige indhold, som klinikerne kan benytte i den elektroniske patientjournal (EPJ).

Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)

Sundhedsvæsenets organisationsregister. Et register hvor man kan registrere sundhedsvæsenets institutioner og organisatoriske enheder. Oprindeligt tænkt som en erstatning for den nuværende Sygehus/afdelingsklassifikation, men kan potentielt anvendes til at registrere alle institutioner/enheder i sundhedsvæsenet. Anvendes for tiden til at registrere institutioner og enheder på det kommunale område.

Link: www.sst.dk/sor

Sundterm

Projekt initieret af Sundhedsstyrelsen, der varetager oversættelse og tilpasning af SNOMED CT til dansk.

Link: www.sst.dk/sundterm