

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 1. juni 2005
Kontor: 2.s.kt.
J.nr.: 2005-12106-137
Sagsbeh.: ALU
Fil-navn: FT. spg. nr 77.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 77 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 25. april 2005

Spørgsmål 77:

"Ministeren bedes kommentere vedlagte artikel fra Dagens Medicin den 8. april 2005 "Stop G-EPJ nu og vælg én landsdækkende elektronisk patientjournal med dokumenteret brugbarhed og international anvendelighed".

Svar:

Overlæge Benedicte Dahlerup fremsætter i sin artikel en række kritiske kommentarer+ til den strategi, som vi herhjemme har valgt for indførelsen af elektroniske patientjournaler.

Benedicte Dahlerup anfører bl.a., at det er en forfejlet strategi at bede amterne om at udvikle deres egne EPJ'er, der bygger på den model for elektroniske patientjournaler (GEPJ, grundstruktur for elektroniske patientjournaler), som Sundhedsstyrelsen i samarbejde med sygehusejerne og IT-leverandørerne har udviklet.

Ved at basere sig på GEPJ mener B. Dahlerup, at der er en stor fare for at journalen bliver uoverskuelig og meget lidt brugervenlig. Bente Dahlerup argumenterer derfor for, at man i Danmark bør købe et allerede udviklet udenlandsk EPJ-system og indføre det over hele landet. Hun henviser bl.a. til, at der allerede findes et velfungerende fremtidssikret EPJ system, som et skotsk IT-firma har udviklet, og som uden større problemer kan oversættes og implementeres i det danske sundhedsvæsen. Fordelen ved dette EPJ-system er ifølge Benedicte Dahlerup, at det er brugervenligt og at det uden problemer giver "global access", dvs. at det uden de store vanskeligheder kan kommunikere med andre systemer i verdenen.

Endelig henviser Bente Dahlerup til, at man efter hendes mening ikke vil spare ressourcer ved at indføre GEPJ-baserede elektroniske patientjournaler, men tværtimod vil have behov for at ansætte flere sekretærer til at indføre data i de elektroniske patientjournaler.

I den nationale IT-strategi for sundhedsvæsenet for 2003-2007 (og i den nationale IT-strategi for sygehusvæsenet 2000-2002) er ambitionen og det langsigtede mål at opnå den situation, som Benedicte Dahlerup efterspørger - sammenhængende information på tværs af sektorgrænser og regions-/amtsgrænser.

En mulig løsning er, som anført i artiklen, at anskaffe en allerede udviklet EPJ på det internationale marked, oversætte den til dansk, og indføre den i det danske sundhedsvæsen. Problemet er dog, at der efter Sundhedsstyrelsens vurdering ikke findes udenlandske EPJ-systemer, der uden videre kan oversættes, tilrettes og indføres i det danske sundhedsvæsen, og som uden videre kan kommunikere internationalt.

Som Benedicte Dahlerup er inde på, findes en række internationale EPJ-systemer, hvoraf "Excelicare" fra firmaet Axsys blot er et af mange. Der findes også store EPJ-systemer i USA. Fordelen ved disse systemer er, at de værste børnesygdomme er væk. Disse systemer er imidlertid af typen "1. generations EPJ-systemer", som tit beskrives ved metaforen "strøm-til-papiret". Kendetegnende ved sådanne systemer er, at de for brugeren ligner almindelige papirjournaler. De er baseret på fri tekst og meget lidt og forskelligt struktureret. Systemerne anvender forskellig terminologi og forskellige datadefinitioner. Dette betyder, at det, der registreres, har et meget forskelligt omfang og vekslende kvalitet. Det betyder yderligere, at det er svært at genfinde de relevante data og anvende dem i andre sammenhænge (kvalitet, planlægning, statistik mm.). I praksis betyder det f.eks., at indberetninger til kliniske databaser skal tages ind eller oplysninger kopieres manuelt ind i de rigtige felter i indberetningerne.

I Danmark har det været en klar målsætning, at informationer, som registreres i journalen, kun skal registreres en gang, og på en måde, som gør det muligt at genfinde og genanvende informationen til f.eks. kvalitetsudvikling, statistik, forskning og takstafregninger. Det forudsætter, at EPJ-systemerne er bygget op efter den samme standard, og at informationerne registreres i en aftalt struktur.

De udenlandske EPJ'er er desuden bygget op efter teknisk set meget forskellige informationsmodeller, og der findes ifølge Sundhedsstyrelsen derfor ikke ét eneste EPJ-system, som i dag har "global-access" forstået på den måde, at forskellige EPJ-systemer uden videre vil kunne udveksle informationer med hinanden, f.eks. hvis en skotsk patient (som er registreret i Excelicare) bliver syg i USA (hvor patienten registreres i et andet EPJ-system). For at dette kan realiseres kræves der en fælles informationsstruktur og en fælles terminologi, sådan som det er besluttet i Danmark. Den danske udvikling søges løbende koordineret med den internationale udvikling, både når det drejer sig om terminologisystem og informationsstruktur.

Derudover skal det understreges, at det ikke er en trivielt sag at indføre et system, der er tilpasset den måde, som det kliniske arbejde er organiseret i ét land til et andet. Der er således ikke blot tale om en enkel "oversættelsesopgave", som Benedicte Dahlerup anfører. Dette bekræftes af de foreløbige erfaringer, der foreligger fra NHS (National Health Service i UK), hvor man forsøger at tilpasse systemer udviklet i USA til engelske forhold.

I artiklen argumenteres der endvidere for, at der kun skal være ét EPJ-system i Danmark. Jeg skal hertil anføre, at de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne har været enige om at forfølge en flerleverandørstrategi, som fører til konkurrence på pris og kvalitet. Det vigtige i den sammenhæng er, at IT-leverandørerne skal anvende den samme informationsstruktur – dvs. GEPJ-standarden ved udvikling af EPJ-systemerne. Dette er en forudsætning for, at systemerne kan udveksle data til hinanden, og at data kan genanvendes.

For så vidt angår Benedicte Dahlerups kritik af at basere udviklingen af elektroniske patientjournaler på Sundhedsstyrelsens GEPJ-standard, og herunder problemet med manglende brugervenlighed og overskuelighed i journalen, skal det bemærkes, at der her ganske rigtigt er en række problemstillinger, der skal findes en fornuftig løsning på.

Det er samtidigt vigtigt at slå fast, at GEPJ-standarden ikke er et EPJ-system. GEPJ angiver derimod det overordnede grundlag, som der kan bygges EPJ-systemer ud fra. GEPJ fortæller ikke, hvordan brugergrænsefladerne eller funktionaliteten i EPJ-systemet skal være. Der er ifølge Sundhedsstyrelsen således intet i GEPJ-modellen, der forhindrer, at brugeren kan få vist data som i dag, dvs. kildeorienteret, monofagligt eller kronologisk, hvis man ønsker det. Det er udelukkende et spørgsmål om at udvikle brugervenlige præsenteringsformer og brugergrænseflader. Der er heller ikke noget til hinder for, at kalde tingene det, som de plejer at hedde, da de betegnelser som anvendes i GEPJ-modellen er tekniske (datalogiske) betegnelser. Det svarer til, at bilisten ikke behøver at kende alle betegnelserne på motorens enkeltdele for at kunne køre bilen.

Det er desuden vigtigt at huske på, at GEPJ-modellen kun angiver en ramme for dokumentationen, og at få registreringer er obligatoriske. Obligatoriske registreringer er: diagnoser og deres begrundelse, sammenhængen mellem en undersøgelse og dens resultat, samt begrundelse for operationer og behandlinger.

Det er som anført oven for rigtigt, at det specielt i forhold til komplicerede patientforløb er en stor udfordring at sikre, at klinikerne med en EPJ får den bedst mulige brugervenlighed og overblik over patientens data. At skabe overblik over mange komplicerede data på en lille skærm er svært. Men det er en problematik, som alle EPJ-systemer står overfor, og det er i den forbindelse naturligvis oplagt at skele til de erfaringer, man også uden for landets grænser har indhøstet. Jeg kan i forlængelse heraf nævne, at der er et omfattende analyse- og udviklingsarbejde i gang i H:S for at løse netop denne problemstilling.

Med hensyn til spørgsmålet om ressourceanvendelse er en af hovedidéerne med at indføre GEPJ, at den enkelte kliniker selv skriver direkte i journalen. Ud over at spare ressourcer forventes det at give en større datakvalitet, og det, at sekretærene ikke efterfølgende skal indføre lægernes dikterede notater i journalen, vil samtidigt mindske risikoen for fejl betydeligt. Sidst,

men ikke mindst, vil indberetning fra den elektroniske patientjournal hindre dobbeltarbejde i forbindelse med indberetning af oplysningerne til Landspatientregisteret, Cancerregisteret, kvalitetsregistre etc.

I forhold til Bendicte Dahlerups forudsigelse om, at det med GEPJ-baserede elektroniske patientjournaler vil være nødvendigt at ansætte flere lægesekretærer, kan jeg henvise til, at dette ikke er opfattelsen i H:S, hvor man tværtimod har budgetteret med at kunne finansiere størsteparten af deres EPJ-implementering ved at skære halvdelen af lægesekretærstillingerne (ca. 700 stillinger) væk.