

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 21. december 2005
Kontor: 2.s.kt.
J.nr.: 2005-12106-155
Sagsbeh.: MRV
Fil-navn: Dokument 1

Besvarelse af spørgsmål nr. 49 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 26. oktober 2005

Spørgsmål 49:

"Ministeren bedes kommentere vedlagte artikler "It-professor: Amterne er amatører til sygehus-it" og "Amterne har puttet sig selv i it-leverandørernes lommer" fra Nyhedsmagasinet Ingeniøren den 21. oktober 2005"

Svar:

Ingeniøren bragte 21. oktober 2005 to artikler vedrørende amternes håndtering af indførelse af elektroniske patientjournaler (EPJ). Hovedbudskaberne i artiklerne er:

- Sundhedsstyrelsens standard for EPJ – GEPJ – matcher ikke arbejdsgangene på sygehusene
- amterne håndterer ikke indførelse af EPJ tilstrækkeligt professionelt, samt at amternes fælles it-arkitekturprincipper (Fælles arkitekturprincipper for EPJ, Amdtsrådsforeningen maj 2005) ikke er tilstrækkelig konkrete
- amterne bør stoppe deres nuværende EPJ-udvikling og vælge én leverandør
- amterne risikerer at 'havne i lommen' på en lille håndfuld leverandører af sundheds-IT

Det er en række legitime problemstillinger, der bliver trukket frem i Ingeniørens to artikler, og det er samtidig en række problemstillinger, som det fællesoffentlige projektarbejde vedrørende indførelse af elektroniske patientjournaler har været og stadig er opmærksom på.

GEPJ og sygehusenes arbejdsgange

Sundhedsstyrelsen har siden 2000 udviklet en national specifikation for det behandlingsrelaterede indhold i EPJ, nemlig GEPJ. GEPJ udstikker en national standard for det indhold af EPJ, som skal kunne deles på tværs af forskellige EPJ-systemer.

Det er 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.

Der er således tale om en sundhedsfaglig standard, der er tværfagligt orienteret om patientens problem, og som gennem konsekvent struktureret procesorienteret dokumentation muliggør håndtering af patientforløb på tværs af sektorgrænser. GEPJ er således udarbejdet gennem dialog og test sammen med sygehusejere og klinikere.

Det lægger op til et paradigmeskift i sygehusenes arbejdsgange, der traditionelt er opbygget omkring en kronologisk, monofaglig og kildeorienteret tilgang til dokumentation i papirjournaler og tidlige forsøg med elektroniske patientjournaler.

EPJ-strategien understøtter således en organisationsudvikling, sådan at arbejdsgangene udnytter den nye teknologi og standardisering, men GEPJ er fleksibel. Det er med GEPJ derfor stadig muligt at få vist data som i dag, dvs. kildeorienteret, monofagligt eller kronologisk, hvis man ønsker det. Det er et spørgsmål om at udvikle brugervenlige præsentationsformer og brugergrænseflader

Den direkte understøttelse af arbejdsgangene gennem lokale brugergrænseflader og funktionalitetstilpasning afhænger af den enkelte IT-leverandørs evne til at opfylde det enkelte sygehus eller hospitals behov. Amterne har forpligtet sig til at følge GEPJ-specifikationen i udvikling af lokale EPJ-løsninger, og det er her, at det enkelte hospitals specielle behov vedrørende brugergrænseflader, funktionalitet, arbejdsgange skal varetages.

De fælles arkitekturprincipper for EPJ og amternes håndtering af indførelse af EPJ

IT-arkitektur omhandler den grundlæggende organisering af ét eller flere IT-systemer. Det betyder først og fremmest skabelsen af principper for systemernes indbyrdes sammenhænge samt deres design og udvikling. Arkitekturdiskussionen orienterer sig derfor mod de IT-faglige spørgsmål og ikke mod de sundhedsfaglige spørgsmål, som GEPJ varetager.

Amternes rapport om de fælles arkitekturprincipper for EPJ var første skridt i etableringen af en IT-faglig ramme for udmøntningen af den fælles EPJ-strategi. Arbejdet har resulteret i en fælles liste af IT-arkitekturkrav til EPJ, som Søren Lauesen, Ingeniørens hovedkilde til de to artikler, har kritiseret.

I forlængelse heraf har amterne bedt Søren Lauesen uddybe sin kritik gennem en direkte dialog med amterne. Resultatet heraf indgår i amternes videre revision af den fælles IT-arkitektoniske ramme for EPJ. Amterne vil herigennem søge at kortlægge og vurdere forholdet mellem den eksisterende IT-arkitektur og den ønskede IT-arkitektur.

Amternes arbejde med en fælles IT-arkitektur står dog ikke alene. I forlængelse af den nationale IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007 er der i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet arbejdet på et projekt, der skal

afklare de juridiske, tekniske, IT-sikkerhedsmæssige mv. problemstillinger og muligheder vedr. lagring, ajourføring og kommunikation af journaloplysninger. Jeg afventer arbejdsgruppens indstillinger, og disse bør efter min opfattelse indgå i de videre overvejelser, hvordan en fælles IT-arkitektur for sundhedsvæsenet og dermed EPJ bør udformes og styres.

Antallet af leverandører

De centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne har været enige om at forfølge en flerleverandørstrategi, som fører til konkurrence på pris og kvalitet og samtidig hindrer monopoldannelse.

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.

Med hensyn til risikoen for at ”havne i lommen på en lille gruppe leverandører” imødegås dette netop ved at bygge på fælles standarder som GEPJ og en fælles arkitektur som det foreslås i ”De fælles arkitekturprincipper for EPJ”, hvor åbenhed og offentliggørelse af dokumentation og standarder vægtes højt for at undgå bindinger til bestemte leverandører.

Sammenfatning

Som jeg tidligere har givet udtryk for, er der behov for en strammere styring af EPJ-projektet som helhed – det er EPJ-Observatoriets konklusion, og jeg er enig heri. Jeg har ikke lagt mig fast på den endelige form for, hvorledes dette skal ske i praksis. Dog får Sundhedsstyrelsen fra 1. januar 2007 i kraft af de nye bestemmelser i sundhedsloven større beføjelse til at træffe bindende afgørelser, hvis der skulle opstå uenighed. Det vil medvirke til en mere effektiv koordinering af det samlede projekt. Som jeg også har nævnt tidligere, vil jeg på et passende tidspunkt give Sundhedsudvalget en bredere status for projektets fremdrift.