

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Sundhedsudvalg
Anledning:	Samråd om spørgsmål P
Taletid:	Ca. 20 minutter
Tid og sted:	Folketingets Sundhedsudvalg onsdag den 9. april 2008 kl. 16

Spørgsmål P: "Ministeren bedes redegøre for, hvilke initiativer han vil tage for at sikre en effektiv kommunikation mellem læger og sygehusafdelinger, sådan at f.eks. mennesker, der lider af kræft, ikke risikerer at dø på grund af dårlig kommunikation, der henvises til artikler i BT den 25. marts 2008."

Indledning

Jeg er glad for denne lejlighed til at kommentere fremstillingen i BT den 25. marts af kommunikationsforhold i sundhedsvæsenet.

Beskrivelserne i BT er baseret på navngivne udtalelser fra 2 ansatte i Kræftens Bekæmpelse, en kræftlæge på Bornholm og en kræftpatientpatient, der tillige er formand for en kræftforening.

På dette grundlag af 4 personer med naturlig stærk interesse for kræftområdet finder BT grundlag for at rydde forsiden med appetitvækkeren "DØR MENS DE VENTER".

Inden jeg går lidt nærmere ind på de generelle kommunikationsforhold i sundhedssektoren, må jeg nødvendigvis først sige lidt om den indsats, som vi er i gang med på kræftområdet, og som skal sikre, at patienterne i hvert fald ikke dør på grund af unødvendig ventetid.

Kræftområdet

En uge efter beskrivelserne i BT kulminerede et kæmpearbejde med etablering af pakkeforløb over hele landet for de fire mest udbredte og aggressive kræftformer. Den store milepæl i dansk kræftbehandling er som bekendt en følge af aftalen mellem regeringen og regionerne fra sidste efterår om, at kræftpatienter har krav på undersøgelse og behandling uden unødigt ventetid. Og der er fulgt penge med i sagen.

I løbet af indeværende år følger pakkeforløb for de resterende kræftformer. Det er for mig klart, at vi her har søsat et særdeles ambitiøst projekt, hvor undersøgelser og behandlinger på forhånd er booket og tilrettelagt, så der opnås et så hurtigt, sammenhængende og i øvrigt effektivt forløb som muligt.

Jeg oplever, at der er knyttet et fantastisk engagement med stort drive til dette epokegørende kæmpeprojekt med at udvikle og implementere de mange pakkeforløb på meget kort tid.

Jeg tænker, at alle de mange involverede i dette omfattende arbejde må have svært ved at genkende beskrivelserne i BT. Det er en ringe anerkendelse for det store arbejde, der er knyttet til at få gennemført pakkeforløbene. Og det synes jeg er ærgerligt, og det er ikke retfærdigt.

Det er regionernes ansvar at gennemføre de krav, der følger af pakkeforløbene, og der kan være lokale forskelle i måden at gøre det på.

Apropos beskrivelserne i BT vil jeg som et enkelt pakkeelement bare nævne, at overgange skal organiseres således, at den afgivende enheds ansvar ikke ophører, før der er sikkerhed for, at det er overtaget af den modtagende enhed. Det gælder selvsagt også på tværs af sygehuse.

Samtidig er det klart, at når man lokalt tilrettelægger pakkeforløbene, så er det helt naturligt og centralt, at man opstiller nogle effektive procedurer for kommunikation. Det er en forudsætning for at holde de stramme tidsplaner, og det kræver ikke ny teknologi, men god organisering.

Der er i det hele taget for mig ingen tvivl om, at vi er med dette initiativ er på rette vej på kræftområdet. Regionerne, lægerne, Kræftens Bekæmpelse – alle bakker op om projektet. Og det synes jeg også, at der er rigtig god grund til. Og jeg vil selvfølgelig fortsat følge, at vi når de ambitiøse mål, vi har sat os.

Kommunikation

Så svaret på den del af spørgsmålet her til samrådet, der går på hvad jeg vil gøre for at sikre, at mennesker der lider af kræft ikke risikerer at dø på grund af dårlig kommunikation, det er altså de kræftpakker, vi nu er ved at gennemføre.

Efter spørgsmålets ordlyd skal jeg også redegøre for, hvad jeg i det hele taget vil gøre for at sikre en effektiv kommunikation mellem læger og sygehusafdelinger. Det vil jeg meget gerne redegøre for, og jeg vil endda oven i det gerne redegøre for kommunikation mellem sygehusene, som især er den kommunikation, der kritiseres af BT.

Kommunikation mellem læger og sygehusafdelinger

BT's beskrivelse efterlader indtryk af totalt kaos i kommunikationen i sundhedsvæsenet, herunder at moderne elektronisk kommunikation ikke eller kun i helt utilstrækkeligt omfang overhovedet er taget i brug. Det har meget lidt med virkeligheden at gøre for at sige det mildt.

Det forholder sig tværtimod sådan, at Danmark er et af de lande i verden, der er længst fremme med elektronisk kommunikation i primærsektoren og mellem den og sygehusene. Det vil jeg godt uddybe lidt.

Gennem de seneste 10-15 år er der her gennemført en gradvis og velgennemtænkt udvikling af elektronisk kommunikation. Fra den spæde start med udveksling af recepter mellem almen praksis og apotekerne er kommunikationen gradvis blevet udvidet både i indhold og omfang.

I dag udveksles der således omkring 4 mio. standardiserede elektroniske meddelelser om måneden på landsplan i primærsektoren og mellem den og sygehusene. Det dækker omkring 90 % af den rutinemæssige kommunikation mellem praksislæger og apoteker, laboratorier og sygehuse.

Denne kommunikation vedrører bl.a. ca. 1,3 mio. recepter, ca. 0,6 mio. henvisninger og udskrivningsbreve fra sygehuse til almen praksis, ca. 1,4 mio. rekvisitioner til og svar fra forskellige laboratorier og på nogle af de mange talmæssigt lidt mindre områder ca. 0,1 mio. henvisninger og svar på røntgenområdet mellem almen praksis og sygehusene og ca. 0,1 mio. indlæggelses- og udskrivningsmeddelelser mellem sygehusafdelinger og den kommunale hjemmepleje.

Disse tal bare til illustration af, at der både indholdsmæssigt og på kryds og tværs er tale om en vidt forgrenet og omfattende elektronisk kommunikation. Det bliver til i størrelsesordenen 50 mio. meddelelser årligt mellem aktørerne i den primære sektor og mellem den og sygehusene.

Denne omfattende kommunikation er baseret på en løbende udvikling af et efterhånden større antal landsdækkende standarder for de hyppigste kommunikationsstrømme mellem lægepraksis, sygehuse og apoteker. Rent teknisk foregår kommunikationen over det danske sundhedsdatanet, der gennem årene har været under stadig udvikling.

Alt dette er udviklet af Sundhedsstyrelsen, de daværende amter og IT-leverandørerne m.fl., bl.a. gennem den samarbejdsorganisation, der hedder MedCom.

Og vi taler vel at mærke ikke om simpel elektronisk kommunikation, som når man skriver og sender en e-mail. Vi taler om standardiserede meddelelser, som kan dannes automatisk i afsendernes journalsystemer, og som kan lagres automatisk i modtagernes systemer.

Og uden for Danmarks grænser er der er bred anerkendelse af de kommunikationsmæssige resultater, vi har opnået ved den løbende udvikling af dette net for elektronisk kommunikation af sundhedsdata. Vi har på det område selv grund til at være tilfredse, synes jeg. Der er også planer for fortsat udvikling af sundhedsdatanettet, så tilfredsheden kan opretholdes.

Kommunikation mellem sygehusene

Selvom det ikke fremgår af spørgsmålet, er det min fornemmelse, at dette samråd også handler om elektroniske patientjournaler, EPJ. Derfor lovede jeg også at sige noget om kommunikationen på og mellem sygehusene. Den er endnu ikke lige så velfungerende som den elektroniske kommunikation i primærsektoren og mellem den og sygehusene.

Det skal ikke forstås således, at IT ikke understøtter arbejdsgangene på sygehusene. Tværtimod, så har der gennem mange år været en næsten eksplodingsagtig teknologisk udvikling på de danske sygehuse. Man kan så umiddelbart med rette spørge, hvorfor kommunikationen i sygehusvæsenet ikke fungerer bedre. For der er jo problemer og udfordringer på det område. Det ved vi godt. Det er der flere især historiske grunde til.

Paradoksalt nok er en af grundene de mange ildsjæle, der rundt omkring oprindeligt har brændt for at nyttiggøre IT i deres arbejde. Herved har IT faktisk tidligt vundet indpas på mange måder på sygehusene i Danmark.

Et sådant engagement for at nyttiggøre IT er jo i sig selv positivt. Bagsiden ved en sådan udviklingsform, der fra gang til gang typisk er fokuseret på enkeltstående ting, er imidlertid at koordination og de større sammenhænge typisk fortaber sig.

Det bliver næsten pr. definition prisen for at være langt fremme i skoene i en bottom up udvikling, uden tilstrækkeligt centralt og ledelsesmæssigt fokus på udviklingen. Jeg synes ikke, at nogen skal bebrejdes for det. Det er et naturligt udviklingstræk på nye områder.

Disse uheldige træk ved udviklingen er så forstærket af eksistensen af de mange selvstændige enheder, som de tidligere amter udgjorde. Den del af problemet er der jo gjort op med ved kommunalreformens dannelse af de antalsmæssigt færre regioner.

De nuværende bestræbelser mod et mere ideelt endemål for sammenhæng og fornøden styrket kommunikation mellem sygehusene forløber i to parallelle spor.

Det ene spor er den omfattende konsolidering med reduktion i antallet af forskellige systemer, der er overtaget fra de tidligere amter. Sigtet er her regionalt at få etableret fornøden sammenhæng mellem systemerne. Det er ikke en sag der overstås natten over. Det er en omfattende og tidskrævende proces.

Det andet spor er udmøntningen af den fællesoffentlige strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet, som blev offentliggjort den 12. december 2007.

For to år siden tog min forgænger initiativ til en væsentlig styrkelse af den centrale styring af EPJ-udviklingen. Sigtet var at skabe en organisation på tværs af stat og regioner, hvor man kunne binde parterne til at tage et fælles ansvar for udviklingen. Resultatet af dette initiativ er Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD)

Jeg har store forhåbninger til arbejdet i bestyrelsen for SDSD, som med et grundigt forarbejde har stået for at udarbejde strategien, og som nu arbejder med konkretisering og gennemførelse gennem handlingsplaner. Her er det en afgjort styrke, at alle parter (stat, regioner og kommuner) sidder sammen i bestyrelsen. Det giver et godt perspektiv for en god og afstemt udvikling.

Lad mig bare nævne arbejdet med et par af SDSD's initiativer. Den ene er at etablere et såkaldt nationalt patientindeks med væsentlige patientoplysninger, som kan tilgås fra alle sygehuse. Det giver mulighed for, at der på tværs i sundhedsvæsenet kan indhentes oplysninger til brug ved den aktuelle patientbehandling.

Jeg kan også nævne det fremskredne arbejde med det fælles medicinkort, som vil indeholde alle medicinoplysninger for den enkelte patient – en udbygning af den eksisterende Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), som alene indeholder oplysninger baseret på praksislægerens udskrivning af recepter, men endnu ikke forbruget på sygehusene.

Mere grundlæggende er der også igangsat arbejde med etablering af en fælles infrastruktur, der skal fungere som en del af fundamentet for kommunikation på kryds og tværs i sundhedsvæsenet. Et fælles vejssystem til transport af informationer, kunne man sige.

I den sammenhæng indgår også en række udfordringer med at håndtere datasikkerheden for de personfølsomme oplysninger på en såvel betryggende som smidig og effektiv måde. Udtrykt i vejmetaforen: At transporten på informationsmotorvejen foregår betryggende på den mindst besværlige måde.

De igangsatte aktiviteter omfatter selvsagt også arbejde med standardisering på en række områder, herunder bl.a. med hensigtsmæssig orientering mod internationale standarder til gavn for såvel danske producenters adgang til udenlandske markeder som udenlandske producenters adgang til det danske marked. En sådan orientering vil også via konkurrencen sikre ikke bare betryggende priser, men tillige en konkurrencepræget udvikling til gavn for alle.

De nævnte aktiviteter har landsdækkende perspektiv og går således på tværs af regionerne. Ud over disse større områder er der iværksat en række mere afgrænsede projekter.

Afslutning

Det langsigtede mål for den udvikling - som SDSD nu har ansvaret for - er, at det ved behandlingen af den enkelte patient er muligt fuldt tværgående i hele sundhedsvæsenet umiddelbart at få stillet alle relevante oplysninger til rådighed – elektronisk forstås !

Det ambitiøse mål er ikke indfriet nogen steder i verden i dag og bevægelsen mod dette mål vil tage tid.

Nogen har også spurgt mig, hvorfor Danmark ikke bare køber ét system, herunder én EPJ, der kan "det hele". Svaret på det spørgsmål er i sin enkelthed, at der ikke findes et sådan et ideelt system, der bare kan købes som hyldevare. I givet fald ville man jo i øvrigt blive afhængig af én (monopol)leverandør.

Med vores nye digitaliseringsstrategi – der gælder for hele sundhedssektoren – lægger vi op til at tage afsæt i den organisation og de systemer vi har, og foretage en trinvis og styret udvikling herfra og mod strategiens ambitiøse mål. Det spor sikrer i høj grad tillige genbrug af allerede foretagne investeringer.

Vi er i øvrigt gennem mange års udvikling kommet så langt med digitaliseringen, at man ikke bare kan skrotte det hele. Man kan ganske enkelt ikke nogen steder bare lige købe den omfattende udvikling, der er foretaget gennem tiden. En sådan tænkt løsning ville for alvor skabe kaos, eller rettere sagt totalt sammenbrud i sundhedsvæsenet.

Der er ikke nogen let genvej uden om et langt, sejt træk på dette område. Det er vi nu i gang med. Heldigvis kommer belønningen også hen ad vejen i form af stadig bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Tak for ordet