

# VIDENSDELING PÅ TVÆRS AF SEKTORGRÆNSER

Hvordan bidrager pakkeforløb til samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren?  
Hvad er IT-systemernes rolle?

## PRIMÆR SEKTOREN:

### UDFORDRING AT FANGE CANCER-PATIENTERNE

At man sender ordrer ud om at lave cancerpakker har fået sygehusene til at samarbejde på kryds og tværs i regionerne på møder og det virker! Det er måske gået for stærkt for os praktiserende læger at følge med, men der har vi IT.

Det sagde Per Grindsted fra Odense har været praktiserende læge i 34 år, og de seneste 12 år har han beskæftiget sig med praksiskonsulentordningen og

*IT helt nødvendigt ved akutte forløb og det er et hurtigt redskab, sagde overlæge Erik Holk.*



samarbejdet mellem sektorerne. Han har siddet i de regionale arbejdsgrupper i Region Syddanmark omkring cancerplanerne og i Sundhedsstyrelsen.

– Vi har 20-35 patienter om dagen og ser en syg patient hver fjortende dag, der skal på sygehuset. Sammenlagt har vi 8-10 cancerpatienter og 1-2 med lungecancer om året. I primærsektoren klarer vi 90 pct. af tilfældene selv. Udfordringen er at få de praktiserende læger til at trykke på den røde knap, når det er rimeligt.

– Vi kan ikke have mistanke hele tiden, så hvornår bliver en let mistanke til en mere begrundet mistanke, sagde Per Grindsted. Koordinator Erik Holk, der har været praktiserende læge i 20 år i Odense demonstrerede arbejdsgangen fra før de strømlinede cancerpakker.

– Sundhedsstyrelsen har udvalgt nogle forløbsprogrammer, som fylder 98 sider, men de praktiserende læger kan ikke rumme så meget. Lokalt deler vi de printede patientinformationer om lungecancer ud på papir i regionen, sagde PG, og man kan hente det på [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk), så der er ingen undskyldning for ikke at kunne udrede lungecancer.

Hver region skal have et elektronisk informationssystem og uden at forklejne nogen tror jeg Region Syd's er af høj standard. Det er et fynsk system, som er blevet regionalt.

Erik Holk: – I praksis har vi visinfo kørende nede på proceslinjen sammen med vort lægeprogram. Jeg klipper informationerne direkte over i henvisningsbrevet i lægejournalen, så der er de oplysninger, lungecancergruppen har bedt om for at modtage en patient i pakkeforløbet.

## GENSIDIG INFORMATION AFGØRENDE

Det har været et problem at visitere her og nu og forklare patienten, at det kan være cancer, sagde Per Grindsted og Erik Holk. Betingelsen for at komme ind i en akut-pakke er, at lægen ikke kan afvise det er kræft. Lungecancerpatienten skal til røntgen samme dag. Henvisningen skrives og sendes med det samme. Der hviler et tungt ansvar på praksislægen for at informere og sende patienten det rigtige sted hen.

Det kan være et problem, hvis man skal til en fælles omstilling på et sygehus eller i regionen og vente 20 minutter for at få booket tid til en akut cancerpatient. Det er vigtigt, at der er mulighed for at ringe parallelt med, at vi sender henvisningen elektronisk. Der er én henvendelse og indgang, så kører pakkeforløbet.

Det er man nødt til ved cancerpakker – ellers går det ikke. Det er utroligt vigtigt, at sygehuset melder tilbage, hvad de har fundet og vil gøre. Ofte går patienten op til den praktiserende læge, som skal kunne svare på alle spørgsmål.

Derfor har vi i journalerne mulighed for at kommunikere elektronisk, så mit notat kan videresendes til sygehuset lidt efter princippet med vandrejournaler, men det kan gøres meget mere elegant med IT.

Efter regionsdannelse er søgning på visinfosyd blevet meget langsom, mens henvisningerne kører relativt hurtigt. Jeg taler telefonen for at bestille røntgen samme dag, jeg har mistanken, så kører det. Det er man nødt til med forpligtende pakkeforløb. Når vi har sendt den, overtager sygehuset patienten.

*Jeg tror vi skal satse på cancerkoordinatorer, som har overblik over alle forløbene og kan give os tid indenfor 10 minutter.*



Der er, mente Per Grindsted, en forpligtelse til at skrive "OBS lungecancer" i diagnose/fritekstfeltet for at være sikker på at den bemærkes i systemet. Erik Holk pointerede, at den praktiserende læge kan checke, at patienten ikke er tabt, på bookingsvar eller en negativ kvittering. Får jeg ikke en positiv kvittering, skal alarmklokkerne ringe. Det sker heldigvis ikke så tit, fastslog han.

## FORELØBIG BRUG AF FRASER

Vi bruger fælles henvisningsfraser indtil videre, sagde Per Grindsted. Der er udarbejdet fraser til ca. 185 patientforløb. Vi mener, sagde han, IT er nødvendigt ikke mindst ved de akutte forløb. Det er en sikker kommunikation og der er fælles MedCom standarder. I mellemtiden kan man tænke sig, at læger får mulighed for direkte booking ligesom patienterne kan booke tid hos os i almen praksis.

Jeg tror vi skal satse på cancerkoordinatorer pr. sygehusenhed, så man ringer til et sygehus som har oversigten over de 10-20 forløb og kan give os tid indenfor 10 minutter. Vi ønsker at hver region har et forløb og at fem regionale bliver til et samlet nationalt forløb.

– Det kræver den højeste grad af diplomati og forhandleregenskaber, som normalt ikke er lægelige kvalifikationer, konstaterede Erik Holk og høstede sakens bifald.

– Vi er naive nok til at presse på for at få indført fælles procedurer. Der er ingen grund til, at vi alle sidder og opfinder det samme. Det er ikke mange år siden, at hver sygehusafdeling havde sine egne forløb, men nu er vi trods alt nået frem til regionale.

En tilhører spurgte om løsningen er

at hente fraserne på en internetside. Per Grindsted svarede bekræftende. Vi har diskuteret det og jeg har siddet i Sundhedsstyrelsens gruppe og fremført, at det er fint, vi har visioner om, hvordan vi skal gøre engang i fremtiden, men vi kan ikke vente til "engang". Vi skal på banen nu med de akutte forløb, øvrige cancer og hjerterne. Teknologien er klar til det.

Det er vejen frem, det er der ingen tvivl om, sagde Erik Holk.

## SEKUNDÆR SEKTOREN:

### DET SKAL VÆRE LET AT BLIVE UNDERSØGT

Vejle- Give Sygehus har ambitioner om at være bedst i verden til IT, og opfordrer til ens IT- løsninger for alle sygehuse på landsplan

IT- understøttelsen af kræftpakkerne på Vejle-Give Sygehus har været konsekvent, strømlinet og givet gode resultater. Det fremgik tydeligt, da IT- overlæge Finn Mathiesen fortalte om IT- understøttelsen af kræftpakkerne på sygehuset.

Vejle-Give sygehus har nogle af de første til at implementere EPJ og de har været papirløse siden 2004 bortset fra et indkaldelsesbrev til patienten, der stadig fremsendes på papir.

Finn Mathiesen arbejder 80 pct. som røntgenoverlæge og 20 pct. i administrationen med ansvar for klinisk IT. Sygehusene har et forum bestående af direktøren, administrationschefen, IT- chefen og Finn Mathiesen som beslutter alle IT- indkøb.

Finn Mathiesen mente det er heldigt, at sygehuset i 14 år har haft en direktør med en fortid i IT-staben på Fyn med

det erklærede formål klinisk at føre sygehuset frem blandt de bedste i verden og førende indenfor IT.

– Der har været god grobund for at lege med systemerne, fastslog Finn Mathiesen, som etablerer projekter med sygehusets afdelinger, men finder det afgørende, at afdelingerne selv står for dem. Pakkeforløbene startede for 8 år siden og sygehuset har nu 40 forløb.

– Der skal være strategi, volumen og vist antal patienter for, at det kan betale sig at lave en pakke. Det er ekstremt vigtigt med kun en indgang og en tovholder, der bestemmer. Det tager tid at lære folk, advarede han.

Sygehuset kører med forudbestilte tider for pakkerne og de tider, der ikke bruges, frigives til andre formål.

## FORUDBESTILLING OG DROP IN

Drop in-modellen uden tidsbestilling bruges til røntgen, andre undersøgelser og skaber et effektivt patientflow med minimal administration og tidsforbrug. Vort produkt er ikke røntgenbilleder, men svar, så før det er leveret, er opgaven ikke løst, konkluderede Finn Mathiesen.

Rekorden i røntgenbilleder er 32 i timen. Det tager ikke længere tid end digitale fotos, så sygehuset har udvidet antallet af omklædningsrum. De indlagte patienter har svar indenfor en time og alle undersøgelser får svar samme dag. Alle undersøgelser besvares samme dag af en læge i sen vagt og sygehuset har uddannet radiografer til at beskrive knoglebilleder.

Dansk Sygehusinstitut lavede i 1994 en analyse som viste, at hvis en narkoselæge ønskede et lungebillede, kostede



*Finn Mathiesen efterlyste nationale IT-ydelser som et patientindeks og autorisations-ID, så sundhedssektorens personale slipper for et hav af koder. Danmark er trods alt ikke større end en forstad til Cairo, sagde overlægen.*

det 18 arbejdsstrin, 35 menneskers indsats og 101 minutter. Vejle-Give sygehus har reduceret det til 3-5 arbejdsstrin og mangedoblet kapaciteten.

Vi laver 130.000 undersøgelser om året, sagde Finn Mathiesen, som mente, at sygehuset kan blive endnu hurtigere

## LUNGECANCER FORLØBET

– Der skal være nem adgang for praktiserende læger til at få taget røntgenbillede for ikke at misse en tredjedel af lungepakkepatienterne, understregede Finn Mathiesen som gennemgik et typisk forløb for lungepakkerne på sygehuset.

I snit går der 12–14 dage fra patienten opsøger egen læge til patienten bliver opereret. Når man kommer ind i lungepakken, får den praktiserende læge resultatet af røntgenundersøgelsen samme dag. Ud af 300 undersøgelser fortsætter 15–18 patienter i lungecancer pakkeforløbet. Heraf har 4 patienter cancer og den sidste en anden alvorlig sygdom. De 282 øvrige patienter ved dagen efter, at de ikke har lungecancer.

Sygehuset har forudbestilte tider til lungepakkerne. Bookes tiderne ikke, inddrages de. Der er 40 pakkeforløb og den nyeste er den atypiske symptom-pakke for patienter uden de normale symptomer, hvor lægen er i tvivl om patienten er syg.

Finn Mathiesen demonstrerede sygehusets system til talegenkendelse på sin laptop og oplyste, at han selv bruger EDI til at sende meddelelser rundt. Sygehuset stregkodelæser patologi-prøver og sender intet papir rundt. Der går auto-

matisk svar til henvisende læge. Mange arbejds gange er derved overvundet.

## ATYPISKE PAKKEFORLØB

Alle elementer skal med i pakkerne, men pakkerne er individuelle forløb, da man skal kunne tage højde for alle variationer hos patienterne. Den sidste pakke er med patienter med atypiske symptomer.

En fjerdedel eller tredjedel af cancerpatienterne har ingen symptomer men man kan se de er syge. Den lette adgang sikrer, at man fanger alle med atypiske symptomer, der ikke passer ind i pakkerne.

Vi kan fra dag til dag lave en udvidet undersøgelse, lavet røntgen af thorax og UL af maven. Er den ikke positiv, kan egen læge henvise til en CT-skanning hos os. Viser den heller ikke noget, ryger de ind på medicinsk afdeling. Vi har dermed et filter til at opfange dem, der har atypiske symptomer, som ikke passer ind i pakkerne.

– Det nyeste vi har sat i gang er hjertepakken, hvor vi har reduceret udredning af sygdommen der slår flest mennesker ihjel fra 90 til 4 dage. Midt i debatten om behandlingsgaranti, kan Finn Mathiesen pege på et lidt overraskende problem på sygehuset:

– Vi har problemer med at få patienterne til at komme til hjertepakkerne. Siger man til folk, at de har kræft, tager de det alvorligt, men patienterne tager ikke hjertesygdomme tilstrækkeligt alvorligt. De ser i deres Time Manager og kan først engang i august selv om vi siger til dem, at de muligvis har en hjertefejl, der

kan slå dem ihjel samme eftermiddag. Det er som om, der er noget magisk over ordet kræft.

## STRINGENT IT-STRUKTUR

– Vi skal have en meget stringent datastruktur og har brug for nationale databaser og et nationalt PACS-indeks. Patienter kan ikke forstå, at vi ikke kan se røntgenbilleder, der blev taget på et andet sygehus i sidste uge. Alle regioner er gået i gang, men hvorfor kan vi ikke få lavet et nationalt patientindeks, spurgte Finn Mathiesen, som pegede på, at Danmark ikke er større end en forstad til Cairo.

Ønsker havde Finn Mathiesen flere af og konstaterede, at systemer forgår, men data består:

– Vi har brug for et nationalt autorisations-ID, da stort set alle i sundheds-væsnet er autoriserede. Vi bevæger os rundt mellem sygehusene og kan undgå en masse nye adgangskoder til systemerne, konstaterede Finn Mathiesen, som selv har 2300 computere og 2000 ansatte at holde styr på.

– Lægerne farer afsted midt i et notat, og når de får tid til at komme hen til en computer, kan de ikke huske, hvor langt de var kommet. Hvis det er streamet i stedet for, kommer de automatisk tilbage til det notat, de løb fra.

– RFID, Radio Frequency Identification kan være en yderligere automatisering af arbejdsgangen på sygehusene, som kan lette arbejdspresset og automatisere adgangen til IT-systemerne når lægen går rundt mellem patienterne man går stuegang, sagde Finn Mathiesen som havde RFID på sin ønskeseddel for yderligere automatisering.

Finn Mathiesen fandt den manglende udvikling af EPJ deprimerende: – Det mest positive vi kan sige om vores elektroniske patientjournal er, at den har haft 10 års jubilæum, er betalt og virker.

Det er en IBM journal, udviklet i Sverige. Det mest deprimerende er, at når vi kigger på nye elektroniske patientjournaler for at finde noget smartere, kan de ikke mere end det system, vi købte for 10 år siden. Der er ikke sket en pind siden.