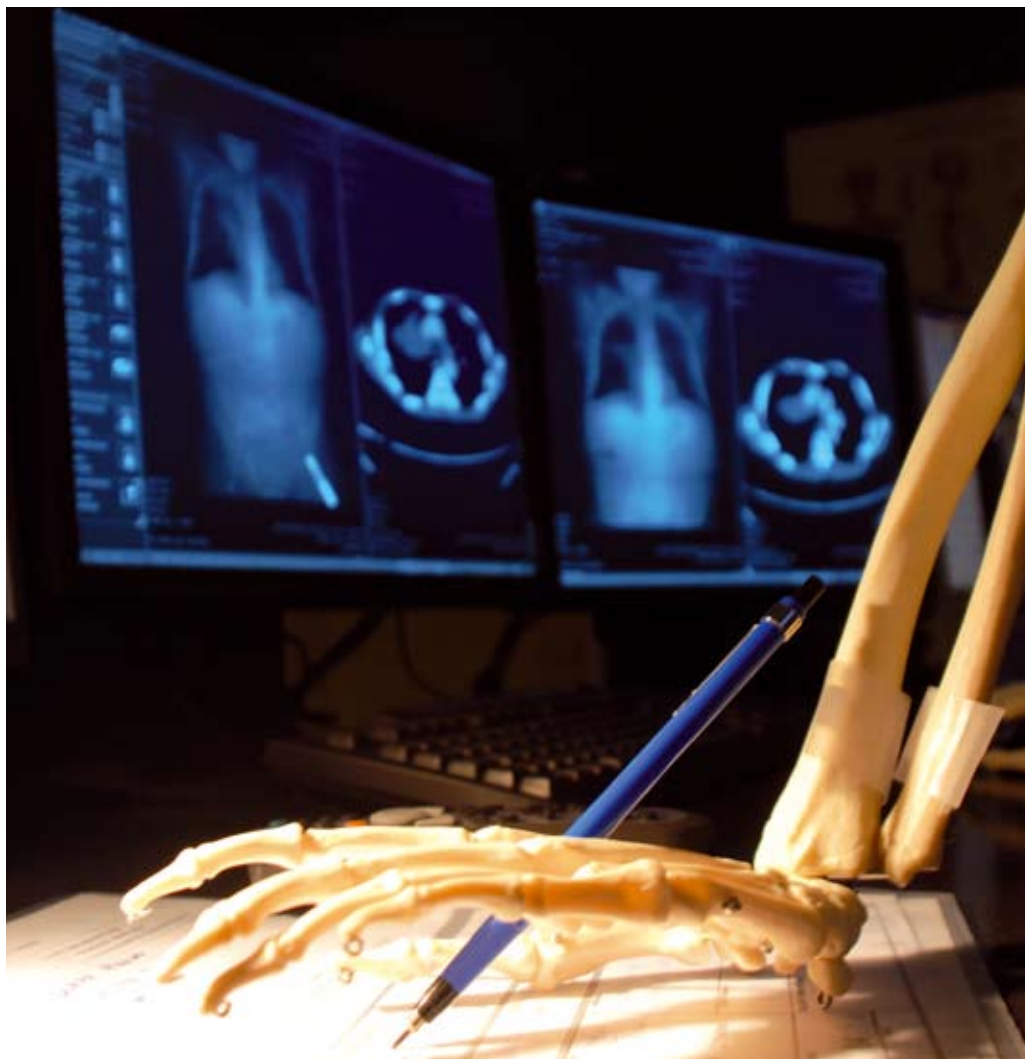




TEMA: IT I SUNDHEDSVÆSENET



IT i Sundhedsvæsenet, side 2

En Daglig Bekymring? side 3

Fra Venteliste til Patienthenvisning! side 4 - 5

EPJ - Elektronisk patientjournal, side 6

Røngtenbetjeningen i Grønland, side 7

Skærm - eller patient? side 8 - 9

IT-hverdagen på Lægeklinikken, side 10 - 11

IT-hverdagen for en ortopædkirurgisk overlæge, side 12 - 13

Implementering set fra LK, side 14 - 15

IT-systemer i Sundhedsvæsenet, side 16 - 17

IT i fremtiden, side 18 - 19

Formandens "klumme", side 20 - 21

Arbejdsmedicin i Grønland, side 22 - 23

NAKORSANUT

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 43 47

Nakorsanut@greenet.gl

IT i Sundhedsvæsenet

Temareaktør: Thomas Stensgaard

Redaktion: Thomas Stensgaard, ats@peqqik.gl

(Ansvh.) Peder Kern, pk@peqqik.gl

Lay-out: Tegnestuen Tita

Oplag: 600

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på forenings hjemmeside: www.lkf.gl

Forside billede: Qivioq Kern Kreutzmann

Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse

Formand:

Chefdistriktslæge Jesper Olesen - Lægeklinikken, Nuuk. jeol@peqqik.gl

Kasserer:

Overlæge Torben Myrhøj - Kir. afd., D.I.H., Nuuk. myr@peqqik.gl

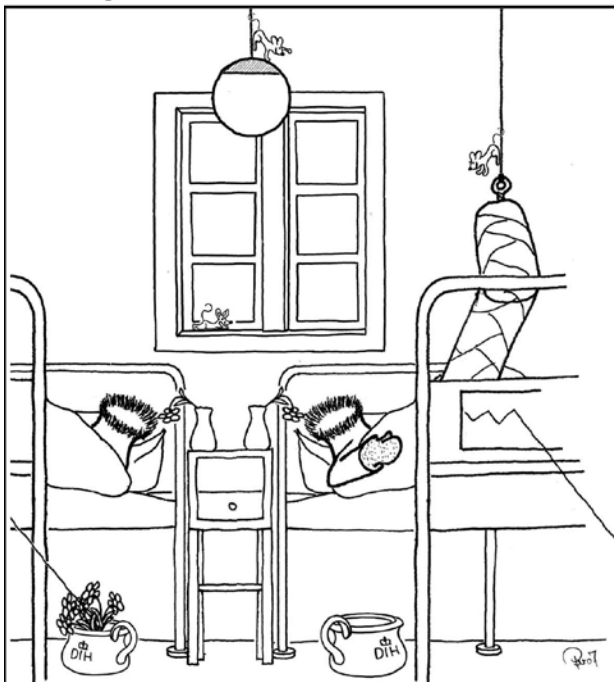
Distriktslæge Hans Christian Florian Sørensen - Sygehuset, Tasiilaq, florian@peqqik.gl

Distriktslæge Alice Juhl Nielsen - Sygehuset, Aasiaat. ajn@peqqik.gl

Overlæge Ole Lind - Kir. afd., D.I.H., Nuuk. oli@peqqik.gl

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat Vi prøver - hvis vi opdager det - at begrænse de værste udfald af paranoia, polarkuller og usaglighed. Under alle omstændigheder: Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Parcafolket



- Nu får vi en fælles patient-journal længe før Danmark.
- Ja, så mangler vi bare nogle læger til at skrive i den!

IT I SUNDHEDSVÆSENET

Vi har valgt med dette nr af Nakorsanut at sætte focus på IT i SHV.

Det har vi gjort, fordi IT efterhånden på godt og ondt fylder ganske meget i vor dagligdag og vi synes det kan være relevant at få belyst emnet fra en række forskellige vinkler. De har vi forsøgt med de forskellige artikler, som bladet indeholder og vi håber, at der er stof til refleksion over det der er sket.

Men vi håber ikke mindst, at der er stof til at skabe lyst til aktiv handling.

Som det vil fremgå af flere af artiklerne er der mange interesser på færde, når der skal tages IT i brug i SHV, og vil vi have vore interesser på banen, d v s sikre os indflydelse på at systemerne bliver gode værktøjer for vores arbejde med patienterne, så må vi sikre os indflydelse på, hvilke systemer der bliver valgt, hvordan de bliver udformet og implementeret og også på hvordan de bliver serviceret.

Lige netop denne sidste ting er vist ikke nævnt i nogle af artiklerne, men der er flere eksempler på IT-systemer i SHV, hvor der i lange perioder har hersket usikkerhed om, hvor man skulle henvende sig ved tekniske problemer. Lige med undtagelse af week-enderne, for der var der i lange perioder ikke tvivl om, at man ikke kunne henvende sig nogle steder overhovedet, hvis der var nedbrud.

Men det er en lille anekdote - sådan nogle skal der også være- essensen er, at lægerne tror på IT som et fornemt redskab til at sikre god forebyggelse og behandling, og at vi meget gerne vil være med når disse værktøjer skal anskaffes; de skulle jo nødtigt komme til at ende som en klods om benet.

Thomas Stensgaard



EDB: EN DAGLIG BEKYMRING?

Heureka! Gjaldede det i 1986. Vi har fundet de vises sten! Fremover bliver alt registreret på EDB. Et nyt system gør det muligt at holde styr på data fra indlæggelser og udgive meningsfulde rapporter så såre året er omme. Det møjsommelige arbejde med de gamle årsrapporter, der var udkommet 1 - 2 år efter årsskiftet siden Sanatoriets/ Hospitalets fødsel var historie. At de også blev historie per se, er en anden sag, men der er ikke udkommet præcise årsrapporter siden, endsiige nogle med en detaljerighed som fordums håndopgjorte. Der havde dog været initiativer til at træde ind i den forunderlige EDBverden i slutningen af 70'erne hvor PNR-registeret holdt sit indtog i Grønland. Med den honette ambition at etablere en folkeundersøgelse mod c. cervix uteri blev der i 1976 rekvireret udskrift på landets kvindelige indbyggere. Udskriften målte godt ½ m i A3 format og forblev urørt et par år indtil destruktion.

Indlæggelser, diagnoser, behandlinger blev som nævnt indtastet i Landspatientregisteret fra 1986. Det var ikke nogen let tid ikke blot pga de sendrægtige maskiner men programmel og tilvirkning og forståelse af output var beskeden. Det havde sine kvaliteter – som når det kunne konstateres af mindst 20 mænd havde været indlagt med fødselsrelaterede lidelser – eller når en hospitalschef undrede sig over at medicinerne havde udført 900 operationer i 1990. Med nogen tålmodighed og kreativitet kunne der når det lykkedes at overtale en af de få der mestrede det oprindelige system lykkes at identificere forskellige sygdomskategorier (f.eks. Extrauterine graviditeter og ikke så voldsomt upræcist endda).

I forbindelse med SHVs første EDB konference i 1987 blev der taget tilløb til en EDB-organisation og ansat en skolelærer tidligere Falck-redder (i.e.: sundhedsfaglig indsigt) med interesse og personligt kendskab til pc'ere. Efter 2 – 3 år hovedsageligt investeret i Oracle-kurser søgte han – nu uddannet – nye græsgange, og organisationen blev ikke genoplivet umiddelbart.

I slutningen af 80'erne fik Kirurgisk afdeling efter hårde forhandlinger sin første PC, der med en svimlende hukommelse på 10 Mb kunne rumme en del artikler, breve, ansøgninger + mulighed for arkivering på 700kB Floppy-disks. Fordums møjsommelige arbejde med at skrive hele dokumentet om hvis der var fejl var et overstået kapitel.

I 1990 blev der sat turbo på EDB-udviklingen – og da de første praksissystemer var i brug i Danmark så man en EPJ i horisonten! Der blev udarbejdet kravspecifikationer og indhentet tilbud. Nordteam med praksissystemet Novax fik som bekendt kontrakten. I den etablerede EDB-brugergruppe tolkede René Birger akronymet EDB til En Daglig Bekymring og var derfor ikke ”oprigtig positiv”. Selv blev jeg udelukket fra det gode selskab da en begejstret fuldmægtig, der mente at DIHs EDB-udvikling ”Var en snebold der fik lavinen til at rulle” (for) negativt fik repliceret ”Ja, hvis den ikke smelter i hånden”. Kort efter udkom Computerworld med en forside der havde overskriften: Grønland udvikler EPJ der skal sælges til resten af verden! LK var hovedinteressen og umiddelbart EDB-mæssigt kompatibelt med praksissystemet. K3 var forsøgsafdeling på DIH, men med en enkelt uendelig langsom 288Pcér tilkoblet en matrixprinter og et programmel, der som forudset ikke kunne løfte opgaven, blev selv simple ab.pro. journaler til 12 sideres uoverskuelige dokumenter. Journalerne svulmede op og butikken (på DIH) blev lukket efter 3 – 4 uger.

I midt 90'erne løb DIH ind i en ny krise: Det var ikke muligt at opdrive farvebånd til de kontorskrivemaskiner DIH var bestykket med. GHs netværk var imidlertid robust og i løbet af kort tid oprettedes et koncept for WordPerfect journalfiler – siden konverteret til Words, der i afventen af et brugbart EPJ anvendes endnu. Atter blev det udbasuneret at DIH havde EPJ – men det er så afgjort en omskrivning af nødvendige pragmatisk beslutninger.

Errare humanum est – men for mindre end et år siden gentog DIH succesen: Forsøgte atter med implementering af online patientregistrering uden at have anskaffet den nødvendige software og hardware – og endnu engang kvaltes et produkt næsten før det kom i gang.

Sundheds-IT er fortid, nutid og fremtiden. En tilbagevenden til fordums papir og blyant bevirker et utænkeligt og utilgiveligt kvalitetstab. De nutidige systemer (og historiske forudsætninger) vi betjener os af er så udmærket beskrevet i mange af dette blads artikler. Den gyldne fremtid med et fuldttonet EPJ – med eentydig integration af subsystemer synes ikke langt borte – men erfaringen er – hvor systemer ikke er udviklet bør andre tage de nødvendige tæv.

Peder Kern, DIH

FRA VENTELISTE TIL PATIENTHENVISNING!

I de gode gamle dage op til midten af 70'erne eksisterede ventelister knap nok på DIH. Henvisninger blev ekspederet i den rækkefølge de kom og ventetider var mere dikteret af skibstrafikkens muligheder. Det var overskueligt at holde styr på et ringbind, men i 80'erne voksede antal henvisninger og ventetider med de øgede behandlingstilbud og specialernes udbygning.

Den første ventelistesaning blev gennemført af en handlekraftig person, der makulerede alle henvisninger ældre end 5 år: "Når folk ikke havde brokket sig var de nok raske!" – mig bekendt gav det blot anledning til ganske få klager.

De første spæde forsøg på IT-administration af patienthenvisninger i Grønland startede med regneark i 1991. De viste sig hurtigt for vanskelige og uoverkommelige at opdatere.

Da Grønland hjemtog SHV I 1992 blev Sundhedsudval-

get med Mikael Petersen i spidsen hurtig træt af skiftende udmeldinger om antal ventende – der svingede fra 900 til 1500.

Der blev bevilget midler til et "Ventelistesystem" der skulle holde styr specielt på ikke akutte henvisninger.

Et lille EDB-firma der med succes havde udviklet et ordre/faktura system til Dansk Trælast bød ind på opgaven, som de ville løse på 3 uger til 50.000,- kr. Der var afsat 100.000 – og den resterende sum kunne anvendes til at få udarbejdet en solid kravspecifikation og den opgave løste Deloitte eksemplarisk.

Efter 6 mdrs. programarbejde ibrugtog DIH I 1994 "Ventelistesystemet" (VL) der var udviklet i Paradox.

Ca. 1500 henvisninger blev lagt ind (heraf godt 400 der ventede på tympanoplastik på RH). Det havde en omstændelig månedlig opdatering (hvis/når der var energi og kom-



petence til det) fra CPR-registeret (KIA) og gik snart i knæ af de betydelige datamængder, der betød at systemopstart om morgenen kunne vare ½-1½ time.

Frustrane forsøg på reprogrammering var ikke særligt heldige og Kimik A/S med stor erfaring fra de grønlandske kommuner kom på banen. I 2002 blev der skrevet kontrakt om udvikling af den nuværende løsning.

I løbet af 2003 ibrugtoges VL der klogeligt fik ændret navn til det mere relevante og dynamiske: Patienthenvisningssystemet - PHS.

PHS er et internetbaseret database system der varetager og holder styr på henvisninger fra primær sektor til behandling i sekundær eller tertiærsektoren samt kontroller og efterbehandling.

Pr 1/9-2007 var der oprettet > 56.000 henvisninger på nulevende, med nuværende bopæl i Grønland. Heraf er > 12.700 aktive p.t. – dvs borgere, der venter på en el. flere behandlinger eller kontrol.

Siden systemopstart har mere end 40 % af Grønlands befolkning været henvist/behandlet/skrevet op til kontrol.

PHS er intuitivt selvforklarende – men har også en omfattende online hjælpfunktion til hver enkelt side. Systemet er udviklet efter de rutiner vi har: Henvisning (primærsektoren), Visitation, Behandlingsplanlægning og Transport (sekundær/tertiærsektoren). De fleste med en smule EDB-indsigt kan bruge systemet efter 1 – 2 timers introduktion. Derimod kniber det mere hvis man ikke har indsigt i de rutiner systemet varetager.

For at kvalificere og forkorte patientforløb/behandling er der en indbygget mulighed for at efterspørge manglende oplysninger – f.eks. anamnese /yderligere blodprøver etc. Det fungerer kun optimalt i de distrikter hvor henvisende læger selv ser/varetager indbakken eller hvor sekretærer får udskrevet og får besvaret spørgsmålene. Det er et hyppigt irritationsmoment at mange distrikter ikke åbner indbakkerne eller læser/forstår beskederne (der popper op i distriktslægens indbakke) eller ignorerer spørgsmålene. Det er også modigt, da manglende respons kan være ansvarspådragende i en klagesag.

Den inkonsistente respekt for indbakken er ærgerlig, da konsekvent brug kan forkorte opholds/indlæggelsestider og sågar spare unødvendige rejser. Gynækologisk afdeling har udarbejdet en række skabeloner og supplerende oplysninger, der kan optimere patientforløb – og under alle omstændigheder opkvalificere patienternes behandling o tid. Ofte bruges de dog ikke når pt. Kommer fra et distrikt med manglende rutiner i opfølgning.

Ventetid til behandling er en anden anstødssten: Overlægerne visiterer til behandling efter deres professionelle samvittighed – og sætter måske en patient til behandling inden for 3 mdr. Hyppigt slår DIHs kapacitet (eller ressourcer til behandling i udlandet – f.eks. på RH) imidlertid ikke til. - i lange perioder har der kun kunne tages patienter med sygdomme, der kræver hurtig behandling og visiteres med en ventehorisont på < 1 måned.

Specielt har mange vikarlæger der kommer fra kulturer med ventelistegaranti på < 2 mdr. svært ved at forstå at der i SHV er mange pt. der har ventet meget længe på behandling. Pr 1/6-2008 således knap 200 der har ventet > 5år – hovedsagelig til ØNH-behandling (tympanoplastik), ortopæd eller plastikkirurgi.

Systemet er i dag et robust og uundværligt patientadministrativt redskab, men er ikke et fuldt færdigudviklet arbejdsredskab. Desværre er ønskede gennemgribende videreudvikling/fejlrrettelse ikke foretaget i længere tid. For nyligt er nogle irritationsmomenter dog elimineret.

Primærsektoren ville have glæde af umiddelbar tilgang til systemet fra Æskulap – men det arbejdes der på.

Væsentlige problemer kommer man ikke af med ved IT-løsninger. F.eks. er det (som i alle henvisningssystemer) til stadighed et irritationsmoment at mange behandlede ikke bliver afsluttet og først opdages ved en evt. ny indkaldelse. Nogle IT-kneb kan anvendes – feks. afføder en returbillet automatisk en reminder om patienten skal afsluttes? PHS kræver indsigt i patientens gang i systemet af alle parter (men den viden er vel forudsat ved ansættelsen). Der kræves også stringens og disciplin hos alle involverede – intet er gratis, men meget kan forbedres.

Peder Kern, DIH.

EPJ - ELEKTRONISK PATIENTJOURNAL

Det er efterhånden ikke nogen nyhed det her med EPJ. På Lægeklinikken har vi haft det siden 1992; i dansk praksis begyndte man at indføre det allerede i midten af 80-erne og den første sygehusbaserede, som jeg erindrer at have hørt om i dansk sammenhæng ligger også tilbage i 80-erne. Det var i Ø Rudkøbing sygehus, og det er måske meget sigende, at det drejede sig om et ganske lille sygehus. Det er nemlig slet ikke så helt enkelt det her med EPJ.

Ønsket om EPJ må formodes at stamme fra mange års frustrationer over vanskeligheder med at holde styr på/overskue papirjournaler en stadigt stigende mængde information i sundhedsvæsenet it-systemers evne til at holde styr på store informationsmængder

Oven i det er kommet ønsker om at holde styr på en række administrative oplysninger såsom sengedage, forbrug af dette og hint mv mv og den økonomi som hører hertil og i forlængelse heraf er der også kommet en masse økonomi omkring afregning mv mv.

Plus en masse økonomi omkring, at der har været tale om at udvikle EPJ'er, markedsføre dem, sælge dem, og sikre sig en løbende indkomst via produktudvikling, licenser mv mv

Og det virker også som om der har været en vis prestige i det; i hvert fald er der en del eksempler på, at man selv inden for samme forvaltningsområde har taget forskellige systemer i brug -idet alle naturligvis har ment at deres system var det bedste.

Man gør sig derfor nok en ganske stor tjeneste ved at tænke EPJ -udvikling, inventering, indkøb, implementering, daglig brug, videreudvikling og evt afvikling og udskiftning- ind i en sammenhæng, hvor der er mange interesser på spil.

Som klinisk arbejdende læger ligger vores hovedinteresse i at sikre os en EPJ, som kan sikre os hurtig og let -også geografisk let- adgang til at lagre og få adgang til klinisk relevant patientinformation. Formålet med det er naturligvis at optimere det som er vores hovedopgave, nemlig at forebygge, diagnosticere og behandle sygdom hos vore patienter.

Det kliniske arbejde er naturligvis kun en del af det, der foregår i Sundhedsvæsenet, så vi må i sagens natur respektere, at der er andre som yder et nødvendigt arbejde for at væsenet kan fungere og at de også har brug for at akkumulere og have adgang til information.

Men det betyder ikke, at vi skal respektere, at en EPJ mudres til med en række elementer, som vanskeliggør det kliniske arbejde; dels ved at de kliniske oplysninger drukner i andre informationer og dels ved at man bliver pålagt tidsrøvende indtastning af klinisk irrelevante informationer.

Og det betyder sandelig heller ikke, at vi skal lade os nøjes med it-systemer, som ikke fungerer optimalt i forhold til det som er vores kliniske hverdag.

Eks: på nuværende tidspunkt arbejder vi på Lægeklinikken med EPJ: Æskulap og efter at den har været i brug et år må vi konstatere at der ikke er nogen direkte overgang til laboratoriesystemet der ikke er nogen direkte overgang til rtg-systemet at der ikke er nogen direkte overgang til PHS-systemet at der ud fra en daglig arbejdsgangssynsvinkel er en række helt overflødige tastetryk at der i medicinmodul er en række indbyggede snubletråde, som gør det tungt at ordinere helt dagligdags -og iø rek.- præparater.

Og det virker som om det er utroligt tungt at få etableret en kommunikationsvej, så man kan få indrapporteret disse vanskeligheder, og ikke mindst få udbedret svaghederne.

I bund og grund kan det vel koges ned til, at det er meget, meget vanskeligt at sikre sig indflydelse på it-systemer for de brugere, som er direkte involveret i daglig brug. I hvert fald når det gælder Sundhedsvæsenet i Grønland.

Tænk hvilken energi og arbejdslyst man kunne udløse, hvis man gav brugerne ret til at bestemme over det værktøj de skal bruge i hverdagen!

Thomas Stensgaard

RØNGTENBETJENINGEN I GRØNLAND

EN BETRAGTNING FRA SISIMIUT SUNDHEDSCENTER.

Primo 2007 blev det nye elektroniske røngtensystem introduceret på Sisimiut Sundhedscenter. Dette var en klar forbedring i forhold til det konventionelle billedsystem. Både billedkvalitetsmæssigt, men også med muligheden for at forstørre og ændre kontrast m.m.

Tidligere kunne der gå dagevis hvis vi skulle have hjælp fra DIH til beskrivelsen af et konventionelt røngtenbillede. Det skulle enten sendes med almindelig post eller scannes og overføres elektronisk. Det sidste ofte med et ringe billedmæssigt resultat, hvilket hyppigt krævede et fornyet røngtenbillede af patienten. Alt sammen til gene for både patient og røngtenpersonale.

PROCESSEN OMKRING INDFØRSLEN AF SYSTEMET.

Før opsætning af det nye udstyr var en sygeplejerske på røngtenafdelingen i Nuuk en uge for oplæring i systemet. Ved selve opsætningen var radiografen Allan med til én uges supervision lokalt, hvilket selvfølgelig var helt uundværligt.

Vi valgte dog fejlagtigt herfra kun at satse på en enkelt sygeplejerske til betjening af udstyret initialt. Det viste sig hurtigt helt umuligt at opfylde behovet med kun én person, hvorfor vi hurtigt måtte oplære flere lokalt.

Det skal siges at samtlige røngtenpersonaler er glade for det nye system, idet det er både lettere og hurtigere at tage billederne nu.

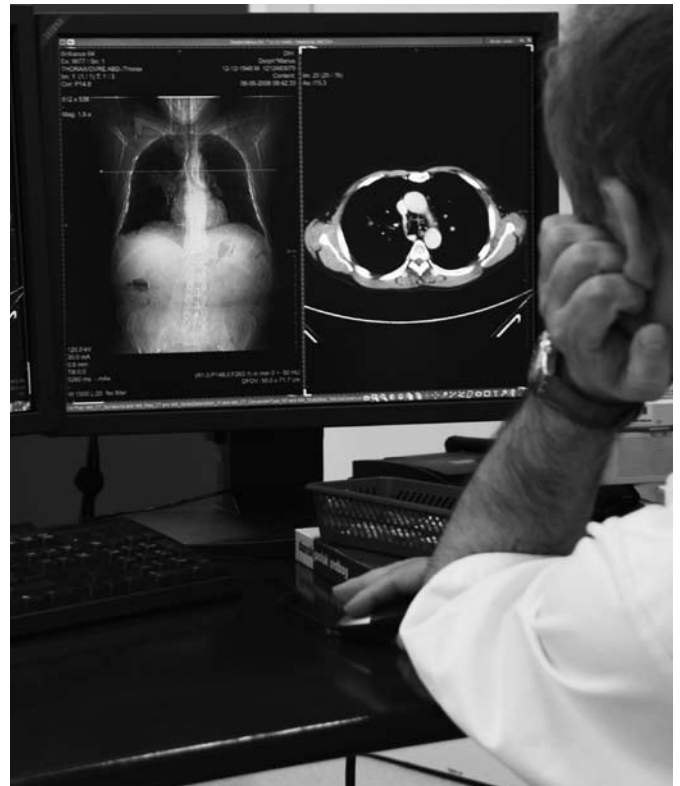
For lægegruppens vedkommende var der ingen supervision ved overgangen. Hverken i brugen af systemet på skærmen i røngtenrummet, ej heller oplæring i brugen af Chili-systemet.

STATUS NU.

Vi har lige nu en sundhedsassistent i Nuuk i færd med at tage den egentlige radiograf assistent uddannelse. Vi glæder os til at få hende hjem igen.

Flere af vore læger benytter hyppigt Chili-systemet, jeg selv gør det aldrig.

Vores konsultationsrum ligger tæt på røngtenrummet, så



jeg foretrækker altid at benytte systemet der. Selve billedet er, på trods af en lille røngtenskræm, betydeligt større end på Chili. Desuden er det lettere at ændre i kontrast og forstørrelse på dette program.

Vore daglige røngtenkonferencer foregår altid foran finger-touch skærmen på røngtenrummet. Vi mailer til RG-TALLE@gh.gl ved diagnostiske problemer eller forespørgsler til fx orthopæd. Det er hurtigt og let, og hyppigst får vi svar allerede samme dag, senest den følgende. Og det er virkelig en forbedring af servicen for os kystboere.

Som det kan forstås er vi glade for det nye system. På trods af det har vi nogle fremtidsønsker. De kommer her i prioriteret rækkefølge. Nummer et ville være muligheden for at måle fx hjertestørrelse på skærmen i røngtenrummet. Nummer to en større røngtenskræm der.

Nummer tre at alle billeder blev beskrevet af røngtenafdelingen i Nuuk.

*Venligst Helle Olsen
Distriktslæge Sisimiut*

SKÆRM - ELLER PATIENT?



TANKER OM EPJ O.A. PÅ KYSTEN

Sporene skræmmer. Det er jo ikke nogen hemmelighed at EPJ er højt besunget før introduktion, voldsomt udskældt under indkøring - og "uundværlig" når først de værste knaster er høvlet af. Det var også årsagen til at vi i Tasilaq udtrykkeligt ønskede at stå allerbagerst i køen da Aesculap blev introduceret. Selv havde jeg gjort mig den umage at rejse så langt væk (til Sydpolen) som overhovedet muligt i de skæbnsvangre timer hvor systemet skulle startes op hos os.

Nu har jeg så haft godt en måned til at vænne mig til de nye tider. På nogen måder er alle mine negative forventninger rigeligt opfyldt - på andre, må jeg indrømme, er der visse fordele.

Lad os nu tage de gode først: Det er en kæmpe fordel at journaler/akort er tilgængelige lige ved hånden, medicin ordination foregår også på en måde der er mere "efter bogen" og det er også lettere at få skrevet journalerne på de indlagte patienter. Jeg vil formentlig få øjnene op for flere af de positive sider, efterhånden som jeg bliver mere rutineret i brugen af systemet.

De dårlige sider?? Tjaa.. Hvor skal man begynde? Det er jo tanke vækkende at man, mod givet råd, valgte en løsning med en central server placeret i Nuuk. Det er sindsygt frustrerende at det går i sneglefart, hoster, hakker, udånder - og så pludselig vækkes til live igen. Man bruger mere tid på at stirre på om skærmen reagerer på tastetryk-ke end på at kigge på patienterne. At kabel graveri og strøm-svigt i Nuuk lægger systemet ned - og dermed også vores arbejde, det er uforståeligt - specielt når vi hele tiden har udtrykt skepsis for om forbindelsen er hurtig nok. Det er den så ikke. Til Kent Kleinschmidts ros skal siges, at han meget hurtigt har reageret og stillet os en lokal server i udsigt. Det glæder jeg mig til. Der er masser af underligheder med Aesculap; somme tider kan man ikke få journalerne/akortene op på skærmen, somme tider accepterer medicin-modulet ikke nyoprettede læger, overskueligheden er det så som så med, hvorfor aktivers tallene med "num lock" i den modsatte position af hvad der aktiverer tallene i Chiliweb? - og man skal alligevel have patienternes akort og journaler i hånden for at kunne se korrespondance, epikriser, ekg'er, PAD svar m.m.m.

Og så en helt lille latterlig ting (- som de af jer der kend-

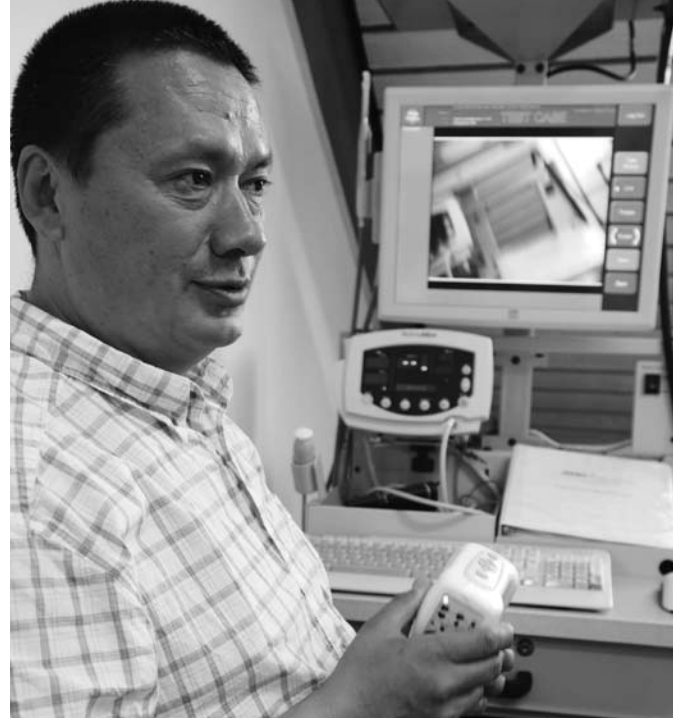


er mig ikke vil lade sig overraske af -) hvorfor er man tvangsindlagt til at acceptere den signatur som en eller anden system-person har døbt én? Nu har jeg altid heddet "Flo" - jeg synes ikke om "HAFS" (hvem ville det?) - det har jeg så selvfølgelig forsøgt at få lavet om, men nej, DET er umuligt. Irriterende.

Så er der jo Chiliweb. Se det er en rigtig, rigtig god ting. Ikke noget pjat dér. Lokal server der overfører billederne til DIH i nattens mulm - ikke noget venteri, nemt at bruge, fede billeder.

PHS, tjæe det har vi jo lært at leve med. Det er helt sikkert en forbedring i forhold til papirhenvisningerne og skuffelisterne, men der er da fortsat irritationsmomenter. Indbakken er ikke altid lige forståelig, det kan være et stort mysterium at slette henvisninger - nogen går det let med, andre bliver ved med at poppe op i indbakken. Jo, PHS er en forbedring - men om det nogensinde kommer til at "snakke med" aesculap er vel tvivlsomt. Det er måske også for meget at forlange.

Laboratorie modulet. Kan jeg vanskeligt udtale mig om.



Kent Kleinschmidt demonstrerer "Pipaluk" Det elektroniske vidunder til erstatning af læger/sygeplejersker?

Det er så horribelt langsomt at arbejde med at det er uanvendeligt. Vi må vente og se om der bliver sat mere fut i det. Vores stakkels laborant kæmper en hård og tapper kamp for at få alle resultaterne ind i systemet, og det ser også pænt og overskueligt ud (når man vænner sig til at visse skemaer skal læse fra hø mod ve og andre den modsatte vej - hvor er logikken?).

Nå, ja de nye tider er endelig kommet til Tasiilaq. Ikke kun skidt, men grundlæggende har man ikke villet høre på at de tekniske forudsætninger ikke er til stede for at få det til at køre på en acceptabel måde. Det bliver formentlig bedre. Men hvornår vi så får mere tid til at kigge på patienterne i stedet for skærmen, det er jo spørgsmålet.

"HAFS"
Hans Christian Florian, Tasiilaq



IT-HVERDAGEN PÅ

Vi har på Lægeklinikken følgende IT-systemer, som vi benytter i hverdagen – hver dag og hele dagen. EPJ bruges hele tiden, de øvrige programmer kun noget af dagen, men den kliniske hverdag i almen praksis er skruet således sammen, at man er dybt afhængig af, at have hurtig og smidig adgang til pt-information hele tiden; derudover ligger vores tidsbestilling i EPJ, så man kan med god ret sige, at hele vores dag styres af EPJ.

EPJ - Æskulap som vil være alle ansatte på Kysten og LK bekendt; systemet har i skrivende stund været i funktion 1/2 år på LK og jeg skal ikke fordybe mig i implementeringen, som er beskrevet andetsteds. Derimod vil jeg meget gerne pege på, at systemet nu efter ½ år stadig har en betydelig svaghed i medicindatabasen, hvor vi flere gange i dagens løb tilbringer noget der opleves som uendelig lang tid med at finde præparater frem. Derudover forsinkes arbejdsgangen også af et uheldigt valg af præparater, f.eks. får du 100 Pancillin som førstevalgspræparat og skal så bruge adskillige tastetryk til at få det ned på 20 tabletter, som er den almindeligste ordination. Oversigten over ordinerede præparater til den enkelte patient er desuden ret uoverskuelig. Der bruges også ganske mange tastetryk til div registreringer, som man godt kan være i tvivl om, hvad egentligt skal bruges til, men når nu disse bemærkninger er gjort, så skal det da også siges, at systemet er til at arbejde med og generelt giver os fordelene ved EPJ, dvs. tilgængelighed – når det altså ikke er nede- og overskuelighed.

Vi, som har arbejdet med NOVAX i 15 år, er dog enige om, at der nok lige er lidt flere tastetryk end i NOVAX og at vi umiddelbart ikke kan se hvad vi har vundet ved overgangen til Æskulap. Derimod har vi ikke haft svært ved at se alt bøvellet der har været i overgangsfasen, men det er beskrevet i artiklen om implementering.

Hvad der imidlertid kan undre os er, at man indfører en ny EPJ og så ikke fra starten af får den integreret med de øvrige IT-systemer, som indgår i vores kliniske hverdag.

LÆGEKLINIKKEN

Laboratoriesystemet har vi haft godt ½-års tid; det fungerer udmærket, men det er jo helt til grin, at vi ikke kan gå direkte over i det via et link fra Æskulap og samtidigt automatisk få ført en række stamoplysninger med, så som pt-oplysninger, navn på ordinerende læge mv mv; nu skal vi ud af Æskulap, logge os på laboratoriesystemet, som i ø er “faldet i søvn” siden man sidst var derinde, så det skal åbnes fra bunden af, og så skrive en lang række ting, som automatiske burde føres med over; i realiteten skulle man jo ikke skrive mere en ordinationerne, samt evt haster, resten burde programmet selv stå for. Det er virkelig tungt og fuldstændigt meningsløst arbejde set fra en brugersynsvinkel. Og data kommer ikke ind i Æskulap!!!! Jamen, altså!

Rtg-systemet Chili har vi haft et par år; det fungerer udmærket, men igen må man undre sig over, at det ikke er integreret med Æskulap, så vi kan skifte over via et link og få CPR-nummeret med. Når jeg siger, at det fungerer udmærket betyder det, at billederne ses i god kvalitet, loades op rimeligt hurtigt og der er rimeligt gode værktøjer til at justere på billedkvaliteten. Men vi savner link fra Æskulap, og så virker det i ø også lidt oldnordisk, at vi stadig laver henvisningerne på papir.

PHS – Patienthenvisningssystemet har samme svaghed som nævnt ovenfor, nemlig at vi ikke kan gå over i det via et link fra Æskulap; ellers opfylder det vores ønsker til et sådan system, men de er selvfølgelig også beskedne. Vi har brug for at gå ind på en enkelt patient og se hvor langt vedkommende er nået i henvisningsforløbet, og det kan man, og så kan vi have brug for nogle oversigter over grupper af patienter. Men det sidste er sjældent, hvilket nok har en del at gøre med nærheden til DIH, som jo selv administrerer specialistundersøgelserne.

E-lægen er den elektroniske henvendelsesform, som borgerne kan bruge til receptfornyelser og div forespørgsler. Også her savner vi et link fra Æskulap, men den samme

funktion findes i ø i Æskulap, så med tiden kunne man forestille sig at skifte til denne i stedet for som nu at have et separat system; historien er jo den, at E-lægen kom til før EPJ-systemerne udviklede en tilsvarende funktion. Heldigvis er der indbygget en copy-paste funktion som muliggør, at CPR-nr, spørgsmål og svar kan kopieres direkte over i EPJ, så det er ganske smidigt at arbejde med; men det kunne godt forenkles lidt.

Det kunne egentlig være interessant med et godt gammelt tidsstudie af vores hverdag foran skærmen og tastaturet, altså et af den her slags, hvor der står to personer med blyant, papir og et stopur bag ens ryg og noterer ned, hvad man bruger at tid på dette og hint. Det er i hvert fald vores helt klare oplevelse, at vi bruger megen tid på noget, som begavet programmell kunne gøre helt overflødigt. Sådan noget vil vi nemlig gerne, begavede og brugervenlige programmer; der er slet ikke tale om, at vi ikke vil have IT, tværtimod er der ingen på Lægeklinikken som drømmer om at vende tilbage til papirarbejds gange. Men hvor ville vi dog gerne medinddrages, når brugerflader udvikles, og hvor ville vi gerne have, at vores berettigede kritik mod stribevis af for os og vores arbejde helt meningsløse tastetryk blev mødt med forståelse og interesse i stedet for: “Nej nu skal I se, hvor let det er”. “Det bliver svært at lave om på nuværende tidspunkt”. “Det kan godt lade sig gøre, men det vil koste nogle penge at ændre”, osv osv.

Ja, hvor ville vi gerne være med til at bestemme, hvordan det værktøj vi skal bruge i vores hverdag, skal se ud

Thomas Stensgaard.

IT-HVERDAGEN FOR EN ORTOPÆ



Jeg er stadig næsten IT-analfabet, og før min ankomst til Grønland i 2003 havde jeg slet ikke brugt PC, hverken på mit arbejde – det klarede sekretærerne – eller privat – det klarede mine børn!

PHS, **Patienthenvisningssystemet**, blev indført nogenlunde samtidig med min ansættelse og voldte store problemer i starten, både for mig selv og også for de henvisende læger. De sidste “børnesygdomme” er endnu ikke udryddet, men som helhed er det blevet et godt redskab i det daglige arbejde, specielt når de henvisende læger sørger for fyldestgørende informationer i henvisningerne, enten i selve teksten i henvisningen eller som vedhæftede filer. Når man så selv som visiterende læge indlægger supplerende kommentarer – udover diagnose, behandlingskode, ventetid og behandlingssted – er arbejdsgangen betydeligt forbedret (og behandlingstiden dermed forkortet), når patienten indkaldes.

De lister over ventende patienter, der kan udtrækkes fra systemet, når man forbereder et kystbesøg, er ligeledes til god hjælp, men kun hvis henvisningen er korrekt udfyldt (ALTID central visitation), og visitationen er tilstrækkelig detaljeret.

Digitaliseringen af **røntgenundersøgelser** med indførelsen af CHILI er ligeledes et markant fremskridt for patient-

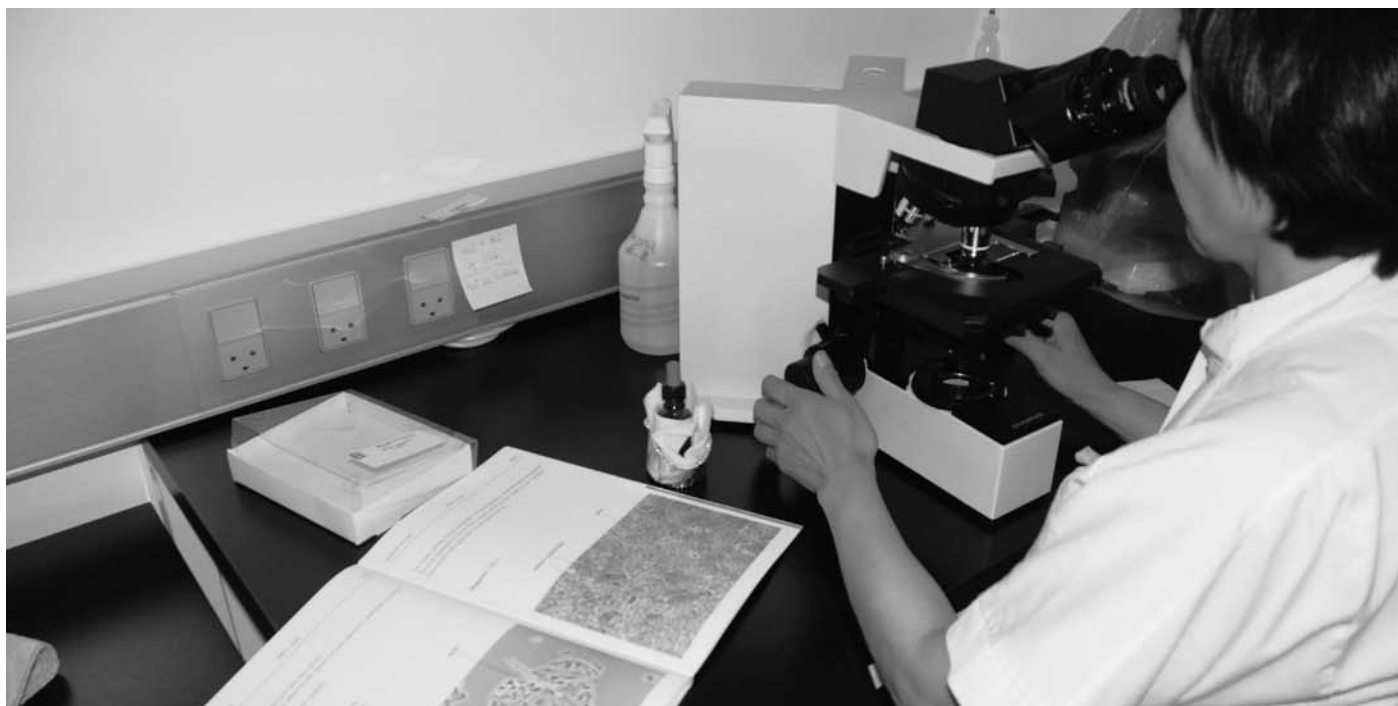
behandlingen på Grønland og en lettelse af arbejdsdagen for lægerne. Jeg brugte tidligere megen tid på at finde de relevante billeder – en ortopædkirurg kan ikke nøjes med beskrivelser!

Men systemet har selvfølgelig haft sine begyndervanskeligheder. Responstiden, når man i Nuuk skal se billeder fra kysten, er stadig meget lang, men billedkvaliteten er helt i top – når blot de lokale brugere er blevet tilstrækkeligt uddannede! Man savner dog nogle “links” mellem PHS, GROUPWISE og CHILI, således at én indtastning af CPR-nummer kan give direkte adgang fra det ene system til det andet.

Som det seneste er vi blevet præsenteret for et elektronisk røntgen-**henvisningssystem**, der virker helt uoverskueligt med talrige skærbilleder og indtastninger. Systemet er p.t. til afprøvning på parenchymkirurgisk afdeling (trods kraftige protester fra alle kirurgiske læger), idet den præsenterende programmør mente, “at det kunne hurtigt læres” – han skal jo også kun passe sit tastetur!

Noget tilsvarende er problemet med det nyindførte laboratoriesystem, hvor blodprøvebestillingen også kræver flere skærbilleder og mindst to indtastninger af CPR-nummer og henvisende afsnit – absolut ikke brugervenligt. Heldigvis har sygeplejepersonalet accepteret at klare den opgave, men for dem er tiden også kostbar.

DKIRURGISK OVERLÆGE



Det samme besvær skal man igennem, hvis man vil se analysesvar i “utide”. Ellers kan man jo vente på, at alle svar automatisk udskrives mindst en gang i døgnet, hvorved der nu forbruges bjerge af papir – et urimeligt ressourcepild!

Et stort gode er det dog, at man nu relativt let kan se både nuværende og tidligere undersøgelsesresultater, hvad enten disse er foretaget på kysten eller i Nuuk.

EPJ, den **Elektroniske Patientjournal**, er (heldigvis(?)) endnu ikke indført på DIH, men jeg har jo været tvunget til at benytte systemet ved kystbesøg de sidste par år. Jeg er bange for, at mange “detail-informationer” går tabt i de elektroniske systemer til skade for patienterne, især de steder, hvor lægekontinuiteten er beskeden. Såfremt EPJ (uanset hvilket system, der vælges) skal være til gavn for patientbehandlingen, skal der udvikles hurtige links til **alle** de tidligere nævnte systemer, ligesom **alle** korrespondancer, lægeerklæringer m.v. bør indscannes.

Og så kan vi stadig absolut **ikke** undvære sekretærer til journalnotaterne, for de bliver ikke fyldestgørende, hvis de skal skrives af læger, i alle tilfælde ikke læger af min generation. Ved seneste kystbesøg i Maniitsoq fandt jeg PC’ere installeret på operationsstuen med den forventning, at lægen ved operationens afslutning straks skrev opera-

tionsbeskrivelsen i Æskulap – hvilket jeg finder absurd: Der er i forvejen for få lægetimer på Grønland, en operationsbeskrivelse skal ledsages af præcise operationskoder, der ikke findes i systemet, og endelig skal en operationsstue kun rumme den mængde apparatur, der er nødvendig for operationen! Hvem, der har planlagt og finansieret talrige unødigt opsatte PC’ere, ved jeg ikke; det kan ikke have været lægen.

Hvis/når man engang når frem til **fuldstændig afskaffelse** af papirjournalen, bør der selvfølgelig være tilgængelige PC’ere overalt, men dette kan jeg ikke forestille mig blive aktuelt før om flere år.

Jeg har stadig svært ved at se mig selv gående stuegang med min PC, men med en supplerende diktafon og nogle brugervenlige programmer er det ikke længere et skræmmende fantasifoster. Jeg tror dog ikke, at det bliver i min tid som overlæge, at udviklingen når så vidt.

Indtil videre har jeg været positivt overrasket over den store hjælp, der foreløbig er opnået i dagligdagen ved brugen af CHILI, PHS og GROUPWISE, og jeg forventer yderligere lettelser, når systemerne udbygges til bedre “intern kommunikation”.

M. Rosenørn

IMPLEMENTERING SET FRA LK

Vi har på LK i årenes løb været igennem adskillige implementeringsfaser af IT-systemer.

Dels af EPJ, i alt 3 gange siden 1992, dels af andre systemer, hvor pt-henvisningssystemet, rtg-systemet og nu sidst laboratoriesystemet er dem med klinisk relevans.

Overordnet kan det siges, at ingen af disse implementeringer forløb problemfrit, men på den anden side var der heller ingen af dem, der gik rigtigt galt, forstået på den måde, at systemerne rent faktisk kører i dag.

Implementeringen af EPJ-systemet NOVAX i DOS-versionen på LK i 1992 har jeg ikke personligt bevidnet, men jeg har fået fortalt, at det, trods forberedelser og tilgang til superbrugere, var tungt at komme i gang. En melding husker jeg dog fra den tid, og jeg husker det også som en personlig erfaring, idet jeg blev ansat på LK januar 2003: systemet havde fejl og kørte ikke rigtigt stabilt, hvilket i sagens natur gav anledning en del gener i en travl klinisk hverdag, hvor tingene gerne skal glide i en uafbrudt strøm.

Overgangen fra NOVAX-DOS til NOVAX-Windows i 20.. var noget af en historie. Fra LK havde vi i længere tid peget på, at vi ønskede overgang til Windows-versionen og pludseligt fik man så I Direktoratet travlt, fik underskrevet en kontrakt, som siden viste sig at have nogle svagheder, men glemte i samme forbindelse at tage højde for, at selve implementeringen nogle krævede nogle personressurser = penge. Det blev der fundet en løsning på, men stemningen var anspændt i en periode, hvor man centralt fra fastholdt, at det skulle man vel nok kunne finde ud af at indpasse i en hverdag uden ekstra personaleforbrug.

Vi fik –igen- et system med fejl og manglende stabilitet, i realiteten drejede det sig om et system, som ikke var færdigtarbejdet til en klinik af LK's størrelse og igen gav det anledning til en del gener i en travl klinisk hverdag, hvor tingene gerne skal glide i en uafbrudt strøm.

Rekvirering af og svar på lab-prøver og rtg, som tidligere havde været integreret i DOS-versionen viste sig at være ubrugelige i en grad, så de blev koblet af efter nogle uger –og de kom så i ø aldrig nogen sinde i gang igen! Selve systemet og den daglige brug kom på plads hen ad vejen, men der gik op mod et år, inden div fejl blev rettet, div proce-

derer smidiggjort mv mv. Det er rigtig lang tid, når man samtidigt skal have ”den daglige produktion” gennem venteværelset, og det stiller store krav til personalets tålmodighed.

Jeg var selv chefdilæ på LK i den periode, og jeg skal hilse og sige, at det er rigtigt surt job at stå som mellemlid mellem et frustreret personale, som fuldt berettiget brokker sig over, at deres vigtigste værktøj ikke fungerer, og en leverandør, som – skal vi så sige det på den måde - er helt anderledes tålmodig, og jo i sagens natur også skal have tid til at lave tingene i orden.

Implementering af EPJ-systemet Æskulap var ikke vores valg på LK, idet NOVAX efterhånden havde kørt ret smertefrit i en del år, og vi havde i den forbindelse bedt om, at blive de sidste som tog Æskulap i brug, idet vi så regnede med, at der var rensset ud i de værste fejl. Vi blev ikke de sidste, og det var ikke et fejlfrit system vi overtog. Vores umiddelbare problem var naturligvis at NOVAX kendte vi og derfor var det let; Æskulap kendte vi ikke, og derfor var i sagens natur svært: Det er det egtl ikke, når først man er kommet i gang, men der er flere tastetryk end det vi har været vant til og det har vi hverdagen svært ved at se som nogen fordel. Det værste er nok, at systemet i perioder har kørt meget langsomt og jævnlige er gået ned, hvilket nu efter 4 mdr stadig er et problem – selvom det er bedre nu. Dette skal ses i lyset af, at vores daværende chefdilæ er suveræn superbruger af systemet og har lagt et titanisk arbejde i at få det til at fungere og jeg er overbevist om, at det ville have været 4 forfærdelige mdr, hvis han ikke havde været på plads. Nu har de bare været jævnt hen irriterende. Og det er ikke slut endnu, så sent som i forgårs stod vi stille i 5 timer og kom først i gang efter at selv samme fhv chefdilæ afbrød sin ferie og kom ind og fiksedede problemet.

Pt-henvisningssystemet var vi på LK meget positivt indstillede til, idet vi så det som en klar fordel at få skabt et ”gennemsigtigt system” d.v.s en mulighed for at kunne se hvordan det stod til med henvisningerne, efter at vi havde sendt dem ind i systemet. Der har hen ad vejen været nogle irritationsmomenter omkring reminderfunktionen og nogle ind imellem lidt bitre diskussioner omkring, hvem skal udfylde hvad, f eks pt'ernes vægt, men i det store og hele har PHS-systemet vist sig som et nyttigt og håndterbart system for os på LK. Men jeg er udmærket klar over,

at andre kolleger har andre erfaringer med systemet.

Rtg-systemet har været lidt tungt at komme i gang med for os på LK, idet man på rtg-afdelingen i forbindelse med implementeringen følte sig tvunget til at ændre på henvisningsproceduren til rtg i en retning, som har gjort dagligdagen for os og for patienterne noget besværligere. Tidligere kunne patienterne gå direkte over på rtg-afdelingen og få en tid og i forlængelse heraf komme direkte tilbage til os, så vi kunne aftale en ny tid med dem. Sådan er det ikke nu, så nu medfører det en del ringen frem og tilbage for at få lavet en sådan aftale. Programmet til visning af rtg-billederne kom nogenlunde til tiden og er rimeligt let at arbejde med. Der er to hængepartier med rtg-systemet: elektronisk rekvirering, som der har været talt om i mere end et år og som stadig ikke er blevet til noget, og så det fuldstændigt latterlige, at vi ikke kan gå direkte fra EPJ til rtg-system og føre CPR-nummer mv automatisk over.

Laboratoriesystemet er foreløbigt sidste skud på stammen, et billede som iø passer dårligt, idet der snarere er tale om foreløbigt sidste træ i skoven. Det har været meget længe undervejs, ikke mindst set her fra LK, hvor vi jo havde elektronisk adgang til laboratoriet i en række år inden vi overgik til Windows-versionen af NOVX.

Det har været ret let at lære sig brugen af det og det virker driftsikkert = få/ingen nedbrud, hvilket vi sætter meget pris på. MEN hvor er der mange tastetryk! Over halvdel af tastetrykkene er set fra vores synsvinkel helt overflødige. Hvorfor i himlens navn skal vi taste patienten ind - i stedet for at maskinen selv finder ud af det / man logger sig direkte fra EPJ til Lab-systemet og derved overfører pt-data; hvorfor skal jeg skrive hvem jeg er, jeg er jo logget på som mig selv osv osv. Og hvorfor har man ikke etableret en automatisk tilbagemeldefunktion, så vi kan godkende lab-svar, - nu får vi dem i stedet på papir!

Opsummering:

Implementering er ressourcekrævende og aldrig let. Programmerne er sjældent fejlfri og tilsyneladende aldrig testet af dem, som i sidste ende skal bruge dem. Dertil er de sjældent fuldkomne, forstået på den måde, at de ikke helt kan erstatte tidligere arbejdsgange. I realiteten har jeg en ret klar fornemmelse af, at hvor vi som klinisk arbejdende læger har en forventning om at få systemer som fungerer optimalt fra dag 1 – hvilket jo er forudsætningen for,

at vi kan fortsætte med arbejde som før, dvs gerne lettere end før - så ved it-folkene og sikkert også andre, at sådan er det ikke/aldrig. Måske er det ikke engang ønskeligt fra deres side? Men det er det altså fra vores. I bund og grund handler det derfor om at holde fast i, at det er vores værktøj, og derfor vil vi have afgørende indflydelse på, hvordan det virker.

Thomas Stensgaard.



IT-SYSTEMER I SUNDHEDSVÆSENET

ER DER INTERESSEMODSÆTNINGER MELLEM DEM DER UDVIKLER/SÆLGER, ADMINISTRATORER OG DEM DER ARBEJDER I KLINIKKEN?

Undertegnede er kliniker, men har rigtigt mange års erfaring fra ledelsesniveau inden for Sundhedsvæsenet; dertil også en del års erfaring inden for anden organisatorisk sammenhæng, og på denne samlede baggrund mener jeg, at man med god samvittighed kan svare ja til spørgsmålet i overskriften. Det er i hvert fald en synsvinkel som kan forklare en del af det, som gør, at it-hverdagen bliver tung i den kliniske del af SHV.

Som udgangspunkt er det nok kloget at gøre sig klart, at der ikke er gode og dårlige mennesker i det her spil, altså ingen good guys eller bad guys.

Rollerne er bare forskellige.

De kommercielle firmaer som udvikler EPJ-systemer har det som sin fornemste opgave, at lave systemer, som kan konkurrere på pris og kvalitet og samtidigt sikre en optimal indtjening til ejerne.

Det administrative niveau i SHV har en række opgaver omkring økonomi, budgetoverholdelse mv; derudover har de også et ansvar for at der bliver ydet noget i SHV, ja man taler lige frem om produktion og dertil har de naturligvis også en række opgaver omkring personale og endelig også relationen til det politiske system. Lidt forenklet kunne man måske sige, at de har til opgave at sikre højst mulig produktion til lavest mulige omkostningsniveau.

Det kliniske niveau i SHV har til opgave at møde borgerne/patienterne og sikre dem bedst mulig forebyggelse, diagnose og behandling - inden for en given - men bøjelig-økonomisk ramme, men i ø uden helt klare retningslinjer for, hvad systemet er villig / har mulighed for at yde.

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at disse tre parter har mange interesser til fælles; alle tre er interesseret i god kvalitet, dog måske med nogle forbehold, idet nogen kan have forbehold omkring den økonomi, der skal til for at sikre bedst mulig kvalitet og andre nogen kan have en interesse i at god kvalitet er noget der kan sælges bid for bid.

Der er et modsætningsforhold mellem det administrative niveau i SHV og det kliniske niveau, som det er meget vigtigt at holde sig for øje. Det administrative niveau har en - i ø helt legitim- interesse i at indsamle en række patientadministrative data og hvis disse data lægges i samme system som de oplysninger, vi som klinikere er interesseret i, kan det bidrage til at gøre systemerne så komplekse, så det går ud over arbejdsgangene i den daglige klinik. Og derudover kan vi som klinikere blive belastet med indsamling af information, som helt savner relation til vores arbejde med patienterne og dermed rent faktisk kommer til at gå ud over dette arbejde / ske på bekostning af dette arbejde.

Der er tilsyneladende også et modsætningsforhold mellem klinikernes forventninger, om at IT-systemer skal fungere, når de implementeres og sælgerens - og administrations - udstrakte tålmodighed og forståelse for at tingene naturligvis ikke kan fungere fra første dag. Klinikernes manglende forståelse har naturligvis meget at gøre med, at hverdagen skal fungere, og at man ikke kan neddrole den daglige aktivitet i meget lang tid - specielt ikke hvor der er tale om akutvirksomhed.

Jeg har en fornemmelse af, at leverandørerne udmærket ved, at der er tale om indkøringsperiode med mange vanskeligheder, men at det er en viden, som de ikke er særligt tilbøjelige til fremføre åbent. Og jeg kan da også godt se indtjeningspotentialen i at sælge et produkt, som man kan forvente vil udløse en række ønsker om forbedringer, som ikke er omfattet af den oprindelige kontrakt.

Hvis man skal forsøge sig med en slags konklusion, bliver det noget hen i retning af, at man som bruger skal gøre sig klart, hvad man skal bruge sine IT-systemer - sit værktøj-til, og så få det lavet så det kan bruges til det, dvs kan bruges til det og kan bruges til det. Det må naturligvis ske i dialog med andre, men det gælder om at holde fast i at det er vores værktøj og vores arbejdsituation.

Thomas Stensgaard



IT I FREMTIDEN

Det er ikke så mange år siden at computere i sundhedsvæsenet var elektroniske skrivemaskiner, som nogen benyttede mere end andre. Det var læger og sygeplejersker, som brugte WordPerfect til stort og småt. DIH havde et gammelt patient henvisnings system, som brugtes til sagsbehandling og rejseplanlægning.

Med en kort mellemlanding på OpenOffice er vi gået over til Microsoft Office-pakken, som de fleste. Vi begyndte så småt at scanne knoglerøntgen billeder på kysten og sende dem via vores postsystem til DIH. Før holdt vi røntgenbilledet op mod vinduet og tegnede billedet af og sendte det som fax.

Lægeklinikken i Nuuk fik Novax elektronisk patientjournal (EPJ) og 3 distrikter fik efterhånden Æskulap (EPJ) dos-version, hvor tidsbestillingsmodulen også replikerede sig til en 4. distrikt. Telemedicin startede som et projekt i Nuuk med satellitter i byer og bygder. Men på grund af uoverensstemmelser mellem projekt og Direktoratet for Sundhed stoppede Telemedicinen ret pludseligt.

Journal systemet i de fleste distrikter bestod i 3 separate systemer. En indlæggelses-journal, som kun blev støvet frem ved indlæggelse og ved udskrivningen af patienten skrev de fleste et kort notat i ambulankortet (a-kort), som blev brugt ved ambulatorie konsultationer. En tredje journal er veneriekortet, som man brugte ved besøg i klinikken for kønssygdomme. En fjerde journal blev oprettet når patienten blev indlagt fra kysten på DIH.

Det er kort skitseret hvad jeg har oplevet gennem de sidste 10-15 år indtil forrige år, hvor der pludselig skete en masse på IT området.

Røntgen blev digitaliseret med en lokal server i alle dis-

trikter, som sender dagens billeder til central server i Nuuk om natten. Vi kigger på røntgenbillederne via browser med interfacet Chili-Web. Så lige meget hvor du er i systemet, så kan du se røntgenbilleder uanset, hvor de er taget i Grønland.

Den nu nedlagte Kystledelse fik bevilling til EPJ. Der blev kigget på 5 forskellige EPJ systemer i Danmark og af økonomiske årsager stod valget mellem Novax og Æskulap. Og derfor fik vi forrige år Æskulap de første steder på kysten og nu er det implementeret alle steder på kysten.

Sundhedsvæsenet anskaffede sig BCC-Lab fra daværende WM Data, som nu hedder Logica. En browser løsning af denne blev implementeret på kysten, så bioanalytikere og laboratorie assistenter kan taste prøver ind og printe disse ud til rekvirent. Ligesom ved røntgenbillederne kan alle blodprøve resultater ses af alle med adgang til systemet.

Her i juli 2008 er edi-fact serveren ved at være klar til at komme i brug. Med andre kan resultater fra BCC-Lab, epikriser fra RH, røntgenbilleder og e-mails komme direkte ind i kommunikationsbakken i det lokale Æskulap.

En arbejdsgruppe under sundhedsvæsenet har været på rejse til Alaska for at kigge på brugen af telemedicin. Før turen kontaktede vi projektkordinator Minna Mäkinieni i Finland, som for EU-midler kortlægger telemedicin i Norden og Europa, om der var andre telemedicin projekter, som hun kunne anbefale til Grønland. Udfra hendes forklaring kører alle telemedicin projekter på bredbånd i Norden og Europa, hvorfor hun anbefalede AFHCAN projektet i Alaska, som kan køre på selv langsomme satellitforbindelser.

Telemedicin projektet AFHCAN har kørt nu i over 15 år



i Alaska. I de år har de brugt kræfter og energi i forenklingen af brugersiden. Alle apparater i systemet kører via et program, som styres af en trykfølsom skærm med store farvede firkanter med enkel tekst. Resultatet er at folk, som har gået i 7. klasse kan bruge systemet uden besvær.

Der planlægges pilotprojekt i efteråret 2008 i Aasiaat, Qaqortoq og Paamiut distrikt med 15 anlæg. Næste år anskaffes yderligere 31 anlæg sluttende med år 2010, hvor de sidste bygder og byer bliver komplet op med telemedicin.

På IT-fronten bliver de næste 2½ år meget spændende. Vi arbejder på færdiggørelse af forskellige allerede igangsatte projekter samt en hel del nye.

Æskulap:

Vi er nu i en fase hvor der er blevet opsat decentrale servere i alle vore satellitbyer. Systemet kørte ikke optimalt disse steder og vi har derfor valgt at opsætte nye servere her. Dette har givet en mærkbar forbedring og dermed en bedre arbejdsdag for de ansatte.

Der vil i løbet af sommeren blive ansat en klinisk supporter til at hjælpe alle med spørgsmål om Æskulap.

Datawarehouse:

Der er her i foråret indkøbt et datawarehouse som i løbet af 2009 vil komme til at indeholde data fra alle sundhedsvæsenets systemer. Også det digitale røntgensystem vil i løbet af efteråret 2008 blive migreret til dette datawarehouse.

Digital røntgen:

I løbet af efteråret 2008 vil dette system blive opgraderet til en ny version. Vi vil samtidig migrere dette til Virtual

Server og Datawarehouse. Det påtænkes at erstatte den nuværende Chili Web med et andet og mere fleksibelt program. Der foregår i øjeblikket en udvælgelse og analyse af hvilke muligheder vi har. Der arbejdes også på at få den nye version af digital røntgen til at lave et ”dybt link” i Æskulap som en markering i den elektroniske patientjournal.

Telemedicin:

Projektet er vedtaget og de første 15 Carts er bestilt hos leverandøren. Disse vil blive leveret og implementeret, som pilotprojekt, i løbet af oktober og november 2008. Vi påregner at alle vil være fuldt implementeret i Qaqortoq, Paamiut og Aasiaat den 6. november.

I 2009 vil der blive opsat 31 Carts og resten følger så i 2010, i alt ca. 60 Carts vil blive opsat på kysten.

Kysten:

Det er planen at skifte samtlige servere på kysten i løbet af 2009. Med overgang til søkabel vil vi kunne få nogle hastighedsgevinster ved at lave nye lokale servere som vil fungere i et nyoprettet Active Directory miljø (Microsoft). Dette vil samtidig øge vores muligheder for at give alle en bedre support, når supportfunktionen er placeret i Nuuk.

IT-chef Finn Christensen.

Lægefaglig chefkonsulent Kent Kleinschmidt.



FORMANDENS "KLUMME"

Efter nogle år uden vores medlemsblad er det en stor glæde at vi igen har et nummer på gaden.

Dette aktuelle nummer fortæller i en række indlæg om udviklingen indenfor de elektroniske hjælpemidler, vi bruger i vores dagligdag samt de elektroniske systemer der er på vej. Intentionen med disse systemer er at vores dagligdag forhåbentlig bliver endnu lettere men også at vores tilbud til patienterne bliver bedre end dem vi kender i dag.

Det er første gang jeg skriver i vores medlemsblad som formand, hvorfor jeg finder det på sin plads med en kort præsentation.

Jeg kom første gang til Grønland i februar 2000. Er siden blevet gift med Parnûna der også er læge og i uddannelsesstilling til distriktslæge. Vi har 3 børn.

Siden maj 2008 har jeg været ansat som chefdistriktslæge i Lægeklinikken i Nuuk, hvor jeg bliver færdiguddannet som speciallæge i almen medicin til februar 2009.

Sundhedsvæsenet står overfor store udfordringer ikke bare i Grønland, men i samtlige af de lande vi sammenligner os med, men også hvorfra vi rekrutterer sundhedsfagligt personale.

Som Lægekredsforening må vi forholde os til, om vi vil stå på sidelinjen og se med på denne udvikling eller vi i højere grad vil gå ind som aktiv medspiller og måske være med til at påvirke udviklingen. En forudsætning for at lægekredsforeningen for alvor kan blive aktør på banen er, at vi som lægegruppe taler ud fra et fælles værdigrundlag. Der har været områder hvor vi på det nærmeste er blevet brugt mod hinanden i argumentationen for en sag

Vi ved alle, der er begrænsede ressourcer i det sundhedsvæsen, vi er en del af. Vi ved også, at en af de største udfordringer Det Grønlandske Sundhedsvæsen kommer til at stå overfor de næste år, bliver rekruttering af sundhedsfagligt personale og ikke mindst læger. I den forbindelse vil der være store fordele i at en række mål, som f.eks. uddannelse af personale og tilbud til patienter, præciseres

for at vi kan blive så fremadrettede i vores tiltag som muligt. Som læger er det tvingende nødvendigt at være aktive i en sådan proces.

Vores informationer bliver i stigende grad digitaliseret.

Vi har gennemgået en fantastisk udvikling, hvor vi nu har fået digitaliserede røntgenbilleder og et digitaliseret laboratoriesystem. Der er fuld fart på at implementere et fælles system omkring elektronisk patientjournal for samtlige distriktsygehuse og Lægeklinikken i Nuuk. I flere år har vi arbejdet med patienthenvisningssystem gennem Sundhedsbasen.

Samtlige systemer er velmenende tiltag, der stræber mod at bedre vores hverdag og sikre at informationer bevares for at forbedre patientbehandlingen.

Som læge bliver jeg dagligt forundret over hvor fantastiske disse systemerne er samtidig med, at jeg frustreres over hvor håbløse de kan være at arbejde med. Dette se for eksempel når systemerne ikke taler sammen. Der er tilfældet hvor cpr.nr. ikke kan flyttes med fra det ene system til det andet system, fordi det kan testes både med og uden bindestreg.

Med systemer hvor der er samlet så ekstremt store mængder informationer er der en berettiget frygt for sikkerheden af personfølsomme data. Som distriktslæge bruger jeg meget tid på at logge mig ind. Denne Log-ind procedure der er tænkt som sikkerhedsforanstaltning, ender med at blive det stik modsatte, fordi man netop lader programmer stå åbne for at prøve at spare tid.

De nye systemer er på en række områder med til at øge patientsikkerheden markant. Et eksempel herpå kender vi allerede fra i dag, hvor vi nu kan gå ind at se samtlige blodprøver, der er taget.

I fremtiden må vi håbe, der kommer til at gælde lignende systemer mhp. medicin, således at vi som læger og andet plejepersonale ved få tastetryk kan få oplysninger om, hvad det er, patienten tidligere og aktuelt har taget af medicin.

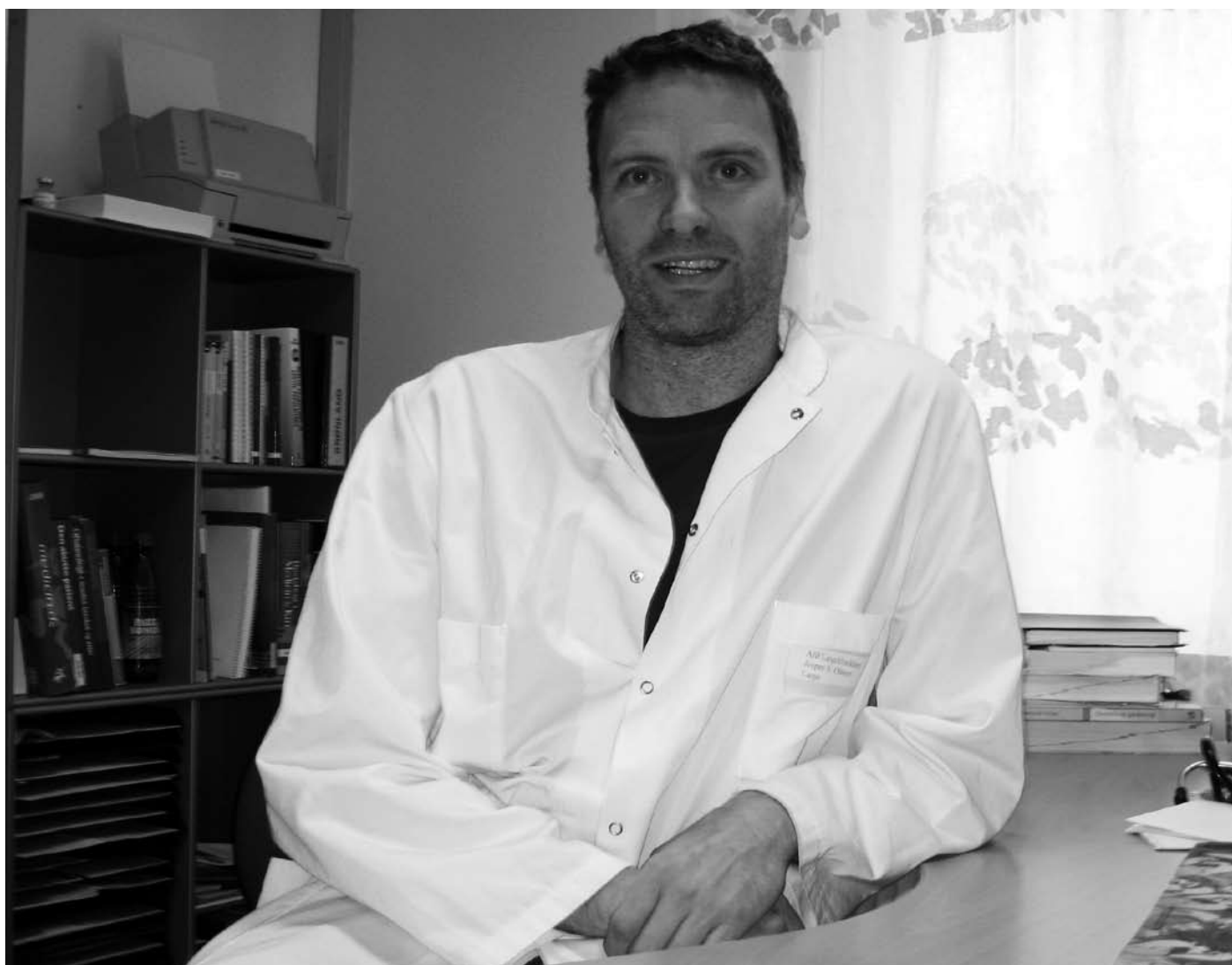
Grønland er igen på vej op i første division når det gælder telemedicin. Det bliver meget spændende at følge udviklingen på dette område.

Til slut vil jeg opfordre medlemmerne til at støtte op om vores medlemsblad. Vi har et blad det udkommer når der er samlet artikler så vi har til et blad.

Jesper S. Olesen

Formand

Grønlands Lægekredsforening



ARBEJDSMEDICIN I GRØNLAND

Reglerne for anmeldelse og anerkendelse af arbejdsskader er de samme i Danmark og Grønland, og derfor kan det godt undre lidt, at der i Grønland anmeldes 0.2 arbejdsbetinget lidelse pr 1000 indbyggere pr år, mod 3,6 pr år i Dk. For ulykkers vedkommende er det 8 pr 1000 i Grønland mod 4,2 pr 1000 i Danmark. Anerkendelsesraten i Grønland er vist aldrig gjort op, sådan systematisk, i Danmark er den knap 20 % for erhvervs sygdomme og 75 % for ulykker.

Der kan selvfølgelig være mange forklaringer på at der anmeldes færre erhvervs sygdomme i Grønland. Tradition, opmærksomhed, forskelle i arbejds mønster kan være nogle, men efter at have været et par ture rundt på kysten gennem det sidste halve år tror jeg der også kan være en anden. "Arbejdsmedicinere?" sagde de på sygehusene rundt omkring, da jeg præsenterede mig, "sådan én har vi vist aldrig set før". Hvis ikke anmeldelse og aner

Nævnet for Arbejdsskadesikring i Grønland tager imod alle anmeldelser af ulykker og arbejdsbetingede lidelser. Specielt for lidelsernes vedkommende skal sagsbehandlingen omfatte en udredning af eksponeringen, som grundlag for en afgørelse af, om den anmeldte lidelse kan anerkendes, og patienten tilkomme en erstatning. Der har tidligere ikke været tradition for at gøre noget stort nummer ud af eksponeringsbeskrivelsen, og måske derfor har antallet af anerkendte arbejdsbetingede lidelser været meget beskedent.

I efteråret 2007 blev jeg inviteret op af Nævnet for Arbejdsskadeforsikring for at skrive speciallægeerklæring på en håndfuld ansatte på en systue, og det udviklede sig til 3 rejser på ½ år, og i alt 25 arbejdsmedicinske speciallægeerklæringer.

Grønlandske arbejdsskader

Jagt og fiskeri, fiskefabrikker og skindsyning er overrepræsenteret i forhold til det danske skademønster, men ellers er det de samme lidelser der anmeldes. De 25 personer jeg har set er valgt ud af bunken hos Nævnet for arbejdsskadeforsikring i Nuuk, så derfor er de næppe helt repræsentative for arbejdsskademønstret i Grønland.

Case

Ca. 40-årig mand med atopisk dermatit som ung. Har

tidligere oplevet opblussen af dermatitten ved udsættelse for køle- smøremidler på en maskinfabrik, under rejfiskeri og ørredfiskeri. Også oplevet kløe i øjnene ved udsættelse for katte. Nu begyndt at ernære sig som "landfanger" med jagt på moskusokser og ren. Pt. fik et svært astmaanfald første gang han pelsede en ren, og hans dermatit blussede voldsomt op når han pelsede moskusokser.

Objektivt konstateres astma ved positiv histaminprovokation og priktest er positiv overfor moskusuld og skæl.

Min konklusion: *Erhvervsmæssig forværring af en bestående eksem-lidelse.*

Case

Syv ansatte på en systue blev undersøgt. 5 havde forskellige former for overekstremitetsbesvær – tennisalbue, karpaltunnelsyndrom eller blot myoser. 5 havde kløe i øjnene når de håndterede moskusuld, et par havde bemærket pibende og hvæsende vejrtrækning ved den samme eksponering.

3 af de ansatte med konjunktivit-gener havde positiv priktest og positiv histamin-release overfor moskusuld, men peak-flow monitorering viste ikke fald ved udsættelse for moskusuld på arbejde.

2 havde en tennisalbue, som var opstået under manuel behandling af sælskind, og holdt ved lige i flere år ved syning i skind på små symaskiner.

Min konklusion: *2 arbejdsbetingede tennisalbuer og 3 tilfælde af arbejdsbetinget allergisk rhino-konjunktivit. Systuen var i øvrigt indrettet i aldeles uhensigtsmæssige lokaler, og arbejdsgiver fik en gennemgang af arbejdspladsen med forslag til arbejdsmiljøforbedringer.*

Anmeldelse

Arbejdsgivere har pligt til at anmelde de ulykker deres ansatte kommer ud for. Ulykker med fravær ud over skadedagen skal anmeldes, mindre ulykker kan anmeldes. Læger og andre kan anmelde, hvis de har mistanke om at arbejdsgiver kan glemme det. Under alle omstændigheder kan man huske pt. På at der skal anmeldes.

Læger har pligt til at anmelde formodede eller mistænkte

arbejdsbetingede lidelser. Anmeldelsen skal ske indenfor et år efter at lidelsen er diagnosticeret, og det kan derfor ikke altid nytte at vente og se, om lidelsen giver anledning til varigt mén. Det er en lidt uhensigtsmæssig regel, men den står ikke umiddelbart til at ændre. Konsekvensen af at overskride fristen på et år er, at skadelidte ikke kan få behandlet sin sag.

Fremtiden

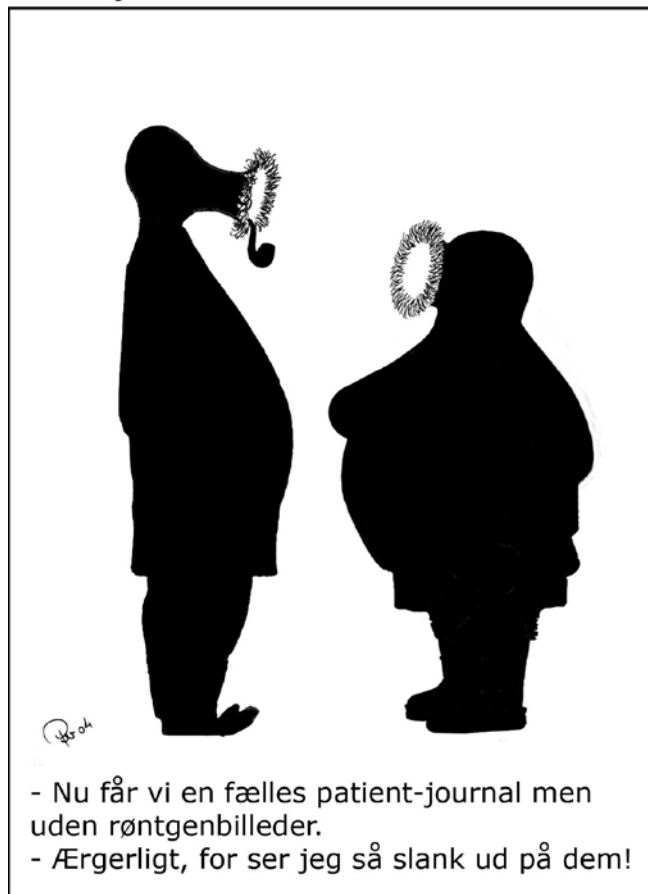
Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomsforsikring og Gruppeforsikringen finansierer udfærdigelsen af erklæringerne, både for mit vedkommende og for de patienter der har måttet rejse for at komme til mig. Der går selvfølgelig ikke nogen skår af mig for at se et par almindelige arbejdsmedicinske patienter, når jeg alligevel kommer forbi, og jeg svarer også gerne på en mail med spørgsmål om arbejdsmedicin. Ordningen med jævnlige besøg skal fortsætte, i det omfang der er nødvendig, indtil der på et tidspunkt hvor specialet arbejdsmedicin indføres i det Grønlandske sundhedsvæsen.

Og noget flottere sted i verden at lave arbejdsmedicin kan man næppe forestille sig.

Niels Ebbenhøj, arbejdsmediciner

Ilulissat, påsken 2008, ebbenhøj@dadlnet.dk

Parcafolket



Titel	Antal	Eksposering	Lidelser
Syer(ske)	7	Støv, moskusuld.	Rhino-konjunktivit.
Fiskefabrikarbejder	5	Ensidigt gentaget arbejde	Tennisalbue, myoser
Fisker, fanger	4	Filettering, Ensidigt gentaget arbejde. Asbest? Kulde	Overekstremitetslidelser. Tennisalbue, myoser. Lungelidelse? Pernio?
Social- og sundhedshjælper	3	Løft og traumer	Ryglidelser, skulderskader
Portør	2	Løft og tungt plejearbejde	Ryglidelser
Maler, sprøjtemaler	2	Personløft	Rygsmerter
Lastearbejder	1	Opløsningsmidler	Toksisk encefalopati
Kontorassistent	1	Løft, træk, skub	Ryglidelse
		Indeklima	Astma

Tabel 1. Hovedproblemstilling for 25 arbejdsmedicinske patienter i 2007/8.



Elektronisk milepæl:

Medio september landsatte Alcatels kabelskib Ile de Sein den del af det transatlantiske
fibernkabel der skal forbinde Grønland med Europa – i Sanabugten.
Forbindelsen forventes klar ved årsskiftet.