

Til
 Regionsrådet i Region Hovedstaden
 Regionsrådet i Region Sjælland
 Sundhedsstyrelsen
 Styrelsen for Patientsikkerhed
 Sundhedsministeriet
 Hospitalsdirektører på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, Bornholms
 Hospital, Herlev-Gentofte Hospital, Hvidovre-Amager Hospital,
 Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet og Glostrup Hospital, Holbæk
 Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus, Næstved og Slagelse Sygehus,
 Sjællands Universitetshospital Køge



Maj 2018

Vedr. Sundhedsplatformen

Som formand for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) har jeg modtaget nedenstående fra selskabets Udvalg for Intensiv Medicin:

Vi retter henvendelse til dig i din egenskab som formand for DASAIM grundet vores bekymring i relation til Sundhedsplatformen (SP) i intensivt regi.

SP er nu implementeret i både Region Hovedstaden og Region Sjælland til trods for de mange problemer med funktionaliteten, som har været debatteret såvel i pressen, regionalt og lokalt. Det er ikke vores indtryk, at der, trods talrige løbende indrapporteringer om fejl, problemer og uhenigtsmæssigheder i SP til CIMT, er sket væsentlige forbedringer af systemet, siden indførelsen for snart 2 år siden på Gentofte og Herlev Hospital 21.maj 2016.

Problemerne med SP indenfor intensiv terapi er bl.a. registreringer, herunder diagnose- og procedurekodning samt kliniske scoringssystemer. Det er endnu ikke muligt at trække data fra SP med henblik på datadrevet ledelse, og siden SP blev implementeret, har vi ikke været i stand til at anvende nogen form for kvalitetsdokumentation i behandlingen. På flere intensive afdelinger har man således genindført papirregistreringer både af diagnoser og procedurer bl.a. mhp. DRG-afregning. Den tidligere automatiske overførsel af data til organdonationsregisteret fungerer ikke længere, ligesom der er store problemer med at indsende data til Landspatientregisteret. Dette er tydeligt illustreret i årsrapporten 2016-2017 fra den kliniske database "Dansk Intensiv Database", hvor samtlige afdelinger, som anvender SP er fjernet på grund af meget mangelfuld indberetning.

Forskning indenfor intensiv terapi er ligeledes vanskeliggjort og betydeligt forringet, fordi det ikke er muligt at opsøge patienter på diagnose- og procedurekoder mm, som vi kunne i vores tidligere IT-system (CIS). Det er end ikke muligt at få et overblik over, hvilke patienter, der har været indlagt på de intensive afdelinger, hvor SP er blevet indført.

Det er vores opfattelse, at SP ikke er udviklet til Den Danske Kontaktmodel og ved arbejdet med efterregistrering har det vist sig, at der på grund af SP's opbygning optræder så mange fejlregistreringer af diagnoser og procedurer, at det aktuelle niveau for dataregistrering i SP er af så ringe kvalitet, at data ikke kan anbefales anvendt som grundlag for udarbejdelse af hverken "opera-

tionelle standardrapporter” eller ”analytiske standardrapporter”, ifald det på et tidspunkt viser sig, at SP’s funktionalitet kan understøtte en realiserbar datadokumentation.

Den kliniske hverdag med SP i intensivt regi er kompliceret af et dysfunktionelt medicinmodul og væskeskema, hvilket begge er grundelementer for kvalitet og patientsikkerhed. Medicinmodulet har grundlæggende strukturelle problemer med bl.a. manglende overblik og fejl ved medicininfusioner, ligesom det ofte ikke er muligt at ordinere medicin, der ligger udenfor en prædefineret standard. Risikoen for over- eller dobbeltmedicinering med potente lægemidler udgør formentlig den største enkeltstående trussel mod patientsikkerheden. Dertil kommer de velkendte problemer mellem koblingen af FMK og SP. Væskeskemaet er ligeledes uoverskueligt, fejlbehæftet og mangelfuldt.

Den lægelige journal mangler også overskuelighed, notater kan forsvinde fra overblikket og notater, der er dikteret og skrevet af en sekretær kan ikke fremsøges i lægejournalen.

Man har nu iværksat en såkaldt optimeringsfase i SP, som vi har svært ved at se vil kunne afhjælpe de strukturelle problemer i SP, der ligger i systemopbygningen og ikke på brugersiden. I den sammenhæng er det også vigtigt at pointere, at vi indenfor intensiv terapi på ingen måde er IT-naive. Læger og sygeplejersker på de intensive afdelinger, har i årevis selv stået for journaldokumentation og dataindsamling.

Visionen for SP var bl.a. at gøre det lettere at være patient og sundhedspersonale og at optimere kvaliteten og effektiviteten på hospitalerne. Som det fremgår af ovenstående, gør ingen af delene sig desværre gældende. Tværtimod må patientsikkerheden siges at være i fare.

UFIM står gerne til rådighed for yderligere uddybning og detaljering af de nævnte fejl, mangler og faremomenter/ricisi.

Det er vores ønske, at du, som formand for DASAIM, vil bringe denne skrivelse videre til Sundhedsudvalget i Region Hovedstaden og Region Sjælland, Sundhedsministeriet og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Ovennævnte skrivelse er diskuteret internt i DASAIMs bestyrelse, i hvilken der findes repræsentanter for samtlige DASAIMs subspecialer. Der har ikke i bestyrelsen været indsigelser mod at sende brevet videre i nærværende, originale version.

Med venlig hilsen

Joachim Hoffmann, formand DASAIM, chair@dasaim.dk

På vegne af
DASAIMs bestyrelse
DASAIMs Udvalg For Intensiv Medicin (UFIM)