

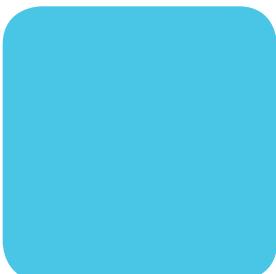


SUNDHEDS OBSERVATORIET



ÅRSKONFERENCE 2013

Borgercentrisk e-sundhed – fiktion eller fakta?



Program-app til smartphone og trådløst log-in	2
Velkommen.....	3
Lokalefordeling	4
Programoversigt.....	5
Detaljeret program.....	6
Beskrivelser af oplæggene	9
Plenumsession 1: Konferenceåbning.....	10
Plenumsession 2: På vej mod e-sundhedsvæsenet	12
Parallelsession A1, B1, C1, D1	15
Parallelsession A2, B2, C2, D2	31
Plenumsession 3: National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017	50
Plenumsession 4: eHealth experiences from Scotland and Sweden ..	51
Parallelsession A3, B3, C3, D3	53
Plenumsession 5: Hvor er vi på vej hen?.....	69
Udstilleroversigt.....	70
Udstillerkatalog	72
Deltagerliste.....	92



APP TIL SMARTPHONES & TRÅDLØST LOG-IN

Trådløst log-in:

Brugernavn: nyborgstrand

Adgangskode: nyborgstrand

Programmet som app til smartphones

Konferenceprogrammet findes nu også som app til iPhone/iPad og Android.

Se: kortlink.dk/d9fm



Android



iPhone/iPad

hvor du finder anvisning til, hvordan du får applikationen ConPass downloaded til din smartphone. Når den er installeret, kan du benytte den, uden du behøver netforbindelse.

Med app'en kan du navigere i konferencens program og lave din egen personlige udgave. Du kan sortere efter tidspunkt, emne, oplægholder, eller ordstyrer, og planlægge hvad du vil lytte til og tilføje det til dit personlige program. Du kan også lave dine egne personlige noter, som du kan knytte til specifikke oplæg og leverandører og dele dem med dine kollegaer via Twitter, facebook og e-mail, hvis du har lyst til det. Med den interaktive lokaleplan ved du altid, hvor du skal være.



Kære konferencedeltager,

Vi ønsker jer alle velkommen til E-sundhedsobservatoriets årskonference 2013, der som tema i år har "**borgercentrisk e-sundhed – fiktion eller fakta?**"

E-sundhedsobservatoriets årskonference 2013 formidler et samlet billede af vigtige resultater inden for e-sundhed i primær- og sekundærsektoren – i kommunerne, regionerne, og herunder på sygehusene. Patienter, pårørende, sundhedsfaglige og de ledelsesansvarlige har forskellige behov for information til at understøtte forebyggelse, diagnostik, behandling og pleje. Alle disse aspekter bliver præsenteret, diskuteret og perspektiveret her på E-sundhedsobservatoriets årskonference. Der har i år været indsendt 111 forslag til oplæg. Vi har tilstræbt at rumme så mange oplæg som muligt inden for de temaer og rammer, vi har haft at arbejde med. De udvalgte forslag, der vil blive præsenteret på konferencen, vidner om aktivitet inden for mange faglige aspekter af e-sundhed. 39 af de indsendte forslag er efter bedømmelse blevet udvalgt til oplæg. Atter i år er der mulighed for at deltage i diskussionsfora og evaluering på hjemmesiden i tilknytning til de enkelte oplæg.

E-sundhedsobservatoriet ønsker jer en god 2013-konference!

På vej mod e-sundhedsvæsenet

Ønsker om "patienten i centrum", "sammenhængende patientforløb" og "tværssektoriel forløbskoordination", "bedre forebyggelse og opsporing" og "højere kvalitet og effektivitet" høres ofte i den offentlige debat. Det drejer sig om den videre udvikling af vores sektoropdelte sundhedsvæsen, der spænder fra supersygehuse til det borgernære sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er i disse år under forandring og bevæger sig i retning af et egentligt e-sundhedsvæsen. Dette indebærer grundlæggende nye muligheder for at levere sundhedsydeler, der virker efter hensigten – herunder e-sundhedsydeler. Det forudsætter, at sundheds-it-systemerne virker og effektivt understøtter den enkelte sundhedsfaglige og evner at nå helt ud til at kunne dække borgernes behov, når de opstår i deres hverdag. Endemålet er bedre forebyggelse og derigennem at skabe størst mulig uafhængighed af det autoriserede sundhedsvæsen for den enkelte borg – "independant living" - i fællesskabets interesse. Fremtidens sundhedsydeler, herunder opsporing, diagnostik, behandling, monitorering, forebyggelse, rehabilitering og palliation har potentiale for at blive fremmet bl.a. gennem virtualisering.

- ▶ Hvad betyder det i forhold til fx sundhedsfagligt behandlingsansvar og organisering, patientinvolvering/empowerment, opgaveflytning, kvalitet og økonomisk regulering?
- ▶ Og hvad er visionerne i forhold til udfordringer med kroniker- og ældrebølgen, som, vi ved, står lige for døren?
- ▶ Kan vi, og tør vi bruge e-sundhed på en innovativ og værdiskabende måde og derigennem ændre på "business as usual"?

E-sundhed, der er den danske oversættelse af det engelske begreb eHealth, er alment brugt og defineres og anvendes derfor også i flæng, formelt såvel som uformelt, og ofte også underforstået. I E-sundhedsobservatorie-regi definerer vi e-sundhed bredt og i tråd med EU-Kommissionen: eHealth is the use of modern information and communication technologies to meet needs of citizens, patients, healthcare professionals, healthcare providers, as well as policy makers (e-Health Ministerial Declaration, 22 May 2003).

LOKALEFORDELING

Plenum Sal A-B-C					
PARALLELSESSIONER	A1 KL, sundheds-it i kommunerne	SAL A-B	B1 AUDITORIET E-sundhed i nationalt perspektiv	C1 SAL C Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter	D1 SAL D-E Sundhedsplatformen
	A2 Regionernes sundheds-it, RSI	SAL A-B	B2 AUDITORIET Fagligt indhold	C2 SAL C E-sundhed hos de praktiserende læger og udbredelsen af telesund- hed og velfærdsteknologier	D2 SAL J E-sundheds-battle
	A3 National sundheds-it, NSI	SAL D-E	B3 AUDITORIET E-sundhed i overgange med borgeren i centrum	C3 SAL C Den informerende, den deltagende og den styrende patient/borger	D3 SAL A-B Telemedicin

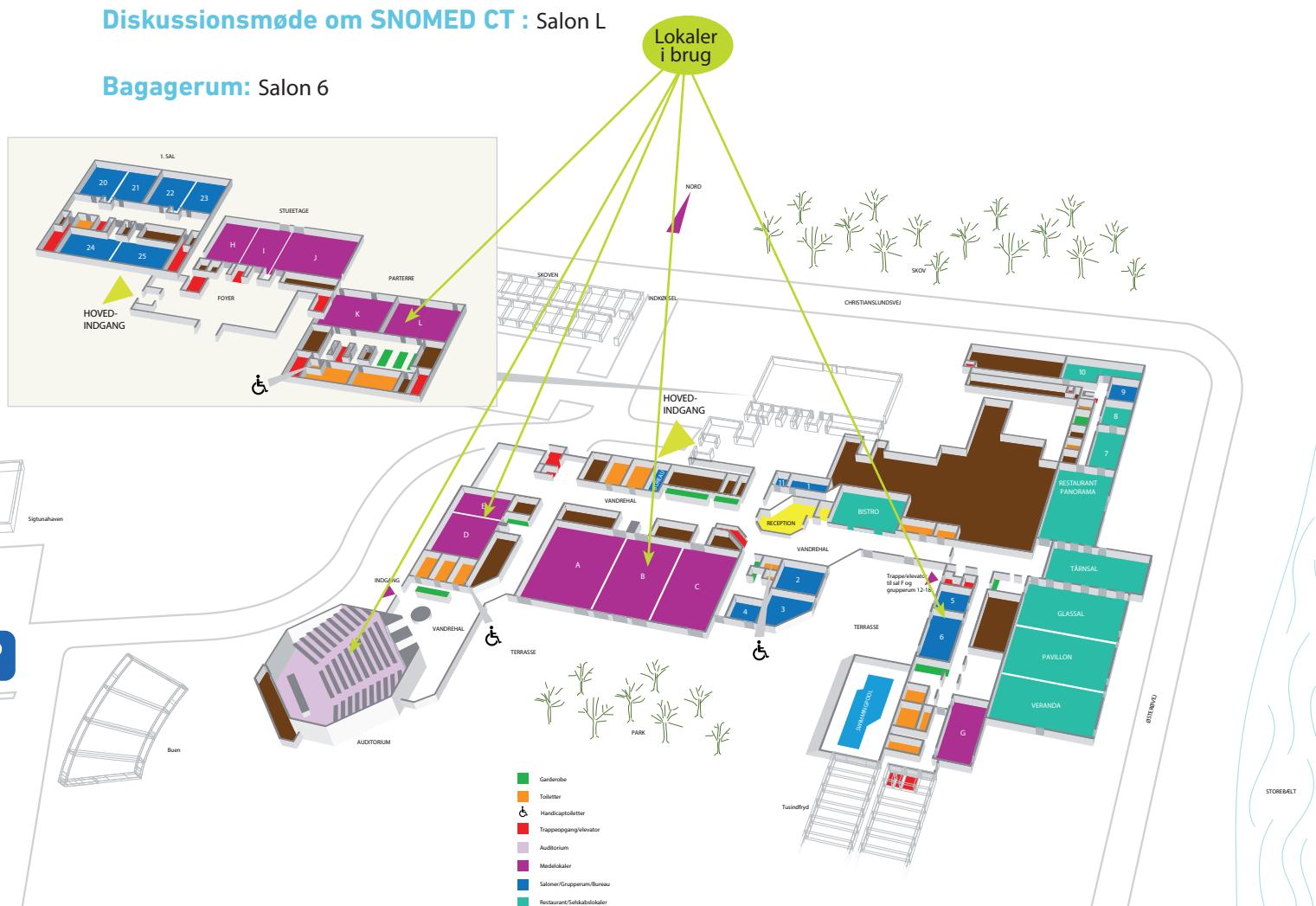
Konferencesekretariatet: Mødebureauet

Speakerroom: Salon 5

Møderum til fri afbenyttelse: Salon L
- du kan reservere rummet på konferencesekretariatet

Diskussionsmøde om SNOMED CT : Salon L

Bagagerum: Salon 6



Mandag den 2. december

9:30	Plenumssession 1: Konferenceåbning Velkommen til konferencen Søren Vingtoft, ekstern lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Åbning af konferencen Astrid Krag, minister for sundhed og forebyggelse Citizens and Systems - are they compatible? Michael Rigby, Emeritus Professor of Health Information Strategy, Keele University, UK and Professor at Nordic School of Public Health, Gothenburg and Adjunct Professor at Dublin City University, Ireland					SAL A-B-C
10:40	Kaffepause					
11:10	Plenumssession 2: På vej mod e-sundhedsvæsenet E-sundhedsobservationer 2013 <ol style="list-style-type: none"> Hvordan forholder borgere sig til udviklingen og brugen af e-sundhedsvæsenet? Pernille Bertelsen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Hvad er status for klinikernes anvendelse af sundheds-it i Danmark? Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Ledelse i e-sundhedsvæsenet Dorte Stigaard, direktør, Regional udvikling, it, kommunikation, innovation, Region Nordjylland					SAL A-B-C
12:00	Frokost					
13:00	A1 KL, sundheds-it i kommunerne SAL A-B	B1 E-sundhed i nationalt perspektiv AUDITORIET	C1 Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter SAL C	D1 Sundhedsplatformen SAL D-E		
14:30	Kaffepause					
15:00	A2 Regionernes sundheds-it, RSI SAL A-B	B2 Fagligt indhold AUDITORIET	C2 E-sundhed hos de praktiserende læger og udbredelsen af telesundhed og velfærds-teknologier SAL C	D2 E-sundheds-battle SAL J		
16:30	Kaffepause					
17:00	Plenumssession 3: National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 Ordstyrer: Christian Nøhr og Søren Vingtoft Deltagere: <ul style="list-style-type: none"> ► KL: Christian Harsløf, kontorchef, KL's center for social og sundhed ► Danske Regioner: Jens Andersen, formand for RSI, adm. direktør for Region Sjælland ► NSI: Flemming Christiansen, sektordirektør ► Anmelder 1: Daniel Forslund, CSO, Health Care Development, Sweden's Innovation Agency VINNOVA, Sverige ► Anmelder 2: Ejvind Jørgensen, formand for Dansk IT's udvalg for it i den offentlige sektor 					SAL A-B-C
18:00	Første konferencedag slutter					
19:00	Festmiddag					

Tirsdag den 3. december

9:00	Plenumssession 4: eHealth experiences from Scotland and Sweden Improving Outcomes through Health and Social Care Integration in Scotland Anne Hendry, National Clinical Lead for Quality, Joint Improvement Team, Scotland The Swedish experiences on innovating and implementing eHealth - opportunities and barriers Daniel Forslund, CSO, Health Care Development, Sweden's Innovation Agency VINNOVA, Sverige					SAL A-B-C
10:30	Kaffepause					
11:00	A3 National sundheds-it, NSI SAL D-E	B3 E-sundhed i overgangen med borgeren i centrum AUDITORIET	C3 Den informerende, den deltagende og den styrende patient/borger SAL C	D3 Telemedicin SAL A-B		
12:30	Frokost					
13:30	Plenumssession 5: Hvor er vi på vej hen? Hvad har jeg hørt på konferencen? Flemming Christiansen, sektordirektør, Sektor for National Sundheds-it Hvad bringer det næste år for e-sundheden? Jens Andersen, styregruppeformand for RSI og adm. direktør for Region Sjælland Farvel og på gensyn Stig Kjær Andersen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet					SAL A-B-C
14:30	Konferencen slutter					

MANDAG DEN 2. DECEMBER

9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning Ordstyrer: Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Velkommen til konferencen Søren Vingtoft, ekstern lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Åbning af konferencen Astrid Krag, minister for sundhed og forebyggelse Citizens and Systems - are they compatible? Michael Rigby, Emeritus Professor of Health Information Strategy, Keele University, UK and Professor at Nordic School of Public Health, Gothenburg and Adjunct Professor at Dublin City University, Ireland	SAL A-B-C	
10:40	Kaffepause		
11:10	Plenumsession 2: På vej mod e-sundhedsvæsenet Ordstyrer: Søren Vingtoft, ekstern lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet E-sundhedsobservationer 2013 1: Hvordan forholder borgerne sig til udviklingen og brugen af e-sundhedsvæsenet? Pernille Bertelsen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet 2: Hvad er status for klinikernes anvendelse af sundheds-it i Danmark? Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet Ledelse i e-sundhedsvæsenet Dorte Stigaard, direktør, Regional udvikling, it, kommunikation, innovation, Region Nordjylland	SAL A-B-C	
12:00	Frokost		
13:00	A1: KL, sundheds-it i kommunerne Ordstyrer: Heidi Forberg, sekretariatschef, Regionernes Sundheds-it, RSI Telesundhed: Kommunerne vision om telesundhed skal realisere ambitionerne i det politiske udspil om "Det nære sundhedsvæsen" Christian Harsløf, kontorchef, KL's center for social og sundhed Telecare Nord: Et mønsterkempel på et samarbejdende sundhedsvæsen fra Region Nordjylland. Set fra et kommunalt perspektiv Birgit Simonsen, ass. områdesygeplejerske, Aalborg Kommune Telesår: Udbredelse af telesårsløsning mindsker antallet af amputitioner og andre komplikationer Grethe Nielsen, projektleder, Center for IT, digitalisering og velfærdsteknologi, Frederikshavn Kommune Fælles Medicinkort: Kommunerne har med benhård organisering forpligtet sig til udbredelse af det Fælles Medicinkort i 2014/15 Poul Erik Kristensen, FMK-programleder, KL's center for social og sundhed	SAL A-B B1: E-sundhed i nationalt perspektiv Ordstyrer: Christina Silseth Bartholdy, formand for DSMI Healthcare DENMARK - national e-sundhed i internationalt perspektiv Hans Erik Henriksen, direktør, Healthcare DENMARK Telemedicinsk landkort Lars Hulbæk, souschef, MedCom e-journal - adgang til sygehushjournaler og praksisdata Jens Rahbek Nørgaard, seniorkonsulent, MedCom - det danske sundhedsdataonet Hvor nemt er det at få adgang til viden fra hinandens projekter? Lars Kayser, lektor i IT og Sundhed, Københavns Universitet	AUDITORIET
14:30	Kaffepause		
15:00	A2: Regionernes sundheds-it, RSI Ordstyrer: Poul Erik Kristensen, konsulent, KL Sundhedsjournalen Peter de Nully Brown, overlæge og ph.d. ved Hæmatologisk Klinik, Rigshospitalet Telemedicin i voksealderen Kim Mathiasen, cand.psych., fællesregional projektleder for Internetpsykiatri-pejlemærket, Region Syddanmark Hvad gavnner en præhospital journal? René Hansen, stationsleder ambulance, Vendsyssel Vest Hjørring, Falck Danmark A/S Den sande historie om fællesregionalt samarbejde Heidi Forberg, sekretariatschef, RSI	SAL A-B B2: Fagligt indhold Ordstyrer: Jacob Boye Hansen, formand for CHI-Leverandørforum Sundhedsterminologien sikrer konsistens i data og information på tværs af enheder Kirstine Rosenbeck Gøeg, ph.d.-studerende, Aalborg Universitet Hvorfor standardisering af klinisk og administrativt indhold? – og hvor meget? Thomas Dalsgaard Clausen, afdelingslæge, Enhed for Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden og Tina Bendix Olsen, it-konsulent, Koncern IT, Region Sjælland Tværfaglig basisdokumentation i en elektronisk patient-journal Jeanette Dent, koordinator, Klinisk IT-kontor, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland KISO – en fiasco brugerne blev glade for Stine Loft Rasmussen, it-konsulent, IMT, Region Hovedstaden	AUDITORIET
16:30	Kaffepause		
17:00	Plenumsession 3: National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 Ordstyrer: Professor Christian Nøhr og ekstern lektor Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU Deltagere: KL: Christian Harsløf, kontorchef, KL's center for social og sundhed Danske Regioner: Jens Andersen, formand for RSI og adm. direktør for Region Sjælland NSI: Flemming Christiansen, sektordirektør Anmelder 1: Daniel Forslund, CSO, Health Care Development, Sweden's Innovation Agency VINNOVA, Sverige Anmelder 2: Ejvind Jørgensen, formand for Dansk IT's udvalg for it i den offentlige sektor	SAL A-B-C	
18:00	Første konferencedag slutter		
19:00	Festmiddag		

		Diskussionmøde vedrørende SNOMED CT	SALL
		Kl. 13.00 - 14.30	
		Diskussionsmøde for personer med særlig interesse og stor indsigt i SNOMED CT's model og potentielle under titlen "håndtering af polyhierarkier i en terminologisk monohierarkisk infrastruktur". Fokuspunkter bliver: polyhierarki/monohierarki, post-/prækoordinering og synonymhåndtering.	
C1: Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter	SAL C	D1: Sundhedsplatformen	SAL D-E
<i>Ordstyrer: Finn Kensing, direktør, Center for IT Innovation, KU</i>		<i>Ordstyrer: Gunilla Svensmark, konsulent, DSR</i>	
Anvendelse af brugerdrevne innovation ved udvikling af elektroniske plejeplaner til kritisk syge patienter på intensivafdelinger i Danmark		Forretningsbehov og strategiske mål for anskaffelse af en integreret Sundhedsplatform med bred funktionalitet	
René Richard Andersen, klinisk oversygeplejerske, Bispebjerg Hospital		Mette Bomholt Klem, chefkonsulent, Sundhedsplatformen, IMT, Region Hovedstaden og Lars Henrik Søfren, viceprogramchef, Sundhedsplatformen, Koncernt IT, Region Sjælland	
Tillids- og ansvarsrelationer i teknologiunderstøttede sundhedsydeler - til patient@home for Syddansk Sundhedsinnovation		Et unikt tverregionalt samarbejde i støbeskeen - etablering af en tverregional styringsmodel for opsætning af Sundhedsplatformen	
Helle Sofie Wentzer, senior projektleder, professor mso, KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning		Kirsten Hvid, specialkonsulent, Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland og Charlotte Elbro, projektleder, Sundhedsplatformen, IMT, Region Hovedstaden	
Utbytte av brukerdrevne innovasjon – sett fra leverandørens side		Samarbejde i Østdanmark om én fælles Sundhedsplatform – om styring, rammesætning og kultur	
Espen Semb, Project Manager, Imatis AS		Lone Hallgreen, specialkonsulent, IMT, Region Hovedstaden og Suzanne Kongsgren, it-konsulent, Koncern IT, Region Sjælland	
MidtEPJ efterimplementering, Aarhus Universitetshospital (AUH) - en understøttende og udviklende proces		Brugerinddragelse i storskala – hvordan får man 500 læger, sygeplejersker, lægesekretærer og andre sundhedsfaglige til at vurdere 3 kliniske it-systemer	
Anita Rasmussen, EPJ-konsulent, projektleder, Sundheds-It, AUH		Kaspar Cort Madsen, projektleder, IMT, Region Hovedstaden	
C2: E-sundhed hos de praktiserende læger og udbredelsen af telesundhed og velfærdsteknologier	SAL C	D2: E-sundheds-battle	SAL J
<i>Ordstyrer: Klaus Phanareth, formand for Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin</i>		<i>Ordstyrer: Søren Vingtoft, ekstern lektor og Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet</i>	
Kvalitetsudviklingsværktøj i dansk almen praksis		Dommerpanelet:	
Janus Laust Thomsen, direktør, lektor, ph.d., speciallæge i almen medicin, Dansk Almenmedicinsk Kvalitetssenhed (DAK-E)		Simon Serbian, formand for Lægeforeningens sundheds-it netværk Gunilla Svensmark, konsulent, DSR Soile Friis, formand, Lægesekretæforeningen Ole Filip Hansen, bestyrelsesmedlem, Dansk Selskab for Sygehusholdelse Sine Jensen, sundhedspolitisk medarbejder, Forbrugerrådet	
Hvilke patienter i almen praksis anvender ikke sundheds-it og hvorfor?		PosLogistics anno 2013: Vinder af projekt-battle 2012 - hvad er status ét år efter?	
Thomas Birk Kristiansen, praktiserende læge og medicinsk direktør, Ishøjcentrets Læger og Danske Lægers Vaccinations Service		Mikkel Harbo, Director Business Development & Operations, Systematic	
"Kinderæg" til de praktiserende læger - it-støtteredskab til AK-behandlingen fra DAK-E		Offentligt privat samarbejde som korteste vej til udvikling af specialløsning til anæstesi med stort eksportpotentiale	
Berit Lassen, konsulent, praktiserende læge, DAK-E		Troels Bierman Mortensen, kommersiel direktør, Daintel	
Indførelse af telemonitorering skaber behov for forandring af den kliniske behandlingsmodel. Men hvordan gør vi det?		Elektronisk sygehistorie - patient empowerment	
Jesper Thestrup, CEO, In-JeT ApS		Pierre Schydlowsky, speciallæge i reumatologi, ph.d., Arthro Klinikken, Værløse	
		Automatisk dataopsamling til EWS i et innovativt og brugerinvolverende lys	
		Frieda Petersen, innovationskonsulent, IMT, Region Hovedstaden	
		Kontoret i lommen – når it giver mening!	
		Karen Melchior Jensen, projektleder, Region Nordjylland	
		DiaApp – et redskab der hjælper dig med at styre din sygdom i stedet for, at den styrer dig	
		Katrine Vedel, senior projektleder, Teknologisk Institut	
		Stregkoder og QR koder i klinikken	
		Poul Mossin, ledende oversygeplejerske, Køge Sygehus, Akutafdelingen	

TIRSDAG DEN 3. DECEMBER

9:00	Plenumsession 4: eHealth experiences from Scotland and Sweden <i>Ordstyrer: Pernille Bertelsen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet</i> Improving Outcomes through Health and Social Care Integration in Scotland Anne Hendry, National Clinical Lead for Quality, Joint Improvement Team, Scotland The Swedish experiences on innovating and implementing eHealth - opportunities and barriers Daniel Forslund, CSO, Health Care Development, Sweden's Innovation Agency VINNOVA, Sverige	SAL A-B-C
10:30	Kaffepause	
11:00	A3: National sundheds-it, NSI <i>Ordstyrer: Henrik Bjerregaard, CEO, MedCom</i> Digitalisering med effekt – fra strategi til eksekvering Flemming Christiansen, direktør for National Sundheds-it, SSI Sammenhæng på tværs i telemedicinindsatsen Lene Vistisen, afdelingschef for standarder og it-arkitektur, National Sundheds-it, SSI Fuld udbredelse og anvendelse af Fælles Medicinkort Birgitte Drewes, afdelingschef for it-udvikling og projekter, National Sundheds-it, SSI Sundhedsdata i spil Poul Erik Hansen, vicedirektør i National Sundhedsdokumentation og Forskning, SSI	SAL D-E
	B3: E-sundhed i overgang med borgeren i centrum <i>Ordstyrer: Sine Jensen, sundhedspolitisk medarbejder, Forbrugerrådet</i> Sammenhæng i den kliniske arbejdsplass på et hospital Else Lund Mikkelsen, afdelingsleder, Sundheds-it, Hospitalsenhed Midt Shared Care Platformen giver sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer Allan Nasser, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark Det lange og gennemsigtige hospital – nu med flowkoordinator med understøttelse af Klinisk Logistik, KL Christina Egelund Antonsen, innovationskonsulent og projektleder, Hospitalsenheden Horsens Klinisk Logistik - Reeltidskommunikation ved patientovergange i psykiatrien Gitte Vestergaard Clausen, sygeplejerske, Psykiatrien i Region Syddanmark, Psykiatrisk afdeling Esbjerg-Ribe	AUDITORIET
	C3: Den informerende, den deltagende og den styrende patient/borger <i>Ordstyrer: Soile Friis, formand for Lægesekretærforeningen</i> Ny generation af patienter kræver ny generation af IT-systemer Maria Hardt Schønnemann, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation Øget brugerinvolvering og patient empowerment gennem et online patient- og pårørende-community på Sygehus Lillebælt Ea Luise Andersen, Healthcare Director, Wemind A/S Helbredsprofilen.dk - et værktøj til borgere med KOL Anne Dalhoff Pedersen, sundhedfaglig konsulent, Region Sjælland Kommunikasjon, selvbetjening og tilgang til egen informasjon gjennom www.minjournal.no Sissel Jor, Seksjonsleder i Stab IKT, Oslo Universitetssykehus HF	SAL C
	D3: Telemedicin <i>Ordstyrer: Ole Filip Hansen, bestyrelsesmedlem, Dansk Selskab for Sygehusledelse</i> TeleCare Nord - telemedicin i storskala, og i samarbejde på tværs Helen Houmøller Rasmussen, projektleder, Sundhedsport og Organisationspor, TeleCare Nord Et tværsektorielt 'sundheds-hotspot' Thomas Hahn, ledende overlæge. ph.d., MPH, Hospitalsenheden Horsens Telemedicinsk sårvurdering: Kommunikation mellem patient, sygeplejersker og læger på hospital og i kommunen med patienten i centrum Jette Nissen, anvendelsesspecialist, IMT, Region Hovedstaden Klinisk Integreret Hjemmemonitorering og OpenTele Torben Lage Frandsen, senior projektleder, Region Hovedstaden - It, Medico og Telefon	SAL A-B
12:30	Frokost	
13:30	Plenumsession 5: Hvor er vi på vej hen? <i>Ordstyrer: Stig Kjær Andersen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet</i> Hvad har jeg hørt på konferencen? Flemming Christiansen, sektordirektør, sektor for National Sundheds-it Hvad bringer det næste år for e-sundheden? Jens Andersen, styregruppeformand, RSI og adm. direktør for Region Sjælland Farvel og på gensyn Stig Kjær Andersen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet	SAL A-B-C

14:30 Konferencen slutter



Beskrivelser af oplæggene - E-sundhedsobservatoriets årskonference 2013

I lighed med sidste år har E-sundhedsobservatoriet også i år opfordret sundhedsinformatikaktører til at indsende skriftlige forslag til mulige oplæg på konferencens parallelSESSIONER. Invitacionen udgik medio juni, og vi fik i september måned 111 forslag, som vi vil benytte lejligheden til at takke for. Efter en grundig gennemgang af dem alle, måtte vi vælge de 39 indlæg, der er plads til i de fire parallelspor på årets konference. Disse forslag udfylder nu rammerne for de temaer, der sammen med referencegruppen blev skitseret på et møde i foråret som værende relevante for årets konference. I nærværende publikation gengives de indsendte og u-redigerede beskrivelser af oplæggene i parallelSESSIONER sammen med en beskrivelse af key-note-oplæggene. Som deltager i konferencen har du, dels i erkendelse af det talte ords flygtighed, og dels som en faglig guide, et grundlag til at vælge hvilke præsentationer, du vil følge.

De skriftlige beskrivelser indeholder 3 budskaber, som foredragsholderen ønsker at formidle, og en kort informativ beskrivelse af det faglige indhold. Herudover er foredragsholder, øvrige deltageres i initiativet/projektet og e-mail-kontakt nævnt.

På www.e-sundhedsobservatoriet.dk/program har du mulighed for at evaluere de enkelte oplæg, du hører, samt finde slides fra præsentationerne umiddelbart efter, at de er afholdt. På samme hjemmeside kan du også stille supplerende spørgsmål og komme med dine egne kommentarer og erfaringer til oplægget og således indgå i en gensidig erfaringsudveksling med oplægsholderen og andre, der er fagligt interesseret i emnet. Vi håber, at du vil benytte dig af denne mulighed, og at vi dermed kan igangsætte nogle interessante faglige debatter og understøtte erfaringsudvekslingen på konferencen.

Du har under konferencen mulighed for at navigerer rundt i programmet via en konference app: kortlink.dk/d9fm

Vi modtager gerne kritik og forslag til forbedring, så konferencen kan blive endnu bedre næste år.

God læselyst!



Åbning af konferencen

Oplægsholder:

Astrid Krag, minister for sundhed og forebyggelse

Sundheds-it og digitalisering skal bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, og gøre sundhedspersonalets daglige arbejde lettere. Det er linjen i den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, som Regeringen, KL og Danske Regioner offentliggjorde i juni i år, og som er gældende frem til 2017. Med strategien er der sat en klar og ambitiøs kurs for digitaliseringsindsatsen: Vi skal have udbredt telemedicin i endnu større grad, alle relevante arbejdsgange skal understøttes digitalt og sundhedsvæsenets it-løsninger skal bindes bedre sammen.

I de kommende år vil behovet for at skabe sammenhæng og koordinering i sundhedsvæsenet blive endnu stærkere. Vi får flere kronikere, den specialiserede behandling skal foregå på færre sygehuse og flere opgaver skal løses tættere på patienten – eller hjemme hos patienten selv. For at vi kan løfte den udfordring skal vi bl.a. udbrede fælles it-løsninger i hele sundhedsvæsenet, og vi skal samle kræfterne om de løsninger, der allerede har vist deres værd. Med det udgangspunkt kan vi for alvor indhøste de gevinster, som bedre og mere brug af it-løsninger og velfærdsteknologi potentiel rummer for både patienter og personale.

Citizens and Systems - are they compatible?

Oplægsholder:

Michael Rigby, Health Information Strategy, Keele University, UK, <m.j.rigby@keele.ac.uk>

Hovedbudskaber:

- 1: Citizens expect effective and personalised health and care delivery. This needs the use of modern ICTs to ensure individual delivery and also quality and reliability
- 2: The systems necessary for ICT use and for organisational management can be very inflexible, and produce many barriers to access and to meeting of personalised patterns of care
- 3: European Science Foundation and OECD work shows the essential role of ICTs in smarter health care, but that social science research, and new ways of thinking, are the keys to progress

Beskrivelse:

Modern citizens are very service aware, thanks to better education, appreciation of service standards set by many commercial sectors, and the opportunities of the Information Age. Since health is a very individual and a very personal issue which has always emphasised attention to the individual, in the modern age citizens expect at least as personally tailored service in health and social care as in other aspects of life. The implication of this is that service delivery must be adjusted to the individual – both their clinical needs and their personal preferences.

To achieve safe, quality assured services the citizen recognises that organisations must have systems, for every aspect from coordinating diagnostic and treatment facilities through to quality assurance and coverage of sick leave. Health and social care organisations have to provide a complex set of services, and these have to be managed.

Without systems this would be impossible. However, systems themselves can be very restricting for the citizen, and provide a major barrier to their access and to system flexibility. So the means necessary for running a reliable service can be the very barrier to its success. How can this be resolved?

The solution can be reached by a new understanding of consumer-oriented heath informatics. Work by the European Science Foundation on harnessing ICTs to support health and wellness delivery in Europe emphasises the importance of social science research to find the best ways of making e-health effective in supporting patients and informal carers. The OECD has also published recent work on ICTs to support smarter heath systems. This need to take a smarter, person-centric view of the design and use of ICTs in health and social care will be explored in the session.

Hvordan forholder borgerne sig til udviklingen og brugen af e-sundhedsvæsenet?

Oplægsholder:

Pernille Bertelsen, Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU, <pernille@plan.aau.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Hvad er status for borgernes kendskab og holdning til sundheds-it i Danmark?
- 2: Hvad er borgernes konkrete erfaringer med sundheds-it i kommunikation med sundhedspersonalet og sundheds-væsenet?
- 3: Oplever borgerne at adgang til egne data på sundhed.dk børgerne gør dem bedre i stand til at tage hånd om deres egen sundhed?

Beskrivelse:

E-sundhedsobservatoriet har i år for første gang kortlagt borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it. Det er sket gennem en landsdækkende undersøgelse. 1058 borgere over 18 år fra et repræsentativt panel har deltaget anonymt i en kombiundersøgelse. 931 personer har besvaret et spørgeskema gennem internettet og 127 personer via telefoninterview.

Formålet med undersøgelsen har været at tage temperaturen på borgernes kendskab og holdning til sundheds-it samt deres anvendelse af borgernær sundheds-it. Benytter borgerne sig af internettet? Har borgerne smartphones? Hvilken former for sundheds-it registrerer borgerne, at de sundhedsprofessionelle anvender, når de mødes med patienterne? Søger borgerne efter sundhedsinformation på internettet og ikke mindst, hvad bruger borgerne sundhed.dk til? Vurderer borgerne, at de bliver bedre i stand til at tage hånd om egen sundhed ved at se egne sundhedsdata? Er der forskel på kronikkere og ikke kronikkeres holdning og anvendelse af sundheds-it?

Oplægget vil gennemgå undersøgelsens resultater og fremhæve de tendenser, der ses.

Hvad er status for klinikernes anvendelse af sundheds-it i Danmark?

Oplægsholder:

Christian Nøhr, Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU, <cn@plan.aau.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Hvad er status for klinikernes anvendelse af sundheds-it i Danmark?
- 2: Hvordan forholder klinikerne sig til udviklingen og brugen af sundheds-it-systemer?
- 3: Kan der peges på tendenser i måden sundheds-it bliver anvendt på?

Beskrivelse:

For fjerde år har E-sundhedsobservatoriet gennem en spørgeskemaundersøgelse til et udsnit af klinikere kortlagt anvendelsen af sundheds-it-systemer i Danmark. Både læger, sygeplejersker og lægesekretærer indgår i undersøgelsen. Undersøgelsen udforsker klinikernes anvendelse af it-systemer: antallet af log-ins i løbet af en arbejdssdag, antal brugernavne og passwords, hvilke sundheds-it-systemer de bruger, og hvor ofte de bruger dem, hvor meget tid de mener at have sparet ved at anvende it fremfor papir mm. For at kunne give input til strategiske initiativer blev brugerne også spurgt om, hvilke kliniske oplysninger de gerne vil dele med andre klinikere i sundhedsvæsenet. I det sidste afsnit af undersøgelsen tilkendegav brugerne deres generelle holdning til udviklingen og virkningerne af sundheds-informationssystemer på en fem-punkts-skala. Dette oplæg vil gennemgå de nyeste resultater fra undersøgelsen og sammenligne dem med de foregående år for at kunne påpege eventuelle tendenser.

Ledelse i e-sundhedsvæsenet

Oplægsholder:

Dorte Stigaard, Regional udvikling, it, kommunikation, innovation, Region Nordjylland, <dorte.stigaard@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad karakteriserer e-sundhedsvæsenet version 3.0 anno 2013 – har vi et paradigmeskift med fokus på patienten? Og kan det lykkes os at gå fra ”et land af pilotprojekter” til sammenhængende og landsdækkende løsninger?
2. Tværsektoriel telemedicin-samarbejde i stor skala ikke alene **om**, men **med** patienten – hvad kræver det af aktører i kommuner, almen praksis og på sygehusene?
3. Digital Ledelse – hvad er det, når det ikke kun handler om at understøtte det, vi plejer at gøre med it, men at ændre kerneydelsen ved hjælp af it?

Beskrivelse:

Dansk sundheds-it er meget bedre end sit rygte, og udlandet kigger til Danmark for at lære af os; men hvad er det, vi gør, og allerede gør godt, og hvad er det, vi skal blive endnu bedre til? Indlægget forsøger at give et bud på ikke kun barrierer, men også muligheder for, at Danmark kommer helt i top, og bevidst ikke kun sætter, men også udfører en e-sundhedsdagsorden, der bidrager til mest mulig sundhed for pengene. Eksempelvis: hvordan flytter vi reelt fokus fra at bruge it til at gøre hverdagen nemmere for de sundhedsprofessionelle, til også at gøre livet bedre for de mange borgere, der lever med kronisk sygdom. Kan vi? - og vil vi? – genopfinde den måde, vi leverer kerneydelsen sundhed og velfærd på? Og hvad skal der til?

Indlægget tager bl.a. udgangspunkt i TeleCare Nord, hvor 1256 KOL-patienter i Nordjylland har sagt ja til at gå i gang med telemedicinsk hjemmemonitorering – og hvor sygehus, almen praksis og kommune samarbejder både om og med patienten i en helt ny rolle- og ansvarsfordeling. Projektet er det første storskalaforsøg med tilknyttet forskning, der skal skabe evidens for de faktiske gevinstre ved telemedicinsk hjemmemonitorering.

Telesundhed: Kommunernes vision om telesundhed skal realisere ambitionerne i det politiske udspil om ”Det nære sundhedsvæsen”

Oplægsholder:

Christian Harsløf, Social og Sundhed, KL, <cnh@kl.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Telesundhed skal give borgeren mulighed for at forsætte med at leve sit daglige liv med sygdom og funktionsned-sættelse
- 2: Telesundhed skal understøtte forebyggelse og sundhedsfremme ved at motivere og fastholde raske som syge borgere i ændrede vaner
- 3: Telesundhed skal som minimum tilbyde den samme kvalitet som traditionelle ydelser/tilbud i den samlede sundhedssektor, samtidig med at ydelserne leveres mere effektivt

Beskrivelse:

Med et begreb som telesundhed håber KL at flytte fokus fra diagnose til borger, når det kommer til brugen af teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet. Borgeren er mere end sygdom og diagnoser.

Med udgangspunkt i borgerens eget liv og egne it-vaner ønsker kommunerne at skabe et bedre grundlag for, at borgerne kan mestre eget liv og deltage aktivt i egen forebyggelse, genoptræning og behandling – når borgeren selv ønsker det, frem for på et bestemt sted på et bestemt tidspunkt.

”Længst muligt i eget hjem” er en velkendt tankegang i kommunerne. Den rummer hele essensen af begrebet telesundhed. Teknologien har et større potentiale end hidtil udnyttet. Teknologiens muligheder skal tænkes bredere og i nogle tilfælde som en mulig erstatning for indlæggelse. Fokus skal være på borgeren – ikke på patienten og den kliniske diagnose alene.

Telesundhed defineres som brugen af informations- og kommunikationsteknologi til at understøtte forebyggende, behandelende og rehabiliterende indsatser. Strategien er en del af hele tankegangen bag KL's sundhedspolitiske udspil ”Det nære sundhedsvæsen”.

Telesundhed skal være et af værktøjerne til at nå kommunernes målsætninger på sundheds- og plejeområdet. Kommunerne har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis og sygehuse om at give danskerne et sundere og længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne.

En forudsætning udbredelse af telesundhed er, at teknikken er i orden. Det kræver bl.a. god bredbåndsforbindelse og mobil-dækning, ressourcer til opsætning af udstyr i borgernes hjem, modning af ny-udviklet it-udstyr og mere samlede og integrerede systemer. Men vi skal ikke lade os bremse af teknologien eller økonomiske forhindringer. Vi skal bare i gang. Hvis vi arbejder på tværs af sektorerne, er der masser af muligheder for at finde løsninger inden for de eksisterende rammer.”

Telecare Nord: Et mønstereksempel på et samarbejdende sundhedsvæsen fra Region Nordjylland - set fra et kommunalt perspektiv

Oplægsholder:

Birgit Simonsen, Aalborg Kommune, <BSI-aeh@ aalborg.dk>

Hovedbudskaber:

1. Ide og opstart af Telecare Nord projekt
2. Fokus på samarbejde mellem de mange tværsektorielle aktører
3. Samarbejde tværfagligt i kommunen

Beskrivelse:

Ad 1: Telecare Nord udspringer af et tidligere telemedicinsk projekt, Telekat som havde vist stort potentiale for patient empowerment og for besparelser ved at undgå indlæggelse på sygehus. Aalborg universitet indledte et samarbejde med Region Nordjylland, herunder hospitaler og praktiserende læger, de 11 kommuner i regionen og Danmarks lungeførening, for at laves et fælles solidt arbejde og forskningsprojekt til gavn for KOL patienterne.

Ad 2: I Telecare Nord projektet er der fokus på at der etableres arbejdsgrupper med deltagere fra alle sektorer og på flere niveauer, fra direktører og administratorer til læger og sygeplejersken der arbejder ude hos patienten. Der arbejdes med at skabe fælles løsninger og fælles vejledninger om implementeringen af Telecare Nord.

Ad 3: I kommunerne ligger ansvar for undervisning af patienterne, og opfølgning på de data patienterne sender hver uge. For at tilbyde bedst mulig undervisning arbejdes der tværfagligt blandt sygeplejersker, terapeuter, plejepersonale og på tværs af forvaltninger ældreforvaltning og sundhedscenter.

Telesår: Udbredelse af telesårløsning mindsker antallet af amputationer og andre komplikationer

Oplægsholder:

Grethe Nielsen, Center for IT, digitalisering og velfærdsteknologi, Frederikshavn Kommune, <glni@frederikshavn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Fællesløsninger implementeres i fællesskab
2. Implementering af Telemedicinsk Sårvurdering gør udfordringerne og mulighederne i Telesundhed nærværende
3. Vi vil gerne Telesundhed, - er vi klar til drift?

Beskrivelse:

Alle regioner og kommuner skal implementere Telemedicinsk Sårvurdering. Projektet er et af de fem initiativer i "National handlingsplan for udbredelse af Telemedicin". Projektet er dermed et fælles nationalt udbredelsesprojekt hvor MedCom har projektledelsen. Udbredelsen gennemføres i perioden september 2012 til august 2015. Der er bevilliget 30 mill. kr.

1. Fællesløsninger implementeres i fællesskab

Rammerne for projektet giver mulighed for at arbejde med fælles nationale værktøjer, vejledninger og IT- løsning og nøgleområderne i arbejdet er således:

- ▷ Anskaffelse af teknologisk løsning (udbud), herunder integrationsløsning til kliniske systemer (EPJ, EOJ) koordinering til langsigtede løsninger
- ▷ Udbredelse af IT-løsning
- ▷ Organisatorisk udbredelse
- ▷ Kompetence udvikling
- ▷ Kvalificering af business case
- ▷ Monitorering og evaluering af projektet

Under disse givne rammer skal løsningen implementeres i fællesskab mellem hver region og de tilhørende kommuner. Region Nordjylland, de tilhørende kommuner og lægepraksis har efterhånden nogen erfaring med at implementere IT-løsninger i fællesskab. I indlægget præsenteres, hvordan den praktiske implementering er grebet an i fællesskabet på tværs af sektorer og hvordan Frederikshavn Kommune internt organiserer et telemedicinsk implementeringsprojekt.

2. Implementering af Telemedicinsk Sårvurdering gør udfordringerne og mulighederne i Telesundhed nærværende

I lighed med mange andre kommuner har Frederikshavn Kommune deltaget i forskellige pilotforsøg, ofte forskningsprojekter, hvor telemedicinske teknologier er blevet afprøvet i mindre skala for efterfølgende at blive lukket ned igen efter endt projektperiode. Med implementering af Telemedicinsk Sårvurdering gælder det! Løsningen implementeres overalt i kommunen og er kommet for at blive. Dermed bliver udfordringerne og mulighederne meget tydelige. I indlægget gives der indsigt i disse forhold og hvad de betyder for den praktiske implementering i kommunen.

3. Vi vil gerne Telesundhed, – er vi klar til drift?

Med alle de fællesoffentlige initiativer for implementering af Telesundheds løsninger, kan kommunerne opleve et pres i forhold til de mange nye opgaver. Telemedicinsk Sårvurdering er et af mange kommende fællesløsninger. Hertil kommer givetvis flere i takt med den teknologiske udvikling og personalets bevidsthed omkring mulighederne indenfor velfærdsteknologi. Men er kommunerne overhovedet klar til at tage imod alle løsningerne. I indlægget gives et bud på hvilke udfordringer, der skal tages op - og løses - før Telesundhed kan blive til virkelighed.

Fælles Medicinkort: Kommunerne har med benhård organisering forpligtet sig til udbredelse af det Fælles Medicinkort i 2014/15**Oplægsholder:**

Poul Erik Kristensen, Social og Sundhed, KL, <PRK@kl.dk>

Hovedbudskaber:

1. Systematisk monitorering skal sikre synlighed i forhold til kommunal fremdrift
2. Stram programstyring skal støtte den kommunale implementering
3. Implementeringsstøtte skal hjælpe implementeringen i kommunerne

Beskrivelse:

KL har i forårets økonomiaftale med regeringen forpligtet 98 kommuner til at tage det Fælles Medicinkort i brug teknisk i løbet af 2014 og organisatorisk i medio 2015. Der er tale om en meget ambitiøs tidsplan som kræver stram styring, programledelse, monitorering og implementeringsstøtte til kommunerne.

KL har etableret et implementeringsprogram som skal støtte kommunerne i implementeringen. Programmet har bl.a. fastlagt en "bølgeplan" for kommunernes implementering som vil ske i tre bølger. Programmet har også udviklet en række støtteværktøjer til kommunerne bl.a. en implementeringsdrejebog og generiske arbejdsgange.

Til at følge projektets fremdrift har KL sammen med kommunerne etableret en styregruppe under KL's direktion med 5 kommunale social- og sundhedsdirektører – én fra hver KKR, leverandører af it-systemer og NSI. Styregruppen skal overvåge og sikre fremdrift i implementeringen.

MedCom har fået til opgave at støtte de 98 kommunale implementeringsprojekter med implementeringsstøtte.

Healthcare DENMARK – national e-sundhed i international perspektiv

Oplægsholder:

Hans Erik Henriksen, Healthcare DENMARK, <heh@healthcaredenmark.dk>

Hovedbudskaber:

1. Healthcare DENMARK is a public-private partnership with a national mandate to promote Danish healthcare solutions, state-of-art projects and competencies abroad.
2. The national and international Healthcare DENMARK network can contribute to Danish e-health and telemedicine projects through exchange of knowledge and experience.
3. Healthcare DENMARK information and promotion activities can help ensure, that experience from successful projects in Denmark can be utilized to create progress and innovation in similar projects.e

Beskrivelse:

Healthcare DENMARK is founded by:

- ▷ The Ministry of Business and Growth
- ▷ The Ministry of Health
- ▷ The Ministry of Foreign Affairs
- ▷ Confederation of Danish Industry
- ▷ Danish Regions
- ▷ Region of Southern Denmark
- ▷ KMD
- ▷ Falck
- ▷ Systematic
- ▷ COWI

Background and motivation:

Denmark has an international reputation for being in the lead with healthcare and healthcare-IT.

The National Strategy for digitalization of Healthcare 2013-2017, the Danish strategy for Telemedicine and the Danish Government Growth plan for healthcare and welfare, are powerful initiatives, which will contribute to keeping the Danish elite position in the future.

However, it is a prerequisite that we ensure a strong dialogue and knowledge sharing between the leading pilot and development projects, which are key to fulfilling the objectives of the initiatives, and that this is established both on a domestic and international level.

Description:

Healthcare DENMARK will contribute to national and international knowledge sharing as the gateway and organizer of foreign delegation visits, to see Danish healthcare solutions and projects in action. In a similar way, Healthcare DENMARK will be involved in Danish delegation visits abroad.

Healthcare DENMARK will work with leading e-health and telemedicine projects in Denmark to ensure that experiences, innovation and knowledge can be used in similar projects. This will be facilitated through foreign delegation visits and/or articles or newsletters.

The presentation:

The presentation will introduce Healthcare DENMARK and present current Healthcare DENMARK activities. This part of the presentation will include the Patientville exhibition concept, which is supported by a broad range of Danish healthcare organisations, hospitals and municipalities.

Healthcare DENMARK 2014 and 2015 plan and activities will be covered in the presentation, with the objective to give the audience a solid overview of how and when they can benefit from Healthcare DENMARK.

The presentation will also present the key innovative and successful e-health projects, which are currently on the Healthcare DENMARK radar, and invite the audience to help identify other important current or future projects, which Healthcare DENMARK should be aware of.

Telemedicinsk landkort

Oplægsholder:

Lars Hulbæk, MedCom, <LHF@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1. Etablering og vedligeholdelse af en oversigt over telemedicinske aktiviteter i Danmark udspringer af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin i Danmark
2. Det telemedicinske landkort etableres i regi af MedCom, i samarbejde med alle regioner og det kommunale KKR Digitaliseringsnetværk, for at sikre let adgang til erfaringssudveksling
3. Første version af kortlægningen præsenteres, sammen med den bagvediggende nationale database over danske telemedicinske projekter og driftsaktiviteter.

Beskrivelse:

Regeringen, Danske Regioner og KL lancerede i august 2012 en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin i Danmark. Udenfor 5 konkrete telemedicinske modnings - og udbredelsesprojekter, indebærer handlingsplanen 3 initiativer, der skal forbedre rammerne for udbredt anvendelse af telemedicin. Herunder etableringen af et telemedicinsk landkort i regi af MedCom. Initiativet har til formål at bidrage til et samlet og systematisk overblik over, hvilke telemedicinske koncepter der anvendes hvor og i hvilket omfang. Et sådant nationalt overblik vil give mulighed for, at organisationer og myndigheder, der ønsker at implementere telemedicin, kan drage nytte af allerede eksisterende erfaringer og viden.

Der er indenfor de sidste 3-4 år foretaget flere kortlægninger af telemedicinske initiativer i Danmark, der udgør et godt fundament for det fremadrettede arbejde med det nationale overblik:

- ▷ MedCom foretog en kortlægning for ABT-fonden i 2010
- ▷ RSI foretog en kortlægning af regional telemedicin i 2011
- ▷ NSI foretog en kortlægning af tværsektoriel telemedicin i regi af Det Rådgivende Udvælg vedr. Telemedicin i foråret 2012
- ▷ KL foretog en kortlægning af kommunal telesundhed i efteråret 2012

På denne baggrund har MedComs styregruppe besluttet, at

- ▷ kortlægningsarbejdet forankres i en mindre arbejdsgruppe med repræsentanter udpeget af NSI, KL, RSI og relevante forskningsmiljøer under MedComs projektledelse
- ▷ der med afsæt i de eksisterende og igangværende kortlægninger fastlægges få, men centrale parametre med henblik på at kategorisere nuværende og fremtidige telemedicinske aktiviteter i Danmark
- ▷ kortlægningen løbende opdateres via en proaktiv og opsøgende indsats fra MedCom
- ▷ kortlægningen lægges til grund for en kort årlig redegørelse om telemedicin, der forankres i den nationale programstyregruppe for Telemedicin
- ▷ kortlægning og redegørelse udarbejdes første gang i december 2013

RSIs telemedicinske vidensforum og KLs KKR Digitaliseringsnetværk har bakket aktivt op om etablering og opdatering af en fælles national database i regi af MedCom. Databasen indeholder en obligatorisk del med overordnede oplysninger om den telemedicinske aktivitet (stamdata, parter, resultater, finansiering og redigering) og en efterfølgende mulighed for en uddybende registrering indenfor kategorierne

- ▷ Medicinske specialer
- ▷ Aktiviteter
- ▷ Forløbsprogrammer
- ▷ Lokaliteter
- ▷ Teknologier

Oplægget præsenterer den første udgave af det telemedicinske landkort, der i 2013 tilstræber at etablere et dækkende, men relativt overfladisk overblik over telemedicinsk aktivitet i Danmark, ligesom de allerede eksisterende muligheder for at udvide kortlægningen i dybden, gennemgås. Alle interessererde kan få adgang til databasen og på MedComs stand vil det under konferencen være muligt at blive oprettet som bruger og få registreret sit telemedicinske projekt, hvis det ikke allerede er registreret i databasen.

e-journal - adgang til sygehusjournaler og praksisdata

Oplægsholder:

Jens Rahbek Nørgaard, MedCom - det danske sundhedsdatanet , <jrn@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1. e-journal har – gennem sin brede anvendelse – givet et bedre beslutningsgrundlag for udredning og behandling af patienter på tværs af offentlige sygehuse og har forbedret patientsikkerheden.
2. e-journal har givet en række gevinst i samarbejdet mellem sygehuse og med patienter: Der behøves hverken fax af journaler mellem sygehuse eller print af journaler i forbindelse med aktindsigt.
3. e-journal har været det første tværgående storskala-projekt, hvor borgere får bred indsigt i egne journaler. På årsbasis kigger 6 % af befolkningen på egne data i e-journal.

Baggrund og motivation:

I 2007 slog e-journal dørene op for adgang til journaldata fra de første offentlige sygehuse. Dette skete som et pilotprojekt i det tidligere Viborg Amt's område. Siden er alle offentlige sygehuse blevet dataleverandører og fra februar 2013 er der også data tilgængelige fra praksis og i nogen grad fra speciallæger. E-journal har levet et stille liv, og udbredelsesarbejdet kunne bestemt have været gjort mere intensivt, men bl.a. gennem mund til mund metoden er anvendelsen på sygehusene blevet stor.

Målet med indførelsen af e-journal var at sikre et bedre kvalitativt overblik over, og tilgang til vigtige journaldata i forbindelse med patientudredning og behandling, ligesom at arbejdsgange i forbindelse med dataindsamling kunne effektiviseres.

Beskrivelse:

e-journal har nu fungeret siden 2007 med støt stigende anvendelse. Som national datakilde udstilles der fra offentlige sygehuse oplysninger om behandlinger, diagnoser, cave og epikriser samt notater, ligesom der fra praksis udstilles oplysninger om ydelser, diagnoser, medicin og labsvar. E-journal udstiller data gennem en webgrænseflade som vises dels i sygehusenes EPJ-systemer, dels via sundhed.dk for praksislæger og borgere. E-journal kan også udstille data i en webservice snitflade, som fx Region Sjælland har benyttet sig af. Her viser man på akutafdelinger e-journal data i en applikation som visuelt relaterer data til en menneskelig kropsfigur. Den kommende sundhedsjournal udnytter også denne eksterne snitflade.

Indlægget:

I indlægget gøres der kort rede for e-journalens aktuelle status, og de opsamlede erfaringer med anvendelsen af e-journal vil blive præsenteret, ligesom de forretnings- og sikkerhedsmæssige aspekter, kort vil blive gennemgået. E-journalen bliver en del af den kommende sundhedsjournal og denne relation vil blive belyst.

Der kigges også fremad i forhold til den samlede tværregionale rigdom af data som vil kunne benyttes i forhold til planlægning, epidemiologisk forskning, mulige kommende fagspecialiserede visualiseringer, interview og spørgeskemaundersøgelser af "den empowerede patient" samt visioner for en generel borgerforklaringservice, som vil kunne hjælpe patienten med at forstå sine egne data.

Hvor nemt er det at få adgang til viden fra hinandens projekter?

Oplægsholder:

Lars Kayser, Københavns Universitet, <lk@sund.ku.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Neel Kolthoff Jakobsen, Københavns Universitet, <xlf146@alumni.ku.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det er vanskeligt at få overblik over igangværende og afsluttede projekter inden for telesundhed
2. Både bevilingshaver og bevillingsgiver har et fælles ansvar for formidling af projekter
3. Det anbefales at etablere en national database med stor fleksibilitet mhp. løbende at kunne formidle resultater dynamisk

Baggrund og motivation:

Sundhedsvæsenet står over for en stor udfordring i form af det stigende antal patienter med kroniske sygdomme og færre hænder til rådighed. En mulig løsning er at udvikle nye veje baseret på teknologi, fx telemedicin.

Der pågår mange undersøgelser over, hvordan telemedicin kan implementeres. Det er dog karakteristisk, at de fleste projekter foregår i lokale miljøer med et begrænset antal patienter og med en tendens til, at tidligere undersøgelser helt eller delvist gentages i stedet for at bygge videre på opnåede erfaringer.

Beskrivelse:

Det er blevet undersøgt, hvordan viden fra projekter støttet i perioden 2008-2010 er formidlet videre, for at forstå om der her kan ligge en barriere for videndeling mellem tidligere og igangværende projekter. Der er kontaktet 16 fonde for at få identificeret telemedicinske projekter i hjemmet. Der blev identificeret 71 projekter, der efter eksklusion ud fra kriterierne om tidsperiode og behandling eller overvågning af patienter i hjemmet, er reduceret til 19.

Det var vanskeligt at identificere bevillinger og at adskille projekter fra hinanden, da både fonde og projekter skiftede navne og beskrivelser. Ligeledes var det svært at gennemskue indhold i de enkelte projektbevillinger, da de nogle gange gik til de samme projekter, der undervejs fik nye tilhørersforhold.

Indlægget:

Der vil blive præsenteret gode eksempler på, hvordan både bevillingsgivere og bevillingshavere kan formidle mere bredt og dermed bidrage til, at nye projekter kan bygge videre på opnået erfaring. Det illustreres, at det er svært at opnå en systematisk viden om telemedicinske projekter, da der ikke findes et fælles forum for formidling af disse. Der konstateres et behov for et fælles sted, der kan formidle dynamikken i projekterne og give indblik i både igangværende og afsluttede projekter.

Anvendelse af brugerdreven innovation ved udvikling af elektroniske plejeplaner til kritisk syge patienter på intensivafdelinger i Danmark

Oplægsholder:

René Richard Andersen, Bispebjerg Hospital, <rene.richard.andersen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Mette Rosendahl-Nielsen, Rigshospitalet, <mette.rosendahl-nielsen@regionh.dk>

Gitte Vang Gundersen, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, <gitte.vang.gundersen@slb.regionssyddanmark.dk>

Pernille Kirkvåg, Daintel, <pk@daintel.com>

Hovedbudskaber:

1. Anvendelse af Brugerdreven innovation til udvikling af plejeplaner til kritisk syge patienter
2. Beskrivelse af det færdige resultat og hvad der kom med (i forhold til ønsker)
3. Hvordan er implementering/udrulning er gået i afdelingerne

Beskrivelse:

I forbindelse med udviklingsarbejdet, blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af tre intensivsygeplejersker med særlig specialekompetence fra tre forskellige intensive afdelinger i Danmark. Over flere work-shop blev der arbejdet med forskellige og nyskabende forslag/idéer til plejeplaner til kritisk syge patienter. Brugerdreven innovation er bevidst anvendt i udviklingsforløbet, hvilket i denne sammenhæng betyder, at dét som kom ud af processen, ikke var drevet af et fokus på virksomhedenes ønsker, men udfra et fokus på og forståelse af, slutbrugernes arbejdsgange og deres behov.

Baggrund og motivation:

For den kritisk syge patient, er informations- og datamængden så stor, at det særligt vigtigt at skabe overblik over problemråder, der skiller sig ud og kræver særlig pleje og handling fra sygeplejerskens side. Med plejeplaner ønskes det, at gøre sygeplejen mere kontinuerlig for patienterne og samtidig forsøge at sikre en ensartethed i plejen. Der sættes ord på sygeplejen og sygeplejerskernes handlinger bliver mere synlige i journalen. Ved indførelse af plejeplaner skabes der grundlag for at evaluere og ændre de enkelte plejeresultater. Det var derfor et naturligt behov/stort ønske fra den kliniske praksis, at få mulighed for at udvikle elektroniske plejeplaner i den eksisterende specialejournal, som kunne anvendes som redskab journal, til at beskrive, planlægge, og dokumentere og evaluere sygeplejen for de særlige problemområder for netop denne patientkategori. Ønsket til plejeplanerne var både, at de skulle skabe over-blik, sikre kontinuitet og synliggøre sygeplejerskernes handlinger, samt gøre det muligt at opsamle data, der efterfølgende kunne bruges til at evaluere og udvikle plejen.

Indlægget:

I indlægget beskrives processen med samarbejdet og koordineringen af et privat-offentligt samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og den private leverandør af specialesystemer til intensiv afdelinger. Der blev arbejdet med Participatory Design (PD)1 hvor inddragelse af slutbrugerne i udviklingen af plejeplaner har været styrende for processen. Arbejdsgruppen har fra starten af processen defineret ønsker og behov ved hjælp af pap-kort og efterfølgende præsenteret for mock-up af design/brugergrænseflade, med ændringer undervejs. Slutbrugernes fælles forståelse af dokumentation og faglig viden omkring særlig pleje til kritisk syge patienter, har været vigtig for processen. Slutbrugerne har hele tiden været meget tæt på udviklingsprocessen og haft meget stor indflydelse på det endelige resultat. Virksomheden har bevidst valgt, at bruge af denne metode, som en unik mulighed til, at forstå problemområdet via de kliniske eksperter på det specifikke område. Arbejdet resulterede i udviklingen af en ny journaltype i det eksisterende elektroniske specialesystem med implementering og udrulning medio 2013 til alle intensivafdelinger med samme system.

Tillids- og ansvarsrelationer i teknologiunderstøttede sundhedsydeler - til patient@home for Syddansk Sundhedsinnovation

Oplægsholder:

Helle Sofie Wentzer, KORA, Det nationale institut for kommuner og regioners analyse og forskning, <hewe@kora.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anne Smetana, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syd, <Anne.Smetana@rsyd.dk>

Diana Arsovic Nielsen, Syddansk Sundhedsinnovatorie, Region Syd, <Diana.Arsovic.Nielsen@rsyd.dk>

Louise Mølholt, Syddansk Sundhedsinnovatorie, Region Syd, <Louise.Molholt@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det etiske møde mellem patient og kliniker ændrer sig ved ikt's mellemkomst, herunder muligheder for at erfare den andens situation og dermed betingelserne for at opretholde tillid og ansvar.
2. Brugernes erfaringer kan med fordel indgå som etiske guidelines i ikt-udviklings- og implementerings processer, særligt via identificering af etiske dilemmaer for anvendelsen.
3. Dramaturgiske spots med Brugerfortællinger og Personas for 'hjemmepatient' og 'tværkliniker' kan inspirere ikt-udviklere og understøtte tillids- og ansvarsroller i fremtidige e-patientforløb.

Baggrund og motivation:

Patient@home er et stort nationalt velfærdsteknologiske forsknings- og innovationsprojekt med fokus på nye teknologier og services til den offentlige danske sundhedssektor. KORA bistår Syddansk Sundhedsinnovation med arbejdspakken Etiske guidelines gennem samarbejdsprojektet Tillids- og ansvarsdesign i Patient@home. Projektet inddrager telemedicinske erfaringer hos forskere, borgere og klinikere i kommune, sygehus og almen praksis med henblik på at synliggøre etiske dilemmaer, der er centrale for: i. bevarelsen og kontinuiteten af tillid og ansvar mellem patient og kliniker i ikt-medierede ydelser. ii. At åbne op for implicitte værdier i brugerens praksis og identitet, der kan inspirere den fortsatte design- og implementeringsproces af ikt med forventninger og krav til teknologien og fremtidens brugere: 'hjemmepatienter' og 'tværklinikere'.

Beskrivelse:

Projektet identificerer fire kontinuitetsproblemer for bevarelsen af tillid og ansvar mellem patient og kliniker i patientbehandlingsforløb med ikt/telemedicin.

- ▷ Introduktion: screeningdilemma: hvilke patienter skal have tilbuddet? Hvorfor og skal de kunne sige nej tak?
- ▷ Installation og oplæring: teknik, brug og formål? Hvem, hvordan og hvor i hjemmets fysiske rammer og signalværdi ift. venner og familie?
- ▷ Tele-behandling: analyse- og kommunikations-arbejde: organisering og kompetencer?
- ▷ Opfølgning/afslutning på forløb: Rettigheder og mulighed ved kronisk sygdom

Overstående kontinuitetsdilemmaer i behandlingsforløb med hjemmeteknologier gav i en række workshops anledning til at angive hvilke karakteregenskaber hos henholdsvis 'hjemmepatienten' og 'tværklinkeren', der understøtter kontinuiteten i deres ikt-medieret samarbejde. Disse præsenteres i oplægget.

Indlægget:

Indlægget har tre hovedformål:

- ▷ At præsentere argumenter for de etisk funderede metodologi for udvikling og inddragelse af brugererfaringer i design og implementering af ikt-medierede sundhedsydeler.
- ▷ At give publikum en forståelse af analyseramme, empiriindsamling og del-resultater, herunder uddelegering af tillid og ansvar til teknologien, brugeroplæring, egenomsorg og arbejdsrammer i sundhedsinstitutioner for analyse og individuel kommunikation.
- ▷ At præsentere projektprodukterne. Disse er personas og brugerfortællinger. Tre Personas beskriver brugeregenskaberne for henholdsvis 'Tværklinkeren', 'Hjemmepatienten' og 'Pårørende'. Persona'erne kan bidrage til at målrette de tekniske produkter i patient@home til centrale brugergrupper og deres brugskontekst. To drejebøger /manuskripter til filmspots med brugerfortællinger, der har til hensigt at støtte udviklings- og implementeringsprocesser ift. at etablere forståelser af og refleksioner hos centrale brugergrupper om ændringer i ansvars- og tillidsrelationer ved ikt-medierede sundhedsydeler i hjemmet.

Utbryte av brukerdreven innovasjon – Sett fra leverandørens side

Oplægsholder:

Espen Semb, Imatis AS, <espen.semb@lmatis.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Anette Dahl Høm, Region Sjælland, <adho@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Suksesskriterier for vellykket innovasjon mellom bruker og leverandør
2. En vellykket organisering og arbeidsform for brukerdreven innovasjon
3. Leverandørens nytteverdi og utbytte av offentlig og privat samarbeid og brukerdreven innovasjon

Beskrivelse:

I forbindelse med anskafflser av IT-systemer og løsninger for helsesektoren har tradisjonelt kravene til den endelige løsningen blitt definert på forhånd. Gruppen som definerer kravene til løsningen er ofte relativt kvalifiserte, men har ofte begrenset med tid og også forkunnskap om hva som er mulig å få til. Næringsaktører og leverandører som besvarer kravene tilstreber å levere løsning innenfor riktig kostnad, tid og kvalitet og slik sett oppfylle de kravene som stilles til anskaffelsen. En slik modell gir ofte "stive" kontrakter og løsninger hvor det er liten mulighet for korrigeringer underveis i prosessen. Ofte opplever man i ettertid at man ville hatt andre krav i kontrakten om hadde nok forkunnskap. Brukerne som skal begynne å bruke løsningen er heller ikke alltid like fornøyd med å ta i bruk en slik løsning.

Om man i anskaffelsesprosessen hadde koplet Næringsaktører og gode forskningsmiljøer tettere på arbeidet med å utvikle mer innovative innkjøpsprosesser, burde man kunne skaffe tilstrekkelig kunnskap før selve anskaffelsen, og i stor grad kunne gi mye bedre løsninger. Dersom man i tillegg hadde muligheten for å korrigere underveis ville brukerne på en langt større måte kunne bli inndradt til utvikling av den endelige løsningen.

I dette innlegget beskrives en vellykket prosjektgjennomføringen av et FOU prosjekt i samarbeid mellom Region Sjælland / Roskilde Universitet og Imatis. Innlegget belyser organisering av et prosjekt hvor det i stor grad tillates justeringer underveis. Hvilke utfordringer og hvilke gevinstar kan man ha ved å tillate justeringer underveis. Hvilke fordeler og hvilke ulemper opplever man ved å involvere brukere i selve innovasjonsprosessen.

Hva kreves for å få satt et brukerdrevet produkt i produksjon uten at utviklingen oppleves som anarki og kaotisk. Kan en brukerdreven innovasjon settes i storstilt produksjon?

Innlegget vil også belyse hva en leverandør får ut av å delta i et FOU prosjekt med kunde hvor utvikling er brukerdrevet. Kan en brukerdrevet utvikling gi leverandøren et generisk produkt som kan brukes av andre kunder eller fører dette til at man har laget en prosjektløsning som passer den enkelte avdeling/lokasjon man samarbeider med?

MidtEPJ efterimplementering, Aarhus Universitetshospital (AUH) - en understøttende og udviklende proces

Oplægsholder:

Anita Rasmussen, Sundheds-It, AUH, <aniras@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Implementering af elektronisk patientjournal (MidtEPJ) er en kontinuerlig proces, hvor fokus på vedligehold og udvikling rækker langt videre end selve ibrugtagningen.
2. Sundheds-It, AUH er startet på et omfattende efterimplementeringsprojekt hvis primære formål er, at optimere udnyttelsen og standardisere anvendelsen af MidtEPJ med høj grad af brugerinddragelse.
3. For at opnå det optimale udbytte af investeringerne i MidtEPJ skal anvendelsen optimeres og standardiseres på tværs af de enkelte hospitalsafdelinger og i hele regionen.

Baggrund og motivation:

I 2010 vedtog Regionsrådet i Region Midtjylland at udrulle den fulde version af MidtEPJ på alle regionens sygehuse. Fra maj 2011 til marts 2012 blev MidtEPJ implementeret på 26 kliniske afdelinger og 20 kliniske serviceafdelinger på AUH til ialt 8800 aktive brugere.

Processen foregik med stor brugerinddragelse og der blev afholdt mellem 3 og 10 workshops med deltagelse af kommende brugere i hver afdeling, for at få konfigureret afdelingens EPJ journal mhp. den afdelingsspecifikke kliniske dokumentation.

Da implementeringen foregik meget komprimeret og med stor lydhørhed overfor de forskellige afdelingers ønsker, har det efterfølgende vist sig et behov for at få ensartet arbejdsgange på tværs af hospitalet og regionen. Den proces skal bl.a. forgå som en gennemgang af eksisterende konfiguration indenfor booking, klinisk proces og den patientadministrative del i de enkelte afdelinger.

Derfor vedtog EPJ-rådet, AUH i sommeren 2012 en plan for systematisk EPJ efterimplementering.

Beskrivelse:

Projektets formål er sammen med afdelingerne at få fokus på brugen af EPJ,

herunder:

- ▷ kvalitet i dokumentation
- ▷ ensretning og gode arbejdsgange
- ▷ sammenhængende patientforløb
- ▷ vidensopsamling og –deling
- ▷ EPJ funktionaliteter, brug og ibrugtagning af disse

Vi har indtil nu gennemgået 50% af afdelingerne og forventer at kunne afslutte projektet i efteråret 2014.

Foreløbige resultater:

Efterimplementeringen synliggør:

- ▷ at ikke alle de funktionaliteter, som kom i drift under implementeringen, er taget i brug.
- ▷ de muligheder for struktureret dokumentation, som EPJ giver, anvendes ikke altid.
- ▷ der er stadig papirdokumentation, som kan flyttes til EPJ.
- ▷ der findes områder i EPJ, hvor der løbende er behov for "oprydning".
- ▷ brugerne har behov for løbende og gentaget fokus på forskellige EPJ funktionaliteter.
- ▷ der er brug for dialog på tværs af fagligheder, afdelinger og matrikler mhp. etablering af en fælles forståelse for de generelle såvel som de lokale udfordringer.
- ▷ vigtigheden af, at hver afdeling har en plan for hvordan nye funktionaliteter implementeres.
- ▷ at der er afsat ansvarlige personer afdelingsnært til fx at konfigurere nye regionale beslutninger og understøtte nye arbejdsgange.

Indlægget:

Her præsenteres organiseringen af og processen for efterimplementeringen samt de resultater, der på nuværende er kommet ud af projektet.

Der vises eksempler på udvalgte problempunkter, som har vist sig på afdelinger, vi har besøgt.

Hvordan vi vha. målrettet kommunikation til nøglepersoner og bredt ud via intern social platform, forsøger at understøtte efterimplementeringen. Vi gør generelle observationer, som fremkommer under efterimplementeringen, tilgængelige for alle. De enkelte afdelinger kan følge processen, som løbende evalueres og justeres. Desuden er projektplanen synlig, så fremdriften af processen kan følges. Afdelingerne behøver dermed ikke vente på, at efterimplementeringen kommer til dem, men kan få gavn af den viden, der fremkommer under vejs.

Forretningsbehov og strategiske mål for anskaffelse af en integreret Sundhedsplatform med bred funktionalitet

Oplægsholder:

Mette Bomholt Klem, IMT, Region Hovedstaden, <klem@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Claus Balslev, IMT, Region Hovedstaden, <claus.balslev@regionh.dk>

Lars Henrik Søfren, Region Sjælland, <larsoe@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Behov for samarbejde med en strategisk partner om en løsning med bred funktionalitet, der understøtter agil forretningsudvikling gennem intelligente værktøjer og avanceret dataanvendelse
2. En patientcenteret standardrammeløsning, der anvendes i sammenlignelige organisationer af mange forskellige aktører, så vi får et afprøvet produkt med en basiskonfiguration, der kan tages afsæt i
3. Effektiv og ensartet patientbehandling af højeste kvalitet gennem standardiserede arbejdsgange, optimal gennemførelse samt proaktiv brug af informationer i avanceret beslutnings- og processtøtte

Baggrund og motivation:

Region Hovedstaden og Region Sjælland efterspørger med Sundhedsplatformen en standardrammeløsning med bred funktionalitet til at understøtte de kliniske og administrative kerneprocesser og arbejdsgange i vores sundhedsvæsen. Sundhedsplatformen skal kunne fungere som det it-mæssige grundlag for en ambitiøs forretningsudvikling, og på sigt agere som "Mentor"^[i] for sundhedsaktørerne.

Vi ønsker en effektiv it-løsning, der understøtter vore forretningsbehov og strategiske mål og giver mulighed for at kunne bringe sundhedsvæsenet i begge regioner op i verdensklasse. I fokus herfor er det helt centrale at sikre:

- ▷ Mere effektiv patientbehandling
- ▷ Højere kvalitet i behandlingen

En vigtig forudsætning for dette er, at vi får en løsning, der sikrer:

- ▷ Én journal for patienten på tværs af hospitaler, regioner og sektorer
- ▷ At patienten får mulighed for at deltage aktivt i egen behandling
- ▷ At understøtte papirløse arbejdsgange
- ▷ At samle informationer omkring den enkelte patient, så der er nem adgang til patientens sundhedsdata for alle sundhedsaktører på tværs af sektorer
- ▷ At genbruge informationer omkring patienter og deres behandling til kontinuerlig optimering af kvalitet og resurseudnyttelse i forhold til behandlinger
- ▷ At forbedre understøttelsen af komplicerede og lange patientforløb, herunder kronikerforløb

Forretningsmæssigt er ambitionerne for Sundhedsplatformen således store. Der efterspørges den bedste funktionalitet på markedet for EHR-løsninger, så vore sundhedsaktører får en effektiv it-understøttelse, der kan medvirke til en mere effektiv patientbehandling med højere kvalitet. Målet er afskaffelse af papirjournalen fuldt ud samt avanceret og intelligent understøttelse af beslutninger og processer i patientbehandlingen.

Indlægget:

I indlægget præsenteres ambitioner og overvejelser bag beslutningen om at anskaffe en fuldt integreret Sundhedsplatform centreret omkring patienten frem for modulopdelt anskaffelse. Der inddrages egne erfaringer fra en mere modulopdelt tilgang samt input fra centrale spillere som Gartner og Accenture.

Indlægget vil endvidere fokusere på vigtigheden af fleksible værktøjer, som vi selv kan anvende i forhold til blandt andet generel opsætning, klinisk og administrativt indhold, rapporter og oversigter samt snitflader; og rejsen frem mod at få en "Mentor" for vore sundhedsaktører.

[i] Mentor-begrebet benyttes bl.a. af Gartner som et stade, hvor den elektroniske it-understøttelse meget avanceret og baseret på kontinuerlig opsamling af viden guider beslutninger og processer.

Et unikt tværregionalt samarbejde i støbeskeen - etablering af en tværregional styringsmodel for opsætning af Sundhedsplatformen

Oplægsholder:

Charlotte Elbro, Region Hovedstaden It, Medico og Telefoni, <charlotte.elbro@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Kirsten Hvid , Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling, <khid@regionsjaelland.dk>

Maj Skipper, Region Hovedstaden It, Medico og Telefoni, <maj.skipper.rasmussen@regionh.dk>

Michael Theil, Deloitte, <mtheill@deloitte.dk>, Anne Grønbaek, Deloitte, <agroenbaek@deloitte.dk>

Hovedbudskaber:

1. Erfaringer fra arbejdet med at designe en tværregional styringsmodel for opsætning af Klinisk og administrativt indhold (KAI) på tværs af Region Hovedstaden og Region Sjælland
2. Hvordan der kan etableres samarbejde mellem de relevante aktører i de to regioner både på operationelt og ledelsesmæssigt niveau.
3. Kritiske succesfaktorer for at tværregionalt samarbejde kan lykkes

Baggrund:

Region Hovedstaden og Region Sjælland har igangsat en anskaffelsesproces vedrørende en ny Sundhedsplatform i form af en standardrammeløsning med bred funktionalitet til at understøtte de kliniske og administrative kerneprocesser. Der er opstillet tre hovedformål for Sundhedsplatformen samt en række tilhørende målsætninger angående standardisering af klinisk og administrativt indhold og arbejdsgange.

Hovedformål for Sundhedsplatformen:

Forbedret behandlingskontinuitet og patientsikkerhed, effektivisering af kliniske processer og arbejdsgange og øget patient- og medarbejder tilfredshed.

Målsætninger for standardisering af klinisk og administrativt indhold og arbejdsgange:

Struktureret opsamling af information, relevant genbrug af patientinformationer, overblik over patientens informationer, adgang til opdateret information om patientforløbet, mulighed for at patienten kan inddatere oplysninger, mindre dobbeltarbejde, kompletthed, nøjagtighed, læsbarhed og tilgængelighed af patientens jounaloplysninger, brug af evidensbaseret viden samt klinisk og administrativ ledelses information.

Realisering af de ovenstående målsætninger for Sundhedsplatformen indebærer bl.a., at den fremtidige kliniske og administrative dokumentation, indberetninger, registreringer mv. standardiseres til et vist niveau og struktureres på tværs af de to regioner.

Dermed bliver det en central opgave at udvikle/designe, beslutte og implementere standarder for klinisk og administrativt indhold til brug for opsætningen af Sundhedsplatformen.

Et af de væsentligste indsatsområder er at skabe en organisations- og styringsmodel for det tværregionale standardiseringsarbejde.

Motivation for oplægget:

At anskaffe, konfigurere og implementere et it-system af en størrelse og kompleksitet som den fremtidige Sundhedsplatform er ikke blot en teknisk opgave, men en kompliceret organisatorisk og styringsmæssig opgave, der i sidste ende har vidtrækkende konsekvenser for arbejdsprocesser, arbejdsrutiner og arbejdsrelationer på tværs af Region Hovedstaden og Region Sjælland. Og dermed også markante konsekvenser for begge regioners borgere, som fremadrettet skal kunne forvente en langt mere ensartet behandling på tværs af de to regioner baseret på patientflows. I 2014 skal den nye Sundhedsplatform opsættes med klinisk og administrativt indhold (KAI), som kommer til at gælde for begge regioner. I denne periode vil både Sundhedsplatformens programorganisation, regionernes kvalitets- og it-organisationer samt involverede repræsentanter fra de kliniske og administrative faggrupper og sundhedsfaglige råd være under et meget stort tidspres for at træffe de beslutninger, der gør, at opsætningen af indhold rent faktisk kan gennemføres i en hastighed og kvalitet, der matcher ambitionen om at opsætte alle væsentlige patientforløb inden for den angivne tidsramme. Etableringen af en tværregional organisering og styringsmodel for at træffe beslutninger om standardisering er "ukendt territorium", idet regionerne indtil nu i vidt omfang selv har defineret vejledninger, arbejdsgange, registreringer, beslutningsstøtte mv. Det har samtidig ført til forskelle i behandlingstilbudende. Der er således ved at blive opbygget væsentlige erfaringer med at sikre systematisk tværregionalt samarbejde omkring patientforløb og det fælles kliniske og administrative indhold i Sundhedsplatformen, som skal understøtte både klinikere og administrative medarbejdere på tværs af alle sygehuse i de to regioner.

Indlægget:

I indlægget vil vi præsentere vores erfaringer med at designe en tværregional styringsmodel for Sundhedsplatformen. Oplægget vil i den forbindelse fokusere på, hvad der skal til for at "bryde isen" og etablere samarbejdsstrukturer på tværs, herunder betydningen af en fælles vision og strategi og ikke mindst centrale nøgleaktørers involvering og ejerskab til at tænke fælles og på tværs. Oplægget vil ligeledes skitsere, hvordan arbejdet at forberede, udvikle og designe den tværregionale styringsmodel har været tilrettelagt. Arbejdet har bl.a. omfattet fastlæggelse af designprincipper for styringsmodellen, organisationsdesign, beskrivelse af arbejdsprocesser og udarbejdelse af standardiseringsstrategi til at understøtte styringsmodellen.

Samarbejde i Østdanmark om én fælles Sundhedsplatformen – om styring og rammesætning og kultur

Oplægsholder:

Lone Hallgreen, IMT, Region Hovedstaden, <lone.hallgreen@regionh.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Therese Lundsgaard, Region Hovedstaden, IMT, <therese.lundsgaard@regionh.dk>

Suzanne Kongsgren, Koncern IT, Region Sjælland, <sbkn@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det beskrives hvorledes etablering af én fælles Sundhedsplatform på tværs af to regioner, kræver en solid og stærk organisering samt en grundlæggende overbevisning og vilje på alle niveauer
2. Det beskrives hvad der, har været væsentlige forudsætninger for samarbejdet, hvad der er fremmende faktorer, samt hvilke rammer som har medvirket til en fælles projektkultur på tværs af to regioner
3. Det beskrives hvordan en tilbudsorganisation transformeres til en implementeringsorganisation som skal sikre en ensartet og fælles implementering af Sundhedsplatformen

Beskrivelse:

Region Hovedstaden og Region Sjælland er gået sammen om et udbud på en ny EPJ-løsning. Sundhedsplatformen som skal erstatte H-EPJ i Region Hovedstaden og OPUS-portalen i Region Sjælland. Hospitalerne i de to regioner vil inden udgangen af 2017 have én fælles elektronisk patientjournal. Der efterspørges et nyt, modent og velgennemprøvet standardrammesystem.

Således vil 2 ud af 5 regioner have den samme EPJ-løsning, med forventning om en lang række kvalitetsforbedringer. Implementering af Sundhedsplatformen forventes at løfte det tværregionale samarbejde.

- Fælles standardisering af klinisk indhold og arbejdsgange
- Fælles struktur for gennemførelsen og implementering
- Forbedrede vilkår i relation til medarbejdernes mobilitet

I indlægget vil vi fortælle om hvordan de to regioner etablerede en fælles styregruppe, programledelse og programorganisationen samt om vores erfaringer efter 1½ års samarbejde – hvilke udfordringer har der været og hvilke faktorer har fremmet samarbejdet på tværs af to regioner, to lokationer samt på tværs af to virksomhedskulturer.

En af konklusionerne er, at vi ikke er så forskellige – og når rammerne sættes med klare mål, så udvandes forskelligheder og der opstår gensidig tillid samt en ny kultur. En ny fælles kultur på tværs af to regioner giver kun mening hvis den forankres i de eksisterende organisationer, og vores erfaring er, at det er væsentligt at programmet hele tiden informerer samt er synkroniseret med linjeorganisationerne.

Programmet har i perioden 2012 – 2013 været bygget op for at håndtere anskaffelsen af Sundhedsplatformen. I indlægget vil vi på overordnet niveau fortælle om vores erfaringer med et konkurrence baseret udbud og hvilke krav det stiller til programorganisationen.

Udbudsfasen er ved at være afsluttet, men der er langt igen – og det hårde arbejde ligger fortsat foran os. Samarbejdet mellem de to regioner fortsætter i forhold til implementering af Sundhedsplatformen.

Programmet er aktuelt ved at etablere en fælles implementeringsorganisation med deltagere fra regionernes hospitaler og it organisationernes - hvad er vores tanker og planer, hvad skal leverandøren bidrage med og hvordan involveres leverandørerne i en fælles implementeringsorganisation på tværs af to regioner og 20 hospitaler.

I oplægget vil vi blandt andet beskrive den store udfordring og balancekunst det er, at mobilisere så stort et program med deltagelse af mange klinikere i en periode hvor projektet stadig er på usikker grund og den endelige leverandør endnu ikke er valgt. I indlægget vil vi fremlægge vores planer for mobilisering af deltagere til et kæmpe implementeringsprojekt på tværs af to regioner, samt give eksempler på ressourceestimering fra kontraktunderskrivelse til sidste hospital er i drift.

Brugerinddragelse i storskala – hvordan får man 500 læger, sygeplejersker, lægesekretærer og andre sundhedsfaglige til at vurdere 3 kliniske it-systemer

Oplægsholder:

Kaspar Cort Madsen, IMT, Region Hovedstaden, <kaspar.cort.madsen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Therese Lundsgaard, IMT Region Hovedstaden, <therese.lundsgaard@regionh.dk>

Lone Hallgreen, IMT Region Hovedstaden, <lone.hallgreen@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Brugerinddragelse i storskala giver multiple formål.
2. Hvordan sikres det, at 3 forskellige komplekse Sundheds IT systemer kan vurderes ensartet?
3. Kunsten at opsamle 500 menneskers indtryk – og processere dem

Beskrivelse af rammerne:

Én ny fælles It-Sundhedsplatform skal erstatte de nuværende centrale kliniske it systemer og dække både Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Involvering af klinikere i It-Sundhedsplatformen anses for en nøgleparameter for at sikre at Regionerne får et standardsystem, der understøtter hospitalernes kliniske og administrative arbejdsgange. Som led i at sikre inddragelse af klinikere, er det besluttet i styregruppen at der skal gennemføres en evaluatingsworkshop for 500 kliniske brugere, der indeholder en præsentation/demo af de 3 tilbageværende leverandørers tilbudte løsninger, samt en opsamling af de 500 kliniske brugeres indtryk og vurderinger. Brugerne skal være repræsenteret fra alle hospitaler i de to regioner samt bred udvalgt fra forskellige specialer og faggrupper.

Præsentationen skal fokusere på den kliniske hverdag og skal dække scenarier for centrale krav til løsningen.

Desuden er det besluttet at der skal gennemføres en struktureret evaluering af præsentationen som skal indgå i evalueringen af leverandøren.

En sekundær ambition med initiativet er, at sikre udbredelsen af viden og information om It-Sundhedsplatformen og dens forventede påvirkning for klinikere i Regionerne.

Samlet er formålet med opgaven derfor at:

- ▷ Demonstre løsningernes understøttelse af en klinisk hverdag ifht kliniske og administrative arbejdsgange.
- ▷ Eftervise at leverandørernes løsninger dækker efterspurgte centrale krav
- ▷ Tilgodese behovet for demonstration af udvalgte specialespecifikke optioner (fødejournal, onkologi, kardiologi, anæstesi/intensiv, men ikke praksis)
- ▷ Foretage en struktureret evaluering fra 500 kliniske brugere
- ▷ Udbrede information om It-Sundhedsplatformen til en bred skare af de kommende brugere, som derfra kan videreføre informationen

Indlægget:

I efteråret 2013 gennemføres den endelige udvælgelse af, hvilket It-system der bliver den nye Sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, og dermed bliver det også besluttet, hvilket arbejdsredskab der fremover skal benyttes af op imod 40.000 sundhedsprofessionelle i de 2 regioner.

De mange daglige brugere af de eksisterende It-løsninger, giver ofte udtryk for, at de ikke føler sig adspurgt i, for dem, vigtige beslutninger, som eksempelvis anskaffelsen af en ny sundhedsplatform.

Det blev derfor besluttet at præsentere de 3 tilbudte systemer, for en repræsentativ gruppe på 500 kliniske slutbrugere og bede om deres indtryk, som input til evalueringen.

Indlægget vil omhandle processen med at:

- ▷ Invitere og håndtere 500+ tilmeldinger og kommunikere med deltagerne
- ▷ Sætte rammer for formidling af projektet og de 3 tilbudte løsninger til 500 klinikere på tværs af 2 regioner
- ▷ Planlægge en afvikling, der tilgodeser at 3 komplekse systemer kan blive præsenteret, og at 500 klinikere kan undværes i klinikken.
- ▷ Udarbejde en evalueringsmetode, med henblik på opsamling af de 500 adspurgte klinikeres indtryk af systemerne
- ▷ Afvike 4 x 2 dages arrangementer for 500 klinikere og de 3 tilbudsgivere
- ▷ Bearbejde data fra 3x500 evalueringsskemaer

Der berøres også de resultater som evalueringerne bidrog med, samt de erfaringer der i øvrigt kom ud af at gennemføre evalueringerne.

Sundhedsjournalen

Oplægsholder:

Peter de Nully Brown, Hæmatologisk klinik, Rigshospitalet, <Peter.Brown@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Sundhedsjournalen giver overblik
2. Sundhedsjournalen skaber sammenhæng
3. Sundhedsjournalen styrker mødet mellem borgere og sundhedspersoner

Baggrund: Fra e-journal til sundhedsjournal

Et af regionernes vigtigste pejlemærker er Sundhedsjournalen, som bygger videre på den eksisterende e-journal. E-journal er i dag tilgængelig på alle hospitaler på tværs af landet, og giver lægerne mulighed for at søge informationer på en patient, hvis patienten ikke findes i hospitalets EPJ. E-journal er i dag også tilgængelig for de praktiserende læger og for borgere via sundhed.dk.

Med sundhedsjournalen bliver der åbnet op for flere oplysninger om patienten, ikke mindst laboratoriesvar og oplysninger fra de praktiserende lægers journaler.

Sundhedsjournalen bliver tilgængelig for såvel borgere som relevante sundhedspersoner. Borgerne får adgang via sundhed.dk via login med NemID. Sundhedspersonerne får adgang – under forudsætning af, at de har patienten i behandling – via deres eget journalsystem eller via sundhed.dk med login via NemID.

Ad 1: Sundhedsjournalen giver overblik

Borgeren får overblik og indsigt i egne patientjournaloplysninger og dermed en øget viden om egen sygdom. Det giver bedre mulighed for aktiv deltagelse i behandling og egenomsorg.

Sundhedspersonerne får overblik over de tilgængelige oplysninger på den patient, som de har i behandling. Fx journal-oplysninger fra hospitaler og fra den praktiserende læge. Dermed kan en læge på et hospital hurtigt tage stilling til, hvad der er den korrekte diagnose og behandling for patienten.

Ad 2: Sundhedsjournalen skaber sammenhæng

Alle hospitaler og alle praktiserende læger skal levere oplysninger til Sundhedsjournalen. Den bygger bro på tværs af hospitalerne og de praktiserende læger i alle fem regioner. Og der er allerede planlagt en udbygget version af Sundhedsjournalen, som også medtager sundhedsoplysninger fra kommunerne. Det er en model, som udnytter de gode it-systemer, som allerede er etableret i Danmark i dag. Læger og sygeplejersker på hospitalerne kan gå i dybden med en række detaljer i deres egne systemer, som ikke findes i Sundhedsjournalen. Men samtidig får de adgang til en række oplysninger i bredden – på tværs af landet – som ikke findes i deres egne systemer.

Ad 3: Sundhedsjournalen styrker mødet mellem borgere og sundhedspersoner

Med sundhedsjournalen kan borgere og sundhedspersoner møde hinanden med udgangspunkt i et fælles informationsgrundlag. Dette sætter en ny dagsorden for relationen mellem borgerne og sundhedspersonerne. Borgerne har mere viden og forholder sig mere aktivt til deres egen sundhed end tidligere. De kan fx forberede sig på mødet med den praktiserende læge eller inden et ambulant besøg på hospitalet. Det er også muligt at låse op i Sundhedsjournalen i selve behandlingssituationen. Endelig kan såvel borgere som sundhedspersoner efterfølgende tjekke op på de oplysninger, som blev inddateret i behandlingssituationen.

Telemedicin i voksealderen

Oplægsholder:

Kim Mathiasen, Region Midtjylland, Klinik for OCD og Angstlidelser, <kimmathiasen@me.com>

Hovedbudskaber:

1. Det er muligt at levere depressionsbehandling med borgeren/patienten i centrum
2. Internetbaseret behandling er udbredt og viser god tilfredshed og behandlingseffekt
3. beskrivelse af hvilke udfordringer man møder, når der skal udvikles et program og organiseres et tilbud.

Baggrund og motivation:

Depression er en udbredt og invaliderende lidelse. Alligevel er det kun ca. halvdelen af de ramte, der op søger deres læge og endnu færre, som modtager evidensbaseret behandling. Ifølge Statens Serum Institut var der alene i Region Syddanmark over 110.000 personer i behandling med antidepressiv medicin i løbet af 2011. Der er derfor et stort behov for et fleksibelt og udbredt tilbud om evidensbaseret psykoterapeutisk behandling. Samtidig ses en demografisk forandring, som medfører, at der bliver relativt færre til at finansiere det offentlige sundhedssystem samt flere ældre borgere. Kombinationen af et stort behov for adgang til evidensbaseret psykoterapeutisk behandling og stigende økonomiske udfordringer er udbredt i store dele af den vestlige verden, og der har derfor gennem de seneste 15 år været stærk interesse for at udvikle og efterprøve internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.

Beskrivelse:

I Region Syddanmark gennemføres et storskala demonstrationsprojekt af internetbaseret depressionsbehandling, som en del af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin. Inspireret af især Storbritannien og Sverige, oprettes en klinik, hvorfra der udbydes internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til deprimerede.

Projektet er ca. halvvejs gennem sin 2-årige levetid, hvorigennem der skal udvikles et nyt IT behandlingsprogram, oprettes en klinik og behandlingen skal afprøves. P.t. står projektet over for at opstarte afprøvningen på patienter.

Tilbuddet organiseres i psykiatrien i en klinik under det nyetablerede Center for Telemedicin i Odense. På klinikken ansættes foruden projektlederen 3 halvtidspsykologer. Patienten kan henvise sig selv gennem klinikkens hjemmeside www.internetpsykiatrien.dk, hvorefter vedkommende tilbydes en udredning. Patienten kan herefter påbegynde behandlingen, som består af gennemgang af et online computerprogram, der bygger på kognitiv adfærdsterapi og indeholder 6 obligatoriske trin samt 2 valgfrie trin. Under behandlingsforløbet støttes patienten af en psykolog fra klinikken. Behandlingen varer 10 uger, hvorefter patienten tilbydes en afsluttende samtale. Afprøvningen foregår som et randomiseret, kontrolleret studie.

Blandt de innovative tiltag kan nævnes: Selvhenvisning, patienten styrer i høj grad egen behandling samt patientinddragelse under udarbejdelsen af programmet.

Projektet er et RSI pejlemærke, hvilket betyder, at der stiles imod, at det indføres i alle landets regioner, såfremt det viser positive resultater.

Indlægget:

I indlægget giver vi vores erfaringer videre med, hvilke udfordringer vi mødte dels under udviklingen af det ny IT program dels med organiseringen af det ny behandlingstilbud. Du vil også komme til at se en demonstration af behandlingsprogrammet samt en gennemgang af, hvordan tilbuddet er blevet organiseret. Dette indrammes af et rids af internationale erfaringer med denne type behandling. Der afsluttes med en diskussion af behandlingstilbuddet og computerprogrammet.

Hvad gavnner en præhospital journal?

Oplægsholder:

René Hansen, Vendsyssel Vest Hjørring, Falck Danmark A/S, <rh@falck.dk>

Hovedbudskaber:

1. Øget fokus på præhospital indsats
2. PPJ bygger bro mellem de ansvarlige sundhedspersoner
3. PPJ giver overblik og stiller data til rådighed

Øget fokus på præhospital indsats

Der er stort fokus på den præhospitaliale indsats, set i lyset af at den tiltagende centralisering og specialisering i sundhedsvæsenet, hvilket har medført, at der er store afstande fra skadestedet til behandelnde indsats. Den præhospitaliale indsats er derfor af afgørende vigtighed for hurtig diagnosticering, behandling og overlevelse.

Baseret på erfaringer med præhospital journal i Nordjylland er de fem regioner gået sammen om at etablere en fællesregional patientjournal (PPJ). Det præhospitaliale beredskab i Nordjylland bliver styret fra regionens egen AMK-vagtcentral med sygeplejersker som tager imod borgernes opkald. Beredskabet omfatter derudover ambulancetjeneste, sundhedsfaglig rådgivning fra vagtcentralen, planlægning af sundhedsberedskab samt præhospitaliale uddannelser.

PPJ har været en realitet og et effektivt arbejdsredskab i Region Nordjylland siden 2006. Frem til i dag er Nordjyllands PPJ (Amphi) blevet udviklet til at modtage tilbagemelding fra sygehuse, sende tele-EKG til de kardiologiske læger og til at kunne koordinere akut medicin. Der er stor tilfredshed med PPJ blandt redderne, læger, AMK-vagtcentralen og akutmodtagelserne i Nordjylland, fordi PPJ giver overblik og relevante oplysninger til alle de sundhedspersoner, som er involveret i det akutte forløb.

PPJ bygger bro mellem de ansvarlige sundhedspersoner

PPJ'en er et centralt bindelede mellem sygehus, ambulance, paramediciner og lægebil. På trykfølsomme skærme kan redderne meget simpelt registrere på ulykkesstedet. De informationer, der sendes til læger og sygeplejersker, gør det muligt hurtigt at træffe beslutninger om den behandling der skal gives til patienten.

- Direkte overførsel af vagtcentral-data til ambulance
- Tidstro registrering af behandling, medicinering og kliniske data i ambulancen
- Adgang til EPJ-data på sygehuset
- On-line superviseret lægestøtte til ambulancepersonale

På AMK vagtcentralen kan man få et overblik over tid, fordeling af patienter og kapacitet samt disponering til sygehuse.

PPJ giver overblik og stiller data til rådighed

I akutmodtagelsen får personalet et overblik over alle aktive kørsler i den enkelte region og et overblik over hvilke ambulancer der er disponeret til et bestemt sygehus. Der er online adgang til ambulancejournalen, så personalet på akutmodtagelsen kan følge behandling og vitale parametre, fx på skadestedet. Personalet har mulighed for at forberede de klinikere, der skal modtage patienten og bestille relevante undersøgelser allerede inden patienten ankommer til akutmodtagelsen. De data der registreres i PPJ overføres også til Nordjyllands EPJ. Der er også mulighed for at overføre data fra ambulancen til lægebilen, og man kan fx give tilbagemelding til redderne via et web-interface.

Kvalitetssikring og akkreditering

Alle reddere er logget på PPJ'en med deres personlige log on. Her er der mulighed for at se egne journaler, rutinelogs, tilbagemeldinger fra sygehuset og eftersyn fra supervision. Gennemgang af journaler er en vigtig del af kvalitetssikringen.

I forhold til den Danske Kvalitetsmodel gennemførtes der to gange årligt journalaudit på et udsnit af ambulancejournaler. Et meget lærerigt forløb, hvor der efterfølgende blev implementeret en handleplan til sikring af behandlingen af patienter i det Præhospitaliale beredskab i Nordjylland

Som en del af kvalitetssikringen er der også mulighed for at udsende vigtige beskeder direkte til PPJ. Det være sig vigtige beskeder om fx smitte risiko, visitationsændringer, mv. Præhospitaliale data er tilgængelig for forskning og års rapporter.

Den sande historie om fællesregionalt samarbejde

Oplægsholder:

Heidi Forberg, Regionernes sundheds-it, RSI, <hfo@regioner.dk>

Hovedbudskaber:

1. Ja, det fællesregionale samarbejde lever i bedste velgående, men det kræver tålmodighed og slid.
2. Ja, vi kommer i hus med mange pejlemærker, men vi har stadig noget at følge op på.
3. Ja, det fællesregionale er nemmere end det fællesoffentlige – men vi skal gøre begge dele.

Beskrivelse:

Som sekretariatsleder for Regionernes Sundheds-it (RSI) har jeg sat mig for at åbne døren ind til maskinrummet og fortælle den sande historie om det fællesregionale samarbejde.

Ja, det fællesregionale samarbejde lever i bedste velgående, men det kræver tålmodighed og slid.

For det første vil jeg – med glæde – melde, at det fællesregionale samarbejde stadig lever i bedste velgående. Siden RSI blev etableret vinteren 2010, har vi fået en væsentligt bedre og mere forpligtende samarbejde på tværs af Danmark, som kommer såvel patienter som sundhedspersoner til gode. Samarbejdet lever i bedste velgående, og det er kommet for at blive. At samarbejdet lever i bedste velgående er den nyligt lancerede strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet et udtryk for. Samarbejdet kommer imidlertid ikke af sig selv: Det kræver tålmodighed og slid fra alle regioner, og det kræver evnen til at tage ja-hatten på. Lykkes det altid? Nej. Giver vi op, når det bliver for svært? Nej.

En af de ting, som vi skal blive endnu bedre til fremover, er at lade os repræsentere af hinanden i diverse projekter, så vi ikke nødvendigvis skal stille med folk fra alle fem regioner til hvert eneste projekt. Noget andet, som vi skal blive endnu bedre til fremover, er at tage bestemmer-hatten på overfor hinanden, på trods af at vi er på lige fod. Det skal vi gøre, så vi sikrer fremdrift og at vi kommer i mål til rette tid med det rette resultat.

Ja, vi kommer i hus med mange pejlemærker, men vi har stadig noget at følge op på.

For det andet vil jeg indrømme, at vi ikke kommer fuldt i mål med alle de pejlemærker, der har deadline ved udgangen af 2013. Ville jeg ønske, at vi var fuldt i mål? Ja. Ville det være nemmere "blot" at koncentrere os om de nye pejlemærker, der er sat i søen for 2014-2016? Ja. Skal vi forsøgt følge de pejlemærker til dørs, der bliver forsinkede? Ja. Flere af de forsinkede pejlemærker er allerede delvist opfyldte, så nu handler det om at være vedholdende og gøre dem helt færdige.

Ja, det fællesregionale er nemmere end det fællesoffentlige – men vi skal gøre begge dele.

For det tredje skal det indrømmes, at det ville være så meget nemmere "kun" at lave fællesregionale projekter fremfor også at lave fællesnationale projekter. Det er – billedligt talt – nemmere at skabe orden i eget hus end både at skulle skabe orden i eget hus og koordinere med naboen om, hvordan de skaber orden i deres hus. Visionen i den nye fællesregionale strategi går dog på at give sammenhængende digitale muligheder for borgere og for sundhedspersoner, og sammenhæng skabes kun ved at samarbejde med de øvrige sektorer og lave fælles projekter.

Er det vanskeligt at lave sundheds-it på tværs af sektorer? Ja.

Kan vi lade være? Nej, bestemt ikke.

Sundhedsterminologien sikrer konsistens i data og information på tværs af enheder

Oplægsholder:

Kirstine Rosenbeck Gøeg , Aalborg universitet, <kirse@hst.aau.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anne Randorff Rasmussen, Aalborg universitet, <arra@hst.aau.dk>

Lars Lilholt, Region Norjylland, Koncern IT, <l.lilholt@rn.dk>

Dorte Markussen, Region Norjylland, Koncern IT, <dorte.markussen@rn.dk>

Jette Nielsen, Region Norjylland, Koncern IT, <jeln@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. AAU og Region Nordjylland har i samarbejde udviklet en metode til samtidig håndtering af SFI og terminologi som andre regioner kan anvende. Metoden er dokumenteret.
2. Uden at genere klinikerne med ekstra kompleksitet kan Sundhedsterminologien, SNOMED CT, sikre udveksling af konsistent data/information på tværs af afdelinger/enheder i forhold til regionen.
3. Visualisering af terminologi sætter fokus på den sundhedsfaglige betydning og fremmer samtidig standardisering.

Baggrund og motivation:

Det er en udfordring at få kliniske krav og krav om konsistent terminologi til at gå hånd i hånd, når der designes Sundhedsfagligt Indhold (SFI) til EPJ. Dette har stor betydning for overgangen på mange forskellige niveauer lige fra dataintegration til kliniker kommunikation. Et eksempel fra projektet, hvor overgangen mellem afdelinger er en udfordring, beskrives i nedenstående case:

"I arbejdet med ABCDE-værdier (vitale værdier) i Region Nordjylland, nævnte klinikere på en workshop, at det var væsentligt at kunne registrere, hvorvidt et iltilskud var af typen lomholt. Det blev diskuteret, hvorvidt termen "Lomholt iltilskud" var god at have på en brugergrænseflade, da det ikke siger ret meget om, hvad det faktisk er for et iltilskud. Af mangel på alternativ terminologi accepterede man dog termen. Dette blev problematisk, da en anden afdeling kaldte samme ilskudstype for "Ohio iltilskud" og man kun fordi man var heldig opdagede, at det var det samme. Klinikerne var i forløbet ikke modstandere af, at præcisere terminologien, men da deres ordforråd er knyttet til den lokale praksis, var det ikke en simpel opgave at finde en præcis term. Det iltilskud der her er tale om, er en type hvor luften fugtes inden den blæses ind i patienten. Lomholt er manden der opfandt metoden og Ohio er en af de apparaturer, der findes på markedet."

Eksemplet viser, at det ikke er en simpel opgave at finde dækende og bred anvendelig terminologi på tværs af en organisation samt at SFI-koordinatorerne, der har mindre klinisk indsigt end specialister på de enkelte kliniske områder, skal være meget opmærksomme for ikke at oprette redundant terminologi. Ved opslag i SNOMED CT finder man i øvrigt termen "befugtet iltilskud" som præcist beskriver det ønskede, og man undgår at gå ind i diskussionen af, hvorvidt "Lomholt"-afdelingen eller "Ohio"-afdelingen får deres lokale terminologi ophøjet til regional terminologi.

Projektets indhold:

I projektet blev der arbejdet med en række dokumentationsskabeloner nemlig, henholdsvis Objektiv Undersøgelse, Øvrige organsystemer, Sygeplejestatus, Sociale forhold samt KOL-undersøgelsesskema. Heraf er KOL-undersøgelsesskema højt struktureret og de øvrige lavt strukturerede.

Projektets resultat var en integreret 'SFI-og terminologi-proces', hvori delelementer var en mapningsstrategi og terminologi-visualisering. Den overordnede SFI-terminologiproces var karakteriseret ved:

Det overordnede design af SFI skal være på plads, før det giver mening at undersøge relevante SNOMED CT termer.

Det er ikke relevant for klinikere at forholde sig til SNOMED CT som begrebsmodel. Søgning efter SNOMED CT begreber bør derfor ikke ske på workshops. Workshops med klinikere er til gengæld relevante ift. at evaluere om terminologiske og strukturmæssige ændringer i brugergrænsefladerne, som følge af SNOMED CT mapning, kan forenes med klinisk praksis.

Regionens øvrige SFI-processer kunne godt integreres med terminologi-processerne. En iterativ metode gav mulighed for, at den viden og struktur der er indbygget i SNOMED CTs kunne påvirke SFI'en både tidligt og sent i processen.

Mapningsstrategien sikrede konsistens og genanvendelighed af SFI-begreberne da det ikke er nok blot at finde et SNOMED CT begreb der ligner den lokale term. Inkonsistensen kan eksempelvis forekomme som resultat af at forskellige personer mapper forskelligt, eller som følge af mangler i SNOMED CT.

Terminologivisualiseringen bidrog med overblik over sæt af SNOMED CT begreber, hvorved det blev understøttet at ny terminologi kunne oprettes konsistent med eksisterende på en brugervenlig måde.

Projektet er dokumenteret i en evalueringsrapport udgivet af DaChi samt i diverse videnskabelige publikationer. Dette indlæg giver indblik i projektet som helhed.

Hvorfor standardisering af klinisk og administrativt indhold? – og hvor meget?

Oplægsholder:

Thomas Dalsgaard Clausen, Region Hovedstaden, <thdacl@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tina Bendix Olsen, Region Sjælland
Birgitte Seierøe Pedersen, Region Hovedstaden
Bjarne Skjødt Worm, Region Hovedstaden
Charlotte Elbro, Region Hovedstaden
Kirsten Hvid, Region Sjælland
Maj Skipper, Region Hovedstaden
Mette Luthmann, Region Sjælland
Michael Theill, Deloitte
Peder Klement Jensen, Region Hovedstaden
Ulrich L. Andersen, Region Sjælland

Hovedbudskaber:

1. Der er forskellige rationaler for og imod standardisering af kliniske og administrative arbejdsgange, som har indflydelse på indholdsmæssig opsætning af et klinisk informationssystem
2. Mulige effekter af standardisering i relation til opsætning af Sundhedsplatformen kan analyseres ved hjælp af en model
3. Der kan opstilles en række strategiske principper for opsætning af Sundhedsplatformen med klinisk og administrativt indhold

Baggrund og motivation:

Region Sjælland og Region Hovedstaden er gået sammen om anskaffelse af en ny Sundhedsplatform. Der har i den forbindelse været behov for at få aspekter vedr. standardisering af klinisk og administrativt indhold i en sådan nærmere belyst. Spørgsmålene har bl.a. været: Hvorfor indebærer implementering af Sundhedsplatformen standardisering? Hvor meget standardisering skal der til? Hvilke effekter kan opnås – eller går man evt. glip af?

Beskrivelse:

Der har i sundhedsvæsenet i de seneste 10-20 år som bekendt fundet en accelereret udvikling sted mod en stigende grad af standardisering. Udviklingen har bl.a. været drevet af stigende fokus på evidensbaseret behandling, lige adgang til sundhedsdokumenter, kvalitetsudvikling med indførelse af akkrediteringsstandarder – senest Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) – og monitorering af kvalitetsindikatorer, systematisk arbejde med forbedring af patientsikkerheden og endelig forskellige økonomiske incitamenter.

Indførelse af en ny Sundhedsplatform giver rige muligheder for at videreføre den igangværende udvikling og udbrede allerede indførte redskaber – dette i kraft af fx automatisering, dokumentationsstøtte, aktiv klinisk beslutningsstøtte, monitoring, let adgang til information og effektiv behandling af kompleks information. Dette stiller imidlertid en række fordringer, som projektgruppen har analyseret som input til et sæt principper for indholdsmæssig opsætning af Sundhedsplatformen.

Indlægget:

I indlægget præsenteres rationaler for standardisering – og modsvarende rationaler for opretholdelse af diversitet – på et overordnet niveau. Derefter præsenteres en ramme for analyse af mulige effekter af standardisering i relation til indholdsmæssig opsætning af Sundhedsplatformen, og der gives eksempler. Endelig præsenteres bud på et sæt principper.

Tværfaglig basisdokumentation i en elektronisk patientjournal

Oplægsholder:

Jeanette Dent, Klinisk IT-kontoret, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland, <Jeanette.Dent@stab.rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Susanne Bjerglund Pedersen, Børneafdelingen, Hospitalsenheden Vest, <susper@rm.dk>

Britta G. Mørk, Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest, <brimoe@rm.dk>

Tina Hareskov Thomsen, Urinvejskirurgisk afdeling, Hospitalsenheden Vest, <tinlai@rm.dk>

Lis Jensen, Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest, <lijese@rm.dk>

Dorthe Pilgaard, Klinisk IT kontoret, Hospitalsenheden Vest, Regionmidtjylland, <dorpil@rm.dk>

Lisbeth Nicolajsen, Koncern HR, Organisation, Ledelse og Procesoptimering, Region Midtjylland , <lisnic@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. At ensretning og klarhed over dokumentationspraksis er en nødvendighed i forhold til at skabe overblik og sammenhæng i en elektronisk patientjournal, der deles på tværs af faggrupper og afdelinger
2. At opbygning af tværfaglige basisstandardplaner kan bidrage til at reducere dobbeltdokumentation og skabe overblik i den elektroniske patientjournal
3. At tværfaglig dokumentation kræver heterogen viden om og færdigheder i anvendelsen af hospitalets elektroniske patientjournal

Baggrund og motivation:

Hospitalsenheden Vest udrullede i foråret 2011 MidtEPJ, som elektronisk patientjournal for alle hospitalets patienter. Formålet var både at højne patientsikkerheden, men også at klinikerne her ville få et redskab, der kunne understøtte og gøre deres arbejdsgange nemmere og mere effektive. Derfor blev der ca. et år efter implementeringen igangsat et projekt med det klare mål, at MidtEPJ blev "Klinikernes kæreste øje". Til opnåelse af dette blev der foretaget fokusgruppeinterviews med daglige brugere for at finde ud af, hvad der skulle til for at dette mål kunne nås. Resultatet blev, at der var et stort ønske om ensartede arbejdsgange, ensartet dokumentation, øget ledelsesfokus på MidtEPJ og uddannelse samt en reorganisering af Klinisk-IT organisationen.

Beskrivelse:

Motivationen i projektet var ønsket om den ensartede dokumentation. Visionen om at skabe et praktisk, let anvendeligt dagligt redskab til overblik over patientens tilstand, behandling og pleje, herunder at reducere mængden af dobbeltdokumenteret information. Dobbelt dokumentation defineret, som det der dokumenteres af flere faggrupper, og det der gentages af kolleger i samme faggruppe. At skabe en bedre sammenhæng i dokumentationen på tværs af afsnit og afdelinger.

Desuden havde afdelingerne forskellige arbejdsgange ift. dokumentation i MidtEPJ. Dette gjorde, at det var svært at finde dokumentationen, og dermed risiko for fejl. Overblikkene over patientens data i MidtEPJ skulle højnes for at sikre patientsikkerheden var brugernes klare ønske.

Fire forskellige typer af afdelinger er pilotafdelinger på projektet. Med visionen som ledestjerne kørte der en proces med deltagelse af 24 brugere, hvoraf de fire var ledere. I processen nåede brugerne en fælles forståelse af dokumentationen i forhold til "Hvor skrives hvad og af hvem" på patienten i MidtEPJ. Denne fælles forståelse omsættes til tværfaglig basisdokumentation ved brug af basisstandardplaner og fælles overblik i MidtEPJ.

Der er udformet en retningslinje for tværfaglig dokumentation i den elektroniske journal på hospitalet, og denne er godkendt af alle afdelinger på hospitalet. Efter en pilotperiode på tre måneder er retningslinjen og den tværfaglige basismateriale justeret til videre implementering i de øvrige afdelinger i Hospitalsenheden Vest. Til at dokumentere forbedringerne foretages der desuden forskellige målinger på dobbeltdokumentationen samt brugen af overblik og visitationsnotat i pilotperioden.

I projektforløbet blev det også klart, at uddannelse i anvendelse af MidtEPJ blev en vigtig brik i forløbet, hvis det skulle lykkes. Den heterogene viden om og færdigheder i anvendelse af EPJ krævede et kompetenceløft for alle faggrupper.

Indlægget:

I indlægget præsenteres først de udfordringer klinikernes mødte i brugen af elektronisk patientjournal med dobbelt dokumentation, uklare arbejdsgange og arbejdsfordeling mellem faggrupper med manglende overblik over indhold i journalen som følge.

Hernæst præsenteres faserne i projektet, startende med en optegning af workflowet for dokumentationen, diskussionerne undervejs, arbejdet med den nye retningslinje, opbygningen af selve dokumentationen "Hvor skrives hvad og af hvem" samt "de 4 for læger".

Desuden præsenteres det kompetenceløft, som hele Hospitalsenheden Vest har været igennem og metoderne til disse.

Projektet har i hele perioden været stærkt ledelsesforankret og med kraftig brugerinvolvering i hele forløbet. Ledelsesforankringen og brugerinvolveringen præsenteres i indlægget med de forskellige tiltag, som er foretaget undervejs i processen.

Indlægget afsluttes med de resultater, som de direkte målinger på auditering af dobbeltdokumentationen, brugen af overbliksbilleder og visitationsnotatet har resulteret i.

KISO – en fiasko brugerne blev glade for

Oplægsholder:

Stine Loft Rasmussen, IMT / Region Hovedstaden, <stine.loft.rasmussen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Kirsten Jeberg, IMT / Region Hovedstaden, <kirsten.jeberg@regionh.dk>

Ea Aasted, IMT / Region Hovedstaden, <Ea.Aasted@regionh.dk>

Sanne Jensen, IMT / Region Hovedstaden, <sanne.jensen@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Midt i en pilotimplementering blev projektet lukket pga. modstand fra brugerne. Efter få funktionalitetsændringer samt udarbejdelse af designkriterier, lykkedes det at udvikle anvendelige skemaer
2. Klinisk simulation kan være med til at skabe en fælles forståelse blandt mange interesser for, hvordan krav til et it-system påvirker det kliniske arbejde
3. Projektet har vist, at implementering af standardiserede kliniske retningslinjer i højere grad skal udspringe fra klinikken. It-systemet er blot et værktøj, der understøtter de kliniske processer

Baggrund og motivation:

Region Hovedstaden har længe arbejdet med at gøre brug af det sundhedsfaglige indhold, der blev udarbejdet i klinisk proces.

Gennem de seneste år har projektet vedr. KISO (Kliniske InddateringsSkemaer og Oversigter) arbejdet med at nyttiggøre indholdet indenfor rammernes af regionens nuværende EPJ. Selvom man indenfor en relativt kort årrække skulle investere i et nyt it-system, blev KISO-projektet bevaret for herigennem at opbygge erfaring med standardiseret, struktureret klinisk indhold. Et af formålene med det nye it-system er netop at understøtte effektivisering af de kliniske processer gennem standardisering. En anden begrundelse for at fortsætte projektet var, at regionens kvalitetsorganisation så fordele i at få implementeret ensartede, regionale kliniske vejledninger. Derudover var der et ønske om, at data i højere grad skulle kunne anvendes til sekundært brug, bl.a. kvalitetssikring. Projektets arbejde med at realisere disse behov i samarbejde med en tværregional arbejdsgruppe indenfor rammerne af det eksisterende it-system viste sig at være meget vanskeligere end først antaget. Projektet blev meget dårligt modtaget i klinikken under den første pilotimplementering og måtte stoppes midtvejs, hvorefter projektet midlertidigt blev lukket.

Beskrivelse:

Pilotimplementeringen strandede af mange grunde. Det var højst sandsynligt sammenfaldet af flere grunde frem for én enkelt grund, der gjorde udslaget.

It-systemets funktionalitet: Der var grænser for, hvor meget der kunne understøttes med it-systemets eksisterende funktionalitet. It-systemet var primært lavet til opsamling af værdier, der kunne vises i grafer og tabeller. Funktionaliteten understøttede ikke et tilfredsstillende overblik over større mængder tekst.

Opsætningen: Skemaerne bar præg af at være den første selvstændige konfigurationsopgave Region H udførte i systemet.

Der var blevet fokuseret for meget på inddata og for lidt på uddata, hvilket resulterede i, at det blev svært for sygeplejerskerne at læse, hvad deres kolleger havde skrevet. Burgerne var bange for at miste vigtig information pga. det dårlige overblik.

Strukturen: Graden af strukturering var genstand for stor diskussion under opbygningen af skemaerne. Strukturen endte med at blive alt for detaljeret både i forhold til at medtage mange meget specialespecifikke elementer, i forhold til forskellige holdninger til sygeplejedokumentation og i forhold til fortolkningen, af de kliniske retningslinjer.

Implementeringen: Et centralt diskussionspunkt under udviklingen af skemaerne var om hvorvidt regionens hospitaler kunne anvende ét fælles skema, frem for lokale skemaer. For at imødekomme et behov for at inddrage alle hospitaler i denne vurdering blev der kørt pilotimplementering på enkelte afdelinger på de fleste af regionens hospitaler. Dette resulterede i en fragmenteret implementering, der ikke synliggjorde fordelene ved at benytte skemaerne på tværs af et hospital.

Efter afbrydelsen af pilotimplementeringen fik projektet mulighed for at foretage et "redesign" af skemaerne. For at imødekomme kritikken blev der tilkøbt ekstra funktionalitet, udarbejdet designretningslinjer, inddraget flere aktører aktivt i processen og anvendt klinisk simulation mere strategisk. Herefter blev en ny version af skemaerne med succes pilottestet på et enkelt hospital.

Skemaerne forventes fuldt implementeret i hele regionen i december 2013. Fordelene ved at dokumentere ensartet er begyndt at vise sig og der er sket en holdningsændring blandt brugerne til struktureret og standardiseret dokumentation. Der er udviklet nye skemaer og der er en længere ønskeliste fra brugerne og kvalitetsorganisationen til udvikling af flere skemaer.

Indlægget:

Indlægget beskriver processen med udarbejdelse af struktureret klinisk indhold fra udarbejdelse til implementering. Der bliver fokuseret på de udfordringer projektet havde undervejs og hvordan de var medvirkende til at projektet i første omgang blev lukket.

Kvalitetsudviklingsværktøj i Dansk almen praksis

Oplægsholder:

Janus Laust Thomsen, Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E), <jlt@dadlnet.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Henrik Rasmussen, DAK-E, <hprasmussen@dak-e.dk>

Berit Lassen, DAK-E, <berit.lassen@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1. IT-støtte til kvalitetsudvikling er implementeret nationalt til de praktiserende læger
2. Automatisk datafangst af indikatorer sparer tid for behandlere
3. Kvalitetsudviklingsværktøjer til de praktiserende læger har effekt på patientbehandling i Dansk Almen praksis

Baggrund og motivation:

IT-støtte til de praktiserende læger er nu udbredt med mere end 95% af de danske praktiserende læger tilmeldt. Datafangst udføres automatisk på centrale værdier og opsamles centralt med henblik på levering af dagligt opdaterede kvalitetsrapporter til brug for arbejdet for de praktiserende læger vedrørende populations overblik og behandlingsmål. Anvendelsen af IT-støttet kvalitetsudvikling giver resultater i patientbehandlingen.

Beskrivelse:

Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) har gennem flere år arbejdet med udvikling og implementering af IT-støttet til kvalitetsudvikling i dansk almen praksis. Sentinel datafangst er et lille program, som automatisk opsamler centrale værdier fra de elektroniske patientjournaler og bringer oplysningerne videre centralt til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD), hvor der generes kvalitetsrapporter til brug for kvalitetsudviklingen i de enkelte praksis. Der leveres beslutningsstøtte og hjælp indsamling af centrale indikatorer via pop-up vinduer. Data vedrørende indikatorer til nationale kliniske databaser indsamles automatisk for at spare tid for behandlerne.

Indlægget:

I indlægget præsenteres hvordan automatisk opsamling af data fra elektroniske patientjournaler kan anvendes til IT-støttet kvalitetsudvikling. Der gives eksempler på kvalitetsrapporter til brug for kvalitetsudvikling i almen praksis, samt hvordan data bruges til benchmarking samt give populations og behandlingsoverblik. Der afsluttes med at præsentere forskningsresultater vedrørende effekt af IT-støttet kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor andel af patienter med type 2 suksesyge uden medicinsk behandling, trods værdier af langtidsblodsukker over det anbefalede niveau, faldt med 46% fra 2,94% til 1,59% (absolut risikoreduktion: 1.35% (95% CI: 0.89-1.81), p<0.001)

Hvilke patienter i almen praksis anvender ikke sundheds-it og hvorfor?

Oplægsholder:

Thomas Birk Kristiansen, Ishøjcentrets Læger og Danske Lægers Vaccinations Service, <ThomasBirk@Dadlnet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Annette Houmand, Læge Annette Houmand, <annettehoumand@yahoo.dk>

Hovedbudskaber:

1. En del af patienterne kan ikke anvende sundheds-IT
2. I gruppen der ikke anvender sundheds-IT er overraskende mange yngre
3. Obligatorisk anvendelse af sundheds-IT risikerer at skabe større ulighed i sundhed

Baggrund:

Det har i en årrække været muligt for patienter at e-kommunikere med deres praktiserende læge. Praktiserende læger i Danmark er forpligtet til at tilbyde denne service. E-kommunikation er en teknisk velfungerende, hurtig og smidig mulighed for kontakt mellem praktiserende læger og patienter. Det der aktuelt er indeholdt i dette tilbud fra almen praksis er: tidsbestilling, recept fornyelse samt e-mail kommunikation via internettet.

Vi er to praktiserende læger, med relativt unge patientgrupper, der begge har undret os over, at e-kommunikation ikke anvendes oftere af vores patienter og at det kunne være interessant at forsøge at bidrage til at afdække faktorer, der kan medvirke til, at patienterne ikke anvender vores nuværende IT-tilbud.

Thomas Birk Kristiansen, læge i kompagniskab med 2 andre læger, med 5200 patienter i Ishøj og Annette Houmand, solo-praktiserende læge i Slagelse med 1850 patienter.

I den ene praksis er der en høj frekvens af patienter, der ikke er født i Danmark. I den anden praksis er der en relativt lav frekvens af dette.

Beskrivelse:

Ved hjælp af et struktureret interview, af de patienter i vores praksis der IKKE anvender vores e-kommunikationstilbud, har vi forsøgt at afdække hvorvidt køn, alder, adgang til IT, vaner med hensyn til anvendelse af e-mail og internet samt andre parametre, ser ud til at påvirke fordelingen af ikke IT-aktive patienter. Interviewet blev afsluttet med et spørgsmål omkring, hvad der skulle til, for at den pågældende patient ville anvende e-kommunikation fremadrettet.

Indlægget:

Gennemgang af delresultaterne i interview undersøgelsen, der bl.a. viser at en overraskende stor del af patienterne på baggrund af udfordringer med fx IT og analfabetisme ikke kan anvende e-kommunikation. Indlægget lægger op til at sundhedsplanlægning, der inddrager anvendelse af IT, bør tage højde for, at en del af befolkningen mangler muligheder for IT-anvendelse. Dette risikerer at bidrage til at stigmatisere visse patientgrupper og derved at øge uligheden i sundhed.

telesundhed og velfærdsteknologier

"Kinderæg" til de praktiserende læger - IT-støtteredskab til AK-behandlingen fra DAK-E

Oplægsholder:

Berit Lassen, DAK-E, <berit.lassen@dadlnet.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Janus Laust Thomsen, DAK-E, <jlaust@health.sdu.dk>

Henrik Rasmussen, DAK-E, <hprasmussen@dak-e.dk>

Hovedbudskaber:

1. IT-redskab, der understøtter valg af behandling efter de kliniske retningslinjer for behandling med de nye antikoagulantia (NOAK) og perorale K-vitaminantagonister (VKA)
2. IT-redskab, der understøtter korrekt dosering af VKA
3. IT-redskab, der understøtter kvalitetskontrol af VKA-behandlingen med fokus på monitorering af tiden i terapeutisk indeks (TTI)

Beslutningsstøtte til klinikker direkte ved patientkontakt og automatisk generering af kvalitetssikringsrapporter

Baggrund og motivation:

Rådet for Anvendt Dyr Sygehusmedicin (RADS) har i januar 2013 ændret anbefalingerne vedr. den antitrombotiske behandling til patienter med atrielimben. Risikostratificeringen er ændret og der stilles nye kvalitetskrav til behandlingen med perorale K-vitaminantagonister (VKA). Behandlingen skal tage hensyn til patientpræferencer og blødningsrisiko. Kompleksiteten i risikostratificering, valg af behandling og dosering af VKA samt kvalitetskravene er en udfordring for almen praksis og kræver effektive støtteredskaber, der giver lægen den nødvendige beslutningsstøtte og overblik over egen behandlingskvalitet.

Et sådan IT-støtteværktøj til AK-behandling er udviklet af Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) ved hjælp af Sentinel datafangst. Sentinel er et software program, der muliggør automatisk opsamling af centrale værdier fra de elektroniske patientjournaler og bringer oplysningerne videre centralt til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD), hvor der generes kvalitetssrapporter til brug for kvalitetsudviklingen i de enkelte praksis. Der leveres beslutningsstøtte og hjælp til indsamling af centrale indikatorer via pop-up vinduer.

Beskrivelse:

Følgende 3 redskaber er udviklet.

Beslutningsstøtte behandlingsvalg

Interaktiv pop-up vindue, der udløses af diagnosen atrielimben, enten når diagnosen stilles eller til årskontrollen. Her forudfylles risikofaktorerne for tromboemboli automatisk og der udregnes en samlet score. Der udregnes ligeledes en risikoscore for blødningsrisiko. Et diagram til vurdering af indikation for AK-behandling og algoritme for valg af behandling er indbygget og fører til anbefaling af en behandling, der specifik er tilpasset den enkelte patient.

Beslutningsstøtte dosering

Interaktiv pop-up vindue, der udløses når INR værdier indskrives i laboratorieskema. Her udregnes anbefalet dosis ud fra tidl. dosis og aktuelle INR værdi. Samtidig udregnes TTI automatisk og grafen over tidligere INR værdier vises. Der kan printes et brev ud til patienten med doseringsvejledning og med tidsaftale for næste prøvetagning.

Kvalitetssikring - overblik

Kvalitetssrapporter til brug for kvalitetssikring af den antitrombotiske behandling, herunder angivelse af TTI værdier, aktuelle behandling og anbefalet behandling på individ og populationsniveau med mulighed for benchmarking.

Indlægget:

I indlægget præsenteres, hvordan automatisk opsamling af data fra elektroniske patientjournaler kan anvendes til IT-støttet kvalitetssikring af Ak-behandlingen. Det vises, hvordan pop-up vinduerne fungerer interaktivt og hvilke algoritmer og flowchart der ligger bagved. Kvalitetssrapporterne gennemgås og det diskuteres, hvordan de kan bruges til kvalitetsudvikling i almen praksis.

Indførelse af telemonitorering skaber behov for forandring af den kliniske behandlingsmodel. Men hvordan gør vi det?

Oplægsholder:

Jesper Thestrup, In-JeT ApS, <jth@in-jet.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tamas Gergely, Applied Logic Laboratory, Budapest, Ungarn, <gergely@all.hu>

Peter Beck, Joanneum Research Forschungsgesellschaft MbH, Graz, Østrig, <peter.beck@joanneum.at>

Hovedbudskaber:

1. Telemonitorering, herunder mobile løsninger, skaber behov for en nytænkning af ikke bare patient-beandlerkomunikationen, men hele den kliniske model for udredning, kontrol og behandling
2. Den fysiske adskillelse af patient og behandler kræver nye måder, hvorpå læger og sygeplejersker tilgår patientundersøgelser og -kontroller.
3. Medicotekniske infrastrukturer, antallet af parametre som patienten måler og systemer til beslutningsstøtte kan understøtte den nye behandlingsmodel og sikre optimal kommunikation med patienten

Baggrund og motivation:

Den stigende brug af telemonitorering i alle dele af sundhedsvæsenet giver store muligheder for at øge effektivitet og sammenhæng i patientforløb, ikke mindst i forhold til den udfordring det er at skulle behandle et stigende antal kronikere, multi-kronikere og ældre. Traditionelle behandlingsmodeller er drevet af behovet for et bedre medicinsk udkomme og forebyggelse og skal kunne motivere patienten til at tage medansvar for egen sygdom. Her kan teknologi være et meget stærkt værktøj til at opnå bedre resultater, men teknologien kan mere end hvad den bliver brugt til i dag, og der er brug for at både behandlingsmodeller og teknologi udvikles i frugtbar symbiose. Specifikt skaber den øgede brug af telemonitorering et akut behov for tilpasning af den traditionelle kliniske behandlingsmodel, så effektiviteten ikke forsvinder i øget kontrol og analyse af data og så det medicinske udkomme ikke forringes på grund af manglende kommunikation og fejlagtig udredning.

Beskrivelse:

Med telemedicin erstattes den traditionelle undersøgelse og konsultation i klinikken eller i praksislægens kontor af mobile løsninger, hvor patienten gennemfører egne målinger i ikke-kliniske omgivelser. Den nære øjenkontakt mellem patient og behandler erstattes af grafer og e-mails, og patientens data skal måske hentes fra flere forskellige steder. Der sker med andre ord en opbrydning af det traditionelle behandlingsrum i et adskilt "fysisk" behandlingsrum og et "informationsrum". Lægen eller sygeplejersken kan ikke længere se, høre eller føle patienten og skal på egen hånd finde og validere relevante patientdata. Desuden sker undersøgelsen i det fysiske behandlingsrum delvist i ikke-kliniske omgivelser med fare for datafejl og forkerte udredninger.

Udredningen skal også kunne drage fordel af de mange patientdata, som opsamles løbende med telemonitorering. Hvor undersøgelsen hidtil har været baseret på enkeltstående målinger, foretaget før eller under undersøgelsen, har lægen nu adgang til løbende målinger over længere tid. Hvilke trends kan udlæses af disse data? Hvordan kan de give anledning til risikoanalyser på kort og mellemlangt sigt? Hvordan indvirker multipatologier på datasættet?

På den baggrund har vi brug for at udvikle nye behandlingsmodeller med telemonitorering, der tager højde for mængde og kvalitet i dataopsamlingen, tilføjer yderligere parametre til målingerne (fx kropstemperatur, aktivitet og blodtryk i tilslutning til iltmætning), og som betjener sig af intelligente, personaliserede værktøjer, der kan påpege specielle mønstre, trends og afvigende målinger. Telemonitoringen bliver på den måde en hjælp til den efterfølgende udredning og stratificering og, ikke mindst, en hjælp til patienterne til bedre at forstå deres sygdom og derved gøre dem til en del af behandlingen.

Indlægget:

Indlægget vil fokusere på fælder og udfordringer i nuværende behandlingsmodeller og påpege eksisterende løsningsmuligheder i hvert enkelt tilfælde. Løsningen baserer sig på resultater fra et 4-årigt EU-forskningsprojekt REACTION, som In-JeT har været en ledende deltager i. REACTION involverer bl.a. medicinske specialister fra universitetshospitalet i Graz og fra en sundhedsklinik i London.

Fokus vil være på at klargøre hvor og hvordan teknologien kan skabe bedre kvalitet i patientundersøgelser og dermed påpege hvor de traditionelle behandlingsmodeller skal tilpasses for bedre at udnytte teknologiens muligheder.

Specifikt vil indlægget beskrive erfaringer med In-JeTs LinkWatch system til multiparametrisk telemonitorering med videokonference og give eksempler på detektering af behov for intervention, som ellers ikke ville være blevet opdaget. Desuden beskrives et system til beslutningsstøtte for daglig insulinterapi til insulinkrævende diabetikere og algoritmer til risikovurdering, som hjælp til en efterfølgende udredning.

PosLogistics anno 2013: Vinder af projekt-battle 2012 - hvad er status ét år efter?

Oplægsholder:

Mikkel Harbo, Systematic, <mha@systematic.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Flemming Bent Thomsen, Systematic, <fbt@systematic.com>

Karin Hedegaard, Aalborg Universitetshospital, <kahe@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan påvirker løsningen brugerne og et hospital i praksis?
2. Hvordan har brugerne af løsningen taget imod forandringen?
3. Hvilke fordele kan hospitaler opnå via brugen af Columna Service Logistics?

Beskrivelse:

På e-sundhedsobservatoriet 2012 vandt Systematic og Mikkel Harbo projekt-battlen med løsningen PosLogistics. Det blev præsenteret, hvordan løsningen gennem brug af realtidsinformationer giver indsigt i servicefunktioner leveringsevne og dermed åbner muligheden for effektiviseringer. Løsningen er siden sidst blevet videreforsat og er gået i pilotdrift. Motivationen for indlægget er, at give interesserede indblik i, hvordan brugerne har taget imod de daglige forandringer og hvordan brugerne er blevet involveret undervejs.

Drift på Aalborg Universitetshospital:

Løsningen gik i drift i Aalborg primo 2013 og i september 2013 på Aarhus Universitetshospital. Indlægget vil komme nærmere ind på de udfordringer, løsninger og virkninger, som dette har medført samt hvordan et tæt samarbejde mellem brugerne og udviklerne har været essentielt. Et af de følsomme emner har tidligere været spørg af medarbejdere – hør brugernes overraskende reaktion på dette.

Målinger:

På Aalborg Universitetshospital er foretaget kvalitative og kvantitative målinger både før og efter idriftsættelsen af PosLogistics. Der er både målt på effektiviteten samt portørernes tilfredshed. Endeligt er enkelte bestillere blevet interviewet. Væsentlige konklusioner fra disse målinger vil blive præsenteret.

Status på projektet:

Resultaterne fra PosLogistics vil indgå i en større produktpakke – Columna Service Logistics. Columna Service Logistics indeholder flere selvstændige og let intergrerbare moduler; Task Management, Transport Management, Bed Management, Trolley Management og General Search.

På indlægget vil det være muligt at få indblik i de muligheder og fordele, det vil kunne give de danske hospitaler.

Offentligt privat samarbejde som korteste vej til udvikling af specialløsning til anæstesi med stort eksportpotentiale

Oplægsholder:

Troels Bierman Mortensen, Daintel, <tbm@daintel.com>

Hovedbudskaber:

1. Offentligt privat samarbejde med høj brugerinddragelse kan sikre hurtig og effektiv udvikling af specialkliniske IT løsninger
2. Velintegrerede specialkliniske IT løsninger kan øge patientsikkerheden og effektiviteten på anæstesiafdelinger
3. Fokus på kliniske niches er vejen frem for dansk sundheds IT eksporteventyr

Beskrivelse:

Critical Information System, CIS by Daintel, er på 3 år blevet det mest anvendte IT system på intensivafdelinger i Danmark. Men allerede i 2011 erkendte danske Daintel at varig succes i Danmark og på eksportmarkederne krævede en hurtig tilpasning af CIS til anæstesiafdelingernes behov. Dette blev startskudet til intenst offentligt-privat kapløb frem mod en række store udbud.

I oplægget gives en beskrivelse af hvordan Daintel, i tæt samarbejde med Vejle Sygehus og Odense Universitetshospital, med udgangspunkt i intensivløsningen CIS, på under 20 måneder udviklede en specialløsning til brug på anæstesiafdelinger, implementerede denne på 3 anæstesiafdelinger, integrerede den med en række kendte IT løsninger, deltog med løsningen i store udbud i 4 lande og fik den første kontrakt i Brasilien.

Fokus i præsentationen vil være på beskrivelse af udviklingsprocessen og funktionalitet i løsningen, samt de gevinster, som løsningen giver i forhold til dokumentation, effektivisering og patientsikkerhed.

Løsningsindhold:

Specialklinisk IT løsning tilpasset arbejdsgangen på anæstesiafdelinger fra det pre-operative tilsyn over det per- og postoperative til opvågning. Integrationer til CIS Intensiv, Cetrea Surgical, onBase, OPUS Notat, Apovision og Dansk Anæstesidatabase. Foruddefinerede medicinpakker og automatisk registrering af data fra mere end 600 forskellige former for medicinsk udstyr.

Motivation:

Motivation for indlægget er 1) at give et eksempel på hvordan et tæt offentligt privat samarbejde baseret på intens brugerinddragelse på rekordtid kan udvikle en specialløsning, der dækker klinikernes behov bredt indenfor en klinisk niche: et komplet klinisk IT arbejdsredskab for klinikere på anæstesiologiske afdelinger, samt 2) vise hvordan bred behovsopfyldelse indenfor et klinisk speciale øger konkurrencedygtigheden på eksportmarkederne.

Elektronisk sygehistorie - patient empowerment

Oplægsholder:

Pierre Schydlowsky, Arthro klinikken, Værløse, <pierre.schydlowsky@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1. Medortis er et software system som gennem anvendelse af webbaserede skemaer, gør det muligt at optage sygehistorier hjemmefra. Svarerne omdannes til en tekst i lægesprog, til brug som journal notat
2. Patient empowerment: patienten forbereder konsultationen, giver fyldestgørende information, og oplyser om forventninger
3. Optimering af tiden: lægen har en detaljeret sygehistorie, før han/hun ser patienten. Der spares behandletid og sekretærtid.

Baggrund og motivation:

Optagelse af sygehistorie er ofte en ressourcekrævende proces. En fyldestgørende sygehistorie skal, i mange specialer, indeholde mangfoldige oplysninger, med blandt andet familiære forhold som kunne disponere til nuværende lidelse, tidligere indlæggelser, klager fra andre organsystemer end det patienten henvender sig for, aktuel medicin, symptomer og sociale forhold. I en konsultations situation kan omfanget af rekvirerede oplysninger virke overvældende på patienten. Erindring om forhold som patienten ikke umiddelbart havde opfattet som relevante for problemet kan være vanskelig, og de oplysninger man herved opnås, risikerer at være utilstrækkelige eller fejlagtige. En væsentlig del af konsultationen går således med at spørge til forhold som patienten kan have svært ved at belyse. Anamnesen vil derefter som regel blive dikteret af behandelende læge, og herefter skrevet af en sekretær.

Danske regioner har gjort "Patient Empowerment" til et centralt begreb. Et af nøgleelementerne i dette begreb er erkendelsen af at patienter har ret til at træffe egne valg. Det er som følge heraf vigtigt for behandleren, ikke alene at have information som kan lede frem til en diagnose, men tillige om forhold som kan have betydning for valget af den bedste behandlingsstrategi for den pågældende.

Det ville således være ønskeligt med et IT-system som patienterne kunne anvende hjemmefra, med mulighed for at give relevante oplysninger, og oplyse om forventninger.

Beskrivelse:

I et samarbejde med en IT-udvikler, har Pierre Schydlowsky udviklet Medortis.

Medortis er et software ekspert system som gennem anvendelse af webbaserede skemaer gør det muligt at indhente relevante oplysninger fra patienter. Sidtsnævnte har desuden mulighed for at give udtryk for forventninger til konsultationen, og for at supplere med kommentarer til spørgsmålene. Besvarelserne omdannes til en tekst som kan anvendes som journalnotat. Systemet er dynamisk, således at de spørgsmål man bliver stillet afhænger af de svar der er givet på foregående spørgsmål. Systemet kan tilpasses alle specialer.

Indlægget:

I indlægget beskrives Medortis systemet. Systemet vil endvidere blive demonstreret direkte ved test på en fiktiv patient. Fortrin og begrænsninger nævnes. Endelig præsenteres resultatet af en lille undersøgelse om patient tilfredshed ved brug af systemet.

Automatisk dataopsamling til EWS i et innovativt og brugerinvolverende lys

Oplægsholder:

Frieda Petersen, IMT, Region Hovedstaden, <fpetersen@pc.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Martin Sølvkjær, IMT, Region Hovedstaden, <martin.soelvkjaer@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Ved at involvere brugerne tidligt i innovationsprojektet sikres, at løsningerne svarer overens med brugernes forventninger og samtidig opnås en lærende proces for begge parter involveret
2. Der er behov for arbejde videre i forhold til automatisk dataopsamling og på den måde opnå erfaringer - vi er ikke helt der, hvor det hele kører uden problemer (trådløs netværk, standarder mv.)
3. Der er behov for OPI samarbejder fremadrettet.

Baggrund og motivation:

I 2012 blev det via Den danske kvalitetsmodel gjort obligatorisk at patienter skal have registreret vitale parametre for at forebygge kritisk sygdom. I Region H valgte man Early Warning Score som ramme for dette.

Vi havde derfor en ide om, at der var besparelser og rationaliseringer at hente ved at se på dette i et elektronisk format, således fik vi etableret et innovationsprojekt som tog i udgangspunkt i at etablere automatisk dataopsamling fra patientmonitorerne, der sender via det trådløse netværk til Regionens integrationsplatform og på den måde kan udstilles forskellige steder - vi valgte en web applikation, men epj-løsningen er også en mulighed - dette nåede vi ikke i dette projekt.

Motivationen for at gå i gang med dette projekt lå i, at klinikene var meget interesseret i at få en elektronisk, automatiseret løsning der letter dataopsamling og forbedrer kvalitet ved at eliminere mellem-notater på blokke, før data kan indføjes i EPJ. Vores forundersøgelse viste os at der ikke var mange leverandører som havde arbejdet med den generiske overførsel, men det var mange proprietære løsninger på markedet, som kræver et specifik opsæt for hver enkelt leverandør.

Beskrivelse:

Vores projekt bygger på tilgangen til skandinavisk participatory designproces. Der var mange parter involveret i projektet og bestod af klinikere, IMT og leverandører, som vi involverede i at afklare, hvilket problem vi havde behov for at løse, hvor vi var ude og observere hvorledes klinikene arbejdede med EWS i papirform. Dette materiale blev dokumenteret i en customer journey samt foto og videomateriale. Materialet blev analyseret på en workshop og endte ud i en business model for, hvad der ville give værdi at finde en løsning for. Herefter indledte vi en proces med alle parter om at lave mock-up af løsningen først i papir, dernæst omsat til en elektronisk udgave som alle parter skulle forholde sig til. Sideløbende med denne proces var der et teknisk spor som havde til opgave at få integrationen til at virke i tæt samarbejde med monitorleverandøren.

Efter at have testet vores proof of concept internt testede vi løsningen på 3 afdelinger på 3 af regionens hospitaler.

Resultaterne af dette var entydige: Infrastrukturen er en showstopper for mobile løsninger, hvis denne ikke fungerer tilfredsstillende.

Brugervenlighed har stor betydning og her kan de forskellige parter have meget forskellige oplevelser af, at hvad der er brugervenlighed og hvilke nødvendige kvalitetsparametre, der vælges.

Derudover blev der fra brugernes side også adresseret problematikker om håndtering af de mobile enheder - da de i dag er vant til at boltre deres enheder fast til borde mv.

Endelig så vi at vi kun var nået et skridt på vejen, men at løsningen først giver mening, når der er lavet integration ind i den nuværende eller fremtidig EPJ-løsning.

Indlægget:

I Indlægget kommer vi ind på vores erfaringer ved at arbejde på denne måde, skitsere fordele og ulemper ved at arbejde med participatory design processer og hvilke dilemmaer det har givet i projektet.

Indlægget vil også indeholde en kort demonstration af, hvad vi nåede frem til.

Endelig vil vi perspektivere løsningen og skitsere, hvilket fremtidsrationale der ligger i at arbejde på denne måde.

Kontoret i lommen – når IT giver mening!

Oplægsholder:

Karen Melchior Jensen, Region Nordjylland, <k.melchior@rn.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Søren Corneliusen, Koncern IT, Region Nordjylland, <soeren.corneliusen@rn.dk>

Dan Hagerup Gundvald, Koncern IT, Region Nordjylland

Anne-Mette Foldager, Koncern IT, Region Nordjylland

Carsten Olesen, Sygehus Vendsyssel

Henny Ladefoged, Sygehus Vendsyssel

Gitte Kristensen, Aalborg Universitetshospital

Dorte Fremberg, Aalborg Universitetshospital

Lone Gotlieb Nielsen, Aalborg Universitetshospital

Joan Kristensen, Sygehus Himmerland

Hovedbudskaber:

1. Mobile apps giver mening for sygeplejersker og patienter
2. App-udvikling kan gøres billigt, nemt og hurtigt
3. Udfordringer ved brug af mobile apps på sygehusene

Beskrivelse:

TOKS-screening, Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom, er en måling af syv vitale værdier, som foretages på alle indlagte patienter hver dag. Faktisk udføres den 400.000 gange om året på de nordjyske sygehuse. Det er en arbejdsgang, hvor sygeplejersken noterer de målte værdier på papir, for derefter – ved lejlighed – at taste dem ind i patientens journal på pc. Kunne det ikke gøres smartere?

Et par medarbejdere i Koncern IT legede med tanken, og det er der kommet en TOKS-app ud af. Det fungerer på den måde, at sygeplejersken kan taste værdierne ind i app'en på en mobil enhed (fx smartphone, tablet eller iPod), hvorefter værdierne automatisk sendes ind i patientens elektroniske journal. Det sparer tid for sygeplejersken og øger patientsikkerheden, idet data dermed er tidstro. En flok sygeplejersker har testet app'en i en uge, og de har været positive over potentialet i at bruge mobile enheder til rutineopgaverne i arbejdet. Som en sidegevinst viste testen, at brug af mobil-app'en gav en bedre patient-inddragelse, idet sygeplejerskerne kunne lade patienterne følge med i indtastningen på den mobile enhed og vise dem, hvad værdiernes score resulterer i. På den måde opnåede patienterne en større forståelse for, hvorfor de skal TOKS-screenes hver dag.

Et rendyrket innovationsprojekt

Hele forløbet omkring TOKS-app'en har været et lærerigt arbejde, som har sat nye standarder for, hvordan Region Nordjylland kan arbejde innovativt med IT-udvikling. Det var for eksempel ikke uden risiko at afprøve app'en med rigtige patientdataude på sygehusene, da løsningen rent IT-teknisk kun var en "80 procent-løsning". Til gengæld har den økonomiske risiko været minimal, da det er medarbejdere i Koncern IT, som har lavet app'en. Den har derfor ikke kostet andet end interne mandatimer at udvikle, og hele forløbet fra idé over udvikling til test og afsluttende evaluering har i alt taget 11 uger.

Efter dette forløb har Region Nordjylland arbejdet på at få lavet en 100 %-løsning, som lever op til de sikkerhedskrav, der gør sig gældende for IT-systemer i drift.

DiaApp – et redskab der hjælper dig med at styre din sygdom i stedet for, at den styrer dig

Oplægsholder:

Katrine Vedel, Teknologisk Institut, <kvl@dti.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Thomas Hertel, Odense Universitetshospital, H.C. Andersen Børnehospital, <thomas.hertel@rsyd.dk>

Per Frey, KMD, <pf@kmd.dk>

Lisbeth Rohde, Odense Universitetshospital, H.C. Andersen Børnehospital, <Lisbeth.Rohde@rsyd.dk>

Julie Bech Olesen, Odense Universitetshospital, H.C. Andersen Børnehospital, <Julie.Bech.Olesen@rsyd.dk>

Tony Jensen, CellPoint Mobile, <tony.jensen@cellpointmobile.com>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan kan man arbejde med apps og spilteknologi til at hjælpe og motivere teenagere med diabetes til at opnå en bedre selvmonitorering og regulering af deres sygdom?
2. Teenagere med diabetes kan gøre det til en konkurrence med sig selv at få et stabilt blodsukker – og opfatter det som en sejr hvis det lykkes. Konkurrence elementet er en positiv motivations faktor
3. Blodsukkermålinger kan gøres til noget sjovt med DiaApp

Beskrivelse:

DiaApp projektet er en del af Partnerskabet UNIK og formålet med DiaApp er, at styrke unge diabetikeres mulighed for selv-monitorering ved brug af en app til Smartphones. Målgruppen er de 10 til 19-årige diabetikere med type 1 diabetes. Ved at bruge en smartphone tager vi udgangspunkt i et redskab, som i forvejen er en naturlig del af de unges hverdag og noget de altid har på sig.

Mere end 300.000 danskere lever dagligt med diabetes og antallet af diabetikere er fordoblet de sidste 10 år (Kilde: Diabetesforeningen, Sundhedsstyrelsen: "Tal på diabetes 1996-2011"). Specielt gruppen af teenagere i alderen 10-19 år har svært ved at regulere deres blodsukker hvilket har en negativ effekt på deres hverdag og ikke mindst deres helbred. Længerevarende perioder (flere år) med store udsving i blodsukkerniveauet øger risikoen for senkomplikationer, som fx diabetiske fodsår, synsproblemer eller blindhed.

I DiaApp projektet har vi udviklet en smartphone app med udgangspunkt i de unges behov og ønsker. Vi har løbende testet konceptet og udviklingen af app'en ved fokusgrupper for unge diabetikere og deres forældre. I forbindelse med de tidlige brugerstudier udtales en af deltagerne, en 16-årig diabetiker : "Det kan godt blive en konkurrence med mig selv, det med at få et stabilt blodsukker." Dette var med til at inspirere os til udviklingen af et udfordrings-modul, hvor de unge selv kan sætte sig mål for hvordan de vil blive bedre til at monitorere deres sygdom og angive en ønsket belønning, hvis det lykkedes. Det har været afgørende for os at skabe et værktøj, der kunne hjælpe de unge til dels at tage ejerskab og ansvar for monitoringen af deres sygdom, men som også kunne give dem en følelse af kontrol over den. Det har været vigtigt for os at det er de unge selv, der sætter rammerne og selv definerer de mål, de vil opnå. Et andet eksempel på dette er et af spil, der indbygget i DiaApp. Her bliver man præsenteret for forskellige fødevarer og skal gætte kulhydrat indholdet. Vores research viste, at teenagere med diabetes ofte ikke vejer deres mad men i stedet gætter på kulhydrat indholdet og tilpasser deres insulin indtag efter dette gæt. Det er en adfærd, som vi vurderede at vi ikke kunne ændre med dette projekt, men vi kunne give dem et redskab til at blive bedre til at gætte og derved (måske) også minimere risikoen ved denne adfærd.

DiaApp kommunikerer via en serverplatform med KMDs CareConnect løsning. Herfra formidles data videre til andre integrationsplatforme eller direkte til de sundhedsfagliges journalsystemer. Det giver lægen mulighed for at få adgang til de data der tastes ind i DiaApp – men igen er det den unge, der bestemmer om data skal sendes til sygehuset.

I forbindelse med projektet har vi deltaget på internationale konferencer for diabetes teknologi og sundheds IT og selvom der er udviklet en del apps til diabetikere og også nogle rettet mod børn, er vi endnu ikke støt på andre apps rettet mod teenagere med diabetes. Dette på trods af at teenagere er en oplagt målgruppe for apps, siden de netop har vanskeligt ved at monitorere og regulere deres sygdom og samtidig har en alder, der gør apps til et naturligt værktøj, de i mange tilfælde allerede er fortrolige med. Som en af deltagerne på vores fokusgruppe siger: "Det ser ikke så unaturligt ud at have telefonen fremme."

Med DiaApp har vi forsøgt at lave et redskab, der giver de unge mulighed for i højere grad at føle at det er dem, der styrer sygdommen og ikke sygdommen der styrer dem, så de på den måde kan få en bedre livskvalitet, hvor sygdommen ikke fylder for meget.

Stregkoder og QR koder i klinikken

Oplægsholder:

Poul Mossin, Køge Sygehus, Akutafdelingen, <pmoi@regionsjaelland.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Torben Brøgger Speldt, Køge Sygehus, Akutafdelingen, <tbsp@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. QR koder kan man selv lave og bruge til flere formål
2. Hvorfor har jeg ikke tænkt på det, det er let, effektivt og tidsbesparende når det skal gå stærkt
3. Det vil jeg også hjem og lave

Beskrivelse:

Jeg synes, at det er tankevækkende, at byggemarkeder, slikbutikker og andre bruger QR koder, men kun i begrænset omfang til info af patienter via plakater.

QR tanken kom da vi stod med en scanner der kun kunne læse almindelige stregkoder.

Alle jeg har talt med tænker kun på mobiltelefoner eller tablets når de hører om QR koder hvis de overhovedet ved hvad det er, men hvorfor bruge mobildevices når man har en PC lige ved hånden

En ting der går igen indenfor sundhedssektoren er instrukser, både behandlingsinstrukser, administrativ instrukser og procedurer. Rigtig mange har meget svært ved at finde den rigtige instruks. Det som vi har gjort er, at lave QR koder der linket til de rigtige instrukser, i den kontekst man er. Det vil sige, at der er en QR kode på brandmelderen der linket til brandinstrukten, en QR kode på procedurebakken for fx sondeanlæggelse der linket til den instruks der netop i den pågældende afdeling er godkendt til at bruge.

Vi har på samtlige dørkarme i afdelingen lavet QR koder der linket til vores forside i Regionens instrukssystem, til vores instruksliste og vores procedureliste, det vil sige, at man altid kan nå ind til denne uden at skulle finde link på computerens skrivebord, som nogen måske har slettet.

Vi har også på opfordring fra personalet lavet QR links til medicinblanding der sidder placeret i medicinrummet.

Vi har arbejdet videre med QR koder til mere traditionel brug, det vil sige, at patienterne kan scanne en QR kode i venteværelset med deres mobiltelefon og hente vores udleveringspjecer. Nå nogen siger, at der kun er nogle få patienter der bruger det, så er svaret, at hvis de ikke sad der var der ingen der brugte dem og hvis vi ventede med at bruge teknikken til alle kan/ vil bruge den, så ville vi pludselig stå over for et stort gab, hvor vi ville skulle indhente en masse tekniske løsninger.

Så budskabet er, at personalet og patienterne tilbydes systemerne og "tvinges" kun i de tilfælde hvor patientsikkerheden ellers komprimitteres, fx i forbindelse med arteriekpunkturer, hvor sprøjts, patientens og personalets stregkode scannes så forbytninger undgås.

Vi er netop i gang med at lave varebestilling med stregkoder og QR koder. Systemet bruges i forbindelse med færdigkøbte systemer, men vi laver dem selv.

Der har været meget stor interesse for vores QR/stregkodeløsninger.

Se også:

<http://www.youtube.com/watch?v=WLxb-roROEE>

National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017

Ordstyrer:

Christian Nøhr og Søren Vingtoft

"National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 - Digitalisering med effekt" er Regeringens, KL's og Danske Regioners nyeste strategi, der giver sigtelinjerne for udviklingen af sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er, hvorvidt målsætningerne kan indfries eller om barriererne for digitalisering i det sektor- og siloopdelte forvaltningsssystem viser sig større end forventet? For at belyse dette har vi nedsat et panel bestående af repræsenter for strategien, som vil præsentere den, samt to eksterne anmeldere af strategien.

Deltagere:

KL: Christian Harsløf, kontorchef for Social og Sundhed

Danske Regioner: Jens Andersen, formand for RSI og adm. direktør for Region Sjælland

NSI: Flemming Christiansen, sektordirektør

Anmelder 1: Daniel Forslund, chefstrateg, Vinnova, Sverige

Anmelder 2: Ej vind Jørgensen, formand for Dansk It's udvalg for it i den offentlige sektor

Improving Outcomes through Health and Social Care Integration in Scotland

Oplægsholder:

Dr. Anne Hendry, Joint Improvement Team, Scotland, <george.crooks@nhs24.scot.nhs.uk>

Beskrivelse:

An older population is something to be celebrated, but brings with it fresh challenges. Well over half of the annual health and social care budget for older people in Scotland is spent on care in hospitals and care homes, often towards the end of life. Helping older people to remain active and independent is good for older people and for the public purse, and is at the heart of our Reshaping Care for Older People: A Programme for Change 2011 – 2021.

Co-produced with political, organisational and community interests, it aims to shift care towards care at home and in community settings supported by greater investment in preventative and anticipatory care and the use of technology to empower citizens and enable greater choice and control.

A key aspect is the use of a Change Fund (£300 million 2011-2015) released only on receipt of plans prepared and agreed between all partners including carers and the public. These local Change Plans are linked with integrated commissioning and innovation to redesign support and services. The Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill will provide a legislative framework to formally integrate community health and social care services by 2015 to accelerate the pace of this change.

The Joint Improvement Team (JIT) leads a whole system improvement network that supports all 32 local partnerships to test new approaches, spread good practice and use their collective resources more wisely to make greater impacts on individuals, their families and their communities.

This session will describe early progress:

- ▷ use of technology to empower older people and their carers to have greater choice and control and to remain active, independent and connected with their families, friends and neighbourhoods
- ▷ how ICT can enable local teams to deliver coordinated and integrated care and support at home, or closer to home
- ▷ our approach to demonstrating impact through improved experience and outcomes - both personal and system outcomes.

The Swedish experiences on innovating and implementing eHealth - opportunities and barriers

Oplægsholder:

Daniel Forslund, Health Care Development, Sweden's Innovation Agency VINNOVA, <Daniel.Forslund@VINNOVA.se>

Hovedbudskaber:

1. Use eHealth as a catalyst for radical change and innovation in the healthcare sector as a tool for patient empowerment!
2. Systematically identify and address factors preventing the broad uptake and use of eHealth solutions!
3. Open up the healthcare sector for large scale test beds for innovative technologies and new working methods!

Beskrivelse:

Both Sweden and Denmark are among the leading countries in the world when it comes to an advanced use of eHealth services. As early adopters of IT throughout the healthcare sector, with ambitious eHealth policies and strategies in place and a population with extremely high IT literacy, we should have the best opportunities in the World. But do we use these opportunities to its full potential? How come everything seems to be in place in theory, but not in practice?

In Sweden, the National eHealth Strategy is under implementation since many years, and several measures are now taken to boost the deployment and actual use of all those eHealth services already available. From VINNOVA, the Swedish Governmental Agency for Innovation Systems, the focus is now to develop new support measures for Public Sector Innovation. The ambition is to strengthen the innovation capacity among decision makers at all levels in the public sector to make sure that innovation projects in for example the eHealth area is evaluated, disseminated and then implemented on a broad scale. Funding is shifted from development of new technologies towards complex implementation projects that challenge the culture, organization and working methods within the healthcare organizations, but also innovation management and reimbursement systems that promotes the early adopters.

This session will explore and explain some of the measures now taken from VINNOVA in Sweden to boost the opportunities for eHealth and tear down the barriers for innovation in the healthcare sector.

Digitalisering med effekt – fra strategi til eksekvering

Oplægsholder:

Flemming Christiansen, National Sundheds-it, SSI, <FLC@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan sikres en styrket prioritering og et samlet overblik over sundheds-it på nationalt niveau?
2. Hvilke tiltag skal understøtte fremdrift, koordination og leverancestabilitet på tværs af sundhedsvæsenet?
3. Hvordan vil National Sundheds-it formidle status for sundheds-it i Danmark og opfølgning på strategiens initiativer?

Beskrivelse:

I foråret blev der vedtaget en ny national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet for 2013-2017 – Digitalisering med effekt, der blev politisk godkendt i juni måned.

Strategien sætter en fælles, forpligtende og ambitiøs kurs for det videre arbejde med digitalisering af sundhedsvæsenet, og indeholder 22 konkrete initiativer, der skal realiseres frem mod 2017.

I dette oplæg vil der blive fokuseret på, hvordan vi nu omsætter ord til handling i forhold til at følge op på de vedtagne indsatser gennem indikatorer og monitorering og i forhold til et styrket samarbejde mellem parterne.

Hvis sundhedsvæsenet de kommende år skal gennemføre store digitale forandringer i højt tempo, kræver det klarhed om retning og ansvar. Derfor er et af indsatsområderne i strategien en styrket prioritering og overblik på nationalt niveau. Dette skal bl.a. ske ved at den nationale bestyrelse for sundheds-it i højere grad vil udgøre rammen for et forpligtende samarbejde om den overordnede prioritering og koordinering af sundheds-it området i Danmark.

Desuden er der et stigende behov for en ensartet implementeringsindsats i takt med, at sundheds-it løsninger binder sundhedsvæsenet sammen. En succesfuld implementering af fælles projekter forudsætter dog koordinering mellem regioner, kommuner og almen praksis og fokus på fremdrift og resultater i form af opfølgning og monitorering.

Af oplægget vil det fremgå hvilke tiltag, der skal sikre en bedre koordinering på tværs og der vil være en gennemgang af planerne for National Sundheds-it's fremtidige formidling af status og fremdrift på sundheds-it i Danmark, herunder et nyt fakta-site om digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

Sammenhæng på tværs i telemedicinindsatsen

Oplægsholder:

Lene Vistisen, afdelingschef for standarder og it-arkitektur, Sektor for National Sundheds-it, SSI, <LEVI@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Govenance i forhold til telemedin og tanker bag denne
2. Fremdrift i de nationale initiativer samt modning af nye områder til national udbredelse
3. National model for telemedicinsk hjemmemonitorering samt afprøvning, modning og udbygning af den telemedicinske infrastruktur

Baggrund:

Anvendelse af telemedicinske metoder er sundhed til borgeren på nye måder; i telemedicin udnytter vi de digitale muligheder til at flytte rammerne for, hvordan sundhedsydeler i borgerens hjem kan understøttes og udføres. Vi gør det dels fordi den digitale udvikling naturligt rykker ind i denne sammenhæng også, men især fordi det giver mening, når vi vil udnytte tid og ressourcer hos borgere og medarbejdere bedst muligt.

I den nye nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet er der skabt et nationalt program, der dels følger op på elementer fra den nationale telemedicinske handlingsplan, dels adresserer Danske Regioner og KLs planer indenfor området.

Beskrivelse:

I Danmark oplever man – som i resten af verden, et øget pres på sundhedsvæsenet. Dette skyldes dels, at andelen af ældre og kronisk syge er stigende, dels at behandlingsmulighederne i sundhedsvæsenet er blevet større, og at man derfor kan behandle langt flere sygdomme med god effekt.

I den nye nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet er der skabt et nationalt program bestående af fire telemedicinske initiativer. De fire initiativer skal følge op på fremdriften i den telemedicinske handlingsplan, skabe en national model for telemedicinsk hjemmemonitorering, modne nye områder til national udbredelse og gennemføre en afprøvning, modning og udbygning af den telemedicinske infrastruktur. Arbejdet forankres i en koordineringsgruppe for telemedicin, der referer til den nationale bestyrelse for sundheds-it.

Oplægget:

I oplægget præsenteres hovedtræk fra de fire initiativer. Et vigtigt fælles mål for dem alle er, at de gode erfaringer skal implementeres mere bredt, så de telemedicinske løsninger, der er igangsat med handlingsplanen, kommer i fuld anvendelse, ligesom de forudsatte gevinster skal efterprøves.

Der vil være en gennemgang af initiativerne og den nye governance på telemedicinområdet.

Der vil særligt sættes fokus på et afprøvningsprojekt, hvor principper fra Referencearkitektur for opsamling af helbredsdata hos borgeren afprøves i storskala på de mest modne områder (KIH og Telecare Nord) og tilvejebringer et solidt evalueringsgrundlag.

Fuld udbredelse og anvendelse af Fælles Medicinkort

Oplægsholder:

Birgitte Drewes, Sektor for National Sundheds-it, SSI, <BIDR@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad er status for udbredelsen og anvendelsen af Fælles Medicinkort lige nu?
2. Hvad har udfordringerne været undervejs?
3. Hvordan sikres fortsat stabil drift og nødvendig videreudvikling fremover?

Beskrivelse:

Det Fælles Medicinkort (FMK) gik i central drift i 2009. Det er i Økonomiaftalen for 2014 aftalt, at FMK skal være fuldt i brugtaget i regioner og i lægepraksis inden udgangen af 2013, fuldt teknisk implementeret i kommunernes hjemmepleje i 2014 og fuldt i brugtaget i kommunerne inden udgangen af 2015. Der er tale om et program som har involveret utrolig mange ildsjæle rundt omkring i sundhedsvæsenet, og der er blevet løst mange udfordringer undervejs.

I oplægget vil der blive fortalt om den aktuelle status - hvor står vi mht. at nå målene i forhold til udbredelse, hvad er status for recertificeringer af løsninger og hvordan ser tallene for anvendelse ud?

Videre vil der være et tilbageblik på, hvilke udfordringer der har været undervejs. FMK har på mange punkter været et stifinderprojekt og har samtidig været meget afhængig af andre digitaliseringsinitiativer. Hvad har de primære udfordringer været set fra det centrale program, og hvordan er de forskellige udfordringer blevet håndteret undervejs. Hvilke erfaringer fra FMK-programmet bør tænkes med i andre fællesoffentlige digitaliseringsprojekter fremover?

Endelig ses der fremad på planlagt videreudvikling, styringsregimet for FMK fremover, betydningen af og brugen af det fælles testmiljø ift. videreudvikling og kvalitetssikring og de vigtigste udfordringer fremover.

Sundhedsdata i spil

Oplægsholder:

Poul Erik Hansen, National Sundhedsdokumentation og Forskning, SSI, <POEH@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Bedre brug af sundhedsdata gennem hurtig, smidig samt betryggende og sikker tilgang til data
2. Implementering af regeringens synlighedsreform
3. Brug af sundhedsdata til fremme af regeringens vækstinitiativ

Beskrivelse:

Et af elementerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013 – 2017, indeholder et ønske om "Bedre brug af data". Grundlaget er skabt gennem den samling af alle nationale sundhedsdata, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har foretaget. Alle nationale data om aktivitet, økonomi og kvalitet i sundhedsvæsenet er samlet på Statens Serum Institut. Det er her centrale data indhentes, analyseres og formidles videre til alle relevante parter.

Ministeriet har fulgt op på de muligheder denne samling giver og har iværksat en synlighedsreform og et vækstinitiativ. Begge dele er helt centrale i sikringen af en bedre brug af data.

Synlighedsreformen er aftalt med regionerne og kommunerne og skal medvirke til at skabe gennemsigtighed på sundhedsområdet. Vækstinitiativet er iværksat med henblik på at styrke danske virksomheders muligheder for at udvikle nye sundheds- og velfærdsprodukter, ligesom det forventes at tiltrække nye forskningsinvesteringer samt sundheds- og velfærdsvirksomheder til Danmark. Begge initiativer vil blive gennemgået.

Sammenhæng i den kliniske arbejdsplads på et hospital

Oplægsholder:

Else Lund Mikkelsen, Sundheds-It, Hospitalsenhed Midt, <elsped@rm.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

René Roalf Jensen, Billeddiagnostisk Afdeling, Hospitalsenhed Midt, RH Viborg-Skive, <rene.r.jensen@viborg.rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Nem og hurtig adgang til rekvisition, svar, billeddata og radiologisk forløbsstatus i eget IT system, er essentielt for effektive arbejdsgange for kliniske specialer
2. Høj kvalitet af rekvisitionsdata er essentielt for effektive og sikre radiologiske arbejdsgange
3. Sikker og hurtig adgang på tværs af systemer sikrer minimering af utilsigtede hændelser

Beskrivelse:

Som udgangspunkt antages at ca. 50% af alle indlæggelsesforløb, inddrager Billeddiagnostik m.h.p. udredning. Hvor de kliniske afdelinger anvender EPJ som primært IT fagligt værktøj og dataadgang, anvender det billeddiagnostiske område specialiserede systemer, RIS (Radiologisk Informations System) og PACS (Picture Archive and Communication System), som er kendtegnet ved specialiserede funktioner og høj grad af gensidig integration.

Imellem de kliniske afdelinger og billeddiagnostikken udveksles traditionelt tre typer data; rekvisition, beskrivelse og billeddata.

Rekvisitionen og kvaliteten heraf er af største betydning for at kunne gennemføre korrekt undersøgelse på effektiv vis. Således har der også været bredere initiativer for at sikre blot en grundlæggende kvalitet af indholdet, som Røntgenbekendtgørelsen samt MedComs 'Den gode Røntgenhenvisning'. Blot at kunne udveksle rekvisition elektronisk er vigtig for effektive arbejdsgange, men skal det have høj kvalitet og skabe sammenhængende forløb, kræver det også at indholdet af rekvisitionen forbedres.

Dertil kommer at man på den kliniske side har behov for at kunne følge den billeddiagnostiske status, have hurtig adgang til billeddata, samt foreløbige og validerede beskrivelser.

Et væsentligt udgangspunkt for at kunne skabe denne sammenhæng og manifestere dette rent systemmæssigt/arkitektonisk, er at tage udgangspunkt i at klinikere, som udgangspunkt udelukkende skal anvende EPJ, som port til data og klinisk information, imens det billeddiagnostiske område skal anvende RIS og PACS – med andre ord, skal man også gøre sig klart hvad 'Den kliniske arbejdsplads' er, for den enkelte bruger.

Fremtidsperspektiver

- Billedopslag vil i fremtiden foregå til IBI (Interregionalt Billedindeks). PACS Viborg-Skive er allerede begyndt at levere billeddata til IBI. I løbet af det næste halve år forventes de fleste af de øvrige regioner også at levere billeddata til IBI. Således vil man via EPJ og i patientkontekst kunne tilgå alle radiologiske billeddata.
- EPJ's rekvisition-svar modul udbygges med Patologi, således at midtEPJ har samme funktionalitet som tidligere Viborg Amt EPJ.
- Booking foretages normalt i Bookplan, imens radiologisk booking foretages i RIS, da dette system driver de radiologiske arbejdsgange med integration til modaliteter og PACS. I Viborg er det muligt via en HL7-snittflade at booke kardiologiske undersøgelser. Denne snittflade vil med en udvidelse kunne sikre valide patientdata til modaliteter, som ikke er i radiologisk regi. Samtidig kan man fra Bookplan booke radiologi direkte. Desuden kan man via snittfaldeudvidelse publicere radiologisk bookingdata i Bookplan mhp. bedre at kunne planlægge pt.forløb, sikre én snittflade til borger-SMS, indkaldelsesbreve, web-booking mm.

Oplægget – indhold:

- Indledning incl. historik
- Systemsammenhænge – overblik
- Klinisk tilgang og erfaringer
- Fremtidsperspektiver

Shared Care Platformen giver sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer

Oplægsholder:

Allan Nasser, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, <Allan.Nasser@rsyd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tove Lehrmann, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, <Tove.Lehrmann@rsyd.dk>

Claus Tveskov, OUH, Svendborg Sygehus, Afdeling M

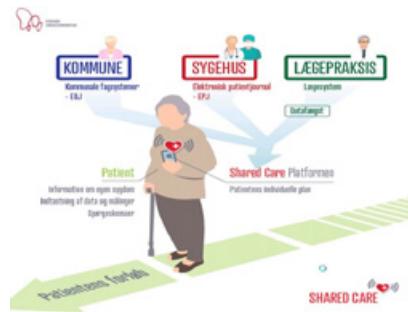
Karen Vibeke Andersen, Nyborg Kommune

Janus Laust Thomsen, DAK-E

Hovedbudskaber:

1. Shared Care platformen præsenterer én samlet tværsektoriel behandlingsplan og giver behandlerne på tværs af sektorerne mulighed for at følge op på patientens behandling og egenindsats.
2. Shared Care platformen giver patienterne mulighed for at tage aktivt del i deres eget behandlingsforløb gennem overblik, mulighed for inddatering og besvarelse af spørgeskemaer.
3. Shared Care platformen er konfigureret til at dække hjerteområdet, men er et generisk system, som kan konfigureres til at dække alle typer af forsøb, som kræver en særlig tværsektoriel koordinering.

Beskrivelse:



Det kan i dag være hårdt for en patient, der har fået konstateret en kronisk sygdom. Ikke alene skal patienten finde sig til rette med sin nye situation, men skal også fungere som formidler mellem de sektorer, der er inden over patientforløbet, hvilket både kan være besværligt og stressende for en, der lige har fået konstateret en alvorlig sygdom. Dette ville Region Syddanmark gerne ændre på, hvilket betød startskudtet for Shared Care Platformen.

Shared Care Platformen er en innovativ, tværsektoriel løsning, der deler data om patienten mellem sygehus, kommune, praktiserende læge og patienten, og er det eneste system af sin slags i verdenen. Alt relevant information om patienten bliver således samlet et sted i en overskueligt skræddersyet oversigt, hvilket skal resultere i en bedre behandling af patienten. Samtidigt sikres integration med EPJ, lægesystemer og kommunale IT systemer via integrationsløsninger, så behandlerne sikres integrerede løsninger og en sammenhængende IT arbejdsplads.

Patienten får således:

- ▶ Et bedre overblik over sin sygdom via egen computer/tablet/Smartphone
- ▶ Bedre mulighed for egenomsorg
- ▶ En velkoordineret og sammenhængende behandling på tværs af sektorer
- ▶ Mere overskud, da patienten ikke skal bekymre sig om selv at skulle formidle relevant information fra sektor til sektor.
- ▶ Mulighed for nemt at kommunikere med sundhedsprofessionelle
- ▶ Mulighed for hjemmemonitorering
- ▶ Et brugerkonfigureret interface, der gør information lettilgængelig og overskuelig

De tre sektorer kan således løbende lægge en fælles behandlingsplan for patienten, som patienten derefter kan følge. Patienten kan fx blive bedt om at udfyld et spørgeskema eller blive bedt om at indberette egne målinger. Platformen understøtter dermed både deling af data og telemedicinske løsninger. Ved patienter med ringe egenomsorg ligger platformens styrke i, at patienter ikke skal være informationsbærer samt, at de får mulighed for bedre at involvere pårørende.

Shared Care Platformen har været i drift i Svendborg siden april 2013, og fokuserer i første omgang på hjertepatienter. Platformen er generisk og kan derfor tilpasses til andre sygdomsforløb, fx KOL og diabetes, samt fx psykiatrien og svangerskab. Platformen er udviklet i samarbejde med IBM og er integreret med offentlige systemer såsom Cosmic, Sentinel, NemID, CPR-registreret, SOR, mm.

Det lange og gennemsigtige hospital – nu med flowkoordinator med understøttelse af Klinisk logistik, KL

Oplægsholder:

Christina Egelund Antonsen, Hospitalsenheden Horsens, <chrant@rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anette Mundbjerg, Hospitalsenheden Horsens, <anette.mundbjerg@horsens.rm.dk>

Thomas Riisgaard, Cetrea, <thomasr@c3a.dk>

Hovedbudskaber:

1. Klinisk logistik medfører det sammenhængende hospital, som understøtter patientens flow gennem behandlingsforløbet og sikre bedre overgange internt på hospitalet
2. Klinisk logistik understøtter flowkoordinatorens koordinering og derved sikre bedre overgange for patienten
3. Klinisk Logistik understøtter større forudsigtelighed time for time

Beskrivelse:

Hospitalsenheden Horsens (HEH) oplever, at udfordringer med overgange ikke kun er mellem sektorer, men også internt i hospitalets koordineringsarbejde mellem afdelinger.

I foråret 2013 implementerede HEH som det første hospital i Region Midt klinisk logistik(KL) på alle afdelinger. Implementeringen af systemet har medført, at alle afdelinger kan have indsigt i det enkelte patientforløb, dels via statusskift, men også via forud definerede logistiske aktiviteter. Aktiviteter der kan være specifikke for en afdeling eller generelle for hospitalet. Alle afdelinger, lige fra laboratoriet til terapiafdelingen, får således overblik over netop det som er relevant for deres afdeling. Personalet kan stå i egen afdeling og ”booke” sig ind i patientens dagsprogram, således aktiviteten bliver synlig på skærmen i stamafdelingen men ligeledes i ”serviceafdelingen”. Klinikerne oplever, at man har det lange, sammenhængende og gennemsigtige hospital. Ved overflytning af en patient sikres nu, at afdelingerne imellem kan flytte patienten og se, hvad der er foretaget af tidligere aktiviteter i patientforløbet, således der ikke udføres sammen aktivitet igen. Det sikre sammenhæng i patientforløbet men ligeledes øget kvalitet i forløbet.. Klinisk logistik anvendes både på storskærme, men i højgrad også på bærbare enheder, idet data kan tilgås og opdateres inde hos patienten.

Vigtigt at pointere er, at klinisk logistik ikke er en EPJ, men handler om procesaktiviteter og sammenhæng, således man bl.a sikre bedre overgange internt på hospitalet.

Fremadrettet er det tænkt, at klinisk logistik skal understøtte overgange mellem regionens hospitaler og primær sektor.

Det næste skridt HEH har gjort er at bringe KL ind til at understøtte kapacitetsstyringen både ved normal belægning men ligeledes ved overbelægning. HEH har behov for at kunne ”styre” indtaget, udskrivelser, overflytninger mellem afsnit og overbelægninger anderledes gennem forudsigelser men ligeledes gøre Akuthospitalet mest mulig forudsigteligt - time for time døgnet igennem - 24/7/365.

Kapacitetsstyringen skal medføre:

- Den rigtige patient, i den rigtige seng, på det rigtige afsnit, hos det rigtige behandlerteam
- Sikring af, at patienterne er på det rigtige ”niveau” af pleje på det rigtige tidspunkt fører til kvalitet i patientbehandlingen hele tiden
- At perfektionere patient flowet gennem efterspørgslen af realtids-kapaciteten
- At lære medarbejdere, hvordan man kan forbedre det generelle patientflow på hospitalet gennem ordentlige forudsigelser og planlægning
- Ikke flere ”overraskelser” med for få eller for mange senge på bestemte tidspunkter af dagen

I forbindelse med denne indsats har HEH ansat en flowkoordinator, som skal sikre en effektiv koordineringen på HEH. Flowkoordinatoren skal kunne skabe overblik, prioritere og handle i daglig drift men mest af alt sikre gode patientforløb og optimale flows for patienten. Flowkoordinatoren skal sikre sammenhæng på tværs af HEH og udnytte kapaciteten bedst muligt.

For at understøtte denne indsats har HEH udviklet en række oversigtsfunktioner, som kan støtte op om HEH' kapacitetsstyring, således den enkelte afdeling men også flowkoordinatoren kan danne sig et overblik over kapaciteten på HEH overordnet eller på afdelingsniveau. Oversigtsfunktionerne gør det muligt at sammensætte dashboards, der viser ledige senge, patienter ind og ud af afdelinger og andre relevante informationer i forbindelse med at pakke hospitalet. Oversigtskomponenterne er koblet til funktionalitet til digital advisering af interne overflytning og digital kommunikation.

Med disse oversigtsfunktioner vil flowkoordinatoren kunne sikre endnu bedre forløb med høj, faglig kvalitet og patientsikkerhed, og derved være med til at sikre bedre overgange for patient internt på hospitalet.

Klinisk Logistik - realtidskommunikation ved patientovergange i psykiatrien

Oplægsholder:

Gitte Vestergaard Clausen, Psykiatrien i Region Syddanmark, Psykiatrisk afdeling Esbjerg-Ribe, <gitte.vestergaard.clausen@rsyd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

René Kofoed Andersen, Psykiatrien i Region Syddanmark, Psykiatrisk afdeling Esbjerg-Ribe, <rene.kofoed.andersen@rsyd.dk>

Ronnie Persson, Cetrea a/s, <ronnie.persson@cetrea.com>

Christian Kalsen, Cetrea a/s, <kalsen@cetrea.com>

Hovedbudskaber:

1. Deling af relevant patientdata mellem samarbejdende parter
2. Realtidskommunikation ved patientovergange mellem Psykiatriens akutmodtagelse/døgnafsnit og lokalpsykiatrien og samarbejdende klinikker
3. Ukompliceret løsning med automatisk notifikation ved patientovergange uden klinikker-interaktion

Baggrund og motivation:

Patientovergange er et stort fokusområde indenfor psykiatrien. For næsten alle patienter som har været i kontakt med den psykiatriske akutmodtagelse eller døgnafsnit, vil der være et behov for at kommunikere patientovergangen med samarbejdspartnere. I Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-17 nævnes at regionerne gerne vil udforske mulighederne for løsninger, hvor parterne inden for sundhedsvæsenet i højere grad får adgang til at dele data med hinanden, fremfor traditionel sende og modtage baseret kommunikation. I forbindelse med implementeringen af Cetreas løsning for klinisk logistik ved Region Syddanmarks Psykiatri, Afdeling Esbjerg-Ribe er der konfigureret en meget enkel løsning hvor samarbejdspartnere advisereres i realtid ved patienters indlæggelse og udskrivelse uden at denne kommunikation kræver personalets aktive medvirken.

Beskrivelse:

Region Syddanmarks Psykiatri har i samarbejde med Cetrea implementeret en logistikløsning, hvor fokus har været at imødekomme klinikkens behov for understøttelse af patientforløb, overblik, koordinering og kommunikation internt på akutmodtagelsen og i døgnafsnittene. Undervejs i projektet blev problemstilling med kommunikation ved patientovergange med andre partnere indraget. De eksisterende IT-systemerne understøtter ikke disse overgange, hvilket betød at personalet skulle huske telefonisk at kommunikere patientovergange til lokalpsykiatrien og ambulante enheder. I projektet fandt man en løsning, hvor patientovergange bliver kommunikeret i realtid til de udvalgte samarbejdspartnere ved at dele udvalgte dele af patientdata. Løsningen kræver i modsætning til andre løsninger ikke en aktiv handling fra brugerne, men det sker automatisk ved indlæggelse og udskrivelse af patienterne.

Indlægget:

Præsentation af hvilke udfordringer psykiatrien har i forhold til patientovergange, både internt i afdeling, i forhold til lokalpsykiatrien og samarbejdende klinikker. Beskrivelse af hvordan psykiatrien i forbindelse med implementering af Cetrea klinisk logistik fandt på en løsning i forhold til kommunikation af patientovergange med lokalpsykiatrierne og samarbejdende klinikker. Indlægget vil præsentere løsningen, hvor psykiatrien automatisk kommunikerer med samarbejdspartnere uden at det pålægger klinikerne en ekstra arbejdsgang. Endvidere vil indlægget behandle vigtigheden af ledelsesmæssig forankring, når der indføres nye kommunikationsløsninger ved patientovergange.

Afslutningsvis vil indlægget komme ind på nye ideer, udfordringer og muligheder ved anvendelsen af Cetreas klinisk logistik løsning i forhold til også at kommunikere med andre sektorer.

Ny generation af patienter kræver ny generation af it-systemer

Oplægsholder:

Maria Hardt Schønnemann, Syddansk Sundhedsinnovation, <maria.hardt.schonnemann@rsyd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Karen Vibeke Andersen, Nyborg Kommune, <kva@nyborg.dk>

Claus Tveskov, Kardiologisk afsnit, OUH Svendborg, <claus.tveskov@rsyd.dk>

Peter Lauritzen, IBM, <ptl@dk.ibm.com>

Allan Nasser, Syddansk Sundhedsinnovation, <allan.nasser@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Patientinvolvering kræver forskellig behandling med udgangspunkt i patientens aktuelle situation og evner. IT-løsninger til dette må indeholde en bred vifte af funktionalitet.
2. Patienter med god egenomsorgsevne brug for adgang til en vifte af informationer fra relevante fagpersoner i form af en sammenhængende it-løsning, der muliggør aktiv deltagelse i egen behandling
3. En sammenhængende it-løsning med adgang til en opdateret og online journal, der altid er tilgængelig, kan støtte fagpersonerne i behandlingen af borgere med ringe egenomsorgsevne.

Beskrivelse:

Baggrund for oplægget er udviklingen og igangsættelsen af Shared Care platformen i Region Syddanmark, der siden april 2013 har været i drift i Svendborg området. Platformen blev udviklet som led i Kronikerindsatsen og er på nuværende tidspunkt konfigureret til at understøtte forløbsprogrammerne på hjerteområdet i Region Syddanmark. Projektet er nu nået til det punkt, hvor alle parter (sygehus, kommuner, praksis og patienter) anvender platformen og de første driftsbaserede erfaringer løber ind. Shared Care platformen er udviklet som en generisk platform, der kan konfigureres til at understøtte en lang række øvrige kroniske og komplekse sygdomme samt områder, hvor flere parter arbejder tæt sammen såsom i et svangreforløb. Shared Care platformen er udviklet i et tæt samarbejde med IBM.

Motivationen for oplægget er et behov for at supplere den meddelelsesbaserede kommunikation mellem parterne på sundhedsområdet med en mere sammenhængende og meningsgivende måde at præsentere informationer på. I dag rammer meddelelserne kun enkelte systemer og repræsenterer et øjebliksbillede af et behandlingsforløb. Med Shared Care platformen bliver det muligt at samle relevant information fra de forskellige parter i et mere overskueligt og skræddersyet skærbillede, der gør det muligt at arbejde sammen på en helt ny måde. Langt flere fagpersoner kan få adgang til informationer, såsom en række kommunale afdelinger, der i dag ikke modtager meddelelser, men ved tilladelse fra patienten kan få adgang til en historisk og opdateret beskrivelse af en borger i Shared Care. Dette gavner patienterne idet fagpersonerne har et langt bedre billede af deres forløb. Særligt giver Shared Care platformen patienterne selv adgang til relevante informationer fra alle deres behandler, mulighed for at indtaste egne data og konkrete redskaber til at opnå de fastsatte mål i samarbejde med fagpersonalet. Patienterne har ligeledes mulighed for at inddatere og følge op på hjemmemonitoreringer. For patienter/borgere med god egenomsorgsevne og kroniske- eller alvorlige længerevarende sygdomme lægges der fra sundhedsvæsenets side mere og mere vægt på egen indsats og deltagelse. For at dette kan understøttes har patienterne/borgerne brug for adgang til en vifte af informationer fra relevante fagpersoner i deres sygdomsforløb i form af en sammenhængende it-løsning, der muliggør aktiv deltagelse i egen behandling og rehabilitering. For patienter/borgere med rige egenomsorgsevne og komplekse forløb samtidigt i flere sektorer er det at skulle fortælle relevante oplysninger igen og igen, og at møde fagpersoner, der ikke har kendskab til andre dele af behandlingen en stor belastning oveni de mange øvrige udfordringer de står overfor. En sammenhængende it-løsning med adgang til en opdateret og online journal, der altid er tilgængelig, kan afhjælpe dette.

Oplægget vil omhandle forløbet omkring udviklingen af Shared Care platformen i samarbejde med patienter og med udgangspunkt i patientens Hjerteplan. Det vil inkludere en demonstration af den særlige patientrettet funktionelitet i systemet, herunder oversigt over fagpersonernes informationer, egne noter, beskedmuligheder og målopnåelse ved grafisk præsentation. Vi vil uddybe med at fremlægge de forskellige typer af patienter, der benytter platformen og hvad de får ud af det. Sidst vil vi fortælle om det videre arbejde med udvikling af brugergrænsefladen og hjemmemonitorering, der gøre med udgangspunkt i patienternes oplevelser og ønsker.

Øget brugerinvolvering og patient empowerment gennem et online patient- og pårørende-community på Sygehus Lillebælt

Oplægsholder:

Ea Luise Andersen, Wemind A/S, <ea@wemind.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Helle Adolfsen, Sygehus Lillebælt, <Helle.Adolfsen@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Patienter og pårørende kan involveres på en helt ny måde gennem en specialudviklet online social platform.
2. Der er vigtige overvejelser at gøre sig især i forhold til håndteringen af data og det sundhedsfaglige personales deltagelse.
3. Sygehus Lillebælt og Wemind A/S har sammen taget de første skridt mod en ny tilgang til at styrke patienternes og pårørendes involvering i og håndtering af sygdom gennem empowerment og informering.

Baggrund og motivation:

Wemind A/S og Sygehus Lillebælt har i foråret 2013 indgået et samarbejde om at udvikle et online patient- og pårørende-community, der i første omgang lanceres på kræftområdet. Motivationen er dels et ønske om i højere og bedre grad at kunne involvere såvel kræftpatienter som deres pårørende i håndteringen af deres sygdom. Dels et ønske om at styrke den eksisterende kommunikation fra sygehuset til patienterne ved i højere grad at tilbyde fx videoer og andet materiale, der vil være tilgængeligt via communityet og således til rådighed, når den enkelte har behov for og ønske om at tilgå det.

Patient empowerment og brugerinddragelse af såvel patienter som pårørende står højt på dagsordenen ikke bare på Sygehus Lillebælt men overalt i Danmark. Sygehus Lillebælt er de første herhjemme, der stiller et online community til rådighed for deres patienter og pårørende, men vi vil formentlig se langt flere af sådanne initiativer, og vi vurderer derfor, at andre vil kunne have gavn af at høre om de erfaringer, vi har gjort os i samarbejdet og i udviklingen af communityet.

Beskrivelse:

Patient- og pårørende-communityet på Sygehus Lillebælt består overordnet af to dele: et bruger til bruger forum, hvor kræftpatienter og deres pårørende har mulighed for at udveksle erfaringer, tanker og gode råd med andre i lignende situation samt en del bestående af information, der stilles til rådighed af Sygehus Lillebælt, og som brugerne har muligheden for at interagere med.

Communityet er online-baseret, men det er forhåbningen, at det også vil kunne skabe offline relationer. Communityet kan tilgås fra Sygehus Lillebælt's hjemmeside og anvendes på computere, tablets og mobiltelefoner.

Indlægget:

I indlægget præsenterer vi kort selve patient- og pårørende-communityet, så deltagerne har mulighed for at få et konkret indblik heri (screen shots og/eller en kort live demonstration afhængig af de faciliteter, der er til rådighed). Herudover vil vi opridse nogle af de vigtigste overvejelser, vi har gjort os undervejs – fx i forhold til hensyntagen til brugersegmentets grad af IT-anvendelse og fortrolighed med sociale medier samt juridiske overvejelser – samt naturligvis de læringer, der er kommet ud af samarbejdet indtil videre. Vi vil også bidrage med et par gode råd, som er værd at have i baghovedet, hvis andre overvejer at lave noget lignende i Danmark. Endelig vil vi afrunde med at give vores bud på, hvilke perspektiver vi ser i forhold til anvendelse på andre områder, i andre patientgrupper og i integration med andre systemer og funktioner.

Helbredsprofilen.dk - et værktøj til borgere med KOL

Oplægsholder:

Anne Dalhoff Pedersen, Region Sjælland, <adap@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et bud på fremtidens it-patientstøtteværktøj til borgere der er under udredning for, eller diagnostiserede med KOL
2. Patientinformation til borgere med ringe sundhedskompetence, i et forsøg på at øge deres handlekompetence.
3. Et værktøj til opfølgning på rehabiliterings- og genoptræningstilbud i region og kommune

Beskrivelse:

Online støtteværktøj til borgere med KOL

Kronikerprojektet www.helbredsprofilen.dk under Region Sjælland udvikler it-støtteværktøjet af samme navn – som et nyt tilbud til borgere med KOL og deres pårørende.

På Helbredsprofilen kan borgere med KOL og deres pårørende finde viden og erfaringer fra læger, KOL ramte og pårørende via mange korte film og artikler. Desuden har Helbredsprofilen under elementet Træning et stort antal instruktionsvideoer og – tekster.

Alle der bruger Nem ID, kan desuden oprette en personlig og anonym profil på portalen, som Region Sjælland lancerer 16. september på Sjælland og sydhavsvørerne.

Med en oprettet profil kan brugeren registrere helbredsmålinger, følge sygdomsudviklingen på en graf og finde beslutningsstøtte til egenbehandlingen og inspiration til livet med KOL.

Uden Nem ID kan man læse om sammenhængen mellem livsstil og helbred i elementet "Livsstil" og tilgå hele KOL-elementet "Viden og erfaringer".

Udgangspunktet er at skabe et sted, hvor borgeren kan samle sine egne observationer og finde borgerrettet information mellem sine kontaktpunkter med de tre sektorer. Potentialet er, at sektorerne kan tilgå ønskede data fra borgeren. Der arbejdes på at supplere KOL-elementet med et hjertesvigtselement ultimo 2013.

Implementering af sitet er foregået i et tæt samarbejde med kommunerne i regionen.

En af samarbejdskommunerne, bruger værktøjet som en del af deres digitaliseringstrategi, som et eksempel til at lære deres borgere om brugen af NemID, og en trædested til den oplyste og selvhjulpe borger.

Løsningen sigter mod at etablere en ny standard for it-patientinformation, mellem borger, kommune, region og almen praksis.

Ud over den oplyste borger, sigte løsningen mod en forventningsafstemning mellem borger og sundhedsvæsen.

Kommunikasjon, selvbetjening og tilgang til egen informasjon gjennom www.minjournal.no

Oplægsholder:

Sissel Jor, Oslo universitetssykehus HF, <sissel.jor@ous-hf.no>

Øvrige deltagere i prosjektet/initiativet:

Marte Rime Bø, Oslo universitetssykehus HF, <marte.bo@ous-hf.no>

Ingrid Heitmann, Oslo universitetssykehus HF, <ingrid.heitmann@ous-hf.no>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan og hvorfor innføre denne typen tjenester i store sykehus
2. Hvorfor det er viktig å gjøre dette sammen med pasienter og klinikere
3. Hvordan få tjenestene i bruk

Beskrivelse:

OUS etablerte kommunikasjonsløsningen MinJournal i 2007 for å levere tjenester på nett til pasientene. Alle tjenester er etablert i samarbeid med klinikere og pasienter, noe som gjør det enklere å tilpasse tjenestene til bruk i klinisk hverdag. Hvor- dan helsevesenet kan få tatt dette i bruk på en måte som gir økt nytteverdi for alle parter, er det morsomste og det vanskelig- ste knyttet til slike tjenester.

Sikkerheten er svært viktig, både sikker innlogging og sikkerhet knyttet til at data håndteres på en måte slik at ingen uved- kommende får tilgang til pasientens informasjon. Derfor har Oslo universitetssykehus bygget sikkerhetsarkitekturen i Min- Journal slik at den tilfredsstiller det høyeste sikkerhetsnivået (nivå4) definert av norske myndigheter. Oslo universitetssykehus har helt fra oppstarten vært i kontinuerlig dialog med Datatilsynet knyttet til hvordan tjenesten burde etableres og jobbet med å bygge personvern inn i en nettbasert tjeneste som gir brukerne mulighet til å kommunisere med sykehuset samt gir dem tilgang til andre selvbetjente løsninger

MinJournal er en pasientportal som tilbyr et sett med tjenester for å styrke pasienters mulighet for deltagelse og egenoppføl- ging av sin egen helse. De avdelingene som tilbyr tjenester i MinJournal, kan velge hvilke tjenester som tilbys deres pasienter. MinJournal inneholder selvbetjeningsløsninger, sikker kommunikasjon og tilgang til egen informasjon eller innrapportering av egne opplysninger til helseforetaket.

Tjenestetilbuddet i MinJournal i dag omfatter følgende tjenester:

- Timehåndtering (endre, avbestille, bestille)
- Bestille egentester og dokumenter (eks. Chlamydia test)
- Sikker kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i foretaket
- Lese sin epikrise (og etter hvert andre dokumenter fra journal som poliklinikknotater og brev)
- Tilgang til prøveresultater (pilot for PKU pasienter)
- Fylle inn skjemaer (Blodspor, forberedelsesskjema for konsultasjon, Dia:clock etc)
- Bestille behandlingshjelpe midler
- Stedfortrederfunksjon (der pårørende kan kontakte HF på vegne av sine barn)
- Lese tilpasset informasjon om sin egen diagnose
- Sikkert nettsamfunn (med egen konsesjon)
- Pasientens oversikt (minemedisiner, mitthelseregnskap)
- Brukertilfredshetsundersøkelser

Høsten 2013 skal løsningen for å kunne lese sin egen epikrise innføres for hele Oslo universitetssykehus, timehåndteringsløs- ningene er rullet ut for alle somatiske enheter, det skal etableres en løsning for å håndtere samtykker. I tillegg vil Helse Sør-Øst RHF (eier av 9 helseforetak / sykehus) i den største helseregionen ta i bruk tjenesten for alle regionens helseforetak.

TeleCare Nord - telemedicin i storskala, og i samarbejde på tværs

Oplægsholder:

Helen Houmøller Rasmussen , TeleCare Nord, <helen.rasmussen@rn.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tina Archard Heide, TeleCare Nord, <tah@rn.dk>

kuno Kudajewski, TeleCare Nord, <k.kudajewski@rn.dk>

Carsten Stanley Mortensen, TeleCare Nord, <carsten.mortensen@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Telemedicin i storskala og på tværs er kun muligt, når alle parter er med fra start og ønsker at samarbejde
2. At nye samarbejdsformer og nye arbejdsgange udfordrer eksisterende kulturer og måder at samarbejde på, imellem og internt i organisationerne
3. At kommunerne kan løfte en væsentlig opgave i sundhedsvæsnet med telemedicinske løsninger - med fokus på forebyggelse og rehabilitering tæt på borgeren og med borgeren

Beskrivelse:

I Nordjylland er ca. 4500 borgere ramt af KOL i svær grad. TeleCare Nord er et telemedicinsk storskala projekt, som er målrettet alle borgere i Nordjylland med KOL, som kan have gavn af en telemedicinsk løsning. Med en KOL diagnose følger ofte angst, bekymring og begrænsninger i dagligdagen. Målet for projektet er, at den enkelte borger opnår en bedre styring af egen sygdom og en nemmere hverdag. På sigt forventes færre indlæggelser og genindlæggelser på grund af KOL. Det forventes at ca. 1400 borgere inkluderes i projektet.

Borgeren får tilbuddt monitoreringsudstyr i hjemmet og skal selv foretage målinger, som derefter sendes til sundhedsfagligt personale, som følger op på målingerne, og har kontakten til borgeren, hvis noget i målingerne giver anledning til det. Dette involverer alle tre parter i sundhedsvæsnet omkring borgeren; den praktiserende læge, kommunen og sygehuset. Og ikke mindst borgeren selv, som bliver en aktiv aktør i eget forløb. Der et tale om ét sammenhængende tilbud på tværs af sektorgrænser og overgange, hvor alle aktører har en rolle, opgave og et ansvar, og hvor et kontinuerligt samarbejde omkring og med borgeren er afgørende. Projektet har en klar og tydelig opgave og ansvarsfordeling, men udfordres også af eksisterede arbejdsgange, opgaveansvar, og kommunikationstraditioner.

Oplægget giver indsigt i de organisatoriske processer omkring opgave og ansvarsfordelingen og beskriver udfordringer og løsninger i et storskala-projekt, - som gerne skulle blive et forankret tværsektorielt tilbud.

Baggrund

Projektet er etableret i et samarbejde mellem Region Nordjylland, de 11 nordjyske kommuner og Praktiserende lægers Organisation i Nordjylland samt Aalborg Universitet med en forskningsindsats omkring projektet i form af tre ph'dér. Projektet er etableret med en fælles styregruppe og et fælles projektsekretariat med en projektchef og projektledere for projektets fire spor; sundhedsspor, organisationsspor, it-spor og implementeringsspor. Projektet løber til udgangen af 2014, med en forventning om at tilbuddet fortsætter i ordinær drift.

Et tværesektorielt 'sundheds-hotspot'

Oplægsholder:

Thomas Hahn, Hospitalsenheden Horsens, <thomas.hahn@horsens.rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tage Carlsen, Social & Sundhed Horsens Kommune, <tage.carlsen@horsens.dk>

Jens Lunn, Konsortiet Telesundhed / Falck Hjælpemidler A/S, <lun@falck.dk>

Hovedbudskaber:

1. Opbygning af tillid og risikovillighed i samarbejdet mellem kommune og hospital i et fælles innovationsprojekt skaber fundamentet for succes
2. Med borgeren i centrum vil interaktionen og samarbejdet i sundhedstrekanten blive lettere.
3. Involvering af brugerne fra forskellige sektorer i et offentligt privat innovationssamarbejde skaber dynamik.

Baggrund og motivation:

Horsens Kommune og Hospitalsenheden Horsens har sammen med de praktiserende læger valgt, at gå fremtidens udfordringer i møde ved, at skabe et tæt samarbejde omkring innovation af tværesektorielle løsninger. I projektet 'Horsens På Forkant med Sundhed' er målet, at borgeren med en kronisk sygdom skal stå overfor et sammenhængende sundhedsvæsen, som handler og agerer ømølst/koordineret til gavn for borgeren. Det stiller krav til en samarbejdskultur, hvor medarbejderne i de tre sektorer tænker og handler ud fra borgerens perspektiv og behov.

Beskrivelse:

'Horsens på forkant med sundhed' er et tværesektorielt udviklings- og forskningsprojekt i Horsens Kommune. Projektet skal føre til udviklingen af næste generation af telemedicinsk løsning i kraft af 'Sundheds-hotspottet', der er udviklet på baggrund af brugernes behov. Det tværesektorielle værktøj skal på én gang fremme samarbejdet imellem sundhedssektorerne, og forbedre borgernes muligheder for at mestre egen kronisk sygdom.

800 borgere tilbydes deltagelse i projektet. 400 tilbydes deltagelse i kontrolgruppen og vil dermed følge normalt behandlingsforløb. 400 tilbydes telemedicinsk konsultation. Udvælgelse sker automatisk. Dette vil danne grundlag for en samfundsøkonomisk forskning, som skaber evidens for den telemedicinske effekt.

Projektet startede i august 2012 og forventes afsluttet i august 2015. Projektet har 3 udviklingsfaser hver indeholdende en iterativ proces startende med identificering og kvalificering af udviklingspotentialet og videreudvikling af 'Sundheds-hotspottet' og organisationer på tværs af sektorerne. Dette betyder, at borgere der modtager telemedicin og sundhedsfaglige involveret, vil opleve et telemedicinsk udstyr, som bliver forbedret og videreudviklet undervejs.

Projektet udfordrer dilemmaer som for eksempel:

- Deling af data på tværs - vi har en godkendelse i projektet, men hvad med fremtiden, hvis data ikke må deles?
- Tværesektorielt samarbejde - er det muligt mellem hospital, kommune og de praktiserende læger?
- OPI samarbejde - kan de private samarbejdspartnere skabe brugerdrevne innovation og kan de offentlige instanser rumme innovationsudvikling?
- Cirka hver 5. borgers under forskerbeskyttelse. Hvordan skaber vi forskning, når så mange borgere er fritaget for forskning?

Indlægget:

I indlægget vil vi præsentere de erfaringer, der er opstået som følge af projektet. Vi præsenterer, hvordan sundhedsaktørerne har skabt fælles tillid og hvordan man i fællesskab løfter risikoen i innovationsprojektet. Endvidere vil vi præsentere de innovationsmetoder, der er taget i anvendelse og hvordan borgere og medarbejdere inddrages. Endelig vil vi diskutere de udfordringer, der er forbundet ved at være mange partnere(både offentlige og private) med forskellige ønsker til udbytte og hvordan vi i det samarbejde, kan skabe fremtidens løsninger til sundhedsvæsenet.

Telemedicinsk sårvurdering: Kommunikation mellem patient, sygeplejersker og læger på hospital og i kommunen med patienten i centrum

Oplægsholder:

Jette Nissen, Region Hovedstadens It, Medico og Telefoni, <Jette.nissen@regionh.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Nina Bækmark, Region Hovedstadens Center for Telemedicin, <Nina.Baekmark@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Med telemedicinsk sårvurdering er det lykkedes at facilitere kommunikation mellem patient, sygeplejersker, læger og behandlere på hospital og i kommune
2. Kommunikationen mellem parterne, der er involverede i patientforløbet skaber tryghed for patienten
3. Kommunikationen mellem de rette fagpersoner medfører hurtigere optimal behandling, færre ambulante besøg, kortere hospitalsindlæggelser og hurtigere sårhelning

Baggrund og motivation:

Baggrunden for at implementerede Telemedicinsk sårvurdering på Hillerød Hospital var ønsket om at hospitalets behandlingstilbud i videst muligt omfang skulle være styret af patientens behov. Hertil kom den trængte økonomiske situation for flere af de kliniske afdelinger set i sammenhæng med periodevis store udfordringer omkring overbelægning og mangel på hospitalsareal.

Derfor var projektets formål at

- understøtte patientens behandlingsbehov
- understøtte den tværsektorielle kommunikation og
- mindske antallet af genindlæggelser og ambulante besøg
- Interessenterne havde følgende interesser:

Direktionen: Hospitalets ydelser skal understøtte patienternes behov, herunder mindske antallet af genindlæggelser.

Patienterne: Tryghed og sikkerhed i forbindelse med behandlingen af deres sygdom.

Kommunerne: Undgå genindlæggelser og understøttelse af kommunikationen mellem patienter, kommune, hospital samt praktiserende læge.

Hospitalsafdelingerne: Kunne tilbyde patienterne et optimalt forløb også efter udskrivelsen med mulighed for en højere aktivitet, idet antallet af liggedage forventes at kunne nedsættes, højere ambulant aktivitet uden fremmøde.

Målet var at facilitere kommunikation mellem patient, sygeplejersker, læger og behandlere på hospital og i kommune og således opnå:

- Patienten i centrum
- Hurtige svar på spørgsmål
- Uafhængighed af tid og sted
- Videndeling fra eksperter til andre, der varetager pleje og behandling
- Undgå tab af viden på tværs af sektorerne
- Kontinuation i pleje og behandling

Metode: På Hillerød Hospital købte IT afdelingen portalen til telemedicinsk sårvurdering. En arbejdsgruppe bestående af sårspecialister og it-medarbejder varetog implementeringen og havde glæde af samarbejde både med systemets leverandør og med sårsygeplejerskerne i de enkelte kommuner.

Resultat: Patientportalen indeholder en sårjournal, der bruges for en større gruppe patienter, nogle af deres pårørende, sårsygeplejerskerne i kommunerne og hospitalets sårteam. Al kommunikation om patientens sår findes i portalen: notater, billeder af såret, arealopmålinger, anamnese, sårudvikling, spørgsmål og svar.

Udfordringer: Det kræver et omfattende engagement at implementere på tværs af sektorerne. Og selv om Telemedicinsk sårvurdering er let at bruge, er det en udfordring, at systemet ikke er integreret i klinikernes respektive elektroniske journaler.

Konklusion: Så snart Telemedicinsk sårvurdering blev taget i brug, ændredes kommunikationen mellem de involverede parter og vi så tilfredse og trygge patienter, med færre ambulante besøg og kortere indlæggelser.

Perspektivering: Det er nu besluttet at implementere Telemedicinsk Sårvurdering i hele Region Hovedstaden, på baggrund af de høstede erfaringer.

Indlægget: I indlægget præsenterer vi de erfaringer vedrørende kommunikation, som vi har høstet i forbindelse med Telemedicinsk Sårvurdering fra hospitalets sårteams, fra den kommunale sårsygeplejerskes og fra patientens perspektiv.

Klinisk Integreret Hjemmemonitorering og OpenTele

Oplægsholder:

Torben Lage Frandsen, Region Hovedstaden - It, Medico og Telefoni, <torben.lage.frandsen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Allan Green, Hvidovre Hospital, <allan.green@regionh.dk>

Karina Fischer Blom, Herlev Hospital, <karina.fischer.blom@regionh.dk>

Jan Petersen, MedCom, <jap@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1. Tre regioner har udviklet en fælles, generisk og OpenSource-baseret It-platform, som tilbyder hjemmemonitorering og videokonf., og som underst. tværsektorielt samarbejde om flere patientgrupper.
2. KIH anvender OpenTele til at evaluere telemedicin i større skala end hidtil set, hvor der både fokuseres på økonomiske, behandlingsmæssige og sociale effekter. Herunder også patient empowerment.
3. Platformen anvender åbne og kendte standarder for udveksling af data, hvilket giver 3. parts leverandører frit spil til at udvikle produkter som kommunikerer to-vejs med platformen.

Baggrund og motivation

Baggrunden for indlægget er, at KIH-Projektet, som er det største telemedicinske projekt i Danmark, er gået i gang med at indrullere patienter i september måned, og at der på tidspunktet for afholdelse af E-Sundhedsobservatoriet sandsynligvis vil være op til et par hundrede patienter i gang fordelt på gravide og KOL-patienter.

Projektet har stort politisk fokus på i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og ikke mindst i Sundhedsministeriet og Fonden for Velfærdsteknologi, som støtter projektet med 33,4 mio. Ud over at projektet leverer nogle bæredygtige løsninger som har masser af fremtidsperspektiver, er det værd at bemærke at det er lykkedes tre regioner på meget kort tid at blive enige om hvordan en fælles telemedicinsk platform skulle være.

Præsentationen

- ▶ Kort præsentation af projektets formål, herunder at det primære mål er at evaluere telemedicin i stor skala, og det sekundære mål er at lægge de første sten til fremtidens telemedicinske infrastruktur i Danmark.
- ▶ Eksempel fra NetKOL, der viser hvordan evalueringen gennemføres i praksis ved hjælp af et randomiseret studie.
- ▶ Præsentation af den telemedicinske platform OpenTele, og hvordan den hænger sammen med den fællesregionale KIH-database i den ene ende, og måleudstyr hos patienten i den anden ende.
- ▶ Præsentation af, hvordan tværsektorielt samarbejde understøttes ved hjælp af simpel konfiguration af patientgrupper og brugerrettigheder.
- ▶ Opsummering af de praktiske erfaringer hidtil i KIH-regi.
- ▶ Perspektivering. Hvordan kan telemedicin udvikle sig fremover når vi har platformen til rådighed?

Hvad bringer det næste år for e-sundheden?

Oplægsholder:

Jens Andersen, RSI og Region Sjælland, <mjj@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det bliver året, hvor en ny strategiperiode med nye pejlemærker skal føres ud i livet.
2. Vi kommer til at se telemedicin i voksealderen.
3. Det bliver – ikke overraskende – endnu et intensivt år med fokus på det sammenhængende.

Beskrivelse:

Som formand for Regionernes Sundheds-it og som medlem af den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it er jeg blevet bedt om at kigge i krystalkuglen for at identificere tre væsentlige kendetegn for året 2014.

Det bliver året, hvor en ny strategiperiode med nye pejlemærker skal føres ud i livet

For det første bliver 2014 året, hvor vi skal se de første frugter af de nye strategier. 2013 var året, hvor vi i regionernes fælleskab afsluttede den første periode med en række pejlemærker, og hvor flere nye strategier så dagens lys: Vi lancerede den første egentlige fællesregionale strategi af sin slags. Strategiens vision er at give borgere og sundhedspersoner i Danmark sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder. Regionerne vil gå langt for at drive denne udvikling fremad, men ikke kun på egen hånd: Hvis vi skal lave sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer skal vi lave klare aftaler og samarbejde på nye måder med kommuner, praktiserende læger og de nationale myndigheder.

2013 blev også året for en fælles national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet, hvor visionen er den samme som den fællesregionale strategi – heldigvis! I slutningen af året kom så også den fællesoffentlige strategi for velfærd, som sætter retning for fremtidens digitale velfærdsydeler.

Et er at lave strategier, noget andet er at gøre dem til virkelighed. I 2014 begynder vi at føre de visionære tanker fra de tre strategier ud i livet. Om end strategierne dækker over flere år, bliver 2014 året, hvor vi i praksis tager fat på løsninger og ydelser, der giver mere sammenhængende patientforløb. Som laksmusprøve kan vi om et år stille spørgsmålet: Hvilken forskel har vi gjort for de patienter, der dagligt har brug for hjemmeplejen, den praktiserende læge og for hospitalet, og som har ekstra meget behov for sammenhæng?

Vi kommer til at se telemedicin i voksealderen

Året 2014 bliver også året, hvor vi kommer til at se telemedicin i voksealderen. Det økonomiske og ressourcemæssige pres på sundhedsvæsenet kræver, at vi tænker nyt. Det gør vi ikke mindst på det telemedicinske område, hvor vi skal kigge mere nuanceret på, hvornår mennesker er syge, raske og midt i mellem. Det er ikke altid, at indlæggelse og ambulante besøg på hospitalet er det rigtige. Nogle gange kan telemedicinske ydelser være et godt alternativ. Vi kommer også til arbejde mere målrettet med udbredelsen af telemedicin. Små pilotprojekter er gode til at skabe de første erfaringer, men nu skal vi tage skridtet videre og udvælge bæredygtige projekter, modne og lade dem vokse til at dække hele landet, for det giver ensartede telemedicinske ydeler og muligheder til alle.

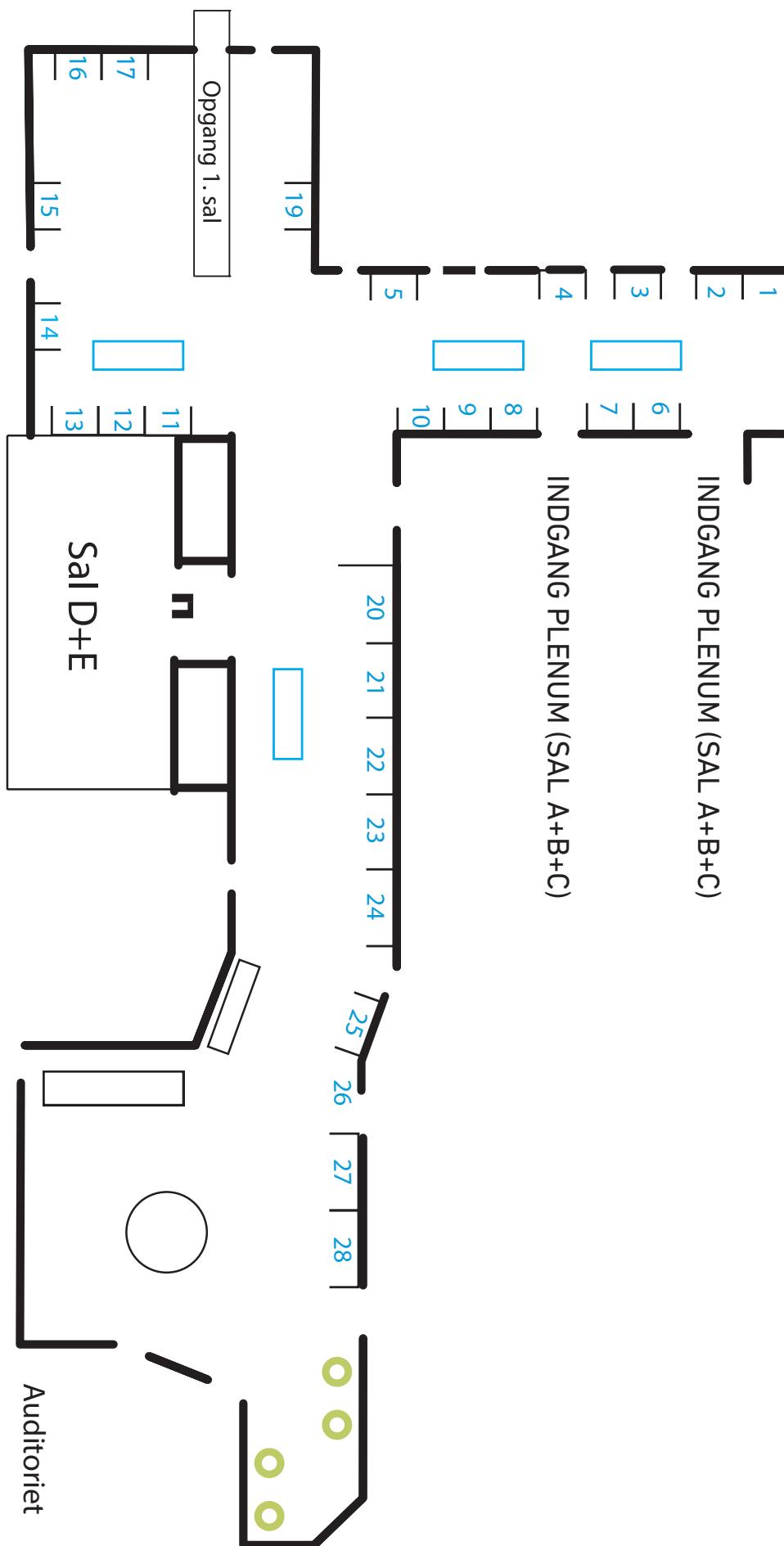
Der er mange af de store telemedicinske projekter, der i løbet af 2014 skal evalueres med tanke på, om de har den forventede nutte. Det gælder fx for projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, TeleCare Nord i Region Nordjylland og Internetpsykiatri i Region Syddanmark. Hvis de viser positive resultater, skal vi tage det næste skridt og udbrede dem i hele landet.

Det bliver – ikke overraskende – endnu et intensivt år med fokus på det sammenhængende

2014 bliver et endnu et intensivt og arbejdsmægtigt år for e-sundheden. Det bliver året, hvor der kommer endnu flere initiativer og projekter, som vi skal lykkes med, ikke kun på tværs af regionsgrænser, men også på tværs af sundhedsvæsenet. Det bliver året, hvor vi på vedholdende vis skal følge de pejlemærker til dørs, som er forsinkede. Sidst men ikke mindst bliver det året, hvor vi skal have endnu mere fokus på det, der er den største og sværreste del af værdikæden: At tage løsningerne i brug.

UDSTILLEROVERSIGT

RECEPTION



= Sofa grupper



= Kaffeo

STANDE

LEVERANDØRER

Nummer

Ascom	3
Cambio Healthcare Systems	27
Capgemini	8
care-call	20
Cerner	26
Cetrea	2
CGI	22
CSC Scandihealth	23 & 24
Daintel	19
Delfi Technologies	28
IBM	15
Imatis	1
InterSystems	7
KMD	14
LinkWatch Aps	4
Max Manus	6
MedCom	5
MIRSK	12
Next Step Citizen	11
Sensor Medical	21
Sensor Medical	25
Siemens	13
Systematic	9 & 10
TDC Erhverv	17
Viewcare	16

SUNDHEDS-IT-UDDANNELSER

Aalborg Universitet





IMATIS Visi er et webbaseret værktøj som bruges til kommunikation på tværs af alle afdelinger i hele patientforløbet. Med et enkelt tryk på skærmen overføres information mellem afdelingerne.

Det er muligt at konfigurere Visi til den enkelte afdelingens behov, og løsningen kan enkelt integreres til blandt andet patientkald, laboratoriesystemer, blodbank, røntgen og patientjournal via standardiserede grænsesnit.

Det er også muligt at bestille portører og andre støttefunktioner fra Imatis Visi.

"A better everyday life for patients, families and caregivers"



Imatis udvider forretningen i Danmark

I forlængelse af stigende interesse for Imatis' løsninger i Danmark, etableres det pr. december 2013 kontor i Danmark med 2 danske medarbejdere. Vores nye kolleger er Frank Petersen, der ansættes som Country Manager med ansvar for firmaets kommercielle og forretningsmæssige aktiviteter, og Dorthe Rasmussen, der ansættes som produktspecialist. Frank har mange års erfaring indenfor IT-sundhedsløsninger til den offentlige sektor, senest som direktør i Max Manus. Dorthe har arbejdet 22 år som sygeplejerske, og har senest været systemadministrator for implementering af Imatis' løsninger i Nykøbing Falster.

Kom og besøg os på stand nr. 1. hvor vores løsninger vises, og få samtidig muligheden for at hilse på vores nye kolleger.

www.imatis.com



Cetrea Clinical Logistics

4. generation

- Effektiv udnyttelse af klinisk personale og behandlingspladser gennem realtids overblik og transparens på tværs af hospitaler
- Optimering af patient flow gennem foruddefinerede sæt af behandlingsaktiviteter og gennem visualisering af aktuel status
- Færre forstyrrelser gennem 'lydløs' kommunikation
- Intuitiv brugerdialog målrettet anvendelse i klinikken, herunder mobil adgang overalt
- Fleksibel konfiguration tilpasset de enkelte enheders behov
- Cetrea Clinical Logistics anvendes på mere end 100 afdelinger og 20 hospitaler i Danmark, Sverige og Finland



Mød os på
STAND 2

Cetrea A/S • Brendstrupgaardsvej 21F • DK-8200 Aarhus N • Denmark
Telefon: +45 3840 0570 • Mail: info@cetrea.com • Website: www.cetrea.com

BESØG VORES STAND OG HØR OM FREMTIDENS WORKFLOW MANAGER



Ascom UniteAxess er en mobil løsning for hospitalspersonale, der forener relevante opgaver, alarmer og information i et brugervenligt interface. Den giver dig et godt overblik over dine daglige opgaver, såsom testresultater, patientaktiviteter, alarmer med mere, direkte på din SmartPhone.

VIND EN IPHONE 5S
Kom forbi os og deltag i konkurrencen

FÅ OVERBLIK. SPAR TID. WORK SMARTER.

LinkWatch™ telemedicin

Intelligente løsninger til telemonitorering



LinkWatch er en robust, brugervenlig platform til monitorering af patienter og borgere i eget hjem, på plejehjem eller akutpladser

LinkWatch er gennemprøvet med patienter både nationalt og internationalt og tilbyder en række fordele, herunder:

✓ **Bedre monitorering af helbredstilstand**

Patienten kan have mange medicinske apparater på samme platform og således måle en lang række forskellige sundhedsparametre

✓ **Øget hensyn til patienten**

Data opfanges via trykfølsom PC, tablet eller skjult datamodtager efter patientens behov

✓ **Effektivisering af tværsektorielle forløbsprogrammer**

Løsningen kan let integreres med andre sundhedssystemer (f.eks. IBM eller KMD) via standard webservices

✓ **Tilpasning til den fælles telemedicinske infrastruktur**

Platformen er baseret på Continua[©] og HL7 standarder for alle typer af sundhedsparametre, hvilket sikrer stor interoperabilitet



LinkWatch Telehealth

Part of In-JeT ApS

Jeppe Aakjær Vej 15, 3460 Birkerød

www.linkwatch.dk

**MedCom it-understøtter
det sammenhængende
patientforløb på tværs af
sektorer og udbreder an-
vendelsen af sundheds-it
inden for sundhedssek-
toren.**

**Besøg
MedCom
på stand
5**

Og vind en iPad-mini

MedCom
Rugårdsvej 15, 2. 5000 Odense
Tlf.: +45 6543 2030
medcom@medcom.dk
www.medcom.dk

MedCom's aktuelle projektlinjer 2012-2013:

Projektlinje 1. Kronikerprojekt

- Case: Effektivt samarbejde bygger på fælles viden
- 1.1. Fælles Kroniker Data
- 1.2. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH)

Projektlinje 2. E-Journal og P-journal

- 2.1. E-Journal og P-Journal. Videreførelse og udbredelse

Projektlinje 3. Kommuneprojekter

- 3.1. Udbredelse af hjemmepleje-sygehus meddelelser
- 3.2. Udbredelse af genoptræningsplan, inkl. borgeradgang
- 3.3. Udbredelse af LÆ-blanketter
- 3.4. Udbredelse af fødselsanmeldelse til kommunal sundhedstjeneste

Projektlinje 4. Fælles Medicin Kort i lægepraksis

- 4.1. Udbredelse af Fælles Medicin Kort og Vaccinationsdatabase i primær sektor

Projektlinje 5. Telemedicin

- 5.1. Udbredelse af videotolkning på hospitalerne
- 5.2. Demonstration af telepsykiatri
- 5.3. Udbredelse af telemedicinsk sårvurdering

Projektlinje 6. Praksis- og laboratorieprojekter

- 6.1. Udbredelse af sygehushenvisninger og REFPARC
- 6.2. Udbredelse af laboratoriemedicin

Projektlinje 7. Internationale projekter

- 7.1. Involvering af yderligere kommuner og regioner i internationale projekter

Projektlinje 8. Drifts- og teknik opgaver

- 8.1. Standarder, test og certificering
- 8.2. Drift af sundhedsdataonet, SDN, og videoknudepunkt, VDX
- 8.3. Teknologisk fremtidssikring af MedCom-kommunikationen

På MedCom's stand kan du høre om de projekter der aktuelt arbejdes med. Vi fortæller om projekternes indhold, planer og viser den aktuelle udbredelse.

Vi fortæller om hvordan MedCom-projektlinjerne understøtter RSI's pejlemærker, gældende overenskomster mellem Danske Regioner (DR) og hhv. praksislæger og privatpraktiserende speciallæger samt indgåede økonomiaftaler mellem DR, KL og staten.

Vi er aktuelt ved at planlægge den næste projektperiode (MedCom9), og vi vil gerne fortælle om planerne, samt høre dit syn på disse.



Talegenkendelse fuldt integreret i alle applikationer

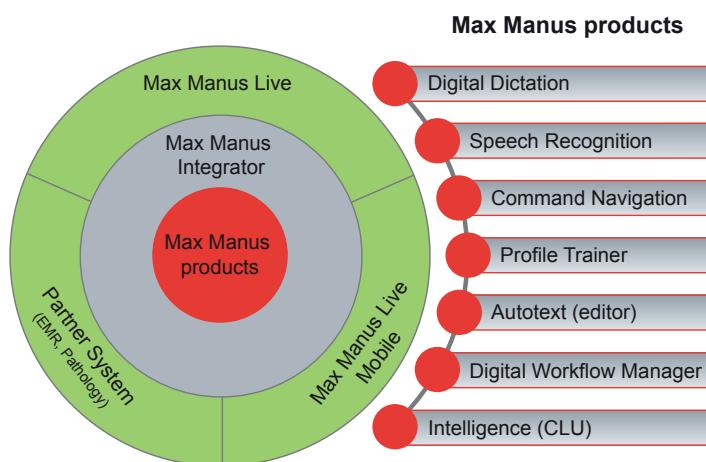


De største fordele ved talegenkendelse realiseres, når teknologien kan anvendes i samtlige af de applikationer, som brugerne anvender i deres arbejdsgang.

Max Manus A/S leverer en totalløsning til digital diktering og talegenkendelse, som er tilpasset de Regionale ønsker og behov. Løsningen er fleksibel, modulbaseret og den nyeste generation er utrolig nem at integrere. Max Manus Integrator forstår via 3 kodelinjer automatisk hele brugergrænsefladen inkl. udfyldning af tekstbokse, checkbokse, drop-down menuer, radio buttons, træ-strukturer og 30 andre brugergrænsefladeelementer.

Den nyeste generation af Max Manus produkterne er uafhængig af platform, tredjepart og/eller andre regionale IT-systemer:

**Besøg vores
ekspert på
stand 6**



Max Manus A/S er den eneste danske leverandør, der har bred erfaring med integration, drift, support og vedligehold af store Regionale talegenkendelsesløsninger.

Kontakt Peter Damm for yderligere information:
peter.damm@maxmanus.com eller tlf. 40 76 15 11

The interoperability to coordinate all patient care



We offer a platform for Strategic Interoperability

Our technology is essential if you want to make breakthroughs in strategic initiatives such as coordinating care, managing population health, and engaging with patient and physician communities.

Add our HealthShare platform to your EMRs.

InterSystems HealthShare® will give you the ability to link all your people, processes, and systems – and to aggregate, analyze, and share all patient data. With HealthShare, your clinicians and administrators will be able to make decisions based on complete records and insight from realtime analytics.

INTERSYSTEMS®

InterSystems.se



Har din organisation sat patienten i centrum?

Arbejder I med sammenhængende patientforløb og tværsektoriel forløbskoordination?

Arbejder I målrettet henimod højere effektivitet?



I Bookplan arbejder vi målrettet med disse udfordringer. Kom ind på vores stand og se hvordan:

- borgere/patienter i Region Nord, Midt og Syddanmark kan anvende Webbooking og bliver mere selvhjulpne (patient empowerment).
- patienterne på centrallaboratorierne i Horsens og Herning undgår ventetid.
- sekretærer, læger og sygeplejersker anvender Bookplans tværgående booking til at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse.
- Bookplans nye Smartbook grænseflader gør booking effektivt og nemt.



Om Bookplan

- Bookplan er et højt specialiseret standardmodul. Standardmodulet kan integreres i hospitalets/regionens sundheds IT-platform eller leveres som en del af Systematics Columna suite.
- Bookplan anvendes på 275 afdelinger på 11 hospitaler i 3 danske regioner.
- Bookplan leveres i en dansk og en international version. Bookplan sælges i udvalgte lande herunder Tyskland, England og Finland.

SYSTEMATIC

COLUMNA

Danmarks førende sundhedsplatform

Kom og få et indblik i Danmarks førende sundhedsplatform Columna samt det nye produkt Columna Service Logistics



**KOM OG HØR
om
Columna Sundhedsplatform**
som understøtter klinikernes
og servicepersonalets
arbejdsgange. Det skaber mere
sammenhængende
patientforløb og øget
patientsikkerhed

**MØD OS
PÅ STAND
9-10**

Sundhedsplatformen
indeholder og faciliterer:

- Overblik over patienten og nem adgang til patient-information, heriblandt mobil adgang via smartphones og tablets
- Proces- og beslutningsstøtte samt standardplaner, der bidrager til optimale patientforløb
- Grafisk overblik over patientens status med kurver der sammensættes med præcis de værdier, der er relevante
- Planlægningsværktøj til effektiv planlægning af dags- og vagtprogram
- Fokus på patientsikkerhed
- Arbejdsgange omkring rekvisitioner og svar på undersøgelser på en effektiv og fleksibel måde
- Struktureret klinisk dokumentation, der automatisk anvendes til kvalitetsmonitorering, forskning, ledelse og afregning
- Optimering af patientflow, logistik og kommunikation
- Tværfaglige og tværsektorielle samarbejder, som skal sikre sammenhæng på tværs af hele sundhedsvæsenet
- Patientens egen journal der fremmer patientens mulighed for at forebygge og tage vare på egen sundhed
- IT-understøttelse af servicepersonalets arbejdsgange og opgavestyring
- Sporing af udstyr, personale og opgaver med henblik på at optimere den grundlæggende hospitalslogistik

Sundhedsplatformen dækker bredt og understøtter alle arbejdsprocesser og kommunikation på et moderne, højt specialiseret hospital

Over 20.000 brugere benytter dagligt Columna

SYSTEMATIC



Tiden er værdifuld. Få mest ud af den.

Arbejd med talens hastighed!

MIRSK leverer danskudviklet digital diktering og talegenkendelse til over 30.000 brugere i Skandinavien. Heriblandt til sundhedssektoren, hvor et flertal af hospitaler i de danske regioner samt adskillige privatklinikker i dag har glæde af en MIRSK-løsning. Med MIRSKs sprogteknologiske løsninger bliver klinikerenes arbejdsgange væsentligt effektiviseret, og patientjournalen øjeblikkeligt opdateret!



MIRSK RECOGNITION™
Revolutionerende talegenkendelsesløsning fra MIRSK, specialudviklet til den danske sundhedssektor. Optimerer arbejdsgange, øger effektivitet og giver mere tid til patienten.
www.recognitionlive.mirsk.com



MIRSK DICTATION+™
Indtal dine diktater på farten. Med den nye dikterings-app til smartphones og tablets. Nemt, hurtigt og fleksibel. Hvor som helst og når som helst.
www.suite.mirsk.com



MIRSK CLOUD™
Fremtidens webbaserede platform. Få nem adgang til alle MIRSKs produkter og services. Fra enhver browser i verden!
www.cloud.mirsk.com

Læs mere på www.mirsk.com



www.siemens.com/healthcare

Nationalt billedindeks med internationalt perspektiv

Om løsningen

Løsningen med sense® og syngo.share i centrum er allerede i brug i tilsvarende projekter flere steder i Europa. Bl.a. i det norske og østrigske sundhedsvæsen, der har mange ligheds punkter med det danske. Fra disse projekter og fra Region Midtjylland har Siemens indgående erfaring med at designe, opsætte, implementere og drifte stor-skala IHE XDS-platorme, hvor integration af radiologiske undersøgelser og andet billedmateriale indgår som en naturlig del.

Region Midtjylland har lanceret et nyt regionalt billedindeks, der er tilkoblet den interregionale pendant. Det har ikke blot løst udfordringen med at dele radiologiske billeder, henvisninger og beskrivelser på nationalt plan: Regionen har samtidig lagt fundamentet til en række fremtidige projekter, da løsningen baserer sig på de internationalt anerkendte IHE-profiler og er et godt fundament for integration af sundhedsdata.

Løsningen fra Siemens kombinerer to integrerede it-systemer – sense® og syngo.share – og gør sundhedsdata tilgængelige for alle relevante parter. sense® og syngo.share er udviklet efter anbefalingerne i IHE og anvender eksiste-

rende internationale sundheds-it-standarder herunder relevante IHE-profiler. sense® og syngo.share er tillige modul-opbyggede og sikrer stor fleksibilitet, når det gælder systemløsning og it-arkitektur.

Den nye løsning hos Region Midtjylland forventes at øge effektiviteten i regionens sundhedsvæsen ved at gøre patientbilleder tilgængelige for alle behandlere gennem hele behandlingsforløbet på tværs af de mange forskellige systemer, der i dag anvendes på regionens hospitaler.

Besøg
os på
stand 13

Answers for life.



KMD
IT MED INDSIGT

Sunde sammenhænge,
der sikrer den danske velfærd
- tænk nyt og handling bag!

Besøg os på **stand 14** og hør mere om, hvordan KMD understøtter patient empowerment og tværsektorIELT samarbejde.
Se mere på care.kmd.dk.

Smarter Care

TRANSFORMATION AF SUNDHEDSSEKTOREN



Shared Care | Det digitale hospital | Big Data
Sporbarhed | Mobility | IBM Watson



Læs mere om Smarter Care på
ibm.com/smarterplanet/dk



IBM, the IBM logo, ibm.com, Smarter Planet and the planet icon are trademarks of International Business Machines Corp., registered in many jurisdictions worldwide. Other product and service names might be trademarks of IBM or other companies. A current list of IBM trademarks is available on the Web at www.ibm.com/legal/copytrade.shtml. © International Business Machines Corporation 2013.

TDC Telemedicin Abonnement



Hjemmepakke til gravide

Indhold

- Blodtryksmåler
- Urinanalyse
- Vægt
- Tablet inkl. app

Måledata og evt. svar på spørge-skema overføres løbende til sund-hedsvæsenet, der også kan sende information.

Fordele

- Nutidens gravide stiller større krav til involvering og brug af IT
- Mere forebyggende, selvom antallet af kontakter med sund-hedsvæsenet falder
- Øget viden og indsigt i eget forløb giver større engagement og tryghed

TDC Telemedicin Abonnement

Vi sætter den sunde fornuft i system

Telemedicin giver mening for borgere og samfund. Vi sætter hjemmebehandlingen i system, så borgeren undgår unødig transport og besvær, mens sundhedssektoren undgår unødige indlæggelser og udgifter.

TDC Telemedicin Abonnement

- Nem online bestillingsportal, hvor man kan bestille døgnet rundt og tjekke kvaliteten af forbindelsen til borgeren
- Dedikeret telemedicinteam, som håndterer alt omkring bestillingen og leverancekoordinering af internetforbindelsen
- Central fejlmelding. Eventuelle fejl meldes af behandleren til TDC, der tager samlet ansvaret for fejltreningen

I sørger selv for udstyr, lager og undervisning og vælger blot, hvor hurtigt det skal leveres og installeres samt varighed af abonnementet.

73% af alle danske virksomheder er kunder hos os, fordi de har en forretning, der skal køre.

TDC Erhverv

73% af alle danske virksomheder er kunder hos os, fordi de har en forretning, der skal køre.

TDC Erhverv



CIS by Daintel

- Danmarks førende IT løsning
til Intensiv og Anæstesi



FAKTA OM CIS:

- Integration til mere end 650 forskellige typer medicinsk udstyr
- Foretrukne IT system til intensiv i 3 af 5 danske regioner
- Overførsel af elektroniske patientdata mellem hospitaler og regioner
- Implementering på 3 måneder

Hør om brugerdreven innovation ved udvikling af elektroniske plejeplaner

Hvad: Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter
Hvor: Parallelsession C1
Hvornår: mandag 2. december kl. 13:00

Se CIS til Anæstesi

Hvad: E-sundheds-battle
Hvor: Parallelsession D2
Hvornår: mandag 2. december kl. 15:00

cis ■■■
BY DAINTEL

Tlf: 70 27 44 70
www.daintel.com
info@daintel.com



Professional brug af mobiltelefoner på hospitaler.

Du behøver kun én telefon i lommen!



Unik software til
innovativ håndtering
af kald og alarmer
via mobiltelefoner

Kom på stand 20
og hør om
værdien af løsningen

- Det tavse patientkaldeanlæg, hvor der skabes direkte relation mellem plejer og patient
- Tydelig information om de enkelte hændelser med ikoner og meddelelser i klartekst
- Håndtering af kritiske alarmer hvor sikkerhed og hastighed er helt afgørende
- Udsendelse af kald direkte fra applikationen
- Brugeren kan selv til- og framelde sig vagthold

Vest (post- og besøgsadresse):
Nydamsvæj 49 DK-8362 Hørning
Tel. +45 87 89 90 00
Fax +45 87 89 90 05

Øst (servicekontor):
Telegrafvej 5A DK-2750 Ballerup
Tel. +45 87 89 90 00
Fax +45 87 89 90 05

salg@care-call.dk
www.care-call.dk
CVR-nr. 29529167

*Kalde-,
kommunikations- og
personskringsanlæg*

Sundhed for livet

Ønsker du høj faglig sparring
og indsigt i sundheds-it?

Få mere end 25 års erfaring fra mere end 100 dedikerede specialister fra den danske sundhedssektor, som ikke er bange for at tage ansvar.

Vi leverer sundheds-it, der forandrer og skaber værdi for danske borgere, patienter og sundhedsprofessionelle bl.a. til

- EPJ • Laboratorier • Telemedicin • Shared Care
- Booking • med mere ...



Experience the commitment®

CGI er en global it-servicevirksomhed, med rødder i Canada. Virksomheden har 69.000 medarbejdere, kontorer i 40 lande og betjener kunder i endnu flere. Vi er tæt på kunderne og leverer lokalt – samtidig med at vi tænker globalt. CGI er markedsledende inden for levering af it-projekter til tiden og inden for budget. Vores forretningsrådgivning, systemintegration og outsourcing services har en høj kvalitet. Ved hjælp af nye teknologier og strategier maksimerer vi vores kundes investeringer og bundlinje. Læs mere på cgi.dk.

MØD OS
PÅ STAND NR.

22

Oplev nye og bedre værktøjer til det daglige arbejde

Værktøjer, der understøtter den administrative og den sundhedsprofessionelle arbejdsgang, som kan bruges hvor som helst og når som helst. Hverdag og forløb bindes sammen i én helhed.



Udover proaktiv monitorering af patienters sundhedstilstand samles relevant data i et overblik for borgeren og alle relevante sundhedsaktører på tværs af sektorer.



Mobil ledelse og afrapportéringsværktøj til hjemmebehandlinger har øget tiden hos patienterne med 30 procent og nedbragt tiden på kontor og administration med 70 procent.



Hør også om internationale erfaringer med tvæssektorielle samarbejder.



CGI

CSC HEALTHCARE

CSC

CSC leverer ydelser til alle dele af sundhedsvæsenet i hele verden. Lige fra ydelser til lægepraksis, over centrale løsninger til kommunale og regionale sundhedsaktører, til nationale og internationale sundhedsprogrammer.

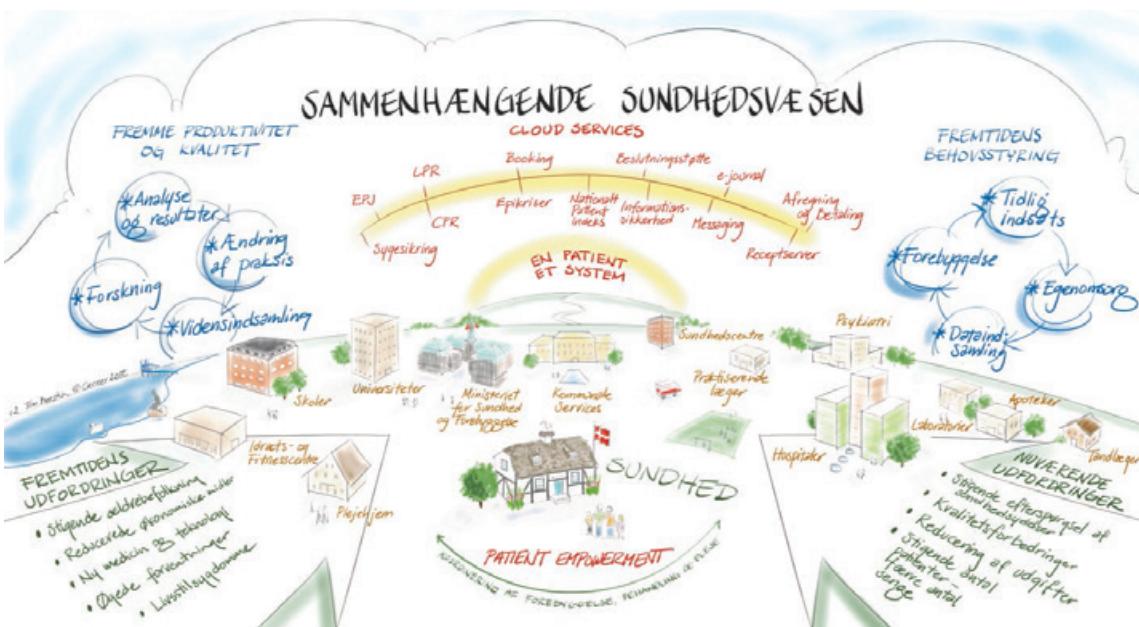
CSC's løsninger anvendes på verdensplan til at administrere mere end 85 millioner patientjournaler på tværs af mere end 4.800 hospitaler, 4.200 klinikker og 4.000 laboratorier. Vi understøtter mere end 900.000 klinikeres daglige arbejde med at levere patientpleje.

CSC Scandihealth har over 40 års erfaring med at levere løsninger til den samlede danske sundhedssektor.

Vores position som nordisk løsningscenter i CSC Healthcare giver os en unik mulighed for at levere den nyeste internationale sundhedsteknologi i en dansk sammenhæng.

Kom og hør mere om CSC Scandihealth og vores løsninger på stand 23 og 24 på E-sundhedsobservatoriet den 2.-3. december 2013

CSC Scandihealth A/S • P.O. Pedersens Vej 2 • 8200 Aarhus N • Tlf: 36144000 • www.csc.com/sundhed • scandihealth@csc.com



Målsætning

Cerners målsætning er at bidrage til forbedring af sundhedsydeler og samfundets sundhed

Global ekspertise uden sidestykke



Because Health care is too important to stay the same



Cerner Limited, European Headquarters/6th floor the Point, 37 North Wharf Road/London W2 1AF UK/www.cerner.co.uk

Tel +44 (20) 7432 8100/ cerneruk@cerner.com

Cerner Corporation ,World Headquarters/2800 Rockcreek Parkway/Kansas City MO 64117 USA/www.cerner.com



Scanning og Patientidentifikation

Scanning af streg- og QR-koder på patienternes armbånd sker via håndscannere, der tilsluttes sygehusafdelingernes kliniske pc'er, og patientens CPR-nummer overføres til de sundhedsfaglige systemer.

Håndscannere kan desuden konfigureres, således at de automatisk åbner relevante skærbilleder, hvilket er med til at lette personalets arbejde.

Om Delfi Technologies A/S

Delfi tilfører kunderne en unik ekspertise med over 15 års erfaring med både standard- og kundetilpassede løsninger inden for datafangst, stregkode- og Point of Sale-udstyr.

Med høj grad af viden, tilfører Delfi ekstra værdi til produkterne gennem kundespecifikke softwareløsninger, support og teknisk service.



Sikker patientidentifikation

- Bedre patientoplevelse – fx armbånd i ultrasoft kvalitet
- Stregkoder med CPR-nummer indscannes til kliniske systemer, som fx A-punktur og blodsukkerapparat mv.
- Digital overførelse af patientdata er mere sikker end manuel aflæsning og indtastning
- Personalet udnytter moderne teknologi, der allerede er til rådighed. Dette minimerer fejl i behandling, medicinering og måling af patienter



Gryphon GD4430 Healthcare

Delfi har netop lavet en 4-årig rammeaftale med Region Hovedstaden med denne 2D scanner.



DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Abildgaard	Per	Konsulent	MedCom
Andersen	Bent	Chef konsulent	Ascom
Andersen	Claus Kj.	Senior Architect	Systematic A/S
Andersen	Ea Luise	Healthcare Director	WEMIND A/S
Andersen	Janni Lerche	Industry expert	C/O NNIT A/S
Andersen	Jens	Administrerende direktør	Region Sjælland
Andersen	Jens	Salgschef	Ascom
Andersen	Jens Rastrup	Projektmedarbejder	sundhed.dk
Andersen	Mette Holm	Stabsmedarbejder/superbruger	Region Sjælland
Andersen	Palle	Senior projektleder	Region Syddanmark
Andersen	René Richard	Klinisk Oversygeplejerske, SD, MKS	Bispebjerg Hospital
Andersen	Steffen		CGI Danmark A/S
Andersen	Stig Kjær	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Andersen	Thomas Rønning	Kundeansvarlig	Region Midtjylland
Andersen	Anette Skov	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Andersen-Ranberg	Karen	Overlæge/lektor	Syddansk Universitet
Andersson	Siv Iren	Prosjektkoordinator	Fylkesmannen i Sør Trøndelag
Andreasen	Cathrine	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Andreasen	Aase	Projektleder	Sygehus Lillebælt
Andresen	Morten	VP	Imatis AS
Ankjær	Michael	Certificeret salgschef	IBM
Antonsen	Christina Egelund	Innovationskonsulent og projektleder	Hospitalsenheden Horsens
Antonsen	Ida Rønne	Fuldmægtig	Region Midtjylland
Arentoft	Marianne		CGI Danmark A/S
Bach	Malene Østergaard	Healthcare Account Manager	IBM
Bagger	Bettan	Projektleder	University College Sjælland
Balle	Helle	Projektleder	National Sundheds-it
Balle	Mette Machon	Sundhedskonsulent	Svendborg Kommune
Ballegaard	Stinne Aaløkke	Seniorprojektleder	KORA
Bang	Henrik	Overlæge	Region Sjælland
Bang	Louise	Porteføljemanagement	Odense Universitetshospital
Barcobello-Jensen	Gabriella	Jordemoder	Herlev Hospital
Barslev	Thomas	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, IMT
Bartholdy	Christina Silseth	Formand	Dansk Selskab for Medicinsk Informatik
Berendt	Susan	Ledende sygeplejerske	Faxe Kommune
Berg	Helen	Prosjektleder	Ålesund Kommune
Bergmanssen	Jeanette	Ledende lægesekretær	Region Sjælland, Psykiatrien Syd
Bering	Helle	Projektleder	Region Nordjylland
Bernstein	Knut		MEDIQ
Bertelsen	Lars	Faglig konsulent	Dansk Sygeplejeråd
Bertelsen	Pernille	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Biering-Madsen	Thorkild	Key Account Manager	CGI Danmark A/S
Billeschou	Henrik	Project Manager	Cetrea A/S
Birch	Peter	Relationship Manager	SAS Institute
Birkeholm	Anny	It-koordinator	Aalborg Universitetshospital
Bitsch	Thomas	Konsulent	Region Midtjylland, Kvalitet og Data
Bjerggaard	Anette	Klinisk projektleder	Region Syddanmark, SLB

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Bjerre	Steffen	Afdelingsøkonom	Psykiatrisk Center Frederiksberg
Bjerregaard	Henrik	CEO	MedCom
Blom	Karina Fischer	Udviklingsjordemoder	Herlev Hospital
Bo	Tanja	Ledende lægesekretær	Roskilde Sygehus
Boldsen	Lotte	Product Specialist	Cambio
Bondorf	Susie Wagner	Product Owner	KMD Healthcare
Borggreen	Ditte Victoria		Syddansk Sundhedsinnovation
Bossen	Jørgen	Salgsdirektør	Sensor Medical
Botin	Lars	Lektor	Aalborg Universitet
Bramsen	Nikolaj Holm	Account Manager	Systematic A/S
Brandstrup	Camilla	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Brandt	Martin Bagger	Enhedsleder	National Sundheds-it
Branebjerg	Jens	Forrerningschef, ePatch	DELTA
Brinck	Claus	It kundeansvarlig	Region Midtjylland
Brogaard	Henriette	Oversygeplejerske	Roskilde Sygehus
Brown	Peter de Nully	Overlæge	Rigshospitalet
Brun	John	Managing Partner	KVANTI ApS
Bruun-Rasmussen	Morten	Partner	MEDIQ - Medicinsk Informatik og Kvalitetsudvikling
Brændstrup	Anni Møller	Overassistent	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Bräuner	Knud	Projektleder	Region Syddanmark
Brøndum	Eva	Projektsygeplejerske	Hvidovre Hospital
Brørs	Kirsti Fossland	Prosjektleder	Trondheim Kommune
Buchholdt	Jan	Projektleder	Trifork A/S
Buchwaldt	Per	It-direktør	Region Sjælland, Koncern IT
Bugge	Claus	Projektleder	Aarhus Universitetshospital
Bunch	Rikke Visby	EPJ-ansvarlig	Aarhus Universitetshospital
Burgaard	Peder	Business Development Manager	TDC Erhverv
Bygholm	Ann	Professor	Aalborg Universitet
Bysting	Jannie	Fagkonsulent	CSC Scandihealth
Bækmark	Nina	Sårsygeplejerske og implementeringskoordinator	Nordsjællands Hospital
Bøsling	Jacob	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Böttcher	Anne	It-projektleder	Region Nordjylland, Psykiatrien
Carlsen	Helge Præstgaard	Projektleder	Region Syddanmark
Carlsen	Tage	Ældre- og Sundhedschef	Horsens Kommune
Carn	Sharon	Sygeplejerske	Faxe Kommune
Carøe	Jesper Grankær	Vice President	Trifork Public A/S
Christensen	Anders Skovbo	Seniorkonsulent	In-Jet ApS
Christensen	Anita	Ledende lægesekretær	Aalborg Universitetshospital
Christensen	Dorrit Holm	It-konsulent	Region Nordjylland
Christensen	Joy	Healthcare Division Manager	Pallas Informatik
Christensen	Lars Brorson	It-konsulent	Region Nordjylland
Christensen	Sille	Projektleder	IntraMed A/S
Christensen	Susanne Lumby		Odense Kommune
Christensen	Søren Morits		Lakeside
Christensen	Torben Høy	Program Manager	CSC Scandihealth
Christiansen	Conni	Chefkonsulent	Region Hovedstaden

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Christiansen	Flemming	Sektordirektør	National Sundheds-it
Christiansen	Jane	Specialkonsulent	National Sundheds-it
Christiansen	Kirsten Ravn	Konsulent	MedCom
Christiansen	Lasse	Senior konsulent	In-JeT
Christoffersen	Lars	Senior Consultant	Capgemini Danmark A/S
Clausen	Gitte Vestergaard	Sygeplejerske	Region Syddanmark, Psykiatrien
Clausen	Thomas Dalsgaard	Afdelingslæge	Region Hovedstaden
Clement	Kirsten	Projektleader, it-afdelingen	Sygehus Sønderjylland
Corinth	Christina	Produktspecialist	Sensor Medical
Craggs	Casper	Konsulent	MedCom
D'Aniello	Desirée	Sygeplejerske	NetKOL Hvidovre Hospital
Dahl	Kirsten Nørgaard	Fysioterapeut	Det mobile sundhedscenter
Dalgaard	Torben	Vicedirektør	Region Hovedstaden, IMT
Dall	Lisbeth	Klinik it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Dallerup	Julia Willer	Konsulent	Region Hovedstaden
Dalsgaard	Anne Mette	Konsulent	Netplan Care
Dalsgaard	Esben	Chef it-arkitekt	National Sundheds-it
Dam	Lilli		VIA University College
Damgaard	Henriette	EPJ og it-koordinator	Aarhus Universitetshospital
Damgaard	Jesta	Product Specialist	Cambio
Damkær	Michael Hjorth	Sektionsleder	Odense Universitetshospital
Damm	Peter	Technical Sales Manager	Max Manus A/S
Danielsen	Camilla Wiberg	Specialkonsulent	National Sundheds-it
Danielsen	Morten Krogh		SAS Institute
Daugbjerg	Pia	Implementeringschef	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Davidsen	Berit	DRG-controller	Roskilde Sygehus
de Richelieu	Martin Ytting	Chef - Service Management	Region Hovedstaden, IMT
Dent	Jeanette		Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest
Diedrichsen	Annette	Sundheds-it konsulent	Regionshospitalet Randers
Djurhuus	Malene	Kommunikationschef	Rehfeld Partners A/S
Drewes	Birgitte	Afdelingschef	Statens Serum Institut
Due	Susanne	Kvalitetskoordinator - it	Region Sjælland
Durhuus	Kim Bille	Account manager	TDC
Eg	Carina Betzer	Ledelsessupporter	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
Ehlers	Jan Milter		CGI Danmark A/S
Elberg	Pia	Studielektor	Aalborg Universitet
Elberling	Marie		Region Sjælland
Elbro	Charlotte	Projektleder	Region Hovedstaden, IMT
Elbæk	Morten	Direktør	sundhed.dk
Elkjær-Nielsen	Jørgen	Account Executive	CSC Scandihealth
Engsig	Morten	Fuldmægtig	Region Midtjylland
Eriksen	Dorte	Domæne ekspert	Capgemini
Eriksen	Linette Damborg	Projektleder	Idéklinikken
Eskildsen	Ulla Lund	Projektleder	Kommunerne Landsforening
Esmann	Lone	Project Manager	Cambio
Faber	Lone	Innovationschef	Alexandra Instituttet
Fabrin	Jørgen	Sælger	IBM
Federspiel	Niels Blinkenberg	Seniorkonsulent	Regionernes Sundheds-it, RSI
Fischer	Pia Warming	It-helpdeskchef	Region Sjælland, Koncern IT

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Fisker	Brian	Program Manager	Systematic A/S
Fiskum	Eva	Helsefaglig rådgiver	Namsos Kommune
Flolid	Irene	BDM	Imatis AS
Flou	Lene Sømod	Akademisk medarbejder	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Folkmann	Lone Nygaard	Udviklingskonsulent	sundhed.dk
Forberg	Heidi	Sekretariatschef	Regionernes Sundheds-it
Forslund	Daniel	CSO	Sweden's Innovation Agency VINNOVA
Fournaise	Anders	Forskningsassistent	Odense Universitetshospital
Frandsen	Torben Lage	Senior Projektleder	Region Hovedstaden, IMT
Frederiksen	Helle	It-koordinator	Aalborg Universitetshospital
Frederiksen	Jannick	Overlæge	Hillerød Hospital
Frey	Per	Underdirektør	KMD A/S
Friborg	Mads	Programleder	Region Syddanmark
Friis	Karsten	Senior Manager	Epikon
Friis	Soile	Formand	Danske Lægesekretærer DL/HK
Friis	Thorkild	Teknisk koordinator	Region Syddanmark
Frøsig	Ole B.	Løsningskonsulent	Odense Universitetshospital
Gade	John	R&D Manager	Judex A/S
Galster	Gert	Ph.d-stipendiat	Aalborg Universitet
Garbo	Kirsten Elisabeth	It-systemkonsulent	Odense Universitetshospital
Garbøl	Kristina Lagoni	Udviklingskonsulent	Welfare Tech
Givskov	Kresten	Projektchef	Siemens A/S
Glensbjerg	Bente	Konsulent	Kommunernes Landsforening
Glistrup	Pernille	Customer Engagement Specialist	Janssen
Goul	Anders	Udviklingsdirektør	Systematic A/S
Graversen	Hans Peder	Cheflæge og afdelingschef	Region Midtjylland
Gravesen	Steen	Konsulent	Kommunernes Landsforening
Green	Allan	Projektleder	NetKOL Hvidovre Hospital
Green	Amanda	Managing Director	Cerner
Greve	Peter	IT Project Manager/Testmanager	Sundhedsstyrelsen
Grotrian	Martin	Konsulent	Netplan
Grøn	Bodil		Fredericia Kommune
Grønbæk	Anne Bach	Konsulent	Deloitte
Grønvald	Liselotte	Konsulent	Lægeforeningen Hovedstaden
Grøsfjeld	Birgit	Forretnings- og salgsdirektør	Siemens Healthcare
Gøeg	Kirstine Rosenbeck	Ph.d-studerende	Aalborg Universitet
Hahn	Thomas	Ledende overlæge. ph.d.	Hospitalsenheden Horsens
Hallgreen	Lone	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, IMT
Halvorsen	Morten	Senior Project Manager	Max Manus A/S
Hammer	Ditte Marie	Teamleder	Region Hovedstaden, Psykiatri
Hansen	Annette	Specialkonsulent i Sundheds-it	Regionshospitalet Randers
Hansen	Annika Sonne	Vice President Operation	CareCom A/S
Hansen	Betty Dencker	Fysioterapeut	Vejle Kommune
Hansen	Christina Maria	Projektchef	Sundhedsstyrelsen
Hansen	Helle Bach	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Hansen	Jacob Boye	Chief Executive Officer	Carecom og formand for DaCHI Leverandørforum
Hansen	Karina Reimer	FMK projektleder & klinisk farma-ceut	Region Sjælland, Sygehusapotek
Hansen	Kristine Mette Vebel	Product Manager	Odense Universitetshospital

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Hansen	Lise Viskum	Specialkonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Hansen	Lone Dorthe	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus
Hansen	Mai-Britt Hagen	Product Manager	Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus
Hansen	Marie Elisabeth		CGI Danmark A/S
Hansen	Mogens Flinck	Project Manager	IBM
Hansen	Morten	Product Manager	Region Syddanmark, SLB
Hansen	Nadja Souid	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Hansen	Ole Filip	Bestyrelsesmedlem	Dansk Selskab for Sygehusledelse
Hansen	Poul Erik	Vicedirektør	Statens Serum Institut
Hansen	René	Stationsleder ambulance	Falck Danmark A/S
Hansen	Tanja Sofie	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital
Hansen	Thomas	Chief Technology Officer	Cetrea A/S
Hansen	Troels Asger	Systemansvarlig	National Sundheds-it
Harbo	Mette		Danske Regioner
Harbo	Mikkel	Director, Business Development & Operations	Systematic A/S
Harasløf	Christian	Kontorchef	Kommunernes Landsforening
Harter	Christopher	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Hassing	Alis Helmer	Product Manager	Region Syddanmark
Hauberg	Mette	Projektleder	Region Syddanmark, SLB
Haug	Jane	Ledende lægesekretær	Roskilde Sygehus
Hauge	Lene	Senior Clinical Advisor	Systematic A/S
Havbo	Tatiana	Relationship Manager	SAS Institute
Hedegaard	Karin	It-projektleder	Aalborg Universitetshospital
Heinecke	Claus	Kvalitetskonsulent	Nykøbing F. Sygehus
Hendry	Anne	National Clinical Lead for Integrated Care	Joint Improvement Team, Edinburgh
Henriksen	Gitte Fleckner	Projektmedarbejder	MedCom
Henriksen	Hans Erik	Direktør	Healthcare DENMARK
Henriksen	Ole Steenberg	It-ansvarlig oversygeplejerske	Bispebjerg Hospital
Henriksen	Svend Holm	Chefkonsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Hermann	Henrik		Region Hovedstaden, IMT
Hernig	Steen		National Sundheds-it
Hesthaven	Helle Beck	Projektleder	Region Nordjylland
Heuch	Jakob	Sales and Marketing Manager, Sundheds it	Capgemini
Hieronymus	Rasmus Mynster		CGI Danmark A/S
Hiltmar	Jette	Projektleder	IBM
Hjalager	Ida	Sårsygeplejerske	Roskilde Sygehus
Hjelm-Svennesen	Malene	Industry Expert, Healthcare	NNIT A/S
Hjorth	Mads	It-arkitekt	National Sundheds-it
Hjortshøj	Anne Øster	Enhedschef Kvalitet og Udvikling - Sund	Region Sjælland
Hofmeister	Søren	Direktør	Viewcare A/S
Holm	Michael	CEO	Systematic A/S
Holton	Christina Erika	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Horup	David	Trade Commissioner	Den Canadiske Ambassade
Horup	Ronnie	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Hougaard	Jørgen	Udviklingschef	EG A/S
Hulbæk	Lars	Souschef	MedCom

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Hvid	Kirsten	Chefkonsulent	Region Sjælland
Hvidberg	Jens	Chefkonsulent	National Sundheds-it
Højen	Anne Randorff	Ph.d.	Aalborg Universitet
Høst	Mette	Ledende lægesekretær	Odense Universitetshospital
Høstgaard	Anna Marie	Lektor	Aalborg Universitet
Hoyer	Jacob	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Haagensen	Lone	Kvalitetskoordinator	Holbæk Sygehus
Illum	Peder	Konsulent	MedCom
Jacobsen	Karin Juhl	It-projekt-koordinator	Hørsholm Kommune
Jacobsen	Kim Walther	Lektor, it-vejleder	VIA University College
Jakobsen	Søren	It-projektleder	National Sundheds-it
Jamtøy	Ann Iren	Prosjektleder	Trondheim Helseklynge
Jensen	Bente		KMD A/S
Jensen	Bente Hjørnholm	Klinisk it-ansvarlig	Hospitalseheden Vest
Jensen	Cecilie Holm	Salgs- og marketingsassistent	Daintel
Jensen	Erik Søholm	It-konsulent	Region Sjælland
Jensen	Gitte Sønderby	It-konsulent	Region Syddanmark, Regional IT
Jensen	Hanne Damgaard	It-konsulent	Region Midtjylland
Jensen	Jeanette	Konsulent	MedCom
Jensen	Jimmi	It-medarbejder	Aalborg Universitet
Jensen	Jo-Ann Ramsrud	Projektsygeplejerske	Hvidovre Hospital
Jensen	Karen Melchior	Projektleder	Region Nordjylland, Koncern IT
Jensen	Karin Henriette	Afsnitsledende lægesekretær	Sygehus Vendsyssel
Jensen	Lena Sundby	PA	Københavns Universitet
Jensen	Lotte Groth	Ph.d.-studerende	CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Jensen	Maria Emilie	It-konsulent	Region Sjælland
Jensen	Mette	It-systemkonsulent	Odense Universitetshospital
Jensen	Peder Klement	Overlæge	Lægeforeningen Hovedstaden
Jensen	Peer Eske	Overlæge	Lægeforeningen Hovedstaden
Jensen	Per V.	It- & datakonsulent	Region Hovedstaden
Jensen	Pia-Lis	Adjunkt	Professionshøjskolen UCC
Jensen	René Roalf	Systemkonsulent, MI	Region Midtjylland
Jensen	Sanne		Aalborg Universitet
Jensen	Sine	Sundhedspolitisk medarbejder	Forbrugerrådet
Jensen	Sune Kleffel	Løsningskonsulent	Odense Universitetshospital
Jeppesen	Birgit Bækmann	Konsulent, MI	Aarhus Kommune
Jeppesen	Sine Søgaard	Sektionsleder	Sundhedsstyrelsen
Jespersen	Henrik	Group Senior Vice President	Systematic A/S
Jespersen	Ulla Møller	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Johannessen	Helle Møller		National Sundheds-it
Johansen	Ib	Konsulent	MedCom
Jonigkeit	Christian	Senior Architect	Cambio
Jor	Sissel	Seksjonsleder	Oslo universitetssykehus HF
JosefSEN	Sofie	EPJ-konsulent	Grønlands Selvstyre, Styrelsen for Sundhed
Juel	Pia Reinhardt	Sekretær	MedCom
Juhl	Allan	Dvisionsdirektør	SAS Institute
Juhl	Rikke Kirsten	Konsulent	Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling
Jusslin	Tanja Gerner	Konsulent	Region Syddanmark
Juul	Gitte	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Jørgensen	Claus Bo	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Jørgensen	Ejvind	Formand for It i off.sektor	Dansk It
Jørgensen	Jari Friis	CEO	Symmetric Consulting
Jørgensen	Lisbeth	Innovationskonsulent	Odense Universitetshospital
Jørgensen	Patrick	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Jørgensen	Per Crüger		Odense Universitetshospital
Jørgensen	Trine	Projektleder	Hospitalsenheden Horsens
Jørgensen	Trine	Consultant	Cambio
Kalmar	Stefan	Innovationskonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Kalsen	Christian	Project Manager	Cetrea A/S
Kayser	Lars	Lektor	Københavns Universitet
Kensing	Finn	Direktør	Center for IT Innovation, KU
Kent	Annelise Kjølseth	Lektor	Professionshøjskolen Metropol
Kerzel	Anders	Kundechef	KMD
Kirkegaard	Peter	Direktør	CARE-CALL A/S
Kirkvåg	Pernille	Produktspecialist	Daintel
Kjeldsen	Gitte	Project Manager	MedTech Innovation Center
Kjelstrøm	Kåre	Partner	Silverbullet A/S
Kjær-Jensen	Vibeke	Konsulent	Region Midtjylland
Kjærsgård	Bitten Fisker	Sundheds-it-konsulent	Hospitalsenheden Midt
Kleinschmidt	Kent	Lægefaglig chefkonsulent, EPJ	Styrelsen for sundhed og forebyggelse
Klem	Mette Bomholt	Chefkonsulent	Region Hovedstaden, IMT
Klemmensen	Erling	Specialist forretningsudvikling	EnergiMidt Infrastruktur A/S
Klinadt	Bjarne	It-stabschef	Region Sjælland, Koncern-IT
Klinge	Thomas	Chefarkitekt, Bookplan	Capgemini
Knudsen	Bente B.		Fredericia Kommune
Knudsen	Børge	Kontorchef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Knudsen	Per Simon	Senior Key Account Manager	TDC
Koch	Jesper Winther	IT Project Manager / Change Manager	Sundhedsstyrelsen
Kodahl	Liselotte	Product Manager / EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Kofoed	Claus Wegener	It-chef	Region Nordjylland
Kohl	Bjarne	Partner	Epikon A/S
Kold	Jan	Vice President	NNIT
Kolstad	Lisbeth	It-konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Kolstad	Pia Rostock	Sundheds-it konsulent	Hospitalsenhed Midt
Kolte	Nikolaj	Kontorchef, it-udvikling	Region Midtjylland
Kongsgren	Suzanne Buchardt	It-konsulent	Region Sjælland
Kopke	Pia	Vicedirektør	Region Hovedstaden, IMT
Kopp	Ditte Haargaard	Product Manager	Region Syddanmark, SLB
Korsholm	Inge Lise	Senior Systems Engineer	Systematic A/S
Kraft	Michael Bjørn	Chefkonsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Krag	Astrid	Minister for sundhed og forebyggelse	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Kramer	Susanne	Ledende lægesekretær	Holbæk Sygehus
Kristensen	Alice	Konsulent	MedCom
Kristensen	Christina	It-implementeringskonsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Kristensen	Dorte	Projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Jørgen Schøler	Lægefaglig direktør	Hospitalsenheden Horsens

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Kristensen	Lena	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Kristensen	Margit	EPJ-konsulent	Region Midtjylland
Kristensen	Poul Erik	Konsulent	Kommunernes Landsforening
Kristiansen	Lisbeth Røhr	FMK-projektleder	Region Nordjylland, Koncern IT
Kristiansen	Thomas Birk	Praktiserende læge og medicinsk direktør	Birks Lægeydelser
Kristoffersen	Søs Jerning	It-udviklingskonsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Krog	Anna-Britt	Projektkoordinator	Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Krogh	Marie-Louise	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Krogh	Simon Axlev	It-konsulent	Region Sjælland
Krogsgaard	Karen M.		Cerner
Kromann	Linda	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Kusk	Kate	Konsulent	MedCom
Kvist	Annette	Kontorchef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Kühnau	Allan		Region Syddanmark
Kähler	Ulrik	Læge / direktør Trifork Medical	Trifork Medical
Ladefoged	Marie Louise	Innovationskonsulent	Regionshospitalet Randers
Ladegaard	Dorte	EPJ-koordinator	Sygehus Lillebælt
Lai	Yoke-Chin	Lektor	VIA University College
Landgreen	Helle	Solution Manager	KMD
Landorph	Signe	Jordemoder	Herlev Hospital
Larsen	Daniel	Technical Manager	Delfi Technologies A/S
Larsen	Mette	Sundheds-it konsulent	Hospitalsenhed Midt
Larsen	Thea Lindholm	Ledende lægesekretær	Region Syddanmark
Larsen	Thomas	Salgsdirektør	CSC Scandihealth
Larsen	Tove Tobiesen	Projektleder	Region Sjælland, Roskilde og Køge Sygehuse
Larsen	Winnie Nørskov	Chef for kvalitetsdataenheden	Nordsjællands Hospital
Lassen	Berit	Læge	Konsulent Dak-e
Lauemøller	Flemming	It-chef	Region Syddanmark, Psykiatrien
Lauridsen	Anne-grethe Borch	Funktionsleder	Region Syddanmark, Psykiatrien - Esbjerg-Ribe
Lauridsen	Ilse Dalgaard	KIT-koordinator	Hospitalsenheden Vest
Lauritzen	Dorthe Furstrand	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Lauritzen	Peter	Projektleder	IBM
Laursen	Bent Grubb		CGI Danmark A/S
Laursen	Jan Nørager	It-forretningskonsulent	Region Sjælland
Laursen	Mona Vestergaard	Specialkonsulent	Sundhedsstyrelsen
Laursen	Peter Ljunggren	Markedschef	KMD
Laursen	Tine Ohm	Sekretariatsleder	National Sundheds-it
Leck	Jesper	Direktør	IntraMed A/S
Lee	Anne	Seniorkonsulent	Syddansk Universitet
Lehrmann	Tove	Enhedschef	Region Syddanmark
Lei	Anne Marie	Konsulent	Lægeforeningen
Leitner	Thomas		InterSystems
Lerche	Steffen	General Manager, Denmark	Cambio Healthcare Systems
Leth	Torben	CEO	Max Manus A/S
Levander	Mats		InterSystems
Lindholm	Henrik	Product Manager	Cambio Healthcare Systems
Lindhøj	Tove	Projektleder	Hospitalsenheden Horsens

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Lindquist	Lasse	Senior Manager	Epikon A/S
Llobet	Michael	Marketingdirektør	Sensor Medical
Lomartire	Annemarie	Teamleder, Koncern IT	Region Nordjylland
Lonning	Caroline	Marketing Coordinator	Healthcare DENMARK
Lund	Eva	Innovationskonsulent	Odense Universitetshospital
Lundkvist	Peter	Business Development Director	Next Step Citizen
Lykke	Freddy	Chief Executive Officer	Cetrea A/S
Löhndorf	Anne	Enhedschef	sundhed.dk
Madsen	Helene Hølmkjær	It-medarbejder	Sygehus Lillebælt - Vejle
Madsen	Inge		Centeret for Kliniske Retningslinjer
Madsen	Kaspar Cort	Projektleder, Klinisk IT specialist	Region Hovedstaden, IMT
Madsen	Pia Wichmann	Senior Clinical Advisor	Systematic A/S
Mainz	Sine		Region Midtjylland, Kvalitet og data
Majland	Jeanne	Sektionsleder	Sundhedsstyrelsen
Malmstrøm	Pia Christine	AC-fuldmægtig	Region Nordjylland
Mandal	Turid Berg	Prosjektleder/Avd.leder	Bjørg Kommune
Mariager	Tommy	VP Sales	Cetrea A/S
Mathiasen	Kim	Projektleder Internetpsykiatrien	Region Syddanmark
Matthiesen	Mie Hjorth	Konsulent	MedCom
Mattsson	Bettina	It-funktionschef	Region Sjælland, Koncern IT
Matzen	Preben		Region Syddanmark
Medin	Otto		InterSystems
Mejdahl	Lone	It-projektleder	Sygehus Thy-Mors
Mejlgaard	Henrik		CGI Danmark A/S
Mikkelsen	Else Lund	Afsnitsleder Sundheds-it	Hospitalsenhed Midt
Mikkelsen	Ib Steen		Roskilde og Køge Sygehuse
Mikkelsen	Jens	EPJ-kordinator	Aarhus Universitetshospital
Mikkelsen	Mikael Skov	Direktør	Region Hovedstaden, IMT
Mikkelsen	Morten Kold	Innovationsdirektør	Viewcare A/S
Mjønesaune	Siv Agnete	Ergoterapeut	Kristiansund Kommune
Mollerup	Mette	Projektleder	Odense Universitetshospital
Molsing	Brian	It-konsulent	Steno Diabetes Center
Mortensen	Flemming		CGI Danmark A/S
Mortensen	Pia	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Mortensen	Troels Bierman	COO	Daintel
Mossin	Poul	Ledende oversygeplejerske	Køge Sygehus
Mugaas	Kim	Account Manager	CSC Scandihealth
Mullerup	Mette	It-projektleder	Sygehus Vendsyssel
Mundbjerg	Anette	Projektleder	Hospitalsenheden Horsens
Münster	Lene	It-udviklingskonsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Mølenberg	Majlis		KMD A/S
Møller	Anne Mette	Konsulent	Netplan Care
Møller	Jens	IT Arkitekt	IBM
Møller	Marianne	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Møller	Pia	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Mørk	Britta	Klinisk it-ansvarlig	Hospitalsenheden Vest
Maaholm	Sune	Senior IT Project Manager	Sundhedsstyrelsen

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Nasser	Allan	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Neess	Berit	Sundheds-it konsulent	Regionshospitalet Randers
Ng	Wai Kei Wiki	Farmaceut	Sundhedsstyrelsen
Nicoljsen	Lisbeth Bisgaard	Konsulent	Region Midtjylland, Koncern HR
Nielsen	Annemette Anker	Afdelingsleder	Steno Diabetes Center
Nielsen	Annette Lyneborg	Chefkonsulent	Region Hovedstaden
Nielsen	Annie Høgh	It-konsulent	Region Midtjylland
Nielsen	Claus Bille	It-projektleder	Odense Universitetshospital, Svenborg Sygehus
Nielsen	Else Marie Bæk	Sales Specialist	KMD Healthcare
Nielsen	Grethe Lomholt	Projektleder	Frederikshavn Kommune
Nielsen	Jesper	Lead projektleder	Syvestjysk Sygehus
Nielsen	Karen Dam	Ph.d-stipendiat	Københavns Universitet
Nielsen	Karina Skog	Chefkonsulent	Herlev Hospital
Nielsen	Marianne	Konsulent	MedCom
Nielsen	Marie Louise Shee	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, IMT
Nielsen	Michael Ellegaard		Next Step Citizen
Nielsen	Morten	Kommunikationskonsulent	Region Sjælland
Nielsen	Tove Charlotte	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation RSD
Nilson	Tom		Trifork A/S
Nilsson	Hanne	Klinisk it-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Nilsson	Jakob		CGI Danmark A/S
Niss	Karsten Ulrik	Studielektor	Aalborg Universitet
Nissen	Jette	Anvendelsesspecialist	Region Hovedstaden, IMT
Nissen	Lene	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital
Noergaard	Lasse	Chefkonsulent	Region Hovedstaden
Nyvang	Louise Wesley		Region Midtjylland
Nøhr	Christian	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Nørgaard	Jens Rahbek	Seniorkonsulent	MedCom
Nørgaard	Kathrine Hjortnæs	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Nørregaard	Henrik	It-datakonsulent	Region Hovedstaden
Olesen	Thomas Sonne	Partner	Lakeside A/S
Olsen	Gitte	It-konsulent	Region Sjælland, It-koncern
Olsen	Helle Stochfleth	It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Olsen	Lise Marie	Kvalitetskonsulent	Region Hovedstaden, Psykiatri
Olsen	Martha	Fuldmægtig	Syddansk Sundhedsinnovation
Olsen	Tina Bendix	It-projektleder/konsulent	Region Sjælland
Overgaard	Niels Stoktoft	Journalist	DL Magasinet - lægesekretærernes fagblad
Pape-Hauggaard	Louise	Adjunkt	Aalborg Universitet
Paulsen	Peter Hvid	AC fuldmægtig	Region Midtjylland, Kvalitet og Data
Pawlowski	Pia	Kvalitetskonsulent	Holbæk Sygehus
Pedersen	Anne Dalhoff	Konsulent	Region Sjælland
Pedersen	Ditte Meinby	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Pedersen	Gitte	Lægesekretær/superbruger	Region Sjælland, Psykatrien Syd
Pedersen	Henrik Wind	It-konsulent	Region Midtjylland
Pedersen	Ivan Lund	Chefkonsulent	National Sundheds-it
Pedersen	Martin Broch	Director Healthcare	CGI Danmark A/S
Pedersen	Orla	Program Manager	CSC Scandihealth

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Pedersen	Pernille M. G.	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pedersen	Sune	Product Manager	CARE-CALL A/S
Pedersen	Susanne Bjerglund	Sygeplejerske, klinisk it-ansvarlig	Hospitalsenheden Vest
Pedersen	Søren Thing	Solutions Manager	CSC Scandihealth
Persson	Ronnie	International Account Manager	Cetrea A/S
Petersen	Frank	Country Manager	Imatis AS
Petersen	Frieda	Key Account	MEDIQ Danmark
Petersen	Jens Parker	Almen praktiserende læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Petersen	Lone Stub	Adjunkt	Aalborg Universitet
Petersen	Mads Willads	IT Enterprise Architect	Sundhedsstyrelsen
Petersen	Palle Gerry		National Sundheds-it
Petersen	Torben Søe	It chef	Region Sjælland
Phanareth	Klaus	Overlæge	Frederiksberg Hospital
Pilgaard	Dorthe	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pinstrup	Thomas Stadil	Sundheds-it chef	Regionshospitalet Randers
Poulsen	Thomas	Senior Account Manager	Systematic A/S
Primdahl	Elin Merete	Supportchef	Sygehus Sønderjylland
Præstholtm	Linda Clod	It-strategikonsulent	Region Sjælland
Pukleviciute	Vilte	Industry Marketing Manager	Systematic A/S
Pyll	Hanne	Chefsekretær	Roskilde og Køge Sygehuse
Ranneberg	Helene	Webkonsulent	Region Hovedstaden
Rasmussen	Anita	EPJ-konsulent, projektleder på EPJ efterimplementering	Aarhus Universitetshospital
Rasmussen	Dorthe	Produktspecialist	Imatis AS
Rasmussen	Frits	Plan- og analysechef	Sydvestjysk Sygehus
Rasmussen	Helen Houmøller	Projektleder TeleCare Nord	Region Nordjylland
Rasmussen	Jens Peder	Direktør	Systematic A/S
Rasmussen	Kirsten	EPJ og it-projektleder	Aarhus Universitetshospital
Rasmussen	Martin	Afd. bioanalytiker	Region Syddanmark
Rasmussen	Mirjam Monica	It-implementeringskonsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Rasmussen	Stine Loft	It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Raunow	Rune	Director	Systematic A/S
Ravn	Lisbeth	Informatikchef	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Ravn	Trine	Projektleder	Region Syddanmark
Rehfeld	Claus	CEO	Rehfeld Partners A/S
Rigby	Michael		Kelee University
Riis	Allan	Ph.d-studerende	Region Nordjylland
Riis	Jan	Partner	Lakeside A/S
Riis	Vibeke	It-systemkonsulent	Odense Universitetshospital
Rimås	Ann		Cambio
Rindum	Judith Lørup	Leder af Center for Telemedicin	Region Hovedstaden
Ringbæk	Thomas Jørgen	Overlæge	NetKOL Hvidovre Hospital
Rising	Sturla	Overlege	URD AS
Roesbjerg	Troels		Region Hovedstaden, Psykiatri
Rohde	Mette	Leder af Det Kommunale Sundheds-væsen	Viborg Kommune
Roost-Ørsnæs	Claus	Markedschef	EG A/S
Roszen	Helle	Projektleder	Sygehus Lillebælt
Rowedder	Lotte Manø	Servicekonsulent	CSC Scandihealth

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Rønnedal	Birgitte Søgaard	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Sales	Emil		Danske Regioner, RSI
Schack	Nina Charlotte	Telemedicinkonsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Schliemann	Thor		National Sundheds-it
Schougaard	Kari Rye	Scrummaster på FMK-Online	Trifork A/S
Schou-Nielsen	Mikkel	Porteføljeansvarlig	Regionernes Sundheds-it, RSI
Schrøder	Pernille	Projektleder	Sundhed.dk
Schwarz	Ulla Skibdal	Systemadministrator	Fredericia Kommune
Schydowsky	Pierre	Speciallæge i reumatologi, Ph.D	Arthro klinikken Værløse
Schønnemann	Maria Hardt	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Schaarup	Clara	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Secher	Lene	Teamleder	Region Nordjylland, Koncern IT
Seehagen	Susanne	Næstformand i DL/HK	DL/HK
Semb	Espen	Project Manager	Imatis AS
Serbian	Simon	Formand for Lægeforeningens sundheds-it netværk	Lægeforeningen
Sigurhansson	Hakon	Managing Director	TM Software
Simonsen	Birgit	Ass. områdesygeplejerske	Aalborg Kommune
Simonsen	Ellen	Faglig konsulent	Trifork A/S
Simonsen	Gerda	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Svendborg
Simonsen	Peter		Syddansk Sundhedsinnovation
Simonsen	Vita	Fagkonsulent	CSC Scandihealth
Skafte	Henrik	Chefkonsulent	Ascom
Skytte	Jette Hede	Udviklingskonsulent Velfærdsteknologi	Viborg Kommune
Skårhøj	Maj	Chief Consultant	Cetrea A/S
Sonnichsen	Elisabeth	AC-fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Spanggaard	Peter	It-konsulent	National Sundheds-it
Speldt	Torben Brøgger	Sygeplejerske	Akutafdelingen Køge
Spicker	Annette	Managing Consultant	Capgemini Danmark A/S
Stamp	Lene	Application Specialist	Cetrea A/S
Stigaard	Dorte	Direktør	Region Nordjylland
Stokholm	Katrine	Seniorkonsulent	Danske Regioner
Stolshøj	Morten	Large Account Manager	Delfi Technologies A/S
Stürup	Ane	Teamleder	Next Step Citizen
Sunekær	Britt	Konsulent	Region Sjælland
Svane	Annette Brøgger	Udviklingssekretær	Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus
Svenning	Wenche	Projektleder	Hospitalsenheden Horsens
Svensmark	Gunilla	Konsulent	DSR
Svop	Ruth	Sektionsleder	Odense Universitetshospital
Søderberg	Jennie	Projektassistent	MedCom
Søfren	Lars Henrik	It-programchef	Region Sjælland
Søger	Susanne	Senior projektleder	Rehfeld Partners A/S
Sølvkær	Martin	Sektionsleder	Region Hovedstaden, IMT
Sørensen	Betina	Spl	Faxe kommune
Sørensen	Claus	Markedschef	Falck Hjælpemidler A/S
Sørensen	Kim Brun	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Sørensen	Mads Orehøj	It-arkitekt	IBM
Sørensen	Marianne	AC-fuldmægtig	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU

DELTAGERLISTE

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Thaulow	Søren	Projektleder	Region Sjælland
Thestrup	Jesper	Direktør	In-JeT ApS
Thomasen	Gitte Bendorff	Marketingkonsulent	KMD
Thomhav	Ophelia Drabenberg	Marketing	Delfi Technologies A/S
Thomsen	Flemming Bent	Senior Vice President, Business Development	Systematic A/S
Thomsen	Janus Laust	Direktør, lektor, ph.d., speciallæge i almen medicin	Kvalitetsudviklingsværktøj i dansk almen praksis
Thomsen	Lisbeth Risager	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Thomsen	Morten		Devoteam
Thomsen	Per V.	Praktiserende læge	Lægerne Stadion Alle 1
Thomsen	Vivian	Sektionsleder	Region Hovedstaden, IMT
Thorwid	Johan	Chief Product Officer	Cambio
Thuesen	Morten		Region Syddanmark
Thyme	Birgit	Ledende lægesekretær	Aarhus Universitetshospital
Toftlund	Palle	Project Manager	Cambio
Tornbjerg	Kristina	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Torp	Peter	Læge	Region Sjælland, Psykiatrien
Torrild	Ole	Account Manager	CSC Scandihealth
Toth	Michael	Director	Cerner
Trabjerg	Dorthe	Kvalitetskoordinator	Sygehus Vendsyssel
Tran	Maria	Program Coordinator	Cerner
Trebbien	Lisbeth	Projektassistent	Næstved Sygehus
Tynan	Lone	Projektleder	Odense Universitetshospital
Tølløse	Anette	Sektionsleder	Sundhedsstyrelsen
Tørsleff	Ida	Hospitalskoordinator IMT	Region Hovedstaden, IMT
Taarnborg	Marianne	EPJ og it-koordinator	Aarhus Universitetshospital
Valther	Lisbeth	Adm. direktør	Next Step Citizen
Vedel	Katrine	Senior program- og projektleder	Teknologisk Institut
Veller	Bente	Konsulent	Region Syddanmark
Vestergård	Anne Mette	Chefkonsulent	Roskilde og Køge Sygehus
Vestergaard	Kitt	Projektleder	University College Sjælland
Vestergaard-Madsen	Steen	Chefkonsulent	Region Midtjylland
Viggers	Rikke	Konsulent	Medcom
Vilic	Adnan	Ph.d.- studerende	Danmarks Tekniske Universitet
Villumsen	Sidsel	Proceskonsulent	Region Midtjylland, Koncern HR
Vind	Signe	Konsulent	Danske Regioner
Vingtoft	Søren	Ekstern lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Vinther	Niels Heikel	Chefkonsulent	KMD A/S
Vistisen	Lene	Afdelingschef	National Sundheds-it
Voldsgaard	Lene	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Volke	Lis Katharina	Chief Communications Officer	Healthcare DENMARK
von Pählman	Karen		Region Nordjylland, Koncern IT
Væggemose	Poul	Lektor	VIA University College
Wacker	Ken	FMK-konsulent	MedCom
Wagner	Suzette	IT Service Manager / Project Manager	Sundhedsstyrelsen
Wagnild	Margit	Kommunikasjonsrådgiver	Trondheim Helseklynge

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Waller	Rasmus	Sales Marketing	Cambio
Wanscher	Christina E.	International koordinator	Region Syddanmark
Welzel	Andrea	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Wengler	Bente	Projektleder	DataGruppen MultiMed
Wentzer	Helle Sofie	Senior Projektleder, Professor MSO	KORA Den nationale institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning
West	Peter		Region Syddanmark
Wieland	Henrik	Healthcare Industry Leader	IBM
Wiese	Peder	Afdelingschef	National Sundheds-it
Willumsen	Katrine	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Wind	John	Teamkoordinator	Region Hovedstaden
Wollsen	Susanne	Antropolog / Forsknings- og innovationsspecialist	Alexandra Instituttet
Wounlund	Alex	Sales & Marketing Executive	CareCom A/S
Wulf	Birgitte	Healthcare Business Manager	IBM
Wøldike	Anne Dorthe	Projektleder	Odense Universitetshospital
Yunai	Kevin	CEO	MIRSK
Yunai	Kourosh	Sales Manager	MIRSK
Zakarias	Michael		CGI Danmark A/S
Zielke	Ole	Projektleder	Hospitalsenheden Vest, RM
Ærbo	Lene	Projektleder	National Sundheds-it
Ørting	Michael Hessellund	Produktchef	TDC

NOTATER

NOTATER

NOTATER

Organisation

E-sundhedsobservatoriet

E-sundhedsobservatoriet udgøres af Dansk Center for Sundhedsinformatik (DaCHI) på Aalborg Universitet.

Stig Kjær Andersen

Lektor
ska@hst.aau.dk
tlf: 9940 8751

Pernille Bertelsen

Lektor
pernille@plan.aau.dk
tlf: 9940 8431

Christian Nørh

Professor
cn@plan.aau.dk
tlf: 9940 8401

Marianne Sørensen

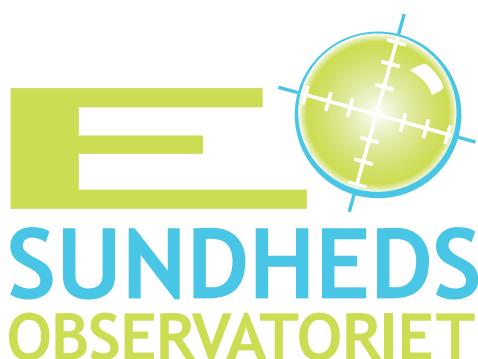
AC-fuldmægtig
mars@plan.aau.dk
tlf: 9940 8809

Søren Vingtoft

Ekstern lektor
soren@vingtoft.com

Rådgivningsgruppe

- ▶ NSI, chefkonsulent Martin Bagger Brandt
- ▶ Danske Regioner, chefrådgiver Mette Harbo
- ▶ Regionernes Sundheds-it, sekretariatschef Heidi Forberg
- ▶ KL, konsulent Poul Erik Kristensen
- ▶ MedCom, CEO Henrik Bjerregaard
- ▶ sundhed.dk, direktør Morten Elbæk Petersen
- ▶ Danske Patienter, direktør Morten Freil
- ▶ Lægeforeningen, formand for Lægeforeningens sundheds-it netværk, Simon Serbian
- ▶ DSR, konsulent Gunilla Svensmark
- ▶ Lægesekretærforeningen, formand Soile Friis
- ▶ DaCHI leverandørforum, formand Jacob Boye Hansen
- ▶ PL, Praksisleverandørernes forum, formand Winnie Nielsen
- ▶ Dansk Selskab for Medicinsk Informatik, formand Christina Silseth Bartholdy
- ▶ Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, formand Klaus Phanareth
- ▶ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Kasper Boas Pedersen
- ▶ Dansk Selskab for Sygehushledelse, bestyrelsesmedlem Ole Filip Hansen
- ▶ Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- ▶ Center for IT Innovation, KU, direktør Finn Kensing



E-sundhedsobservatoriet

Dansk Center for Sundhedsinformatik
Aalborg Universitet
Vestre Havnepromenade 5, 1. sal
9000 Aalborg
Tlf: 9940 8809
www.e-sundhedsobservatoriet.dk
www.dachi.dk
info@e-sundhedsobservatoriet.dk