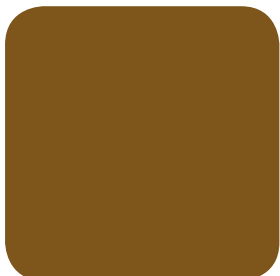




ÅRSKONFERENCE 2012

E-sundhed som fundamentet, der sikrer kontinuitet og sammenhæng i borgerens sundhedsvæsen



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: International experience with eHealth	12
Parallelsession A1, B1, C1, D1	14
Parallelsession A2, B2, C2, D2	30
Plenumsession 3: E-sundhed som fundament i fremtidens sundheds- væsen - hvilke krav stiller det til innovation og planlægning?	49
Plenumsession 4: User considerations in the design of eHealth	50
Parallelsession A3, B3, C3, D3	52
Plenumsession 5: Hvor er vi på vej hen?	68
 Medinfo 2013 	 69
Udstilleroversigt og mødelokale	70
Udstillerkatalog	72
Deltagerliste.....	93



Trådløst log-in:

Brugernavn: esundhed2012

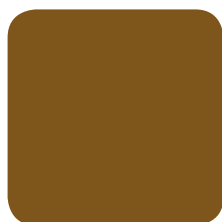
Adgangskode: esundhed2012

Programmet som App til smartphones

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

Se: <http://www.conference-compass.com/esundhed12/> 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, oplæggholder, 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 2012, der som tema i år har E-sundhed som fundament, der sikrer kontinuitet og sammenhæng i borgerens sundhedsvæsen.

Det er i dag bredt anerkendt, at sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer, der vil kræve nytænkning. "Kronikerbølgen" og "den demografiske bombe" er eksempler på, at "det vi plejer at gøre" snart ikke længere er tilstrækkeligt. Såfremt princippet om borgernes fri og lige adgang til behandling, gennem en overvejende skattefinansieret samfundsløsning på sundhedsområdet, fortsat skal have befolkningens tillid, bliver vi nødt til at se på hvilke sundhedsydelser, der er behov for – herunder deres tilgængelighed, gennemførelse, tilhørende effekter og omkostninger - i hele sundhedsvæsenet. Vi må spørge: Hvad bliver de afledte justeringer og forandringer, vores sundhedsvæsen må undergå?

En mulig tilgang til at skabe den nødvendige innovation og udvikling med e-sundhed som et underliggende tema er at anskue sundhedsvæsenet som et HELE med borger-/patientcentrering, service-orientering og sektorneutralitet. Men det er i sagens natur ikke uproblematisk. På den anden side vil det kunne bidrage til at flytte den gængse opfattelse af, hvad der er muligt, nødvendigt og realistisk.

I dagens Danmark anses e-sundhed som en af de vigtigste elementer i transformeringen af sundhedsvæsenet mod:

- ▶ øget borger/patient-empowerment – borgeren/patienten (og pårørende) skal understøttes i at være mest mulig aktiv og deltagende i forebyggelse og behandling af egen helbreds/sygdomstilstand
- ▶ øget kvalitet i behandling og et sammenhængende patientforløb baseret på effektiv koordination af sundhedsindsatser, der i videst muligt omfang er evidensbaserede og gennemførlige
- ▶ øget ressource-effektivitet gennem bedre forebyggelse, øget kvalitet og opgaveflytning, så vigtige sundhedsydelser i det enkelt patientforløb udføres rettidigt, velkoordineret og af kvalificerede aktører, herunder patienten selv

E-sundhedsobservatoriets årskonference 2012 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 77 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, der er udvalgt til at blive præsenteret på årskonferencen, vidner om aktivitet inden for mange aspekter af e-sundhedsfagfeltet og et ønske fra aktørernes side om at formidle disse aktiviteter til fagfæller. I år var der for første gang så mange indlæg fra psykiatrien, at det har været muligt at samle dem i en session. 48 af de indsendte forslag er efter grundig overvejelse blevet udvalgt til oplæg. Atter i år er der mulighed for at deltage i diskussionsforum og evaluering på hjemmesiden i tilknytning til de enkelte oplæg.

E-sundhedsobservatoriet ønsker jer en god 2012-konference.



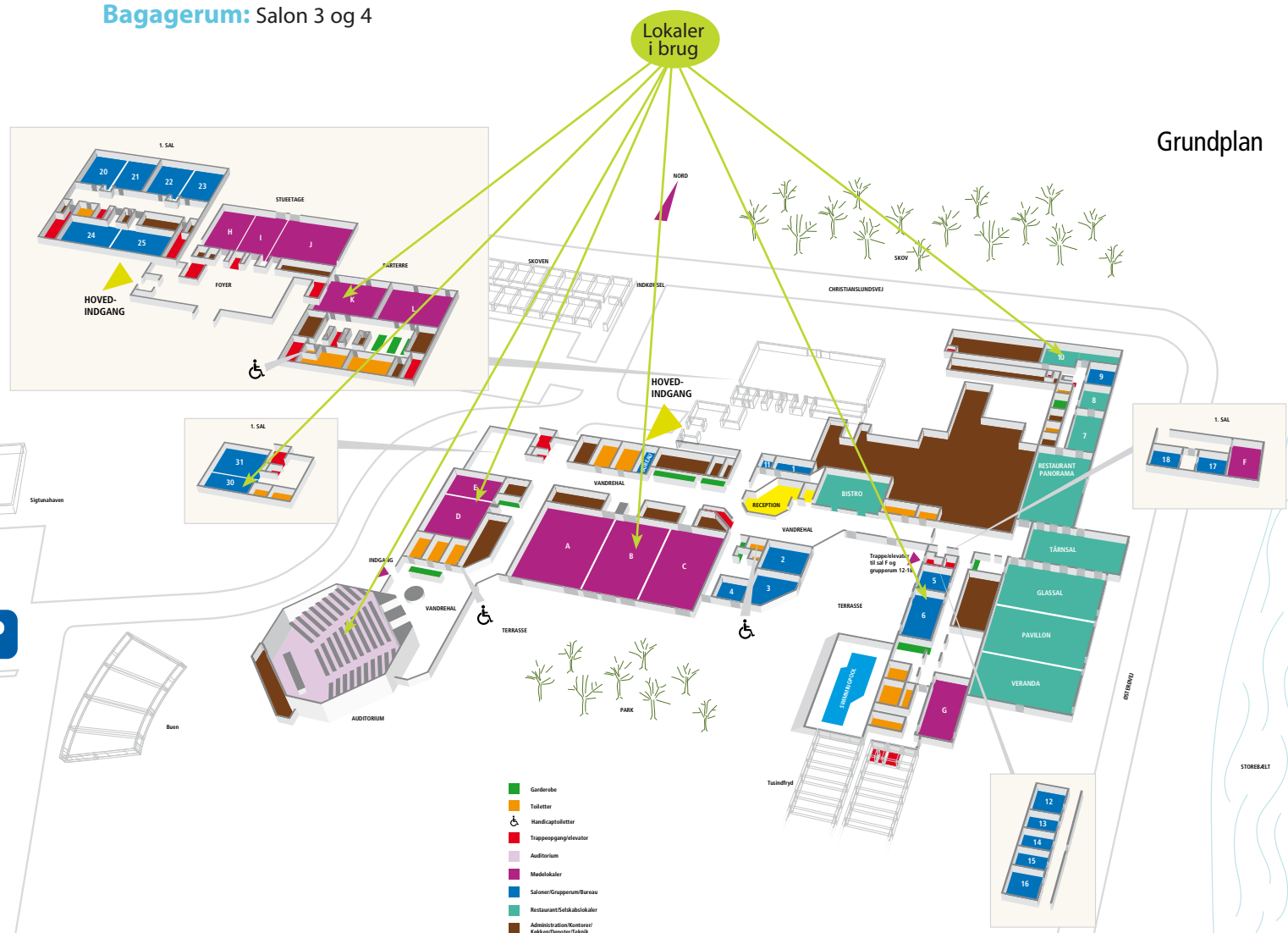
Plenum Sal A-B-C				
PARALLELSESSIONER	A1 Regional Sundheds-it, RSI	B1 It-løsninger til ledelsesinformation	C1 Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (I)	D1 Den informerede, deltagende og styrende patient/borger
	A2 E-sundhed i kommunerne	B2 Perspektiver på nationale e-sundhedsinitiativer	C2 Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (II)	D2 E-sundheds-battle
	A3 National Sundheds-it, NSI	B3 Telemedicin og velfærdsteknologier	C3 User-perspectives on e-health projects – national and international experiences	D3 E-sundhed i overgange

Konferencesekretariatet: Mødebureauet

Speakerroom: Salon 10

Møderum til fri afbenyttelse: Salon 5 og 6
- du kan reservere rummet på konferencesekretariatet

Bagagerum: Salon 3 og 4



Tirsdag den 9. oktober

9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning SAL A Velkommen eSundhed - glæder og genvordigheder Sektordirektør Flemming Christiansen, Sektor for National Sundheds-it The EU eHealth Task Force Report "Redesigning health in Europe for 2020" Medlem i The EU eHealth Task Force Anders Olsson, President for EPF (European Patients Forum) og Ordførere i ÅGRENSKA, Sverige			
10:40	Kaffepause			
11:10	Plenumsession 2: International experience with eHealth SAL A The Whole System Demonstrator RCT Evaluation of Telehealth Professor Stanton Newman, Dean of the School of Health Sciences, City University, London E-sundhedsobservationer 2012 Professor Christian Nøhr og ekstern lektor Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet			
12:00	Frokost			
13:00	A1 AUDITORIET Regional Sundheds-it, RSI	B1 SAL A-B It-løsninger til ledelsesinformation	C1 SAL C Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (I)	D1 SAL D-E Den informerede, deltagende og styrende patient/borger
14:30	Kaffepause			
15:00	A2 AUDITORIET E-sundhed i kommunerne	B2 SAL A-B Perspektiver på nationale e-sundhedsinitiativer	C2 SAL C Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (II)	D2 SAL K E-sundheds-battle
16:30	Kaffepause			
17:00	Plenumsession 3: E-sundhed som fundament i fremtidens sundhedsvæsen - hvilke krav stiller det til innovation og planlægning? SAL A Ordstyrer: journalist Mette Vibe Utzon Deltagere: Minister for sundhed og forebyggelse Astrid Kragh Camilla Hersom, Det Radikale Venstres sundhedspolitiske ordfører Sophie Løhde, Venstres sundhedspolitiske ordfører Flemming Møller Mortensen (S), formand for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg Danske Regioner ved formand for Danske Regioners sundhedsinnovationsudvalg Poul Müller, regionrådsmedlem fra Region Midtjylland KL ved fungerende borgmester Thomas Kastrup Larsen, Aalborg Kommune Epitalet ved overlæge, ph.d. Klaus Phanareth			
18:00	Første konferencedag slutter			
19:00	Festmiddag			

Onsdag den 10. oktober

9:00	Plenumsession 4: User considerations in the design of eHealth SAL A Health Literacy: a fundamental element for generating equitable patient health outcomes Professor Richard Osborne, Chair in Public Health, School of Health & Social Development, Deakin University, Melbourne, Australia Human Factors and Usability for complex Health Information Technologies: Why is it so important? Dr. Marie-Catherine Beuscart-Zéphir, University of Lille, Faculty of Medicine, France			
10:30	Kaffepause			
11:00	A3 AUDITORIET National Sundheds-it, NSI	B3 SAL A-B Telemedicin og velfærdsteknologier	C3 SAL C User-perspectives on e-health projects – national and international experiences	D3 SAL D-E E-sundhed i overgange
12:30	Frokost			
13:30	Plenumsession 5: Hvor er vi på vej hen? SAL A Hvad har jeg hørt på konferencen? Sektordirektør Flemming Christiansen, Sektor for National Sundheds-it Hvad byder fremtiden på for RSI? Styregruppeformand og adm. direktør Jens Andersen, RSI og Region Sjælland Farvel og på gensyn			
14:30	Konferencen slutter			

9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning Ordstyrer: Christian Nøhr, Dansk Center for Sundhedsinformatik Velkommen til konferencen Christian Nøhr, Dansk Center for Sundhedsinformatik eSundhed - glæder og genvordigheder Sektordirektør Flemming Christiansen, Sektor for National Sundheds-it The EU eHealth Task Force Report "Redesigning health in Europe for 2020" Medlem i The EU eHealth Task Force Anders Olsson, President for EPF (European Patients Forum) og Ordförande i ÅGRENSKA, Sverige	
10:40	Kaffepause	
11:10	Plenumsession 2: International experience with eHealth Ordstyrer: Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik The Whole System Demonstrator RCT Evaluation of Telehealth Professor Stanton Newman, Dean of the School of Health Sciences, City University, London E-sundhedsobservationer 2012 Professor Christian Nøhr og ekstern lektor Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet	
12:00	Frokost	
13:00	A1: Regional Sundheds-it, RSI Ordstyrer: chefrådgiver Jonas Tyle Pedersen, National Sundheds-it Overordnet status for RSI: Hvordan går det med samarbejdet og med at opfylde pejlemærker? Sekretariatschef for RSI, Heidi Forberg Den kliniske it-arbejdsplads: Hvornår og hvordan får personalet nem og hurtig adgang til de mest kritiske systemer? Overlæge Thomas Larsen, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Region Nordjylland Patient empowerment: Hvad gør regionerne for at skabe tilfredse, trygge og involverede patienter? Stabsdirektør Christian Worm, Region Hovedstaden Sammenhæng og samarbejde: Hvad gør regionerne for at skabe sammenhæng på tværs? Kundechef Pia Kopke, Region Hovedstaden It, Medico og Telefoni	B1: It-løsninger til ledelsesinformation Ordstyrer: bestyrelsesmedlem Ole Filip Hansen, Dansk Selskab for Sygehusledelse Millionbesparelser på lægeordineret medicin Regional lægemiddelkonsulent Kirsten Schæfer, Region Sjælland En national løsning på en national udfordring - ledelsesinformation på tværs af regioner Overlæge Jakob Steen Andersen, Rigshospitalets intensivafdeling 4131 Brugerdeltagelse i udviklingen af EPJ til understøttelse af Den Danske Kvalitetsmodel EPJ-konsulent Marianne Møller, Afdeling for driftsoptimering og It, Odense Universitetshospital Overholdelse af behandlingsgaranti Chef for datateamet Anne Mette Vestergård, Sygehus Nord, Region Sjælland
14:30	Kaffepause	
15:00	A2: E-sundhed i kommunerne Ordstyrer: CEO Henrik Bjerregaard, MedCom Status på kommunernes opkobling til FMK Konsulent Poul Erik Kristensen, KL - social og sundhed Sygeplejersker bruger megen tid på dokumentation - er det spild af tid? Konsulent Birgit Bækmann Jeppesen, Aarhus Kommune Automatisk besøgsplanlægning i hjemmeplejen - mere end at trykke på en knap! Konsulent Hrönn Kold Sigurðardóttir, KMD Kommunerne er gået i gang med FMK FMK datakonsulent Ditte Victoria Borggreen, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark	B2: Perspektiver på nationale e-sundheds-initiativer Ordstyrer: seniorkonsulent Kristoffer Lange, Danske Regioner Hvordan kan strukturering af CAVE-oplysninger forbedre patientsikkerheden? Læge og informatiker Knut Bernstein, MEDIQ Lokationsbaseret overblik på enterprise niveau i sundhedssektoren - arkitekturer og applikationer Chefarkitekt Jan Mark, CSC Scandihealth Kan juraen følge med innovationen inden for sundheds-it? Områdechef Kenneth Mikkelsen, KMD Healthcare Fælles Medicinkort - en fantastisk idé - hvornår er det her? Projektleder Hans Henrik Bøttger, IT-stab, Region Midtjylland
16:30	Kaffepause	
17:00	Plenumsession 3: E-sundhed som fundament i fremtidens sundhedsvæsen - hvilke krav stiller det til innovation og planlægning? Ordstyrer: journalist Mette Vibe Utzon Deltagere: Minister for sundhed og forebyggelse Astrid Kragh Camilla Hersom, Det Radikale Venstres sundhedspolitiske ordfører Sophie Løhde, Venstres sundhedspolitiske ordfører Flemming Møller Mortensen (S), formand for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg Danske Regioner ved formand for Danske Regioners sundhedsinnovationsudvalg Poul Müller, regionrådsmedlem fra Region Midtjylland KL ved fungerende borgmester Thomas Kastrup Larsen, Aalborg Kommune Epitalet ved overlæge, ph.d. Klaus Phanareth	
18:00	Første konferencedag slutter	

SAL A

SAL A

C1: Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (I)

SAL C

Ordstyrer: suppleant Gert Galster, Dansk Selskab for Medicinsk Informatik**Hvordan kan brugerne hjælpe hinanden med implementering og anvendelse af EPJ? Case om MidtLink og brugerdrevet support community til EPJ**
Partner Lærke Ullerup, Wemind A/S**Mobil EPJ – brugerinddragelse i prototypeudvikling**
Etnograf Susanne Wollsen, Alexandra Institut
- Pervasive Healthcare**Brugerne udviklede og videreudvikler i samarbejde med virksomheden et kritisk informationssystem til en intensiv afdeling**
Overlæge Elsebeth Haunstrup, Hospitalsenheden Horsens**Små udfordringer kan blive til store problemer! KMD og Lægeforeningens bud på systematisk brugerinddragelse i it-udvikling og -implementering**
Forretningskonsulent Mads Stampe Frederiksen, KMD Healthcare**D1: Den informerede, deltagende og styrende patient/borger**

SAL D-E

Ordstyrer: Kasper Pedersen, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet**Borgersprog - patientjournal på sengekanten**
Chefarkitekt Hans Kåre Pallesen, CSC Scandihealth A/S**Virtuel behandling af psykiatriske patienter - et pilotprojekt om iPads som værktøj i behandlingen af unge med skizofreni og ældre med depression**

Overlæge Anne Grethe Viuff, Leder af Klinik for unge med skizofreni, Regionspsykiatri Vest, Region Midtjylland

Kan computerbaseret KAT være vejen til større udbredelse af KAT og til tidligere intervention?

Cand.psych. Kim Mathiasen, Region Midtjylland, Klinik for OCD og Angstlidelser, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Mobiltelefonen kan hjælpe maniodepressive

Ph.d.-studerende Mads Frost, IT-Universitetet i København

C2: Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter (II)

SAL C

Ordstyrer: direktør Morten Elbæk Petersen, sundhed.dk
Klinisk oversigt over e-journal-data skal hjælpe i planlægningen af patientforløb

Afdelingslæge Ulrich Andersen, Region Sjælland

Hvordan er 'Den Danske EPJ' evalueret? Gennemgang af de danske EPJ-evalueringer i perioden 1987 - 2008

EPJ-konsulent Jens Erik Warfvinge, Aarhus Universitetshospital

Den tværfaglige patientjournal i Region Nordjylland.**Fra ustruktureret fritekst dokumentation til standardiseret basisjournal. Tanker og erfaringer**

Centerchef Uffe Niebuhr, Medicinsk Center, Aalborg Sygehus, Region Nordjylland

It-understøttelse af den kliniske logistik

Seniorprojektleder Esben Wolf, Region Midtjylland

D2: E-sundheds-battle

SAL K

Ordstyrer: Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik**Webbooking - en vej til patient empowerment?**

Sundhedssystem-koordinator Anette Mundbjerg, Hospitalsenheden Horsens

Europas bedste e-sundhedsløsning er dansk udviklet

Kommerciel direktør Troels Bierman Mortensen, Daintel ApS

HealthTerm App – støtter klinikere i deres hverdag i delingen af klinisk viden og sikrer let adgang til viden lokalt, nationalt og internationalt

Vice President of Operation Annika Sonne Hansen, CareCom A/S

Sådan understøtter Danmarks mest udbredte epj klinikernes arbejde

Senior clinical adviser Pia Wichmann Madsen, Systematic A/S

Den digitale lægekasse

Sekretær Laila Søndergaard Christiansen, Børneafdelingen, Næstved Sygehus, Region Sjælland

Ledelsesinformation og beslutningsstøtte med analytics - reel mulighed eller modefænomen?

Executive IT-Architect, CTO Peter Lange, IBM Europe

ProLogistics: Realtidsledelsesinformation fra servicefunktioner kan bidrage til forbedringer på hele sygehuset

Director Mikkel Harbo, Systematic A/S

Dommere:

- Formand for uddannelsesudvalget Lars Riber, Lægeforeningen
- Konsulent Gunilla Svensmark, DSR
- Formand for Lægesekretærforeningen Soile Friis
- Sundhedspolitisk medarbejder Sine Jensen, Forbrugerrådet
- Bestyrelsesmedlem Ole Filip Hansen, Dansk Selskab for Sygehusledelse

9:00	Plenumsession 4: User considerations in the design of eHealth SAL A Ordstyrer: Pernille Bertelsen, Dansk Center for Sundhedsinformatik Health Literacy: a fundamental element for generating equitable patient health outcomes Professor Richard Osborne, Chair in Public Health, School of Health & Social Development, Deakin University, Melbourne, Australia Human Factors and Usability for complex Health Information Technologies: Why is it so important? Dr. Marie-Catherine Beuscart-Zéphir, University of Lille, Faculty of Medicine, France	
10:30	Kaffepause	
11:00	A3: National Sundheds-it, NSI AUDITORIET Ordstyrer: Heidi Forberg, chef for Regionernes Sundheds-it Standarder og arkitektur på sundhedsområdet - hvordan NSI arbejder med at fastlægge nationale standarder, og hvilken betydning det har for it-udviklingsprojekter Chefarkitekt Esben Dalsgaard, National Sundheds-it Referencearkitektur for deling af dokumenter og billeder - hvordan kan man anvende en referencearkitektur i forbindelse med it-projekter? Specialkonsulent Pia Jespersen, National Sundheds-it National Serviceplatform, sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsenet Afdelingschef Birgitte Drewes, National Sundheds-it Nationalt Patientindeks - perspektiver i standardiseret og sikker adgang til data på tværs af sektorer Chefkonsulent Ivan Lund Petersen, National Sundheds-it	B3: Telemedicin og velfærdsteknologier SAL A-B Ordstyrer: Jacob Boye Hansen formand for DaCHI-leverandørforum Sammenhæng i dataflow for hjemmemonitorering Senior Architect Claus Kjærgaard Andersen, Systematic A/S Health Apps til klinikerne på farten Fysioterapeut Martin Winberg, Sygehus Sønderjylland Telemedicin i et tværorganisatorisk felt - hvordan lykkes det uden en stærk mand for bordenden? Direktør Dorte Stigaard, Region Nordjylland CareCoor. It-understøttelse af netværket omkring ældre i eget hjem Lektor Claus Bossen, Aarhus Universitet
	C3: User-perspectives on e-health projects – national and international experiences SAL C Ordstyrer: adjunkt Lone Stub Petersen, Institut for Planlægning, AAU Safety, quality, innovation - the role that an organisational communication perspective can play in enhancing the impact of health information technology Dr. Andrew Georgiou, Centre for Health Systems and Safety Research, Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales, Australia Human factor driven approach to the design of decision support systems to prevent medical errors - the PSIP project Dr. Marie-Catherine Beuscart-Zéphir, University of Lille, Faculty of Medicine, France Understanding radio buttons and nursing documentation. How do the users experience being involved in a participatory IT design process? Konsulent Stine Loft Rasmussen, Region Hovedstaden - It, medico og telefoni User perspectives on e-health projects - national and international experiences, epSOS Projektleder Mie Hjorth Matthiesen, National Sundheds-it	D3: E-sundhed i overgange SAL D-E Ordstyrer: Lars Riber formand for uddannelsesudvalget, Lægeforeningen Sammenhæng og samarbejde, når RSI-pejlemærker rammer det lokale arbejde med EPJ SFI-konsulent Lars H. Lilholt, Koncern IT, Region Nordjylland Den relative succes og fiasko af et ABT-projekt – læren fra projektet. It-støtte til vagtplanlægning og operationsafvikling på Bispebjerg Hospital CEO Jari Friis Jørgensen, Symmetric Consulting Den individualiserede sektorneutrale patientplan - hvordan laver man en business case for den? Innovationskonsulent, it-arkitekt Anders Skovbo Christensen, Region Hovedstadens IMT 2. generation af it-strategi for tværsektorielt sundhedssamarbejde Enhedschef Tove Lehrmann, Region Syddanmark
12:30	Frokost	
13:30	Plenumsession 5: Hvor er vi på vej hen? SAL A Ordstyrer: Stig Kjær Andersen, Dansk Center for Sundhedsinformatik Hvad har jeg hørt på konferencen? Sektordirektør Flemming Christiansen, Sektor for National Sundheds-it Hvad byder fremtiden på for RSI? Styregruppeformand og adm. direktør Jens Andersen, RSI og Region Sjælland Farvel og på gensyn Stig Kjær Andersen, Dansk Center for Sundhedsinformatik	
14:30	Konferencen slutter	

I lighed med sidste år har E-sundhedsobservatoriet bedt aktive sundhedsinformatikaktører om at indsende skriftlige forslag til oplæg på konferencens parallelsessioner. Vi fik i maj måned 77 forslag, som vi vil benytte lejligheden til at takke for. Efter en grundig gennemgang af dem alle, udvalgte vi de 48, der er plads til på konferencen. Disse forslag udfylder nu rammerne for de temaer, vi sammen med referencegruppen skitserede på et møde i foråret som relevante for årets konference. I nærværende publikation har vi samlet de indsendte og u-redigerede beskrivelser af oplæggene, dels i erkendelse af det talte ords flygtighed, og dels som en faglig guide, så man har et bedre grundlag til at vælge, hvilke præsentationer man 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 deltagere i initiativet/projektet og e-mail-kontakt nævnt.

På www.e-sundhedsobservatoriet.dk/program har du mulighed for at evaluere de enkelte oplæg samt finde slides fra oplægget umiddelbart efter, at det 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.

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

God læselyst!

E-sundhedsobservatoriet 2012



eSundhed - glæder og genvordigheder

Oplægsholder:

Flemming Christiansen, Sektor for National Sundheds-it, <fc@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. eSundhed har store potentialer, og vi er kommet langt. Nu skal gevinsten hjemtages
2. Brug for mere forpligtende samarbejde på tværs. Vores øer er forbundne
3. Brug for større gennemsigtighed over fremdrift, planer, resultater

Beskrivelse:

eSundhed har store potentialer, og vi er kommet langt. Nu skal gevinsten hjemtages

Vi taler ofte om det – det ligger i eSundhedsobservatoriets program: At eSundhed har potentiale til at transformere og styrke vores sundhedsvæsen i hele gevinsttrekanten: Sammenhæng, kvalitet og effektivitet. Vi er kommet langt i Danmark, der er mange initiativer. Nu er tiden kommet til at fokusere på, at gevinsten hjemtages. Det kræver en øget indsats for, at løsningerne ikke kun leveres til fordøren, men at løsningerne tages i brug og sikrer et løft af den kliniske hverdag. Det kræver ledelsesfokus på implementering, omlægning af arbejdsgange og måske lukning af gamle kanaler. Det indebærer også, at vi konsoliderer indsatsen og samler kræfterne, hvor der er størst effekt.

Brug for mere forpligtende samarbejde på tværs. Vores øer er forbundne

Udviklingen inden for eSundhed har over de sidste 5-10 år bundet os tættere og tættere sammen gennem datadeling og fælles systemer. Det har øget den gensidige afhængighed mellem domænerne på sundheds-it området – i både udvikling, implementering og drift. De løsninger, vi tilbyder vores sundhedsprofessionelle skal virke "end-to-end", ellers mister de troværdighed. Der er derfor brug for at et mere forpligtende samarbejde på tværs af parterne på eSundhedsområdet. Succeskriterierne bør være ægte fælles.

Brug for større gennemsigtighed over fremdrift, planer, resultater

Når vi i mål med EPJ til udgangen af 2013, som det følger af Aftale om sundheds-it, fra juni 2010? Ja, siger nogen. Nej, siger andre. Hvordan kan der være uenighed om denne centrale målsætning for sundheds-it i Danmark? Fordi emnet er komplekst, fordi implementeringen varierer fra region til region, fordi kommunikation har svære vilkår på et svært område. Uanset hvad, må erkendelsen være, at vi i et forpligtende samarbejde om sundheds-it må have større klarhed og gennemsigtighed om drift, fremdrift og planer på området – og om hvad der virker. Det er forudsætningen for at kunne håndtere vores afhængigheder.

The EU eHealth Task Force Report “Redesigning health in Europe for 2020”

Oplægsholder:

Anders Olauson, European Patients Forum and ÅGRENSKA, Sverige, <Anders.Olauson@agrenska.se>

Hovedbudskaber:

- 1: The challenges ahead
- 2: The changes we need
- 3: Recommendations

Beskrivelse:**The challenges ahead**

Healthcare is a constantly growing component of public finances representing between 6% and 15% of government spending in most EU countries. These costs are driven essentially by demographic changes and a dramatic increase in chronic conditions.

The changes we need

The healthcare systems are undergoing radical changes. The social care and welfare sectors will need to be integrated with health, providing seamless services for patients. Patients should be increasingly empowered to make more informed choices about where and how they want to be treated. This will create consistent public pressure for transparency and accountability as well as for quality and innovation. New ICT tools have the potential to reduce health inequalities but they need to be designed to actively promote and enhance equity.

The ownerships of data by patients is a precondition to empower them to manage their own health. This entails a shift in the power relationships within healthcare towards a more collaborative partnership between health professionals and patients.

Partnership, trust, safeguards and transparency are key for these changes to happen.

Recommendations

- Policy makers need to act quickly to create a legal framework and space to manage the explosion of health data
- The EU should facilitate the creation of a pilot group of Member States committed to share and transfer knowledge and successful eHealth models
- Support health literacy
- Integrate different sources of health data and enable sharing of and access to data in a transparent way
- Re-orient EU funding and policies to support user-driven innovation.

The Whole System Demonstrator RCT Evaluation of Telehealth

Oplægsholder:

Stanton Newman, Centre for Health Services Research, City University London, <Stanton.Newman.1@city.ac.uk>

Hovedbudskaber:

- 1: Telehealth reduces mortality rates and the number of emergency admissions to hospital. However, the findings are complex & reductions in notional hospital costs are relatively small
- 2: TH would only become cost effective by a combination of reductions in the price of TH equipment and TH services operating at a higher capacity
- 3: Concerns about potentially deleterious effects of TH appear unfounded as no differences were found between the groups on quality of life

Beskrivelse:

The Whole System Demonstrator (WSD) evaluations were randomised Controlled Trials which examined the benefits of integrated care supported by telehealth (TH) and telecare when delivered at scale. The TH study included people diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), heart failure or diabetes. TH was defined as a system that allows the remote exchange of data between patients and health care professionals to assist in the management of an existing long-term condition. The evaluation addressed a broad class of telehealth technologies.

The study on costs and healthcare utilization examined administrative data on 3,154 patients. The findings indicated that TH reduces mortality rates and the number of emergency admissions to hospital. However, the findings are complex & reductions in notional hospital costs are relatively small.

A nested Telehealth Questionnaire Study (n=1,573) examined health and social costs and outcomes after 12 months and indicated that the intervention in this study was not cost effective. TH would only become cost effective by a combination of reductions in the price of TH equipment and TH services operating at a higher capacity.

The analysis of Patient Reported Outcomes (PROMs), over a 12 month period, indicated no differences between the control and TH group on generic Quality of Life, anxiety or depressive symptoms. Concerns about potentially deleterious effects of TH are largely unfounded.

A qualitative study on barriers to accepting TH identified a number of factors including loss to independence and threats to current services.

A quantitative study on those who asked for the equipment to be removed after having it installed found that people were more likely to reject TH if they felt it did not enhance care, decreased accessibility to healthcare, invaded privacy or was a substitute for current care.

The impact of these findings for TH roll out will be discussed.

E-sundhedsobservationer 2012

Oplægsholder:

Christian Nøhr og Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet, <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?

Beskrivelse:

For tredje 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 arbejdsdag, antal brugernavne og passwords, hvor lang tid de bruger hver dag ved computeren, hvilke sundheds-it-systemer de bruger, og hvor ofte de bruger dem. 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.

Overordnet status for RSI: Hvordan går det med samarbejdet og med at opfylde pejlemærker?

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

- 1: Vi vil (fortsat) hinanden
- 2: Vi følger fremdrift tæt
- 3: Vi laver andet end at sætte nye projekter i søen

Beskrivelse:

Vi vil (fortsat) hinanden

For 2½ år siden etablerede vi Regionernes Sundheds-it, det fælles og forpligtende samarbejde mellem regionerne. Et er at tænke de store tanker for et samarbejde, noget andet er at føre dem ud i livet: Siden vores etablering er vi ikke alene blevet enige om fælles spilleregler for vores samarbejde, men vi har også efterlevet dem og justeret dem. Siden da er vi ikke alene blevet enige om fælles mål, men vi har også nået mange af dem. Og siden da har vi formået at opretholde en god samarbejdsånd, som har kunnet rumme nødvendige drøftelser, og som klart afspejler, at vi fortsat vil hinanden.

Disse aspekter udgør et væsentligt fundament for den strategiproces, som vi har iværksat her i efteråret og som skal danne baggrund for prioritering af nye fælles mål.

Vi følger fremdrift tæt

Vi startede med 24 pejlemærker, og vi har nu gennemført 13 af dem. De resterende 11 pejlemærker følges tæt i kraft af en månedlig porteføljestatus og dertil hørende månedligt styregruppemøde. Her gennemgår RSI-styregruppemedlemmerne status for hvert pejlemærke, og fokus er forståeligt nok lige nu på de pejlemærker, der har dead-line i 2012.

Fremdrift følges også tæt for de øvrige projekter, som vi har iværksat; regionerne har foruden de 11 resterende pejlemærker 6 såkaldte samarbejdsprojekter, herunder fælles udbud af præhospital patientjournal, fælles udbud af sygesikringssystem og implementering af fælles apotekersystem.

Vi laver andet end at sætte nye projekter i søen

Det er altid interessant at sætte nye ting i gang og drømme om nye sundheds-it-løsninger, der gør livet bedre for vores patienter og for vores personale. Ikke desto mindre fokuserer vi også på det "hverdagsagtige", nemlig på at få det til at fungere, som vi allerede har udviklet og nu er i drift. Derfor har vi lavet fælles spilleregler for, hvordan vi vil drive og videreudvikle de løsninger, som vi har etableret i fællesskab, og p.t. er vi i gang med at implementere spillereglerne på de kørende løsninger.

Den kliniske it-arbejdsplads: Hvornår og hvordan får personalet nem og hurtig adgang til de mest kritiske systemer?

Oplægsholder:

Thomas Larsen, Aalborg Sygehus, gynækologisk obstetrisk afdeling, <thomas.larsen@rn.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Heidi Forberg, Regioners Sundheds-it, <hfo@regioner.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Alle sygehuse får nem og hurtig adgang.
- 2: Mød en kliniker og hør hvordan nem og hurtig adgang fungerer.
- 3: Nem og hurtig adgang sparer tid og mindsker frustrationer.

Beskrivelse:

Alle de danske regioners sygehuse vil inden udgangen af 2013 have Nem & hurtig adgang til de væsentligste it-systemer. Dette pejlemærke har alle regioner forpligtet sig til igennem RSI samarbejdet.

Region Nordjylland er i mål med implementeringen, mens Region Hovedstaden og Region Midtjylland har anskaffet deres løsninger og i øjeblikket er ved at implementere. Region Sjælland og Region Syddanmark er ved at forberede implementeringsplanen. Regionerne arbejder alle efter samme definition og mål. Effektiv systemadgang betyder: Systemadgang der er en hurtig, samtidig adgang til flere it-systemer. Effektiv systemadgang består af en række faciliteter som kan sammensættes i en it-løsning der udgør den enkelte regions effektive systemadgang:

- Hurtig systemadgang
- Single sign on
- Sessionsbevarelse
- Patientkontekstbevarelse:

Grundlaget for at etablere effektiv systemadgang i de fem regioner beror på eksisterende systemer og infrastruktur i den enkelte region. Med udgangspunkt i egne lokale it-landskaber, har regionerne derfor grebet opgaven forskelligt an. Uanset valg af teknisk løsning, er effektiv systemadgang realiseret i den enkelte region når følgende målbare kriterier som minimum er opfyldte:

- kliniker skal bruge mindre end 3 minutter til pålogning første gang i løbet af arbejdsdagen og mindre end 15 sekunder for efterfølgende pålogninger i det primære system (hurtig systemadgang).
- kliniker har fra ét primært system adgang til patientdata fra notat, medicin, PAS, booking, rekvisition/svar, Ris/Pacs, klinisk biokemi, mikrobiologi og patologi (single sign on).
- kliniker trækker sin åbne og parate session med sig gennem arbejdsdagen (sessionsbevarelse).
- og/eller kliniker bevarer patientkonteksten (patientkontekstbevarelse)
- regionens løsning er implementeret på samtlige af regionens hospitaler ved udgangen af 2013.

Overlæge Thomas Larsen fra Aalborg Sygehus, vil præsentere den løsning som Region Nordjylland har implementeret til deres klinikere. I Region Nordjylland er det lykkedes at skabe en løsning, hvor de hospitalsansatte ikke bruger mere end 25 sekunder på første login, og derefter tager det kun otte sekunder at logge ind igen. Det er en massiv tidsgevinst i forhold til tidligere.

Udover de åbenlyse fordele som at bruge mindre tid på it og mere tid på patienterne, er der en række andre fordele ved at anvende Nem & hurtig adgang. Først og fremmest er det muligt at logge på Nem & hurtig adgang fra alle typer af udstyr som fx tablets, telefoner og pc'ere. Det giver medarbejderne mulighed for at arbejde mobilt. Via en SMS-passcode kan medarbejderne komme på Nem & hurtig adgang, selvom de ikke er på regionens net eller computere.

Nem & hurtig adgang gør fx stuegang meget nemmere. Du kan spare en del tid og frustrationer ved, at du hurtigt har adgang til de nødvendige systemer. Og du har altid patientens data tilgængelige lige ved hånden. Når patienterne ringer ind til ambulatoriet med et spørgsmål, kan vi hurtigt slå dem op i systemet og give et svar. Tidligere kunne det tage meget lang tid at kalde en journal frem. Implementeringen af Nem & hurtig adgang er sket i hele Region Nordjylland via en nyetableret brugerorganisation.

Patient empowerment: Hvad gør regionerne for at skabe tilfredse, trygge og involverede patienter?

Oplægsholder:

Christian Worm, Region Hovedstaden, <christian.worm@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Helle Høstrup, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden, <helle.hostrup@regionh.dk>

Peter Simonsen, Syddansk Sundhesinnovation, <peter.simonsen@regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Regionerne samarbejder om it-understøttelse af patient empowerment og telemedicin
- 2: Patienten sættes i centrum for it og telemedicinske indsatser
- 3: Patienter og borgere skal involveres i den fremtidige udvikling

Beskrivelse:

Regionernes Sundheds-it lancerede i efteråret 2011 de to fællesregionale strategier for it-understøttelse af patient empowerment og telemedicin. De to strategier opfylder to pejlemærker i RSI's fire fokusområder for regionernes sundheds-it indsats. Strategierne skal efter RSI-styregruppens beslutning udmøntes i konkrete anbefalede projekter og implementeres i regionerne.

Strategi for it-understøttelse af patient empowerment sætter fokus på udvikling af muligheder for understøttelse af patientens og pårørendes ressourcer i samarbejde med sundhedsvæsenet. Strategien er blevet til på baggrund af en vision, der illustrerer, hvad vi har opnået, når vi har itunderstøttet patient empowerment:

- En tilfreds, tryk og involveret patient i det hele sundhedsvæsen.
- Et sundhedsvæsen, der samarbejder med patienter og pårørende og ser dem som aktive og ligeværdige partnere og derigennem opnår effektiv drift med høj sikkerhed og kvalitet.

Strategien opstiller overordnede principper for det organisatoriske og det operationelle niveau. Strategien er således rammesættende for at realisere potentialet i patient empowerment for både sundhedspersonelle, patienter og pårørende. Strategiens operationelle principper udgør samtidig et grundlag for, at understøttelse af patientens egne ressourcer tænkes ind i fremtidig planlægning og drift af både it-projekter og telemedicinske indsatser. Strategien sætter patientens egne muligheder på dagsordenen, så patienter og pårørende bliver aktive medspillere i sundhedsvæsenet. Det er på den måde både hensigten at øge oplevelsen af tryk, sikkerhed og sammenhæng for den enkelte patient og pårørende og at øge sikkerhed og effektivitet for generelt i sundhedsvæsenet.

RSI har nedsat et fællesregionalt vidensforum, som omfatter både telemedicin og it-understøttet patient empowerment. Dette forum har til opgave at varetage videndeling for de to områder, sammenhængen imellem dem samt projektstyringsansvar for de projekter og indsatser, der igangsættes som udmøntning af strategierne. De to strategier har fælles berøringsflader og sammenhænge, og tilsammen skaber de stærke muligheder for at yde en bedre kvalitet centreret om patienterne. En tæt relation mellem de to områder er med til at sikre, at patient empowerment indtænkes i telemedicinske indsatser, og at telemedicinske løsninger indtænkes, hvor det kan understøtte empowerment. På den måde får både telemedicinske og it-understøttede indsatser patienten og patientens behov som omdrejningspunkt.

Vidensforum for telemedicin og it-understøttet patient empowerment er ansvarlig for, at fællesregionale indsatser tager afsæt i de to strategier. Det skal overordnet fungere som rådgivende organ for RSI-styregruppen i relation til udmøntning af strategierne. Vidensforum skal sikre, at der etableres en tværgående koordination og prioritering i de fællesregionale indsatser og projekter, som strategierne udmøntes i. Det fællesregionale vidensforum håndterer derfor også dialog og kontakt med National Sundheds-it, KL, PLO, MedCom, Danske Patienter, leverandører og eksterne interessenter i relation til de fællesregionale indsatser. Aktuelt er der igangsat et projekt, Patientens Område, i samarbejde med sundhed.dk for udmøntning af strategi for it-understøttelse af patient empowerment. Projektets grundidé bygger på patientens muligheder for at undersøge og agere i forhold til sine sundhedsdata, og projektet vil involvere patienter i udviklingen undervejs.

Med strategierne og Vidensforum er der således lagt op til en fremtidig involvering af patienter og pårørende for at sikre en udvikling på områderne, der imødekommer de behov, patienter og pårørende oplever samt de sundheds- eller behandlingsmæssige behov, der knytter sig til deres sygdomsforløb.

Sammenhæng og samarbejde: Hvad gør regionerne for at skabe sammenhæng på tværs?

Oplægsholder:

Pia Kopke, Region Hovedstaden IMT, <kopke@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Sammenhæng kan skabes på flere måder
- 2: Flere konkrete initiativer til at skabe sammenhæng
- 3: Initiativer bør tænkes ind i forskellige løsninger

Beskrivelse:

Budskab 1: Sammenhæng kan skabes på flere måder

Når man snakker om it-sammenhæng på tværs af hospitaler, på tværs af regionsgrænser og på tværs af hospitaler, praktiserende læger og kommuner, opfatter man til tider dette som et udtryk for, at der skal købes ét enkelt system, der skal rulles ud over det ganske land.

Sammenhæng kan dog skabes på flere måder end som så: Man kan udveksle information på tværs af systemer, man kan samle information om, hvor data ligger, i et indeks, og man kan samle data fra forskellige systemer i et system.

Der er fordele og ulemper ved de enkelte metoder, og det, der på papiret synes at være "det rette" og "det bedste", kan også være det, der er det sværeste, og det, der tager længst tid. Fordele og ulemper skal derfor nøje vægtes med tidsperspektivet og omkostningerne ved at frembringe resultaterne. I RSI-sammenhæng vægter vi det at lave en såkaldt Business Case højt, idet vi gerne vil afveje fx arkitektoniske principper med bl.a. pengepungen og uret.

Budskab 2: Flere konkrete initiativer til at skabe sammenhæng

Regionerne har i regi af RSI iværksat flere konkrete initiativer for at skabe sammenhæng på tværs af hospitaler, regionsgrænser og sektorer.

Ét initiativ er vores fokus på at implementere en række MedCom-standarder, der bl.a. gør det muligt at udveksle information om patienter mellem hospital og den kommunale hjemmepleje.

Et andet initiativ er at samle data fra forskellige systemer i ét system, således at vitale data om patienten - uagtet hvor denne tidligere har været indlagt - kan ses ét sted. Dette initiativ kalder vi for Sundhedsjournalen.

Et tredje initiativ er vores løsning til at samle information om billeddiagnostisk materiale ét sted, således at man kan undgå at tage fx et røntgenbillede af patienten, såfremt det allerede er taget et andet sted. Dette initiativ kalder vi for Billedindekset.

Det er væsentligt for os, at data der flyder på tværs af hospitaler og på tværs af sektorer, ikke kun er til gavn for det sundhedsfaglige personale, men også kan læses af patienterne selv. Derfor har vi givet patienter adgang til at læse sin egne data på sundhed.dk (kræver pålogging).

Budskab 3: Initiativer bør tænkes ind i forskellige løsninger

Det er ikke kun i forbindelse med mad og miljø, at man skal tænke genbrug, men i høj grad også i forbindelse med sundhedsdata. De data, som vi opsamler fra forskellige systemer i Sundhedsjournalen, skal derfor tænkes ind i andre løsninger og brugsmønstre. Hvordan kan man fx bruge Sundhedsjournalen til brugbare løsninger til patienter med langvarige, kroniske lidelser? Og hvordan kan vi målrette data fra Sundhedsjournalen til bestemt patient- og faggrupper? Genbrug giver mening, også i forhold til sundheds-it.

Millionbesparelser på lægeordineret medicin

Oplægsholder:

Kirsten Schæfer, Region Sjælland, <KGS@regionsjaelland.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Claus Rehfeld, Rehfeld Partners, <cir@rehfeld.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Med IT-systemet BOB (Bedst og Billigst) får de alment praktiserende læger et overskueligt værktøj til at reducere omkostningerne til ordineret medicin - uden at deres ordinationsret bliver påvirket.
- 2: Potentielle besparelser synliggøres. Lægerne får mulighed for information om aktuelt bedste og billigste valg af medicin. Og regionen får mulighed for at påvirke lægernes ordinationsadfærd.
- 3: Understøttelse af lægemiddelkonsulenternes arbejde med at vejlede og rådgive de praktiserende læger, samt understøttelse af processen omkring audit af lægemiddelordinationen i den enkelte praksis.

Beskrivelse:

Hvor apoteket kan hjælpe med at finde det billigste blandt kopipræparater, så kræver det en aktiv indsats fra lægen, hvis der skal vælges mellem analoge præparater. Alt for ofte bliver dyre præparater valgt i situationer, hvor der findes billigere muligheder med lige så god effekt. Derfor er det uhyre vigtigt, at den enkelte læge informeres om eget ordinationsmønster og modtager konkrete anvisninger på handlemuligheder mhp. at efterleve anbefalingerne fra fx Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) om, hvornår nye præparater skal inddrages i behandlingen.

Som et indsatsområde er polyfarmaci også implementeret i værktøjet. Også her viser erfaringen fra Region Sjælland, at man kan få læger til at ændre adfærd. På landsplan er der 740.893 polyfarmacipatienter, hvoraf ca. en tredjedel (eller 247.000 patienter) indtager mere end 10 lægemidler dagligt, og står for 58% af udgifterne. Hvis man kan fjerne blot ét lægemiddel fra hver af disse patienter, så vil man kunne spare 360 mio. kr. årligt. Dette arbejde understøttes umiddelbart i BOB, og betyder at ganske få lægemiddelkonsulenter kan opretholde et effektivitetsniveau på 1 besøg hos 1 alment praktiserende læge pr. dag. Dermed ville man med en udgift til lægemiddelkonsulenter på i alt ca. 18 mio. kr. årligt kunne give samtlige de ca. 3.600 alment praktiserende læger i Danmark et årligt besøg til gennemgang af medicinindsatsen.

BOB anvender de anbefalinger omkring valg af lægemidler som Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) og Den Regionale Lægemiddelkomité kommer med, og der udarbejdes en opdateret vejledning til den enkelte læge inden for fem udgiftstunge områder: Gigtmedicin, mavesårsmicin, depressionsmedicin, blodtryksmedicin og kolesterolsænkende medicin. Hver vejledning indeholder konkrete anbefalinger vedr. præparatvalg, en individuel statistik til hver enkelt praktiserende læge, der viser om lægen følger anbefalingerne, den mulige besparelse (for patient og region), hvis anbefalingerne var blevet fulgt, den enkelte læges ordinationsniveau sammenlignet med kolleger og regionsgennemsnit (køn- og aldersstandardiseret), og oplysninger om udviklingen i lægens ordinationsniveau over tid. Vejledningerne følges op med dialog og besøg af en regional lægemiddelkonsulent. En væsentlig forudsætning for at gennemføre medicinindsatsen er et tæt samarbejde mellem læger og region og enighed om, hvor der skal gøres en indsats for at begrænse udgiftsstigningen på området.

I forbindelse med at regionen sender lægemiddelkonsulenter ud for at besøge en læge for at gennemgå patienternes medicinforbrug, herunder polyfarmaci, blev der før i tiden anvendt en audit skabelon på papir, med oplysninger om hvad der kan gøres for at reducere forbruget af præparater, eller hvorfor en specifik patient får den medicin som vedkommende gør. I dag sker denne registrering på en elektronisk version af audit skabelonen.

Motivation:

En af de mest effektive måder at reducere udgifterne til receptpligtig medicin er ved at udskrive det billigste præparat. Det er der ikke noget nyt i. Men hvordan gør man dette i praksis? Problemet med stigende medicinudgifter har tre sider:

- 1: Lægen har ordinationsretten, men kan vanskeligt følge priserne, der kan ændres hver 14. dag
- 2: Apotekerne kan ikke tilbyde et billigere alternativ blandt forskellige lægemidler med lige god virkning
- 3: Regionen betaler, men har ingen direkte indflydelse på, hvilken medicin, der bliver udskrevet

Med BOB får regionen og den praktiserende læge overblik over præcis hvad hver enkelt praktiserende læge udskriver, hvad det koster - og om der findes et billigere alternativ.

Indlægget:

Her præsenteres BOB med underliggende rapporter, som sendes ud til de praktiserende læger, samt audit modulet til medicingennemgang. Der gives status på besparelspotentiallet og på fremdrift.

En national løsning på en national udfordring - ledelsesinformation på tværs af regioner

Oplægsholder:

Jakob Steen Andersen , Rigshospitalets intensivafdeling 4131, <jsa@dadlnet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Patrick Hulsén, Daintel APs, <ph@daintel.com>

Hovedbudskaber:

- 1: Større gennemskuelighed i sammenhængen mellem investeringer, organisering og resultater i det offentlige sundhedsvæsen.
- 2: Højere kvalitet og mere effektiv drift.
- 3: Gennemskuelighed i det danske sundhedsvæsens samspil med europæiske og globale sundhedstilbud – internationalisering

Beskrivelse:

Debatten omkring sundheds IT har længe fokuseret på udbredelse, standarder, integration og basal funktionalitet. Systemerne er nu for alvor ved at komme på plads på alle landets hospitaler og der er med dannelsen af det fællesregionale samarbejde Regionernes Sundheds-it Organisation (RSI) lagt op til en bevægelse mod fælles/ens systemer på tværs af regionerne. Med det øgede tværregionale samarbejde på EPJ området er der taget hul på en fremtid der byder på adgang til store mængder af yderst relevante kliniske og administrative data.

Den virkelige udfordring ligger i: Hvordan koordinerer og anvender vi fremadrettet denne store mængde data til fortsat driftsoptimering under samtidig udvikling af sundhedsydelser af højeste kvalitet.

Motivation:

På intensive afdelinger samles de højt specialiserede og komplekse behandlinger.

De samlede omkostninger for intensiv terapi aktivitet i Danmark skønnes at udgøre op mod 3 milliarder kroner pr.år.

I et sundheds-system der er funderet på aktivitetsbaseret takststyring er det essentielt at kende til udviklingen og baggrunden for den samlede DRG aktivitet.

Dokumentation af aktivitet, ressourceudnyttelse og kvalitet i hospitalsbehandlingen har traditionelt været baseret på retrospektive opgørelser i patientadministrative og specialespecifikke databaser.

Med den seneste udvikling indenfor EPJ området i Danmark med implementering og drift af et fælles specialespecifikt EPJ system på tværs af 3 regioner indenfor intensiv terapi er det nu muligt at genere detaljerede data til anvendelse for ledelsesmæssige beslutninger på såvel regionalt som tværregionalt niveau baseret på aktivitetopgørelser kombineret med kvalitetsdata og ressourcetræk helt ned på det enkelte patientforløb, for udvalgte diagnosegrupper eller specifikke procedurer/lægemiddelbehandlinger.

Kombinationen af kliniske og administrative data, åbner muligheder for løbende at forbedre den enkelte afdelings produktivitet uden at gå på kompromis med behandlingskvaliteten

Hvilket niveau befinder vores sundhedsydelser sig på og hvordan allokeres ressourcer mest hensigtsmæssigt fremadrettet ?

Oplæg:

Med udgangspunkt i konkrete fælles tværregionale datasæt udviklet ud fra et fælles specialespecifikt EPJ system i anvendelse på tværs af regioner indenfor intensiv terapi vises eksempler på udvikling af systematiserede intelligente analyseredskaber samt deres anvendelsesmuligheder til grundlag for ledelsesmæssig vurdering og beslutning omkring drift og allokering af ressourcer indenfor en af de mest omkostningstunge områder i sundhedssektoren.

Rapporternes datagrundlag giver udgangspunkt for detaljerede analyser mellem afdelingerne, ligesom rapporterne tager hensyn til de økonomiske realiteter på de enkelte afdelinger.

Hvad har anvendelse af data fra systemet betydet for os i klinisk, administrativ og forskningsmæssig sammenhæng og hvilke nationale og internationale perspektiver gør sig gældende for den fortsatte udvikling.

Brugerdeltagelse i udviklingen af EPJ til understøttelse af Den Danske Kvalitetsmodel

Oplægsholder:

Marianne Møller, Afdeling for driftsoptimering og It, Odense Universitetshospital, <marianne.moeller@ouh.regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Digitalisering og kvalitetsudvikling kan være medspillere i det daglige kliniske arbejde, især når klinikerne er med til at udvikle de konkrete løsninger.
- 2: Udførelse af journalaudit i forbindelse med DDKM kræver klare aftaler om dokumentation i EPJ.
- 3: Inddragelse af klinikerne i udviklingen af løsninger giver en nemmere implementeringsproces.

Motivation:

Målet med digitalisering er bl.a. kvalitetsudvikling, men hvordan bidrager digitalisering i praksis til kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet? Oplever klinikerne eksempelvis arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og den Elektroniske Patient Journal (EPJ), der begge er en stor del af klinikernes hverdag, som med - eller modspillere i arbejdet for at udvikle og dokumentere kvaliteten?

På Odense Universitetshospital(OUH) gav den forestående akkreditering i 2011 anledning til frustration hos såvel klinikere som ledelse, fordi de fandt det svært at finde de nødvendige data i EPJ ved udførelsen af journalaudit i forbindelse med DDKM. Det betød overvejelser i EPJ organisationen om, hvordan dette kunne afhjælpes så digitaliseringen, i dette tilfælde EPJ, kunne understøtte kvalitetsudviklingen ved at gøre det muligt at finde de rigtige data ved udførelsen af journalaudit i forbindelse med DDKM.

Beskrivelse:

For at sikre en anvendelig løsning indenfor de eksisterende rammer blev det besluttet at inddrage klinikerne i udviklingen af løsningen. Vi henvendte os derfor til nøglepersoner for kvalitet på OUH for at finde klinikere, der i deres daglige arbejde udførte journalaudit. For at sikre at løsningen udsprang af kendt materiale, som klinikerne hidtil har anvendt ved udførelsen af journalaudit, tog vi udgangspunkt i 'Bilag 3 – oversigt over journalaudit i DDKM'.

Nøglepersoner for kvalitet fra to afdelinger indgik i arbejdet med at udvikle og afprøve en løsning, hvor EPJ kunne understøtte udførelsen af journalaudit i forbindelse med DDKM. Udviklingen af løsningen var en iterativ proces, hvor løsninger blev forslået, afprøvet og ændret indtil marts 2012, hvor løsningen blev tilbudt samtlige afdelinger på OUH. Undervejs i processen blev det klart at samarbejdet ikke kun betød udvikling af en løsning, men også nye erkendelser for både EPJ organisation og klinikere, samt en anderledes implementeringsproces.

Indlægget:

I indlægget præsenteres processen for samarbejdet med klinikerne, den løsning, som blev udviklet og betydningen af at inddrage klinikerne i udviklingen af løsninger.

Overholdelse af behandlingsgaranti

Oplægsholder:

Anne Mette Vestergård, Sygehus Nord, Region Sjælland, <av@regionsjaelland.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Claus Rehfeld, Rehfeld Partners, <cir@rehfeld.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Løsningen giver et overblik over hvilke mødedatoer der er tildelt, eller mangler at blive tildelt patienterne i relation til den senest mulige dato for overholdelse af den maksimale ventetid.
- 2: Data opdateres dagligt, så afdelingerne har mulighed for at følge med i overholdelse af behandlingsgarantien, og samtidig får mulighed for at nå at korrigere indkaldelser, som overskrider garantien.
- 3: Afdelingernes opmærksomhed er rettet mod at man stadig kan handle og ændre på indkaldelser. Dermed skabes rum og mulighed for at ændre adfærd, da der kan handles proaktivt på baggrund af målbar effekt

Beskrivelse:

I henhold til Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. ønskede Sygehus Nord i Region Sjælland mulighed for dagligt at kunne følge op på planlagte mødedatoer til forundersøgelse og behandling med henvisning til de specifikke lidelser og maksimale ventetider som opstilles i Bekendtgørelsen (BEK nr. 1749 af 21/12/2006).

Sygehus Nord har i samarbejde med IT-konsulentfirmaet Rehfeld udviklet en løsning, som understøtter hospitalets arbejde med at overholde de opstillede maksimale ventetider for en række livstruende sygdomme. Systemet skulle ved hjælp af allerede eksisterende registreringer i sygehusets patientadministrative system skabe rum for at afdelingerne målrettet arbejder på at minimere ventetiden for de livstruende sygdomme. Det er vigtigt at data er tidstro og at der er mulighed for at handle proaktivt, for at kunne overholde ventetider.

Systemet karakteriseres ved:

- Dataudtrækket leveres fra PAS, og hentes automatisk fra en FTP server, hvor data stilles klar.
- Data opdateres dagligt.
- Rapporter på skærmen kan eksporteres til Excel og som PDF.
- Varslingsrapporter kan sendes med mail til bestemte brugere.

Ved hjælp af en simpel farvekodning skaber systemet et overblik over patientflowet på sygehuset:

- "Røde" patienter
 - Patienter hvor den tildelte forundersøgelles-/behandlingsdato ligger efter den seneste dato til overholdelse af ventetidsgarantien, men hvor patienten stadig kan nå at blive flyttet, således at ventetidsgarantien overholdes.
 - Patienter hvor seneste dato for overholdelse af ventetidsgarantien er overskredet, men hvor forundersøgelles-/behandlingsdato ligger efter dags dato. Det er for sent at gøre noget ved disse patienter for at overholde ventetidsgarantien. Patienterne vil stå på listen indtil listedatoen ligger efter dato for forundersøgelse/behandling.
 - Patienter hvor der endnu ikke er tildelt en dato til forundersøgelse eller behandling og ventetidsgarantien på forhånd er overskredet. Patienterne vil fremgå af listen indtil der gives en dato til forundersøgelse/behandling, eller der er foretaget et statusskift til enten F/I/A eller henvisningen afsluttes.
- "Gule" patienter
 - Patienter der mangler en forundersøgelles-/behandlingsdato, og hvor det kan nås at give en tid i henhold til ventetidsgarantien, og hvor der tages hensyn til den evt. registrerede passive ventestatus (angivet som ventestatus I, K, Ø, M og U).
- "Grønne" patienter
 - Patienter hvor den tildelte forundersøgelles-/behandlingsdato ligger før seneste dato for overholdelse af ventetidsgarantien samt evt. passiv ventetid (angivet som ventestatus I, K, Ø, M og U).
- "Blå" patienter
 - Patienter der har accepteret at ventetidsgarantien ikke kan overholdes. Der er tilføjet en angivelse som indebærer patients accept.

Motivation:

I henhold til Bekendtgørelse om maksimale ventetider til behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme og visse tilstande med iskæmisk hjertesygdom ønsker Sygehus Nord mulighed for dagligt at kunne følge op på planlagte mødedatoer til forundersøgelse/behandling i relation til de maksimale ventetider til behandling.

Herunder skulle løsningen give mulighed for dagligt at kunne følge op på planlagte mødedatoer til forundersøgelse/behandling i relation til de maksimale ventetider til behandling.

Indlægget:

I indlægget præsenteres varslingsystemet og det præsenteres, hvorledes der er ændret adfærd efter disse blev introduceret på Sygehus Nord.

Hvordan kan brugerne hjælpe hinanden med implementering og anvendelse af EPJ? Case om MidtLink og brugerdrevet support community til EPJ

Oplægsholder:

Lærke Ullerup, Wemind A/S, <ullerup@wemind.dk >

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Ole Kassow, Wemind A/S, <ole@wemind.dk>

Ivan Damborg Jensen, Sundheds-it, Aarhus Universitetshospital, <ivandamborg.jensen@stab.rm.dk>

Gert Sørensen, Aarhus Universitetshospital, <gertsoer@rm.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Vi skal gentænke vores processer og mentale modeller for videndeling og samarbejde på hospitaler - brugerne vil gerne hjælpe hinanden og det skaber relationel koordination
- 2: Brugerne vil gerne hjælpe hinanden. Det er en helt naturlig proces som foregår hele tiden. Det nye er at vi kan sætte strøm til og gøre viden aktiv for et større netværk og dermed spare tid og penge
- 3: Hvad kan man ellers forestille sig at et brugerdrevet community kan bruges til i e-Sundhed - Arbejdsmiljø, patient empowerment og utilsigtede hændelser er blot nogle af mulighederne. Hvad tror du?

Beskrivelse:

MidtLink er et socialt netværk som vender op og ned på den måde vi traditionelt tænker på support systemer. MidtLink er en ny måde at tænke samarbejde og videndeling på? MidtLink er stedet hvor brugerne hjælper hinanden med EPJ. MidtLink skaber relationer på kryds og tværs af fagligheder, afdelinger og matrikler.

I stedet for at ringe til en helpdesk når brugerne på Aarhus Universitetshospital har brug for hjælp med EPJ kan de nu spørge en af deres kolleger i stedet på det brugerdrevne support community MidtLink. Der er nemlig en stigende tendens til at brugere (og patienter) i højere grad lytter til mennesker der ligner dem selv.

Ideen bag MidtLink handler om at sætte videndeling og samarbejde frit ved at gøre brug af den kollektive intelligens. Fokus er på at aktivere og mobilisere den viden der allerede findes i netværket og øge antallet af værdiskabende relationer. Forskning viser at når man gør det og hjælper hinanden får man markant højere patienttilfredshed, har færre indlæggelser og glattere medarbejdere.

Indlægget vil præsentere ideen og konceptet bag MidtLink samt fortælle konkret om anvendelsen på Aarhus Universitetshospital i forbindelse med implementering af EPJ i foråret 2012. Til oktober vil der foreligge flere dugfriske resultater og fortællinger omkring hvordan MidtLink hjælper til support af EPJ i en travl hverdag. Derudover vil indlægget også komme ind på processerne og den utraditionelle måde at lancere MidtLink på. Det er nemlig udfordrende for hospitalerne at tænke samarbejde og videndeling på denne sociale og kollaborative måde, da det medfører et nyt syn på viden og autoriteter.

Se en kort introduktion til MidtLink her: <http://vimeo.com/37723218>

Wemind har sammen med AUH udviklet MidtLink, der også bliver taget i anvendelse af flere af regionens hospitaler.

Mobil EPJ – Brugerinddragelse i prototypeudvikling

Oplægsholder:

Susanne Wollsen, Alexandra Institutet - Pervasive Healthcare, <susanne.wollsen@alexandra.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Tommy Midtgaard, Regionshospitalet Randers, <tommjens@rm.dk>

Suheil Andreas Salamon, Regionshospitalet Randers, <suheil.andreas.salamon@vest.rm.dk>

Henrik Waarsøe Nielsen, Systematic A/S, <henrik.waarsoe.nielsen@systematic.com>

Hovedbudskaber:

- 1: Et tæt og konstruktivt samarbejde mellem brugere, etnografer, domæneeksperter og udviklere har sikret en meningsfuld og brugervenlig mobil adgang til Columna EPJ.
- 2: Metoder til brugerinddragelse, hurtige prototyper og en stærk iterativ udviklingsproces har sikret fremdrift og kvalitet i løsningens kliniske understøttelse.
- 3: Prototyperne udmunder efterfølgende i et egentligt produkt.

Beskrivelse:

I oplægget præsenteres erfaringer fra to projekter, hvor Regionshospitalet Randers, Caretech Innovation, Capgemini og Systematic har samarbejdet om at udvikle adgang til Columna EPJ via mobile enheder. Oplægget præsenterer konkrete eksempler på, hvordan feltstudier og brugerinddragelse samt et tæt samarbejde mellem brugere, etnografer, domæneeksperter og udviklere har været essentielt i sikring af fremdrift i processen fra prototyper til et klinisk meningsfuldt produkt. I oplægget vil en etnograf, en udvikler og en bruger præsentere deres perspektiver på processen. Brugerperspektivet og brugeroplevelsen præsenteres af en kliniker, der har anvendt prototyperne i sit daglige arbejde. Ydermere præsenteres mulighederne i de udviklede prototyper samt deres betydning for den kliniske praksis.

Belysningen af den nuværende praksis på hospitalet kombineret med forståelsen af kliniske arbejdsgange har været væsentlig for at kunne udvikle prototyper, der på en meningsfuld måde understøtter klinisk praksis. Projektet er i høj grad baseret på brugerinddragelse både i forhold til teknologiens design og funktionalitet. Inddragelsen af brugere er dog foregået på en måde, hvorpå det involverede hospital ikke har skullet investere personaleressourcer i projektet. Prototyper af varierende kompleksitet og funktionalitet fra tidlige papir-mock-ups til wireframes og funktionelle prototyper er blevet anvendt til at inddrage brugerne, og det har haft en positiv effekt på deres engagement og ejerskabsfølelse over den udviklede løsning. Inddragelsen af potentielle kommende brugere såvel som et tæt samarbejde mellem brugere, etnografer, domæneeksperter og udviklere har desuden mindsket risikoen for fejl i design af løsningen. Samarbejdet har skabt grundlag for en solid fælles referenceramme i projektgruppen, og den stærke iterative udviklingsproces har været medvirkende til at sikre succes og fremdrift. Længerevarende testforløb kombineret med feltstudier har desuden sikret en god forståelse for, hvordan teknologien finder anvendelse, og hvilke konsekvenser indførelsen af teknologien kan have for praksis.

Motivation:

Hvorfor mobil adgang til EPJ-data?

En stor del af de sundhedsprofessionelles kerneydelser er relateret til patienterne på stuerne og ikke på kontorerne ved PC'erne. Sundhedsprofessionelles arbejdsplads er derfor ikke afgrænset til det fysiske sted, hvor der som udgangspunkt er adgang til de nødvendige kliniske data. Projekterne har derfor søgt at udforske og frembringe mulige løsninger til, hvordan anvendelsen af mobile teknologier kan bidrage til at lette sundhedsprofessionelles arbejdsgange ved at gøre deres arbejde mere mobilt og ved at give mulighed for at håndtere data, når data behøves, og når data opstår.

Med mobil adgang til EPJ-data udvides klinikernes adgang til data, uanset hvor de befinder sig på hospitalet, og muligheden for at løsrive sig fra de stationære arbejdspladser og arbejdsgange på farten øges. Det medfører en større mulighed for at have et opdateret overblik over patienters data og kan være medvirkende til at mindske dobbeltdokumentation, idet de



sundhedsprofessionelle kan inddatere data, hvor disse fødes. Klinikernes mulighed for at reagere hurtigt i akutte situationer øges ved hjælp af mobilenhedens notifikationsmuligheder, for eksempel når nye prøvesvar på en patient er klar. Mobil adgang til EPJ-data kan desuden medføre et øget samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og patienten, idet de to parter kan kommunikere om patientens tilstand ud fra opdaterede journaldata på den mobile enhed.

Fotograf: John Bräuner. Patient og læge i dialog om patientens prøvesvar

Brugerne udviklede og videreudvikler i samarbejde med virksomheden et kritisk informationssystem til en intensiv afdeling

Oplægsholder:

Elsebeth Haunstrup, Hospitalsenheden Horsens, <elsebeth.haunstrup@horsens.rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Dagmar Beck, Medtech Innovation Center, <db@mtic.dk>

Gitte Kjeldsen, MedTech Innovation Center, <gk@mtic.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Critical Information System er udviklet i tæt samarbejde med klinikere for at optimere processer og kvalitet samt sikre at det passer ind i de kliniske arbejdsgange.
- 2: Brugerinddragelsen i systemet foregik i udviklingen af systemet, men vil også foregå fremadrettet. Fx. giver en online funktion klinikerne mulighed for tilbagemelding til leverandøren.
- 3: Systemet giver muligheden for - i loop - hele tiden at følge og evaluere effekten af de forbedrede eller nye arbejdsgange ifm. pleje af patienterne. Systemet opdateres ift. nye kliniske procedurer.

Beskrivelse:

På baggrund af midler fra det daværende ABT-Fonden har Hospitalsenheden Horsens de sidste to år undersøgt, om et Clinical Information System (CIS) på intensivafdelingen kan bidrage til at højne kvaliteten og øge effektiviteten.

CIS består af følgende fire moduler; et journal modul, et medicinerings modul med informationer om patienternes medicinforbrug, et observations modul til hjælpemidler, som respiratorer og pumper og endeligt et business intelligence (BI) modul, der giver mulighed for at få indblik i fx kapacitetsudnyttelse.

Der har hele vejen igennem projektet været en tæt inddragelse af brugerne både i forhold til uddannelse, indholdet i it-løsningen, implementeringen og anvendelsen af systemet, samt ikke mindst i tilpasningen af produktet til afdelingen og afdelingens processer. Da projektet startede, var der kun en begrænset mængde tjeklister i systemet. Inden implementeringen var alle afdelingens tjeklister oprettet. Herefter testede systemets brugere dem og gav løbende tilbagemeldinger, hvorefter de nødvendige tilpasninger kunne foretages

CIS giver hospitalet nye muligheder for at analysere data og dermed se årsagssammenhænge, som kan optimere behandlingen. De mange data giver klinikere og ledelse et bedre indblik i patienter, diagnoser, medicinforbrug og udvikling i behandlingen. Det er blevet muligt at følge, hvorledes behandlingsprocedurer implementeres, f.eks. om alle punkter i tjeklisterne ifm. Patientsikkert Sygehus udføres og i givet fald, om implementeringen af proceduren giver et bedre klinisk resultat for patienterne.

Sygeplejersker og læger på intensivafdelingen har oplevet et kvalitetsløft efter implementering af CIS. Systemet er udviklet i tæt samarbejde med klinikere for at optimere processer og kvalitet samt sikre at det passer ind i de kliniske arbejdsgange. Klinikerne opdaterer løbende systemet ift. afdelingens kliniske procedurer. Vha. BI-modulet følges effekten, hvilket giver muligheden for at tilpasse afdelingens procedurer.

Systemet giver muligheden for i loop hele tiden at følge og evaluere effekten af indførelsen af forbedrede eller nye arbejdsgange ifm. pleje af patienterne. Klinikerne opdaterer løbende systemet ift. afdelingens kliniske procedurer. Vha. BI-modulet følges effekten, hvilket giver muligheden for at tilpasse afdelingens procedurer.

Det er blevet muligt at få et hurtigt og godt overblik over de mange observationer, der opsamles i systemet. Systemet viser meget tydeligt, om der er kritiske punkter i sygeplejerskernes tjekliste, der ikke er udfyldt, hvilket gør det nemt i sygeplejerskens travle hverdag at sikre, at patientplejen er udført efter afdelingens standard.

Den automatiske dataopsamling og det konstant opdaterede væskeskema er områder, der før indførelsen af CIS, tog en del af sygeplejerskernes tid at registrere og holde opdateret. Den tid, der nu er frigivet, er blevet udnyttet til øget patientpleje dokumenteret ved indførelsen af flere tjeklister og optimering af eksisterende tjeklister. Den sparede tid for sygeplejerskerne anvendes til pleje og observation af patienterne. Helt specifik har projektet "Patientsikkert Sygehus" medført indførelsen af nationale tjeklister, der via BI-modulets dokumentationsdel har kunnet påvise et kvalitetsløft.

Før installation af systemet på 10 intensivsenge, er der blevet foretaget en førmåling på intensivafdelingen i forhold til ressourcetilforbrug og arbejdsgange, så man efterfølgende har kunnet analysere på løsningens betydning for afdelingen. CIS blev installeret på de 10 senge, medarbejderne blev uddannet og lægerne udviklede medicinmodulet, så det passede til afdelingen.

Små udfordringer kan blive til store problemer! KMD og lægeforeningens bud på systematisk brugerinddragelse i it-udvikling og -implementering

Oplægsholder:

Mads Stampe Frederiksen, KMD Healthcare, <mfr@kmd.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Peder Klement Jensen, Bispebjerg Hospital/Lægeforeningens IT-udvalg, <pederklement@gmail.com>

Hovedbudskaber:

- 1: KMD har som andre leverandører oplevet udfordringer i udvikling og implementering af ny IT.
- 2: Mange af de udfordringer vi møder i udviklingen af IT, skyldes ofte en manglende detalje indsigt i brugerens hverdag og behov. Her skal vi gøre det bedre.
- 3: KMD Healthcare og Lægeforeningens IT udvalg giver et bud på, hvordan brugere og IT udviklere sammen kan udvikle bedre IT. Det er bl.a. ved at udnytte SCRUM til fulde og inddrage brugerne på nye måder.

Beskrivelse:

Vi er nødt til at få styr på brugerinddragelsen i IT udvikling og implementeringen. Fejlslagne IT systemer taler desværre deres alt for tydelige sprog. Vi har ikke råd til andet. For vi ved jo godt, at jo længere henne i udviklingsprocessen, der bliver foretaget ændringer, jo dyrere bliver det.

IT systemer udvikles tit i monofaglige udvikler teams, hvor slutbrugerne måske slet ikke inddrages før i de sidste faser af udviklingsprocessen. Når IT udvikling skal gå rigtig stærkt skrives kravspecifikationerne måske udelukkende af IT leverandøren. IT leverandørens fornemmeste opgave er således at kunne sætte sig i kundens sted og forstå behovene (krav) ligeså godt som kunden. Men gør vi det godt nok?

KMD har på egen krop mærket, hvordan små praktiske problemstillinger ikke var analyseret godt nok fra starten og giver meget tidsspilde i implementeringsfasen. Når vi fx udvikler IT til den ældste del af befolkningen er det ikke nok at teste et produkt i et almindeligt lukket test miljø hos leverandøren. Vi skal tidligt ud i felten og opleve, hvordan den ældres hjem er indrettet, hvor mobil vedkommende er, og hvilke muligheder de har for at håndtere IT hjælpemidler. Vi kan se, at en manglende detail indsigt og grundig forståelse for brugerens arbejdsgange og kontekst kan føre til udfordringer længere henne i udviklingsprocessen. Vi har længe arbejdet med brugergrupper, teknikgrupper og ansætter løbende medarbejdere med domæne kendskab. Men vi vil også gerne arbejde med introduktion af metoder til bedre at kunne analysere brugerens behov og kontekst.

Agile udviklingsmetoder såsom scrum har potentiale til at kunne håndtere brugerinddragelse i dele af udviklingsprocessen. Vi er i KMD i gang med at udnytte det fulde potentiale i scrum metoden. Men det stiller også krav til kunden, da der skal investeres tid i denne del af processen. Tid der kan være svært at få ledelsesmæssig opbakning til.

Brugerinddragelse handler selvfølgelig ikke kun om udviklingsfasen. I implementeringsfasen ser vi et stort behov for inddragelse af både ledelseslaget og frontlinie medarbejdere. Den ledelsesmæssige forankring hos kunden skal bl.a. sikre at der afsættes ressourcer til kompetenceudvikling af medarbejderne og allokering af brugere, der kan vedligeholde systemerne ved opdateringer o.lign.

KMD er selvfølgelig ikke den eneste aktør, der gerne vil arbejde mere systematisk med brugerinddragelse. Mange steder ser vi et ønske om øget brugerinddragelse - både hos leverandører og kunder. Lægeforeningens It-udvalg har netop offentliggjort en IT-politik: IT på sundhedsvæsenets betingelser. Der argumenteres for en professionalisering af brugerinddragelsen ved udvikling og implementering af sundheds-it. Udgangspunktet er, at sundheds-it i dag ikke udvikles til den kontekst, den skal bruges i. Udviklingen af sundheds-it skal have fokus på patientforløb og udvikles tæt på dem der skal bruge det - typisk sundhedsfagligt personale såsom plejepersonale, sygeplejersker og læger.

Indlægget vil indeholde 3 perspektiver på brugerinddragelse. 1. Hvorfor vi er nødt til at gøre brugerinddragelse til en større del af IT-udvikling og implementering, herunder konkrete eksempler på hvilke problemstillinger man kan opleve ved manglende analyse af brugerbehov. 2. Et bud på hvordan Lægeforeningen anbefaler brugere inddraget og 3. hvordan KMD i relation til dette vil tilpasse udviklings og implementeringsprocesser i It projekter fremover.

Borgersprog - patientjournal på sengekanten

Oplægsholder:

Hans Kåre Pallesen, CSC Scandihealth A/S, <hpallese@csc.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jacob Boye Hansen, CareCom A/S, <jbh@carecom.eu>

Martin Sølvkjær, IMT (Informatik, Mediko og Tele). Region Hovedstaden, <martin.soelvkjaer@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

- 1: Patientjournaler er ofte ikke forståelige for lægmand, så tilgængeliggørelse af patientens journaler (eks. via eJournal) bør ikke stå alene
- 2: Patientjournaler kan beriges med lægmandsoversættelser, således at vanskelige udtryk kan forstås i den oprindelige journal kontekst
- 3: Der kan skabes såvel reel patient empowerment, samt en vigtig kvalitets-sikring af patientjournalerne, ved at give patienten adgang til egen journal under indlæggelse.

Beskrivelse:

Indledning

Oplægget vil beskrive indhold og motivation for et projekt omkring borgersprog – berigelse af journaltekst med lægmandstermer. Region Hovedstaden, MedCom, CareCom og CSC har sammen udviklet et projekt omkring borgersprog, som har til formål at kunne præsentere journalnotater for patienter med brug af lægmands-begreber som oversættelse af fagudtryk og svært forståelige kliniske termer. Journal notaterne præsenteres for patienten i en form, hvor svære kliniske termer er annoteret med en visuel markering og giver patienten mulighed for at klikke og se en øjeblikkelig oversættelse af ordet, samt, for visse termer, endog mulighed for at aktivere yderligere information via links til eksempelvis patient-vejledninger og lign. Projektet er i første omgang målrettet patienter under indlæggelse på hospitaler, og notater hentes fra den kontinuation der føres under indlæggelsen. Dette er for at teste brugeroplevelsen i et kontrolleret miljø hvor patienterne har en klinisk støtte i nærheden når informationer om deres tilstand bliver tilgængeliggjort via selvindsigt i journalen. Projektet kan efterfølgende tænkes videreført gennem implementering i større skala som i E-journalen, - den fremtidige Sundhedsjournal.

Baggrund

Deling af viden er en vigtig del af patient empowerment, men deling af uforståelige journal-notater er IKKE patient empowerment, men måske nærmere det modsatte. Da borgeren gives indblik i dokumentation der er oprindeligt er udarbejdet m.h.p. kommunikation mellem fagprofessionelle vil det ofte ikke være forståeligt, hvad der står i journalen.

Patient Empowerment er først en realitet når borgeren har mulighed for at forstå den information der stilles til rådighed og patienten skal derfor have en let adgang til at få oversat vanskelige termer ved at klikke på ordene i journal-teksten og få vist en øjeblikkelig oversættelse.

Ud over at understøtte ægte patient empowerment - hvor patienten får indsigt i egen sygdom og behandling, og dermed kan opnå en højere grad af mestring - har det nærværende projekt også til formål, at lade patienten være med til at kvalitets-sikre den journal dokumentation der udarbejdes under deres indlæggelse. Patienten bidrager dermed aktivt til, at øge kvaliteten af de professionelles journal-skrivning.

Projekt formål:

- Patienter i Region Hovedstaden vil få mulighed for at læse deres journal med en IT-støtte af lægmandssynonymer (oversættelser), så de kan både læse og forstå deres journaler.
- Patienten opnår reel empowerment, ved at kunne forstå sin egen journal, og vil tillige kunne bidrage til kvalitets-sikring af indholdet, i synergi med de sundhedsprofessionelle.
- Patienten får, som del af brugergrænsefladen, mulighed for at tilkendegive hvilke fagtermer/fagsprog de ikke forstår, når de læser deres journaler – men henblik på at disse fagtermer/fagsprog efterfølgende vil blive oversat.
- Klinikkerne vil via "crowd-sourcing" gennem en smart phone app, få mulighed for at berige deres eget fagsprog med oversættelser til lægmandssprog, til støtte i kommunikationen med patienten omkring sundhedsbehandling. Ved at lade lægerne selv oversætte egne termer opnås dels accept, dels en accelereret opbygning af oversættelser baseret på konstaterede behov – patienternes egne valg.
- At skabe en terminologi database indeholdende: lægmandstermer/borgersprog tillagt eller linket til:
 - Fagsprogslistes
 - Standard koder (SKS, ICF og lign.)
- At videreføre løsningen i en større skala til E-journalen som støtte til borgerne i forståelsen af deres patientjournal

Projektets deltagere:

Projektet vil være et samarbejde mellem flere organisationer, både offentlige som private:

- Region Hovedstaden:
 - IMT, Innovation og administrative systemer
 - En endnu ikke besluttet afdeling på et af regionens hospitaler
- MedCom
- CareCom
- CSC Scandihealth

Virtuel behandling af psykiatriske patienter - et pilotprojekt om iPads som værktøj i behandlingen af unge med skizofreni og ældre med depression

Oplægsholder:

Anne Grethe Viuff, Klinik for unge med skizofreni, Regionspsykiatri Vest, Region Midtjylland, <marde@rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Marianne de Lemos, Region Midtjylland, Psykiatri og Social

Peter Lundkvist, Trifork, <plu@trifork.com>

Hovedbudskaber:

- 1: Et iPad-baseret behandlingsværktøj skal give en oplevelse af øget kvalitet i behandlingen for patienter og behandlere
- 2: Et iPad-baseret behandlingsværktøj skal understøtte en ny tilrettelæggelse af behandlingen
- 3: Behandlingsværktøjet vil kunne udbredes til flere diagnosegrupper

Beskrivelse:

Psykiatri og Social i Region Midtjylland har i samarbejde med Trifork udviklet et iPad-baseret behandlingsværktøj til understøttelse af den kognitive terapeutiske behandling. Løsningen kombinerer den videobaserede konsultation med en synkron udveksling af data, således at behandler og patient hele tiden har den samme information til rådighed, uanset om de er i gang med en videosession eller ej.

Det overordnede formål med pilotprojektet er at undersøge potentialet i at anvende et mobilt behandlingsværktøj i behandlingen af unge med skizofreni og ældre med depression.

Pilotprojektet skal undersøge om den synkrone udveksling af data kombineret med brugen af video kan anvendes som en aktiv del af behandlingsforløbet, herunder om dette giver en øget oplevelse af kvalitet hos både patient og behandler.

Endvidere skal pilotprojektet undersøge, om anvendelsen af behandlingsværktøjet har nogen indflydelse på den måde behandlingen er struktureret på i dag, hvor man fx giver en ugentlig konsultation af en times varighed. Dette kan med brugen af det iPad-baserede behandlingsværktøj fx erstattes af fire konsultationer af ét kvarters varighed.

Motivation:

Langt størstedelen af den behandling, der foregår i psykiatrien er ambulant. Den foregår enten som ambulante konsultationer på psykiatriens matrikler, som hjemmebesøg hos patienterne eller som udebesøg.

Siden 2010 har der i psykiatrien været arbejdet med afprøvning af patientbehandling via videokonference. Det er primært gerontopsykiatriske patienter bosiddende på Samsø og unge med skizofreni (OPUS), der har afprøvet videokonference.

En af grundene til, at videokonference er blevet afprøvet som et behandlingsalternativ har i høj grad været målet om, at reducere den tid behandlerne og ikke mindst patienterne bruger på transport i forbindelse med et ambulant besøg.

I forhold til OPUS-patienter gør det sig endvidere gældende, at mange på grund af deres lidelse ikke magter at benytte sig af offentlige transportmidler. Dette resulterer i relativt mange udeblivelser/aflysninger fra ambulante besøg. Som eksempel blev ca. 25% af de ambulante besøg i en af regionens OPUS-klinikker aflyst i 2010. Langt de fleste aflysninger skyldes, at patienten ikke er mødt op.

For de ældre med psykisk lidelse gælder, at de ofte er særdeles fysisk svækkede, og nogle patienter har svært ved at bevæge sig over selv mindre afstande. Hertil kommer at den offentlige befordring ofte tager forholdsvis lang tid i forhold til det enkelte besøg, hvorfor patienten kan være udtrættet allerede inden konsultation starter.

Indlægget:

I indlægget præsenteres erfaringerne fra projektet frem til i dag, herunder betydningen for patienterne og behandler. Desuden præsenteres erfaringer med ændringer i arbejdsgange og den deraf følgende øgede oplevede kvalitet for patienterne baseret på den nye samarbejdsform. Endvidere vises en kort film med en demonstration af produktet.

Succeskriterierne vil blive gennemgået, herunder:

- Organisationen får mere patientrettet tid for det samme ressourcetræk
- Personalet oplever, at de kan give en mere fokuseret og intensiv behandling
- Patienterne oplever et sammenhængende, engageret og helbredende forløb
- Patienterne oplever en højere grad af inddragelse i eget forløb

Kan computerbaseret KAT være vejen til større udbredelse af KAT og til tidligere intervention?

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Nicole Rosenberg, Region Midtjylland, Klinik for OCD og Angstlidelser, Aarhus Universitetshospital, Risskov, <nicorose@rm.dk>

Bjarne Bo Jørgensen, Context Consulting, <context@context.dk>

CCBT LMTD, <mohammed.shabbir@ccbt.co.uk>

Hovedbudskaber:

1. Angstlidelser er udbredte og invaliderende, men på trods af, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv behandling er den ringe udbredt
2. Computerbaseret kognitiv adfærdsterapi (c-KAT) viser meget lovende resultater i et meget omkostningseffektivt format, som patienterne viser stor tilfredshed med
3. Det vil kunne skaleres til et nationalt niveau

Beskrivelse:

Angstlidelser er udbredt i befolkningen (i Dk anslået 300.000). De starter tidligt i livet (oftest i ungdommen) og kan have alvorlige konsekvenser: Nedsat livskvalitet, selvusikkerhed, social isolation, vanskeligheder med at tage uddannelse eller passe et arbejde.

De bedste behandlingsresultater for denne patientgruppe opnås ved kognitiv adfærdsterapi (KAT) og/eller med psykofarmaka og de er derfor også de anbefalede behandlinger fra Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser. Der er dog ofte begrænset adgang og lang ventetid til kvalificeret kognitiv adfærdsterapi. Alene i Danmark formodes at være ca. 300.000 angstpatienter, hvoraf kun en brøkdel behandles. Denne kløft mellem sygdommens udbredelse og tilbudt behandling udgør et kostbart problem såvel samfundsøkonomisk som for den enkelte. Det står desuden i skarp kontrast til regeringens ønske om diagnose- og behandlingsgaranti.

Der er en voksende mængde af studier, der har demonstreret, at computerbaseret KAT kan opnå behandlingsresultater, som er sammenlignelige med standard "face to face" KAT under de rigtige betingelser. Dette opnås ved at gennemgå et internet-baseret computerprogram bygget op over en evidensbaseret behandlingsprotokol med minimal støtte af en psykolog gennem forløbet. Herigennem opnås, at patienten kan arbejde med sin behandling derhjemme når det passer bedst, det giver frihed, minimal barriere pga stigmatisering og patient empowerment.

Klinik for OCD og Angstlidelser, Aarhus Universitetshospital har oversat og tilpasset det engelske program FearFighter til dansk, da det i flere studier har vist god behandlingseffekt.

Behandlingseffekt af den danske version af programmet undersøges gennem et randomiseret, kontrolleret studie og der gennemføres en sundhedsøkonomisk analyse.

Foreløbige resultater, tilpasningsprocessen samt studier af behandlingseffekt og cost/benefit analyser vil blive diskuteret. Segmenter af det danske og det engelske program vil blive demonstreret.

Afslutningsvist diskuteres muligheder for national implementering af denne type behandlingstilbud.

Mobiltelefonen kan hjælpe mani-depressive

Oplægsholder:

Mads Frost, IT-Universitetet i København, <madsf@itu.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jakob E. bardram, IT-Universitetet i København, <bardram@itu.dk>

Lars Vedel Kessing, Region Hovedstadens Psykiatri - Psykiatrisk Center København, <lars.vedel.kessing@regionh.dk >

Maj Vinberg, Region Hovedstadens Psykiatri - Psykiatrisk Center København, <maj.vinberg@regionh.dk>

Maria Faurholt-Jepsen, Region Hovedstadens Psykiatri - Psykiatrisk Center København, <maria@faurholt-jepsen.dk>

Hovedbudskaber:

1. Gennem opsamling af sensordata og patientens selv-rapportering kan moderne mobiltelefoner anvendes til monitorering af patienter med bipolar lidelse.
2. Monitorering og selv-rapportering forbedrer såvel patientens og klinikerens indsigt i hvordan individuelle faktorer har indflydelse på sygdommen.
3. Monitoreringssystemet forbedrer grundlaget for behandlingen, både anvendt i klinisk praksis, men også patienternes selv-behandling.

Beskrivelse:

Bipolar lidelse er en sindslidelse med forandringer i sindsstemningen. Forandringerne er abnorm opstemthed (mani), nedtrykthed (depression) eller en blanding af opstemthed og nedtrykthed. Anfaldene kan kræve hospitalsindlæggelse og effektiv behandling kan afkorte anfaldenes varighed. Efter en endt sygdomsperiode risikerer op til halvdelen af patienterne at blive genindlagt med en fornyet episode.. Derfor er det vigtigt at opdage ændringer i patientens tilstand hurtigt, så man kan nå at gribe ind. MONARCA er et treårigt EU finansieret projekt. Formålet er at udvikle og validere et IT system til multi-parametrisk, langsigtet overvågning af adfærdsmæssige og fysiologiske relevante oplysninger om patienter med bipolar lidelse. Systemet er baseret på anvendelse af moderne mobiltelefoner som platform for dataindsamling fra patienten. Der indsamles både selv-rapporterede data fra patienten (f.eks. selv-scoret stemningsleje, søvn, og medicin-indtagelse) samt sensordata opsamlet af telefonen (GPS, bevægelsesmønstre, tale og telefonbrug). Systemet er udviklet i et tæt samarbejde mellem patienter, klinikere og IT-forskere, for at sikre en forankring og brugbarhed for alle parter. MONARCA systemet har været testet i et pilotfase og den kliniske evidens evalueres i øjeblikket i et klinisk forsøg.

Motivation:

Den demografiske udvikling i Danmark stiller sundhedsvæsenet over for store udfordringer. Befolkningen bliver ældre og dermed mere sygdomsramt, og der bliver mangel på læger og sygeplejersker. Dette gælder specielt på det psykiatriske område. En løsning kan være, at patienterne tilbringer mindre tid med at være indlagt på sygehusene. I stedet skal de "udlægges" til deres hjem – udstyret med teknologiske hjælpemidler, der gør det muligt at tilbyde samme undersøgelser, overvågning og behandling, som de havde fået, hvis de var indlagt. Nye metoder til monitorering af patienterne kan varsle lægen eller patienten selv, hvis en forandring er under opsejling, og således guide patienten til at have en dagligdag som tager hensyn til sygdommen. Målet med MONARCA er at forbedre behandlingen af bipolare patienter ved at give den enkelte patient en bedre indsigt i sit sygdomsforløb, og ved at give konkrete forslag til sund levevis og adfærd (f.eks. regelmæssig søvn). Data fra ambulante patienter sendes til en central server og giver dermed det kliniske personale et overblik over patienternes tilstand over tid f.eks. de seneste to uger. Dette kunne blive et central værktøj for det kliniske personale iht. prioritering, planlægning og optimering af behandlingen, og giver mulighed for proaktivt at kontakte patienter som synes i risiko for fornyede affektive episoder. Dette kan i den sidste ende forhindre indlæggelser.

Oplægget:

Med udgangspunkt i det igangværende arbejde gives en introduktion til MONARCA projektet og det system som er udviklet på IT Universitetet i København. Der vil være en demonstration af systemet og der gives eksempler på anvendelsen i praksis i form af bruger senarier. Vi vil redegøre for resultaterne fra den første afprøvning af systemet på Rigshospitalet. Denne afprøvning viste, at systemet blev vurderet meget anvendelig for de involverede patienter (N=12) og er nem at bruge.

Status på kommunernes opkobling til FMK

Oplægsholder:

Poul Erik Kristensen, KL, <prk@kl.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Morten Thomsen, Devoteam, <Morten.Thomsen@devoteam.com>

Hovedbudskaber:

1. Status på kommunernes integration til det fælles medicinkort
2. Hvad er vi stødt på af udfordringer tidligt i projektforløbet og hvad regner vi med at støde på?
3. De fem benspænd

Beskrivelse:

Regionerne og de praktiserende læger er i fuld gang med at tage det fælles medicinkort i anvendelse. Når kommunerne kommer på er det vigtigt, at alle praktiserende læger og læger på hospitaler anvender og opdaterer medicinoplysninger tidstro. Det stiller større og nye krav til samarbejde og it anvendelse. På tværs af sundhedssektoren bliver vi afhængige af hinanden og sårbarheden bliver stor. Med det fælles medicinkort bliver samtidighed i anvendelse på tværs af sundhedssektoren afgørende for om det bliver en succes. Med Medicinkortet knæsetter vi nye principper for udvikling, styring og drift af fremtidige e-sundhedsløsninger, som skal anvendes i hele sundhedssektoren.

Sygeplejersker bruger meget tid på dokumentation - er det spild af tid?

Oplægsholder:

Birgit Bækmann Jeppesen, Aarhus Kommune, <bje@aarhus.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Gitte Femerling, MI, Hillerød Kommune, <gife@hillerod.dk>

Hovedbudskaber:

1. Dokumentation skal defineres ens i arbejdspraksis - i forhold til dokumentationstid har det betydning, hvad det dækker over
2. Sygeplejerskers arbejdspraksis/rolle og kravene til dokumentation skal vurderes både lokalt og nationalt, inden stillingtagen til om noget skal ændres
3. IT-systemerne i hjemmesygeplejen skal understøtte det komplekse heterogene netværk, sundhedsarbejdets natur og sygeplejerskerne skal inddrages i beslutningsprocesserne

Beskrivelse:

Dette er en præsentation af undersøgelser og resultater fra vores masterprojekt fra AAU (Master of Information Technology) 2012: "Hjemmesygeplejerskens dokumentation under lup" - et studie af dokumentationstid og definition af dokumentation. Fremtidens hjemmesygepleje er præget af større krav til kompetencer og kvalitet i pleje og behandling af borgerne p.g.a. den demografiske udvikling med flere ældre og flere kronikere samt udviklingen indenfor sundhedsområdet, som gør, at behandling kan foregå i eget hjem. Der er sket en opgaveglidning af opgaver fra region til kommune, og kommunerne er medfinansierende ved indlæggelser på regionens sygehuse. Derfor er der fokus på forebyggende arbejde for at undgå indlæggelser og genindlæggelser. Det kræver dokumentation at kunne planlægge borgerforløb og udveksle data mellem sektorer, men også at kunne dokumentere og sammenligne, hvad der udføres i kommunernes hjemmepleje af forebyggende arbejde, og skabe evidens for kvaliteten af den udførte pleje og behandling. KL har brug for data fra kommunerne i forbindelse med økonomiforhandlinger men der findes ikke valide data. Der er således meget fokus på dokumentation og registrering i hjemmesygeplejen, og der er udført målinger af dokumentationstid via KL og af kommunerne selv. Kravene til sygeplejerskernes dokumentation øges også i takt med mulighederne i de elektroniske systemer, og rammerne bliver omdefinert flere gange, både organisatoriske rammer og referencerammer for dokumentationen. Det er ikke nødvendigvis IT-systemernes "skyld", men ligeså meget kommunernes organisering, egne krav, beslutninger, projekter og andre initiativer, som har fået IT-systemerne til at udvide sig. Desuden er der i en kommune mange delte meninger om, hvad der er dokumentation, og hvordan der skal dokumenteres, og hvilken referenceramme, der skal dokumenteres efter. Der er mange måder at dokumentere på i IT-systemerne, og der er ofte problemer med at finde ud af, hvor der skal dokumenteres og hvor lidt eller hvor meget, hvilket fører til dobbeltdokumentation. Der er stor fokus på dokumentation i hjemmeplejen i øjeblikket fra flere parter: Sundhedsministeriet, KL, den kommunale ledelse, lovgivningen, borgerne, medierne og embedslægeinstitutionen samt sygeplejerskerne selv. Kommunerne er pressede på økonomien og skal spare, så der skal laves flere pleje-opgaver på mindre tid, hvilket gør, at flere kommuner arbejder på at få minimeret dokumentationstiden, så der kan frigives tid til den direkte patientpleje.

Motivation:

Vi havde nogle antagelser om sygeplejefaglig dokumentation: At der ikke er en klar definition af, hvad dokumentationstiden indeholder af opgaver – og tager af tid, og at man flere steder ønsker dokumentationstiden nedsat. Derfor gennemførte vi i efteråret 2011 en elektronisk spørgeskemaundersøgelse og fik bekræftet vore antagelser. Spørgeskemaet blev udsendt til landets 98 kommunale EOJ kontaktpersoner. Svarprocenten var på 65,6%. Vore undersøgelser viste, at sygeplejerskernes dokumentationstid omfatter både koordinering, vejledning, rådgivning, sundhedsfremme, og planlægning udover de sygeplejefaglige optegnelser.

Indlæg:

Metoder til at undersøge arbejdspraksis og indsamle viden om sygeplejerskernes holdning til dokumentationspraksis samt tidsmålinger. Resultater af undersøgelserne. Præsentation af en hjemmesygeplejerskes arbejdspraksis. Hvordan kan IT-systemer understøtte denne praksis uden at give køb på alle de data, som kræves.

Automatisk besøgsplanlægning i hjemmeplejen – mere end at trykke på en knap!

Oplægsholder:

Hrönn Kold Sigurðardóttir, KMD, <hsi@kmd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Matias Sevel Rasmussen, KMD, <sev@kmd.dk>

Ulla Skibdal Schwarz, Pleje og Sundhed, Fredericia Kommune, <ulla.schwarz@fredericia.dk>

Tina Bringø, Fælles Stab, Ældre & Sundhed, Social & Sundhed, Lolland Kommune, <tibr@lolland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Automatisk besøgsplanlægning, dvs. ruteplanlægning i hjemmeplejen, er mere kompleks end den ruteplanlægning som vi kender når vi bruger GPS'en i bilen til at finde fra punkt A til punkt B
2. Udvikling og implementering i tæt samarbejde mellem brugerne og leverandøren er værdifuld for begge parter når ny velfærdsteknologi skal etableres i sundhedsvæsenet
3. KMD's store opgave er at forstå detaljerne i de arbejdsgange som skal understøttes og kommunernes opgave at tilpasse organisationen på en måde som understøtter en optimeret udførelse af arbejdsgangene

Baggrund og motivation:

På landsplan gennemføres ca. 200.000 besøg i hjemmeplejen dagligt og ugentlig bliver der brugt i mellem 1,0 og 1,1 million arbejdstimer i ældreplejen (Sekretariatet for ministerudvalget vedrørende kvalitet i den offentlige sektor, 2006). Planlægning af hjemmebesøg foregår i stor udstrækning manuelt, hvorfor kvaliteten af ruteplanlægningen er afhængig af den enkelte planlæggeres kompetencer, herunder viden om hver enkelt medarbejders kvalifikationer, borgernes konkrete behov og områdets geografi. Kommunerne er hårdt trængte på økonomien og har et stort ønske om at optimere anvendelsen af ressourcerne.

Anvendelse af IT-understøttelse til automatisk besøgsplanlægning forventes at bidrage til optimering af arbejdsgangene i hjemmeplejen på landsplan, således at planlægningstiden reduceres med 5% og vejtiden reduceres med 10% (<http://www.servicestyrelsen.dk/velfaerdsteknologi/projekter/besogsplanlaegning/besogsplanlaegning>).

Beskrivelse:

I et samarbejde med Lolland og Fredericia kommuner, har KMD arbejdet på at implementere og videreudvikle et modul til Automatisk besøgsplanlægning (ABP). Dette samarbejde har været yderligere formaliseret i et ABT demonstrationsprojekt som beskrives i en evalueringsrapport der udgives i august 2012. Nærværende oplæg ønsker primært at bidrage med erfaringer om hvilke organisatoriske udfordringer der har været i projektet samt hvordan KMD bidrager kommunerne med at håndtere disse udfordringer.

ABP-modulet er udviklet som en overbygning på omsorgssystemet KMD Care. Modulet bruges af planlæggere i hjemmeplejen til at udarbejde kørelister for de besøg som medarbejderne skal udføre hos kommunens borgere. Systemet overtager således planlægningsprocesser som tidligere har været manuelle og fuldt kontrolleret af planlæggeren. Derudover arbejder planlæggeren typisk med en standard vejtid i mellem besøg hvorimod ABP-modulet arbejder med en beregnet vejtid.

Indlægget:

I indlægget præsenterer vi hvordan besøgsplanlægning i hjemmeplejen adskiller sig fra den mere traditionelle ruteplanlægning. Tekniske udfordringer ift udvikling af modulet vil kort blive ridset op. Herefter vil primær fokus være på de organisatoriske udfordringer som vi har mødt i projektet. Her kan kort nævnes planlæggerens accept af systemets magt over planlægningen, kørelisterne planlægges anderledes af ABP end de bliver af planlæggeren og det udkørende personale udfordres med at skulle besøge nye borgere. Manglende tillid til systemet gør det svært at komme rigtig i gang med anvendelsen. Vigtigheden af ledelsesopbakning, til især planlæggerne, men også helt ud til det sidste led. Vi afslutter med at introducere til metoder for hvordan KMD aktivt arbejder med en større grad af organisatorisk analyse og brugerinddragelse i både udvikling og implementeringsprocesserne som skal sikre at de organisatoriske udfordringer bliver afdækket og løst undervejs i processen.

Kommunerne er gået i gang med FMK

Oplægsholder:

Ditte Victoria Borggreen, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, <Ditte.Victoria.Borggreen@regionsyddanmark.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Bodil Grøn, Pleje & Sundhed, Fredericia Kommune, <Bodil.Gron@fredericia.dk>

Hovedbudskaber:

1. FMK bidrager til bedre samarbejde om borgerne.
2. Vurdering/revurdering af arbejdsgange skal der til.
3. Styr på digital signatur er en nødvendighed.

Beskrivelse:

Overalt i regionerne, på sygehusene samt i lægepraksis er man i gang med at implementere FMK.

Det Fælles Medicin Kort skal medvirke til at øge kvaliteten i medicingivningen og hindre utilsigtede hændelser. Ofte sidder forskellige instanser inde med forskellige oplysninger vedr. borgerens medicin.

FMK sikrer at alle har adgang til de samme oplysninger. Kommunerne har indgået aftale om implementering af FMK i deres omsorgssystemer inden udgangen af 2014. I mellemtiden er det dog ingen hindring at benytte FMK-Online. Fredericia Kommune har i samarbejde med Region Syddanmark gennemført et pilotprojekt, for at undersøge hvad der egentlig skal til for at benytte FMK-Online i en periode indtil FMK-implementeringen i omsorgssystemet. Derved opnås erfaringer med, hvilke nye arbejdsgange der skal tages stilling til samt hvilke muligheder FMK giver. Når FMK så er implementeret i omsorgssystemerne vil det være meget let at tage i brug, da arbejdsgangene og samspillet med omverdenen allerede er på plads.

Motivation:

Kommunerne står overfor at få implementeret FMK i omsorgssystemerne. Hermed kan kommunerne nu hurtigere få et overblik over borgerens medicin. Mange kommuner har gennemgået borgerens medicin årligt, men nu får de mulighed for at følge med dagligt. Derfor er det naturligt at overveje, hvorledes man fremover vil håndtere gennemgang af borgerens medicin, samt se på det samarbejde mellem kommune og praktiserende læger/speciallæger samt evt. sygehuser, der udspiller sig omkring borgeren.

Implementering af FMK i omsorgssystemerne hindrer ikke i sig selv utilsigtede hændelser, det skal understøttes af arbejdsgange.

Oplægget:

Vil omhandle de erfaringer projektet har haft i forbindelse med indførelse af FMK-Online i Fredericia Kommune. Der redegøres for erfaringer vedr. håndtering af digitale signaturer, som en intern arbejdsgang, der "ikke kan vente" og for erfaringer vedr. håndtering af medicingennemgang, samt frekvensen.

Hvordan kan strukturering af CAVE-oplysninger forbedre patientsikkerheden?

Oplægsholder:

Knut Bernstein, MEDIQ, <kb@mediq.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Kell Greibe, National Sundheds-it, <KEG@sst.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et forslag til, hvordan CAVE-begrebet kan afgrænses
2. Eksempler på, hvordan struktureret CAVE kan udnyttes regionalt, nationalt og internationalt
3. Et forslag til, hvordan CAVE kan standardiseres og struktureres

Beskrivelse:

Oplysninger, som er specielt vigtige ud fra et patientsikkerhedssynspunkt, og som behandlere skal være særligt opmærksomme på registreres traditionelt under rubrikken "CAVE". Hvis en medikamentel allergi eller en anden form for alvorlig allergi overses, er det potentielt livstruende for patienten. En opdateret, entydig, valid og let tilgængelig cave-information, som klinikerne anvender og har tillid til, er afgørende for høj kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen.

Der er imidlertid i Danmark ikke enighed om, hvad CAVE-begrebet omfatter, og hvordan det skal bruges i EPJ. I regionerne registreres CAVE ofte i flere forskellige systemer samt på papir – med risiko for inkonsistente data. Nationale initiativer til at etablere en oversigt over patientens CAVE, har indtil nu bygget på oplysninger i fri tekst – og det er dermed ikke muligt at genbruge data, eller benytte dem til beslutningsstøtte.

Motivation:

Der er igangsat initiativer på regionalt, nationalt og internationalt niveau, som søger at forbedre patientsikkerheden ved at skabe et struktureret og standardiseret datagrundlag for CAVE.

Region Hovedstaden har gennemført en analyse af, hvordan CAVE-registreringen kan konsolideres i regionen. Analysen konkluderer, at CAVE fremover kun bør registreres med høj strukturering i medicinmodulet, og ikke i som fri tekst EPJ eller i andre systemer. Til gengæld udvikles et modul, således at CAVE-oplysningerne fra medicinmodulet, kan fremvises i EPJ eller andre systemer.

National Sundheds-it har igangsat et projekt med henblik på at udvikle en national service for beslutningsstøtte til medicinering, som en overbygning på FMK (Fælles medicinkort). Dette indebærer, at der også etableres et nationalt CAVE-register. Ved en medicinordination er det planen at servicen kan benytte CAVE-registeret til at kontrollere lægemiddel-CAVE, allergi mod beslægtede lægemidler (kryds-CAVE) samt interaktion med patientens øvrige medicin.

En sådan service bygger på indberetning af CAVE fra patientens EPJ, og kræver derfor at CAVE-informationen er struktureret og standardiseret. Projektet omfatter desuden udarbejdelse af en Dansk lægemiddelterminologi, således at bl.a. alle lægemidlernes styrker, dosisform og indholdsstoffer fremgår entydigt. Og her slår ATC-koderne eller medicinpriser tabellerne ("Taksten"), som benyttes i dag, ikke til.

Internationalt arbejder man med tilsvarende problemstillinger. En international standard for, hvilke data CAVE bør indeholde – som bygger på et omfattende analysearbejde fra Sverige – er foreslået. Den internationale standard HL7 indeholder en standard for udveksling af CAVE-data. Det europæiske projekt epSOS, som arbejder med udveksling af recepter, peger også på behovet for en forbedret lægemiddelterminologi, som gør det muligt at harmonisere lægemiddel-data på europæisk niveau.

Indlægget:

Indlægget viser hvordan den uhensigtsmæssige registrering af CAVE udgør en risiko for patientsikkerheden. Et forslag til standardisering og strukturering af CAVE præsenteres. Eksempler på, hvordan en struktureret CAVE kan udnyttes på regionalt og nationalt niveau gennemgås.

Lokationsbaseret overblik på enterprise niveau i sundhedssektoren – arkitekturer og applikationer

Oplægsholder:

Jan Mark, CSC Scandihealth, <jmark5@csc.com>

Hovedbudskaber:

1. Lokationsbaserede services giver helt nye muligheder for at optimere og skabe sammenhæng i patientbehandlingen
2. Specialiseringen i sundhedsvæsenet fører til øgede logistiske udfordringer, der kan understøttes gennem anvendelse af lokationsbaserede services og fælles arkitekturer.
3. Der findes mange eksempler fra udlandet og fra andre sektorer på, hvorledes lokationsbaserede services kan optimere flows og beslutningsprocesser.

Beskrivelse:

Motivation

Sundhedssektoren har en lang tradition for automatiseret datafangst. Opsamling og dokumentation af en lang række måleparametre fra måleudstyr indgår som en naturlig del af kliniske systemer. I disse år sker der en eksplosiv udvikling i en række generelle teknologier, der i løbet nogle år må forventes at revolutionere mulighederne for at udnytte automatisk opsamlede data i optimering af patientbehandling og pleje. Teknologier anvendt omkring lokationsservices som GPS, accelerometre, rfid og wifi, og deres enorme udbredelse giver nye muligheder for at udnytte geospatiale informationer i såvel logistisk som behandlingsmæssigt øjemed.

De nye teknologier er i modsætning til traditionelt måleudstyr spredt ud i en myriade af enkelte devices, hvor det enkelte device ikke længere nødvendigvis er under den sundhedsfaglige organisations kontrol. De findes tilgængelige i nærheden af såvel medarbejdere, patienter, hjælpemidler og andet inventar og muliggør en effektiv informationsudveksling i en række situationer, der indtil for nylig var dyrt at understøtte.

Den øgede centralisering og specialisering af sygehusvæsenet betyder at de logistiske udfordringer internt på sygehusene vil øges. Desuden befinder flere og flere patientkategorier sig udenfor de behandlende enheders fysiske lokationer, hvorfor de logistiske udfordringer for disse patientgrupper også vil være stigende de kommende år.

De nye sygehusbyggerier giver en mulighed for at planlægge med anvendelse af lokationsbaserede services i helt nyt omfang, men samtidig er der også behov for udnyttelse af dem i den øvrige del af sundhedssektoren, og for en samlet arkitektur omkring dem.

Problem

De nye muligheder åbner naturligt for behovet for at besvare en række problemstillinger:

- Hvilke IT-arkitekturer kan anvendes for at understøtte anvendelsen af lokationsbaserede services i multiple, dynamiske og mobile enheder
- Hvilke visualiseringsteknikker og interaktionsteknikker giver effektiv værdiskabelse af geospatiale data i sundhedssektoren?
- Hvilke applikationer, kan vi forvente, dukker op?
- Hvilke etiske og lovgivningsmæssige udfordringer skal løses?

Indhold

Indlægget belyser, hvorledes arkitekturer og infrastrukturer kan bygges til udnyttelse af lokationsservices i tæt sammenhæng med kendte applikationer. Det diskuteres hvorledes der kan træffes bedre logistiske og behandlingsmæssige beslutninger med eksemplificeret med internationale erfaringer fra både sundhedssektoren og andre brancher.

Indlægget diskuterer ligeledes hvilke arkitektoniske forudsætninger, der skal være på plads for en reel udnyttelse.

Kan juraen følge med innovationen inden for sundheds-it?

Oplægsholder:

Kenneth Mikkelsen, KMD Healthcare, <kmi@kmd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Bente Jensen, KMD Healthcare, <ben@kmd.dk>

Birgitte Nielsen, KMD Healthcare, <bn@kmd.dk>

Dorthe Højer Paaske, KMD Healthcare, <dhp@kmd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Der er behov for adgang til data fra mobile enheder.
2. For at fremme innovationen indenfor digitalisering af sundheds- og omsorgssektoren har vi behov for sikre log-in løsninger på mobile enheder.
3. Hvor langt er vi i Danmark – og kan løsningerne anvendes internationalt?

Beskrivelse:

Udmøntningen af digitaliseringsstrategien skal sætte borgerne i stand til at betjene sig selv ved brug af mobile enheder som smartphones og tablets.

Vi har dog nogle udfordringer i Danmark, som udfordrer innovationen indenfor sundheds-it. Det drejer sig bl.a. om sikker log-in, hvor kravet om to-lags løsning ikke kan imødekommes på mobile enheder.

KMD ønsker at kunne tilbyde services på mobile enheder, hvilket vil kunne øge fleksibilitet, effektivitet og mobiliteten positivt hos både borgere og sundhedsprofessionelle. Ved brug af forskellige services vil borger og sundhedsprofessionelle få adgang til medicinoplysninger fra FMK, borgerens dagbogsnotater, målinger som fx blodtryk/vægt, journalnotater, videokonsultationer mm. Disse services fungerer uafhængig af valgt EOJ/EPJ system, for data hentes og videregives til nationale services, der stilles til rådighed af NSI og MedCom og afvikles på mobile enheder.

Der er dog et par større udfordringer, der skal løses først: Sikkerhed i Log-In løsning på mobile enheder og adgang til viden om, hvem, der må få adgang til data.

Når persondata digitaliseres bliver de mere tilgængelige og dermed øges risikoen for misbrug, men også muligheden for videndeling og effektivisering af arbejdsprocesser. Hvis vi skal høste disse fordele må vi have løsninger, der virker på mobile enheder.

Lovregulering af adgang til sundhedsdata er en nødvendighed, men nationalt er der behov for sikre og tilgængelige løsninger, der understøtter både lovens intentioner, patient empowerment og shared care.

Behandlerrelationen og borgerens samtykke skal dokumenteres og informationen skal være tilgængelig i de situationer, hvor informationer videregives eller indhentes. Den Nationale Service Platform (NSP) giver adgang til sikkerhedsservices, der kan give de nødvendige informationer om behandlerrelation, stamdata mm. Men anvendelsen af disse sikkerhedsservices kræver en sikker log-in.

For at kunne dokumentere en behandlerrelation er det nødvendigt at identificere den person, der forespørger på information. Og her burde en fælles-offentlig log-in løsning være svaret – ikke mindst fordi et højt sikkerhedsniveau er helt afgørende, når log-in giver adgang til personfølsomme data. Det offentlige har valgt NemID som grundlag for offentlige selvbetjeningsløsninger som fx Fælles Medicin Kort og Sundhed.dk. Men teknikken kommer til kort i en tid, hvor pc'en hastigt afløses af mobile enheder såsom smartphones.

Digitaliseringsstyrelsen har i marts 2012 afsluttet en undersøgelse af de tekniske og sikkerhedsmæssige muligheder for at overføre NemID til mobile platforme. Konklusionen på undersøgelsen er, at NemID ikke kan overføres til mobile platforme med et sikkerhedsniveau svarende til den nuværende NemID-løsning på pc. Det er ganske enkelt ikke teknisk muligt at anvende Java appletteknologien på mobile enheder.

Analysen viste dog to andre muligheder:

- en løsning til mobile platforme med et lavere sikkerhedsniveau til udvalgte tjenester eller ikke-personfølsomt indhold
- en fællesoffentlig "borger.dk"-app, hvor sikkerhedsniveauet kan opretholdes med stram styring og kontrol af app'en.

Indlægget vil argumentere for at både borgere og sundhedsprofessionelle har behov for at frigøre sig fra pc'en og have adgang til sundhedsdata på mobile enheder. Der vil i indlægget blive problematiseret over behovet for en fælles-offentlig løsning, der sikrer at kun borgeren selv eller parter med et behandlingsansvar og/eller samtykke kan få adgang til data samt behovet for at løsningen tænkes ind i internationale sammenhænge.

Fælles Medicinkort - en fantastisk idé - hvornår er det her?

Oplægsholder:

Hans Henrik Bøttger, IT-stab, Region Midtjylland, <hhb@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. FMK er et kommunikationsmiddel - ikke et dokumentationsmedie eller et kontrolorgan
2. På trods potentialet for patienternes sikkerhed og en forbedret udveksling af data mellem sektorerne er det ikke lykkedes at overholde tidsfristerne, fordi der ikke er enighed om målet.
3. FMK er udtænkt og planlagt af klinikere - overtaget af staten. Statslige it projekter går sjældent godt. Der er for langt fra Islandsbrygge til hospitalsgangen og paktiserende læge

Beskrivelse:

Fælles medicinkort er en rigtig god idé. At sikre en hurtig kommunikation af patienternes medicin mellem praktiserende læge, kommunal hjemmepleje og hospitalsafdelingerne. FMK er et højprofileret projekt fra centrale myndigheders side. Der er bevilget betragtelige statslige midler til det. Det er så godt et projekt, at det modtog statens digitaliseringspris for 2011. Det var aftalt mellem alle interessenter, at det skal være i drift ved udgangen af 2011.

Nu ser det ud til, at det ikke er ibrugtaget bredt inden udgangen af 2012. Det giver anledning til at stoppe op og reflektere lidt over, hvorfor er det gået så galt i dette projekt; det er jo en fantastisk idé. Det er ikke gået som planlagt, ligesom i mange andre statslig it-projekter. Fra sundhedssektoren kendes en anden fremragende idé: G-EPJ - en rigtig god idé; det gik også galt.

Det vil være godt at tage lidt læring af at studere hvad der er sket i FMK projektets historie. Hvad er gået galt?

FMK er en gammel idé. Den startede som et ønske om at forbedre PEM'en. Det var erkendt, at den ikke kunne levere den kvalitet i informationerne om patienternes medicin som blev ønsket af praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne. Den kritik af PEM'en greb MedCom og etablerede et projekt i MedCom5. Det indledende møde i projektet blev holdt i Odense 15/6-2006. I forbindelse med reorganisering af sundhedsvæsenet og oprettelsen af SDSD overgik styringen af projektet fra MedCom til Lægemiddelstyrelsen - og senere til SDSD - og nu NSI. Det betød at projektet har ændret karakter fra en brugerstyret pragmatisk kommunikationsprojekt til et stort program med styregruppe, bevillinger på Finansloven og mange eksterne konsulenter tilknyttet. Der er truffet en række tekniske og organisatoriske beslutninger, som har været med til at flytte fokus fra det primære formål: hurtig og sikker udveksling af patientens medicininformationer mellem aktørerne i sundhedsvæsenet.

- Brug af digital signatur
 - Ingen tilførsel af værdi
 - Vanskelig organisatorisk øvelse for alle medarbejdere
 - Dyre teknisk komplicerede mobilitetsløsninger
- Etablering og implementering af NSP
 - Til afbødning af digitale signaturers uhensigtsmæssigheder
 - Kun FMK supporterer NSP
 - Ingen governanceplan
 - Forsinkede leverancer
 - Ingen mulighed for test
- Dårlig organisatorisk og juridisk implementering
 - Urealistisk businesscase
 - Urealistiske antagelser om brugsmønstre ("Anbefalede arbejdsgange")
 - Dårligt forberedt lovgivningsmæssigt (Sundhedsloven og Bekendtgørelsen)
 - Forhindrer adækvat testmulighed
 - Forhindrer fejlsøgning og support
 - Markering af indlæggelse knyttet til manuel håndtering
- Mangel på muligheder for test og fejlsøgning
 - Intet produktionsnært testmiljø
 - Dyrt og dårligt testsetup – ikke realistisk
 - Ingen adgang til log ved fejlsøgning Fejl findes i produktion
- Ikke færdigt datagrundlag til klinisk brug
 - Understøttes ikke lægens medhjælp i den komplekse hospitalsorganisation
 - Ingen understøttelse af klinikers brug af kosttilskud og vitaminer som forudsætning for lægemiddelbehandling
 - Ingen understøttelse af dosisdispenseret medicin
 - Ingen understøttelse af komplekse medicineringer, optrapninger og nedtrapninger.

FMK er en fremragende idé til gavn for patientsikkerheden. Tiden er nu inde til at stoppe op og få FMK på ret kurs igen. De ambitiøse mål om fuld drift i 2011 blev ikke nået. Det reviderede mål om 2012 holder heller ikke. Måske skulle målene ændres. Give projektet tid til at komme tilbage på sporet. Men FMK er kun til kommunikation – ikke til andre formål. Dokumentation af patientens medikamelle behandling ligger i journalen – hos lægen eller på hospitalet.

Klinisk Oversigt over e-journal data skal hjælpe i planlægningen af patientforløb

Oplægsholder:

Ulrich Andersen, Region Sjælland, <ula@regionsjaelland.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

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

Jens Rahbeh Nørgaard, MedCom, <jrn@medcom.dk>

Anette K. Østerkjerhuus, Region Sjælland, <akos@regionsjaelland.dk>

Ulf Nielsen, Nhumi, <ulf@nhumi.com>

Espen Semb, Imatis, <espen.semb@imatis.com>

Carsten Vrang, Region Sjælland, <cv@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Data-navigation er essentiel i en verden hvor adgangen til information vokser eksplosivt
2. E-journal data kan nu tilgås via webservice
3. I et sammenhængende klinisk overblik-IT-system skal det være muligt at hente relevante kliniske vejledninger og anvende indholdet til at instantiere standardforløb i een arbejdsgang

Beskrivelse:

Motivation

Udviklingen i informations og kommunikations teknologien regionalt og nationalt tilbyder i disse år i stigende grad adgang til data fra mange enkeltstående systemer.

Hvis denne information skal bidrage til at imødekomme kravene om effektivisering og kvalitetsforbedring af sundhedsydelserne kræver det filtrering og sammenstilling af informationen på måder, der rækker ud over de enkelte fødesystemers egen perspektiver.

Der er derfor brug for nye navigationsredskaber, der kan lede brugerne hurtigt og præcist frem til kontekst-relevante data og dermed beskytter mod informations-overload.

Planlægningen af patientforløb bør sikre en ensartet behandling på det højeste mulige niveau.

Problem

Den lette adgang til store mængder af data truer med at begrave brugerne i information. Forholdet mellem signaler og støj truer med at skabe forvirring i stedet for viden. Herunder at instrukser forbises med risiko for at patientsikkerheden forringes.

Indlægget:

Efter en kort orientering om projekt Klinisk Overblik bliver systemet demonstreret. Der er tale om et system der anvender e-journaldata, tilgås dem via en sikker webservice, klassificere informationen vha en standard terminologi og viser dem i en web-distribueret applikation sammen med blandt andet. vejledninger og instrukser.

Løsningen er en kombination af:

- Et nationalt data-repository (e-journaldata)
- Webservice til (Medcom)
- Terminologiservice (Nhumi)
- Vejledningsservice
- Brugergrænseflade (Imatis)

Data forbliver i kilden, men vises i lokale systemer ved hjælp af diverse services. Hermed instantierer systemet den nationale sundheds-it-strategi.

Vi gennemgår et konkret patientforløb fra ankomst på sygehuset, til udarbejdelse af de første planer. Der vil være fokus på præsentationen af data og deres sammenstilling.

I løbet af gennemgangen vil det blive tydeligt at der har været fokus på enkelthed for brugerne, selvom udviklingen har været kompliceret.

Afslutningsvis opsummeres nuværende anvendelsesgrad og klinikernes accept af systemet. Endvidere vil statistikker fra e-journal loggen kortfattet blive gennemgået.

Hvordan er 'Den Danske EPJ' evalueret? Gennemgang af de danske EPJ-evalueringer i perioden 1987 - 2008

Oplægsholder:

Jens Erik Warfvinge, Aarhus Universitets Hospital, <jwarfvinge@yahoo.com>

Hovedbudskaber:

1. Der er ikke en generelt accepteret måde at evaluere EPJ på i Danmark, stort set alle bruger deres egen metode
2. Negative evalueringer er næsten ikke eksisterende. Der evalueres næsten aldrig på økonomi, funktionalitet eller kvalitet.
3. Evalueringer af klinisk brug af EPJ, læses sjældent af andre og bruges aldrig i nationale evalueringer.

Beskrivelse:

Indlægget udspringer af mit masterprojekt på Aalborg Universitet i Sundhedsinformatik (afleveres ultimo maj 2012): "EPJ i Danmark før regionsdannelsen i 2007. En undersøgelse af evalueringer af Elektronisk Patientjournal i klinikken" Vejleder Rolf Nikula. Jeg sender gerne et eksemplar allerede nu, da det stort set er færdigt.

Opgaven indeholder en gennemgang af den danske epj-historie op til ca. 2008 (med lidt op til 2012) for at identificere projekter og dermed de evalueringer der er lavet.

Dernæst en gennemgang af evalueringer og rapporter jeg har kunnet finde med henblik på at identificere metode og teori. Hvilke emner der er evalueret på og hvilke der ikke er evalueret på, og om evalueringen er læst/citeret af andre.

Endelig et forsøg på at forklare hvorfor evalueringer skrives som de gør og hvad de efterfølgende bruges til, ud fra skrifter fra Magtudrenings projektet.

Til allersidst en grundigere historisk gennemgang af specielt interessante emner i den danske epj-historie: HEP-projektet, EPJ-Observatoriet, G-EPJ m.fl. og afsluttet med en lang litteratur liste over de publicerede danske skrifter om epj.

Jeg vil gerne gennemgå mine resultater omkring evalueringspraksis i perioden, da det matcher ovenstående tema. Hvis det ønskes kan jeg godt gennemgå det på engelsk.

Jeg har identificeret 111 evalueringer af klinisk brug af EPJ i Danmark i perioden, af dem er det lykkedes mig at få fat på de 95. Af de 111 er 94 lavet af amter/sygehuse, de sidste 17 er skrevet på universiteter og læreanstalter.

De lokaliserede rapporter bruger 26 forskellige metoder, og er alle, bortset fra én, kvalitative eller kombinations design (mixed method). Hos de 27 der bruger spørgeskema, varierer antallet af spørgsmål mellem 3 og 120, med et gennemsnit på 32.

Syv af de 27 opgiver ikke svarprocent, hos resten svinger den mellem 32% og 92%, dog er der enkelte undersøgelses spørgsmål, hvor svarprocenten er nede på 10%.

På samme måde med interview, der bruges i 45 af rapporterne, her angives: telefon interview, focusgruppe interview, enkelt-persons interview, forskellige grader af strukturerede interview og forskellige interview guides og der bruges dagbøger.

Der er en række emner der aldrig berøres (funktionalitet, økonomi, kvalitetssikring mm.), og fiaskoer evalueres aldrig offentligt.

Ingen af de nationale epj-rapporter bruger i øvrigt disse evalueringer.

Pointen er, at disse evalueringer er den eneste reelle viden, vi har om hvordan epj fungerer og hvad vi som skatteyderer får for vores skattepenge; men hvis de ikke kan sammenlignes og de ikke citeres, hvad er så deres samfundsmæssige værdi?

Den tværfaglige patientjournal i Region Nordjylland. Fra ustruktureret fritekst dokumentation til standardiseret basisjournal. Tanker og erfaringer

Oplægsholder:

Uffe Niebuhr, Medicinsk Center, Aalborg Sygehus, Region Nordjylland, <un@rn.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Jette Nielsen, IT Projekt og Strategi, Koncern IT, Region Nordjylland, <jeln@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Tværfaglighed, ensartethed og genkendelighed på tværs i regionen kendetegner patientjournalen i region Nordjylland
2. Standardisering, strukturering og minimering af dobbeltindtastninger af den kliniske dokumentation er en forudsætning i Region Nordjyllands patientjournal
3. Den tværfaglige patientjournal skal understøtte kvalitet og ensartethed i det kliniske arbejde og i den kliniske dokumentation

Beskrivelse:

I Region Nordjylland blev der taget udgangspunkt i "Business Case for EPJ – 2008" da arbejdet med sundhedsfagligt indhold til den tværfaglige patientjournal blev igangsat. Business Casen omhandler især 3 direkte effekter for sundhedsfagligt indhold ved indførsel af EPJ:

1. Tilstedeværelsen af hele patientjournalen via ét system
 - a. Region Nordjyllands valg af system sikrer, at alle dele af patientjournalen kan tilgås fra ét system, ligeledes tredjeparts systemer fx laboratoriesystem og røntgensystem.
2. Genbrug af data
 - a. For at sikre så højt et niveau af genbrug af data på tværs i region Nordjylland besluttede regionen at patientjournalen består af en basisdel og en specialespecifik del:
 - i. Basisdelen indeholder generelle opsætninger, hvori det generiske patientforløb kan dokumenteres. Opsætningerne skal kunne bruges på tværs af alle specialer, fx til registrering af værdier, tidlig opsporing af kritisk sygdom og journaloptagelser. Der tages udgangspunkt i eksisterende materiale, kvalitetsstrategier (fx Den Danske kvalitetsmodel) og klinikkens dokumentationsbehov uden, at der sættes "strøm til papir" således, at det elektroniske medies løsninger anvendes optimalt i opsætningerne.
 - ii. Den specialespecifikke del tager udgangspunkt i specialets dokumentationsbehov udover basisdelen, sygdomsforløb og standardiserede patientforløb indenfor de enkelte specialer fx akutjournaloptagelse og triagering.
 - b. Klinisk information skal kun registreres i patientjournalen én gang og kan bruges af alle faggrupper i forskellige sammenhænge, når de udfører forskellige opgaver, som er baseret på samme patientdata. Dobbeltregistreringer skal undgås.
 - c. 'Kliniske oversigter' specielt designet til særlige formål skal præsentere klinisk information registeret af alle faggrupper men samlet i ét skærm billede.
 - d. Over tid er der blevet mere og mere fokus på mulighed for udtræk af data til forskning og indberetning til kvalitetsdatabaser fx NIP. Dette er et fremtidigt mål med region Nordjyllands patientjournal.
3. Struktureringsgrad af data
 - a. De politiske/strategiske forventninger til tidsrammen sætter sine begrænsninger for hvilket granuleringsniveau, der kan dykkes ned på. Der skal leveres resultater hurtigt, og det betyder, at der nødvendigvis må arbejdes på et mere overordnet niveau.
 - b. Det betyder, at der primært anvendes fritekst dokumentation under nøgleord. Men udviklingen drejer i retning af højere og højere strukturering.
 - c. Der skal være tværfaglige registreringer og visninger hvor det giver mening og der må også udarbejdes monofaglige registreringer og visninger.
 - d. Parallelle journaler må ikke forekomme.

Motivation:

Indlægget holdes da Region Nordjylland står foran opgaven at sætte resultater af arbejdet i drift i hele Region Nordjylland. Til dato har arbejdet været pilottestet på et afsnit og et mindre sygehus, og en 'fuld pilottest' i flere afsnit bredt i regionen er planlagt til efteråret 2012. Indlægget belyser således anvendte arbejdsmetoder, udfordringer og resultater. Der vil blive præsenteret eksempler fra såvel basisdelen og den specialespecifikke del af Region Nordjyllands patientjournal.

It-understøttelse af den kliniske logistik

Oplægsholder:

Esben Wolf, Region Midtjylland, <esben.wolf@stab.rm.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Ove Gaardboe, Region Midtjylland, Regionshospital Horsens, Akutafdelingen., <ove.gaardboe@horsens.rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et perspektiv på it-understøttelse af den kliniske logistik.
2. Hvordan man formulerer krav om og indgår kontrakt med en leverandør om noget, som vil være under permanent forandring og udvikling.
3. Hvordan man sikrer en løbende brugerinddragelse i udviklingen af it-understøttelse af den kliniske logistik.

Beskrivelse:

It-understøttelse af den kliniske logistik

Region Midtjylland har, når e-sundhedsobservatoriet løber af stabelen, gennemført et udbud af it-understøttelse af den kliniske logistik. Dette udbud er gennemført som en såkaldt "konkurrencepræget dialog" - en udbudsform, man kan anvende, når det udbudte er meget komplekst.

Det var klart fra begyndelsen af, at de eksisterende løsninger på it-understøttelse af den kliniske logistik ikke er færdige produkter. Dels er it-understøttelsen af den kliniske logistik et forholdsvis nyt område og dels er den kliniske logistik under stadig forandring. Det er mao. ikke en hyldevare, vi har behov for. Regionen har snarere behov for en strategisk samarbejdspartner med et fungerende system, som kan danne grundlag og udgangspunkt for videreudvikling.

Undervejs i processen har vi gjort os nogle tanker om klinisk logistik, om it-understøttelse af den kliniske logistik og om, hvordan man sikrer sig en kontrakt, der gør et dynamisk og innovativt samarbejde mellem leverandør og region om videreudvikling mulig.

Klinisk logistik

Den kliniske logistik, forstået som produktionsflow med tilhørende informationsflow, eksisterer, uanset om vi er opmærksomme på den eller ej. Der kan være tale om god eller mindre god klinisk logistik, og den manifesterer sig antagelig bl.a. som mere eller mindre tilfredse patienter og medarbejdere.

Klinisk logistik dækker hele forløbet fra en person bliver patient og til personen ikke længere er patient igen – og måske længere endnu. Der tales her om "det lange sygehus", hvor altså både det præhospitale og det posthospitale er omfattet. Klinisk logistik dækker derimod ikke hele det logistiske felt. Der findes således andre, men tilgrænsende former for logistik – varelogistik, transportlogistik, servicelogistik m.m. Disse logistikaspekter danner mere eller mindre præcist definerbare grænseflader til den kliniske logistik.

Barriererne for en god klinisk logistik er typisk de mange forskellige forhold, som kan bevirke, at "den højre hånd ikke ved, hvad den venstre gør". De mange forskellige aktører er adskilt fra hinanden i tid og rum, og har ingen eller for lidt viden om hinandens planer og aktiviteter. Man kan måske sige, at hvis alle de aktører, der skal bidrage til en given proces, kan være i samme rum og har et overskueligt antal, behøver man ikke at bekymre sig særligt om at systematisere logistikken. Sådan kan man imidlertid ikke karakterisere det moderne sygehus.

For at få skabt en god klinisk logistik, skal vi med andre ord gøre det moderne sygehus "gennemsigtigt". Dermed har vi to centrale metaforer for den kliniske logistik: "Det Lange Sygehus" og "Det Gennemsigtige Sygehus".

It-understøttelse

It-understøttelse af den kliniske logistik skal derfor bidrage til at skabe både sammenhæng og transparens. Informationer om hændelser i produktionen skal straks tilflyde de aktører, som har behov for dem – på det tidspunkt, det sted og den måde, som skaber størst værdi for de pågældende aktører og for sygehuset/regionen samlet set.

It-understøttelse af den kliniske logistik skal levere dette bidrag på den absolut mest arbejdsøkonomiske måde. Genbrug af data, automatisering, brugervenlighed og kontekst-opmærksomhed er nøgleord i den forbindelse.

Strategisk samarbejde

En kvalificeret it-understøttelse af den kliniske logistik kræver et dynamisk forhold mellem det teknisk mulige og det funktionelt ønskelige. Samarbejdet mellem leverandør og kunde skal derfor være præget af tillid, åbenhed og forståelse. Begge parter skal tage initiativ til innovation og udvikling, hver part skal kunne udfordre den anden og begge parter skal kunne tage ejerskab til resultaterne. Det strategiske samarbejde skal have en juridisk klar, men dynamisk, organisatorisk ramme.

Webbooking - en vej til patient empowerment?

Oplægsholder:

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

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Thea Boje Windfeldt, Hospitalsenheden Horsens, <theawind@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Patienter er glade for muligheden for selv at kunne bestille og ændre tid
2. Webbooking ændrer arbejdsopgaverne på hospitalet: Fra telefonpasser til planlægger af udbud af ledige tider
3. Med webbooking kan og skal vi gentænke hele strategien for at kommunikere med patienten

Beskrivelse:

Muligheden for at booke tider online på et hospital er banebrydende. Webbooking giver en forbedret service for patienterne og samtidig giver det en langt smidigere administration på hospitalet. Regionshospitalet i Horsens startede med et pilotprojekt, men udvidede snart omfanget af webbooking til hele hospitalet, således at alle patienter kan se alle aftaler. I takt med, at de enkelte afdelinger åbner op, vil patienterne både kunne booke og ændre tider. Hospitalet er nu ved at udvikle Webbooking 2.0 for at udvide kommunikationen med patienten. Hospitalsenheden Horsens (HEH) sat gang i det ambitiøse initiativ "Fra patient til borger – fremtidens sygepleje", der på sigt kan komme til at vende op og ned på hele tankegangen indenfor sundhedsvæsenet. Webbooking tænkes at være en måde der kan være med til at understøtte dette initiativ. Antagelsen er, at en ressourcestærk patient, som "får lov til" og bliver hjulpet med at anvende sin egen kapacitet giver bedre kvalitet – både fagligt, patientoplevelse og organisatorisk. Det antages igen at bidrage til et reduceret ressourceforbrug, og samtidig får personalet mere tid til de patienter, der er knap så ressourcestærke.

Motivation:

Som Innovationshospital i Region Midtjylland er Hospitalsenheden Horsens hele tiden på udkig efter nye måder at arbejde på til gavn for patienterne. Hospitalsenheden satser meget på at få patienterne mere med i behandlingsforløbet. Det vil gavne os alle, hvis man som patient kunne få mulighed for at være en mere aktiv medspiller. Webbooking er et skridt på vejen mod flere muligheder for patienterne.

Oplægget:

Oplægget beskriver erfaringerne fra pilotprojektet vedr. webbooking på udvalgte afdelinger på Regionshospitalet i Horsens. Oplægget gennemgår erfaringerne fra pilotprojektet.

Efter pilotprojektet har Regionshospitalet i Horsens lukket op for webbooking for hele hospitalet. Dette betyder at alle patienter der behandles på hospitalet nu kan se deres aftale – og på udvalgte afdelinger endvidere booke og ændre deres aftaler.

Men Regionshospitalet i Horsens stopper ikke her. Sammen med leverandøren er man i gang med at udvikle Webbooking 2.0. I den nye version bliver det muligt for patienten at få en tættere kommunikation med den afdeling patienten skal til undersøgelse / behandling på. I udvalgte tilfælde bliver det derudover muligt for patienten at udfylde spørgeskemaer før besøget på hospitalet. Endelig overvejer man at åbne Webbooking for vagtlæger, så de kan bruge systemet til at booke subakutte tider (i stedet for at indlægge patienter)

Europas bedste e-sundhedsløsning er dansk udviklet

Oplægsholder:

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

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Patrick Hulsen, Daintel Aps, <ph@daintel.com>

Hovedbudskaber:

1. Specielafdelinger har brug for special IT systemer
2. Specialsystemerne skal fungere i integreret samspil med 'store' brede EPJ løsninger
3. Critical Information System fra Daintel er et godt eksempel på et velfungerende IT system til intensiv og anæstesi

Beskrivelse:

Critical Information System, CIS by Daintel, er udviklet af det danske IT firma Daintel. Systemet er udviklet til Critical Care, specifikt intensiv og anæstesi.

CIS er på få år blevet det mest udbredte IT system til intensivafdelinger og har i dag en markedsandel på 50 procent af alle danske intensive behandlingspladser.

CIS er har i maj 2012 vundet 1. præmien som EUs bedst E-sundhedsløsning udviklet af en SME (small medium enterprise) ved HIMSS E sundhedstopmødet i København.

CIS består af 4 moduler:

CIS journal giver et komplet overblik over den enkelte intensivpatient: en kronologisk oversigt over behandling, samt specifikke visninger for de enkelte kliniske hovedområder og de enkelte organer.

Patientens status og behandlingsplan opdateres løbende, kliniske scoring af den enkelte patient er automatisk opdateret og billeder og observationer kan tilføjes patientjournalen med blot en enkelt klik. Vagtrapporten opsummerer den seneste kliniske vurdering af, og behandlingsplan for, patienten og genereres automatisk af CIS Journal modulet. Nem og hurtig adgang til historiske data giver brugerne adgang til tidligere diagnoser og behandlinger eller detaljeret gennemgang for hvert hovedorgan.

Det elektroniske medicineringsmodul sikrer en komplet og overskuelig visning af den enkelte patients mediciner, som gør det muligt for læger og sygeplejersker at gruppere behandling og mediciner på måder, som er relevante i forhold til den enkelte patients situation og ud fra den givne kliniske kontekst.

CIS EMM gør læger i stand til at administrere alle former for lægemidler som findes på intensivafdelingen med udgangspunkt i mere end 150 klinisk validerede behandlings-protokoller og 1000 doseringsforslag, som er udviklet i samarbejde med Daintel's Medical Advisory Board, der tæller medlemmer fra mere end 11 intensivafdelinger i Danmark. Alle CIS moduler er fuldstændigt integrerede.

Dette betyder, at ændringer i patientens tilstand, som registreres i EOS, automatisk indgår i ændrede behandlings- og medicineringsforslag for den enkelte patient.

CIS EOS, Elektronisk observationsskema Det elektroniske observationsskema sikrer, at alle vitale patientdata er tilgængelige i CIS og der bliver vist på en måde, der er klinisk relevant for den enkelte patient alt afhængig af hans status og diagnose.

Med CIS EOS sikres:

- Fuld integration af alt nuværende og fremtidigt medicinsk udstyr på afdelingen,
- Opsætning af ønskede visninger af patientdata,
- Fuld integration med øvrige CIS moduler (Data fra CIS EOS overføres ved blot et enkelt klik til CIS Journal),
- Fuld integration med Cosmic,
- Løbende opdateringer af CIS EOS og integrationer med andre CIS og HIS moduler via en

Regional CIS Server:

- Kapacitetsoverblik for samtlige intensivafdelinger,
- Unikke muligheder for koordinering og styring af den samlede intensivkapacitet i en region og nationalt,
- Gnidningsløs deling af data mellem de enkelte afdelinger og give

HealthTerm App – støtter klinikere i deres hverdag i delingen af klinisk viden og sikrer let adgang til viden lokalt, nationalt og internationalt

Oplægsholder:

Annika Sonne Hansen, CareCom A/S, <ash@carecom.eu>

Hovedbudskaber:

1. HealthTerm App'en støtter klinikere i at få lettere adgang til vejledninger og informationer om nødvendige registreringskoder både lokale, nationale og internationale
2. HealthTerm App'en giver klinikere muligheden for at dele viden med hinanden i ens eget netværk, men også til resten af verden
3. HealthTerm: Power to your pocket – time to your patients!

Beskrivelse:

HealthTerm App er et værktøj, der benyttes af den enkelte sundhedsfaglige medarbejder/kliniker (læge, sygeplejerske fysioterapeut mv.). Klinikeren vil let kunne få adgang til afdelingens vejledninger og til opdaterede afdelingsrelevante registreringskoder under udførelsen af de daglige rutiner og i behandling af patienter via en smartphone.

Desuden vil klinikeren kunne dele sin viden med andre via HealthTerm Community. Det er hensigten med HealthTerm App'en at understøtte en fri udveksling af viden på en struktureret måde – også på tværs af landegrænser og sprog.

I dag vil kliniske vejledninger på et hospital typisk ligge på hospitalets intranet. Det betyder, at en kliniker skal have adgang til en PC. Den reelle situation på en afdeling er dog, at der ikke er en PC per medarbejder, hvorfor man skal stå i kø for at få adgang. Ellers løses dette problem ved at printe de relevante vejledninger og så tage dem frem, når der er behov.

I begge tilfælde risikeres, at klinikeren ikke anvender den gældende vejledning. Ved anvendelse af HealthTerm App'en vil klinikeren kunne få den gældende vejledning præsenteret på sin telefon og vil endvidere kunne forespørge, om der findes andre, måske nyere vejledninger fra en afdeling på et andet hospital (både i Danmark og i udlandet).

Nye medarbejdere/vikarer vil have mulighed for at orientere sig i vejledninger hjemmefra efter f.eks. en akutsituation, hvor der blot blev handlet eller i toget på vej hjem undersøge, om der er noget fra den gældende vejledning, der skal huskes en anden gang. når værktøjer for

Klinikeren vil også have adgang til de gældende versioner af de kliniske koder og kan dele sine favoritlister eller tage dem med sig til ny arbejdsplads, fordi de er oprettet i HealthTerm's community.

HealthTerm App'en er tænkt som løsningen på nogle økonomiske og kvalitetsmæssige problemstillinger i sundhedsvæsenet, der påvirker patientbehandlingen og som ellers kan betyde forkert håndtering af en patient. Adgangen til de mange registreringskoder og vejledninger i flere sprog støtter også udfordringen i dagens sundhedsvæsen, hvor flere af vores arbejdsressourcer er multiproget - en udfordring som er både kvalitativt og økonomisk når der skal sikres tilgængeligheden af multilingual værktøjer i sundhedsvæsenet.

App'en undergår tests både i primær sektoren og i sekundær sektoren for at sikre, at App'en støtter anvendelsesmulighederne så bredt som muligt i hele sundhedsvæsenet.

Motivation:

Danmark og andre lande står overfor massive problemer i forhold til at have råd til at drive et moderne sundhedsvæsen. De nye behandlinger, sammenholdt med længere levealder gør at det er et enormt pres på at gøre sundhedsvæsenet mere effektivt. Formålet er at bruge de nyeste teknologier, for at effektivisere sundhedsvæsenet ved at benytte app's og communities a la facebook, er det målet at kunne løfte den daglige effektivitet uden at skulle ændre stort i arbejdsgange eller nuværende IT-systemer. Da mange allerede benytter smartphones privat vil en App let kunne integreres i klinikernes hverdag.

Præsentationen:

Præsentationen vil bestå af en demonstration af App'en, samt fremlæggelse af motivation fra idé til produkt, brugerne, kunderne og den forventede impact.

Sådan understøtter Danmarks mest udbredte epj klinikernes arbejde

Oplægsholder:

Pia Wichmann Madsen, Systematic A/S, <pwm@systematic.com>

Hovedbudskaber:

1. Få en overordnet introduktion til Danmarks mest udbredte epj: Columna er inden årets udgang udrullet og taget i brug på samtlige hospitaler i Region Midtjylland.
2. Se nogle af de sidste nye features i Columna
3. Se hvordan Columna understøtter "closed medication-loop"

Beskrivelse:

Columna er inden årets udgang – efter et kort og succesfuldt udrulningsforløb – i brug på samtlige hospitaler i Region Midtjylland. Columna giver læger og sygeplejersker mulighed for gnidningsløst at udveksle patientoplysninger – på tværs af både afdelinger og sygehuse. Derudover rummer Columna også funktioner til understøttelse af medicinering, bestilling af prøver og svar og booking samt administration af patientdata.

I oplægget præsenteres kort de fem moduler i Columna, der er baseret på internationale standarder og åben arkitektur, der gør integration og samkørsel med andre systemer mulig.

Columna er udviklet i tæt samarbejde med brugerne, det vil sige læger, sygeplejersker og lægesekretærer, og bliver løbende udvidet med nye og meningsfulde features. I oplægget præsenteres sidste nye features f.eks. grafiske præsentationer af klinisk data, som gør det nemmere og hurtigere for klinikere for at danne sig et overblik over mange informationer på én gang samt væskeskema, som understøtter væskedøgn på tværs af afdelinger. Ofte kan det være vaskeligt at kontrollere væskeindtag når f.eks. en operationspatient flyttes rundt mellem sengeafdeling, operationsafdeling og opvågning – se hvordan Columna understøtter overblik over patientens væskeindtag.

Oplægget vil også fokusere på, hvordan Columna kvalitetssikrer og forenkler det administrative arbejde. Alle relevante oplysninger opsamles løbende som en integreret del af de kliniske arbejdsgange og valideres dermed samtidig af sundhedsprofessionelle.

Endelig fokuseres der på medicinering og hvordan EPJ kan understøtte "closed medication-loop" bl.a. med integration til det intelligente medicinskab og doseringsrobot.

Den digitale lægekasse

Oplægsholder:

Laila Søndergaard Christiansen, Børneafdelingen, Næstved Sygehus, Region Sjælland, <lscs@regionsjaelland.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Carsten Vrang, Børneafdelingen, Næstved Sygehus, Region Sjælland, <cvr@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Kliniske IT løsninger sker bedst hvis de udvikles tværfagligt med patienten i centrum
2. Elektronisk whiteboard styrer den kliniske proces fra akut meldt til færdigbehandlet med sundhedsfaglige tilknyttet elektronsik
3. Videndeling i team om opgaver og digital sagsbehandling giver overblik og fleksibilitet. Sekretærer, sygeplejersker og læger kan behandle uanset hvor de befinder sig herunder på hjemmearbejdspladser.

Beskrivelse:

Effektive og patientsikre arbejdsgange kan opnås gennem systematisk tværfaglig leanprojekter. Klinisk IT udvikling skal ske i direkte samarbejde mellem IT udbyder og den kliniske afdelings arbejdspladser. Minimum en person på hver afdeling skal kunne modulere værktøjet og have hotline til ekspertisen.

Vi vil vise en model, hvor afdelingen selv kan tilpasse en elektronisk hverdag til egne løsninger og dermed kan udvikle et værktøj som en digital lægekasse. Selv når alle snitflader fra kolonner respekteres som regional løsning, gives der individuelle muligheder. Programmering tager få minutter at etablere. Engagement og ejerskab forbedres og accept af IT løsning forbedrer implementering.

Visionen er digitalisering og papirfattig patientbehandling.. Afdelingen har i flere år haft fælles EPJ journal for alle faggrupper. Alt ikke elektronisk materiale har været scannet ind i EPJ sidste 6 år.

Der anvendes talegenkendelse eller der skrives direkte i notatmodul.

Afdelingen har deltaget i Region Sjællands udvikling af Akuttavler/Afdelingsoverblik og Patientoverblik (Klinisk Overblik).

På de elektroniske tavler følges patienterne fra Akut Meldt til deres forløb afsluttes, triage til færdigregistrering med epikrise evt. videreførløb ambulant.

Afdelingsoverblikket findes på alle PC' er udover på storskærme og andre mobile device. Patientens problem, udredning og opgaver føres elektronisk og sundhedsfaglig sygeplejerske og læge tilknyttes. Når blodprøver bestilles kan hele processen følges på skærme med pushteknologi med alarmer når svar kommer. De kan håndteres direkte gennem tavler / brugergrænsefladen. Læge - sygeplejerske kan filtrere "MINE", hvorved de kan følge op på patienterne efter udskrivelsen.

På afdelingsoverblik kan lægerne se om der er kommet svar på lab, EKG etc. Logistisk kan man rette forespørgsler til kolleger ved at ændre eller supplere tilknytning af læge, sygeplejerske eller sekretær.

Ved forespørgsler om patienten lægger sekretær patienten ind i afdelingsoverblikket med tilknytning til den efterspurgte læge med besked om problemstillingen evt. telefon numre samt prioritering.

Alle medarbejdere er tilknyttet og kan på alle PC' er få overblik og dagens opgaver og sagsbehandle (også hjemmefra). Patienten flyttes herefter typisk til specifikt sekretærfiler som færdigregistrere og koder - alt foregår digitalt. Uanset hvor sekretær den pågældende dag er placeret.

Afdelingen er nu med til at udvikle Patientoverblik direkte fra Afdelingsoverblikket. Overblik over den enkelte patient forbedres. sagsbehandling

Ledelsesinformation og beslutningsstøtte med analytics – reel mulighed eller et modefænomen?

Oplægsholder:

Peter Lange, IBM Europe, <petlan@dk.ibm.com>

Hovedbudskaber:

1. Det er blevet billigere at indsamle, opbevare og analysere data. Ved anvendelse af analyseværktøjer kan sundhedssektoren få bedre prognoser og mere forudsigelighed i det daglige arbejde.
2. Men hvad omfatter disciplinen analytics? Der er mange begreber, men hvad dækker de over? Hvad er f.eks. predictive analytics og hvordan kan det skabe værdi for sundhedssektoren?
3. Hvordan anvender sundhedssektoren i dag - på globalt plan – analytics? Vi vil bl.a. præsentere et eksempel på hvordan en hospital har nedbragt antallet af genindlæggelser gennem brug af analytics.

Beskrivelse:

Indsamling, opbevaring og behandling af data er billigere end nogensinde før. Faktisk er 80% af al den data der findes i verden blevet dannet indenfor de sidste 2 år. Udfordringen er derfor ikke længere mangel på data, men en overflod i bugnende datavarehuse som skaber nye muligheder.

Men hvordan finder man den rigtige måde at få udbytte af sine data på? I indlægget vil vi kigge på nogle konkrete anvendelser, men også give et overblik over de forskellige værktøjer der indgår i disciplinen analytics.

De eksempler vi vil se på er bl.a. tidlig opsporing af kritisk sygdom hos voksne patienter indlagt på et sengeafsnit, rapportering på kvalitet af indsats for forbyggelse af blodforgiftning og liggesår, samt kapacitetsplanlægning.

Motivation:

Regionerne står overfor en løbende udfordring med at udføre stadig flere behandlinger men uden at få flere ressourcer og uden der må slækkes på kvaliteten.

Et af de områder der derfor ses på i disse år er værktøjer til beslutningsstøtte som, baseret på data analyse og "best practice", hjælper i såvel det administrative domæne som i det kliniske område.

Der er meget data tilgængeligt i sundhedssektoren, men data er måske underudnyttet og giver ikke den højeste mulige værdi til sygehusene.

Indlægget:

Indlægget holdes på dansk af Peter B. Lange fra IBM. IBM har mange års erfaring med at indsamle, "rense" og gøre data sammenlignelige for der igennem at skabe ny viden.

PosLogistics: Realtidsledelsesinformation fra servicefunktioner kan bidrage til forbedringer på hele sygehuset

Oplægsholder:

Mikkel Harbo, Systematic A/S, <mikkel.harbo@systematic.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet

Aalborg Sygehus

Aarhus Universitetshospital

Datalogisk Institut, Aarhus Universitet

Hovedbudskaber:

1. På sygehuset kan opnås forbedringer ved at løse basale koordineringsproblemer mellem personale, der bestiller service, og servicefunktionen der leverer service.
2. Ved digital bestilling af opgaver og prioritering af opgaverne ud fra indendørs position kan opgaver udføres med mindst mulig ventetid for patienter og det kliniske personale.
3. Gøres realtidsledelsesinformation fra en servicefunktions aktuelle ydelsesevne tilgængelig muliggøres rettidig omprioritering til fordel for både patienter og personale.

Beskrivelse:

I oplægget gives indledningsvist en præsentation af PosLogistics projektet og produktet, der er støttet af Højteknologifonden og bliver afprøvet på Aalborg Sygehus og Aarhus Universitetshospital. Projektets indhold, mål, omfang og øvrige parter præsenteres.

Hovedvægten i præsentationen er på hhv. (1) situationen for en servicefunktion (portørfunktionen) på et typisk dansk hospital i dag, (2) problemstillingerne der knytter sig til den nuværende situation og (3) en beskrivelse af løsningen, der afprøves på de nævnte hospitaler.

Det præsenteres hvordan løsningen blandt andet gennem intensivt brug af realtidsledelsesinformation giver indsigt i servicefunktionens aktuelle leveringsevne og derved giver mulighed for rettidig om-prioriteringer – på tværs af hele hospitalet.

Endvidere beskrives hvilke andre typer problemstillinger projektet (produktet) vil søge at løse i de kommende år og hvilke effekt det vil have på driften og driftsomkostningerne for hospitaler.

Løsningsindhold:

Industrielt IT-logistiksystem, robust indendørssporingsteknologi, smartphones, tavle-skærme (touchscreens), integrationer til booking systemer, kliniske logistik systemer og vare-/vogn-flow systemer.

Motivation:

Motivation for indlægget er at give et eksempel på hvordan fokus på forbedring af sygehustenes basale funktioner kan bidrage med små men væsentlige forbedringer, der strækker sig på tværs af hele sygehuset. Endvidere er indlægget motiveret af ønsket om at vise, hvordan kendte løsninger fra andre brancher, sammensat med ny sporingsteknologi, kan genanvendes til løsning af parallelle problemstillinger på sygehuse.

- hvilke krav stiller det til innovation og planlægning?

Paneldebat

Det er i dag bredt anerkendt, at sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer, der vil kræve innovative tiltag. Udfordringer som "kronikerbølgen" og "den demografiske bombe" er eksempler på, at "det vi plejer at gøre" snart ikke længere er tilstrækkeligt. Såfremt borgerne fortsat skal have tillid til den fri og lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet, gennem en overvejende skattefinansieret samfundsmodel, er der behov for at gentænke alle sundhedsydelser i en ny kontekst, hvor udfordringerne og velfærdsteknologiens muligheder afstemmes for at efterkomme borgernes krav om et serviceorienteret, tidssvarende sundhedsvæsen. De økonomiske rammer fordrer ligeledes en prioritering af indsatser og behovet for sundhedsydelser – herunder deres tilgængelighed, gennemførelse, tilhørende effekter og omkostninger - i hele sundhedsvæsenet. Man må spørge: Hvad bliver de afledte justeringer og forandringer, sundhedsvæsenet må undergå?

En mulig tilgang til at skabe den nødvendige innovation og udvikling med e-sundhed som et underliggende tema er at anskue sundhedsvæsenet som et HELE med borger-/patientcentrering, service-orientering og sektorneutralitet. Det er i sagens natur ikke uproblematisk, men det vil kunne bidrage til at flytte den gængse opfattelse af, hvad der er muligt, nødvendigt og realistisk.

Den diskussion tager blandt andet sundheds- og forebyggelsesminister Astrid Kragh og en række sundhedspolitikere hul på i denne session. Med udgangspunkt i Danske Regioners sundhedspolitiske udspil "Det hele sundhedsvæsen" og Kommunernes Landsforenings tilsvarende udspil "Det nære sundhedsvæsen" inviterer E-sundhedsobservatoriet til paneldebat på sin årskonference den 9-10. oktober 2012. Politikerne opfordres til at tænke "ud af boksen" i en kreativ dialog for at finde veje til en nødvendig modernisering - og måske ligefrem servicetransformering og redesign - af vores sundhedsvæsen ved indtænkning af eSundhed på mere grundlæggende måde end den, vi kender til i dag.

Deltagere:

Ordstyrer: journalist Mette Vibe Utzon

- ▶ Minister for sundhed og forebyggelse Astrid Kragh
- ▶ Camilla Hersom, Det Radikale Venstres sundhedspolitiske ordfører
- ▶ Sophie Løhde, Venstres sundhedspolitiske ordfører
- ▶ Flemming Møller Mortensen (S), formand for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg
- ▶ Danske Regioner ved formand for Danske Regioners sundhedsinnovationsudvalg Poul Müller, regionrådsmedlem fra Region Midtjylland
- ▶ KL ved fungerende borgmester Thomas Kastrup Larsen, Aalborg Kommune
- ▶ Epitalet ved overlæge, ph.d. Klaus Phanareth

Health Literacy: a fundamental element for generating equitable patient health outcomes

Oplægsholder:

Richard Osborne, School of Health & Social Development, Deakin University, Melbourne, Australia, <richard.osborne@deakin.edu.au>

Hovedbudskaber:

1. The concepts of health literacy (competencies to understand, find and use health information) have been poorly conceptualised and measured
2. Recent international innovations in how health literacy is being operationalized and measured are providing new insights into patient needs and the interventions that are required to meet these needs
3. To ensure utility and equity, digital technologies must consider health literacy along the entire product development and care pathway - from conceptualisation to implementation and evaluation

Beskrivelse:

The concept of health literacy has entered a wide range of health policies in many countries. Health literacy is broadly defined as a person's ability to seek, understand and use health information. Although it has come to be regarded as a determinant of health and health inequalities, its measurement has been poorly executed. Also, there have been few attempts to develop systematic ways to understand and improve how individual practitioners and organisations respond to people with low health literacy, and thus improve health outcomes and reduce health inequalities.

Over the past eight years researchers at Deakin and Monash University in Australia have been collaborating with local and international partners to develop and test a new person-centred measure of health literacy, the Health Literacy Questionnaire (HLQ). The measure has been found to be highly relevant to clinicians, researchers and policymakers. It will be central to the development of an Australian Health Literacy Response Framework, a large project funded by the Australian Research Council, Victorian Government Department of Health, and Deakin University.

This presentation will provide an overview of health literacy, how it is measured, current major European initiatives, and it will describe the ways in which the new framework can inform the development of new programs, evaluate the quality and impact of current interventions, and be used to improve health equity and health outcomes.

Human Factors and Usability for complex Health Information Technologies: Why is it so important?

Oplægsholder:

Dr. Marie-Catherine Beuscart Zéphir, INSERM CICC-IT: Clinical Investigation Center for Innovative Technologies,
<mcbeuscart@univ-lille2.fr>

Beskrivelse:

Human Factors issues are a key component of the success or failure of Health Information Technologies, especially when it comes to sharing medical information across a large number of healthcare professionals and with the patient her/himself. There exist concepts, methodologies and techniques to ensure proper consideration and integration of Human Factors questions during the design and implementation of sophisticated technologies, which have been successfully applied in other safety sensitive domains such as railway transportation and aviation. However these concepts and methods are yet too rarely implemented in the Health IT domain.

The presentation will start with a definition and overview of key concepts such as Ergonomics and Usability and will highlight a few critical Human Factors issues for current Health IT ambitions. Then it will describe the Human-Centered approach to Health IT projects and present some examples based on case studies. The presentation will end by reviewing upcoming HF challenges for Health IT, in relation of EU regulations' recent evolutions.

Standarder og arkitektur på sundhedsområdet, hvordan NSI arbejder med at fastlægge nationale standarder, og hvilken betydning det har for it-udvikling

Oplægsholder:

Esben Dalsgaard, National Sundheds-it, <ead@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Fastsættelsen af nationale standarder er en væsentlig forudsætning for, at relevant information kan deles mellem sundhedsområdets parter
2. De formelle rammer for en nationalt koordineret standardiseringsindsats er på plads
3. NSI har en central rolle i arbejdet, men succes opnås kun, hvis alle sundhedsområdets parter tager medansvar

Beskrivelse:

Fastsættelsen af nationale standarder på sundhedsområdet er en væsentlig forudsætning for at det lykkes at få de mange it-systemer på området til at kommunikere med hinanden.

Adgangen til at fastsætte standarder og stille krav til anvendelsen heraf følger af Sundhedslovens § 193a, der lyder: "Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet, herunder krav til elektroniske patientjournaler og krav til anvendelsen af standarder". Ministeren har i "Bekendtgørelse om standarder for it-anvendelsen i sundhedsvæsenet" (ventes at træde i kraft 1. oktober 2012) fastsat, at det er NSI, der varetager opgaven med at godkende nationale standarder, og sundhedsområdets parter forpligtes i samme bekendtgørelse til at følge de af NSI godkendte standarder.

NSI har etableret et katalog over standarder, som har fået national godkendelse. Kataloget er tilgængeligt via NSI's hjemmeside, så myndigheder, leverandører og andre aktører ved, hvor de kan finde oplysninger om, hvilke rammer og standarder, der er gældende. Det er håbet, at kataloget bliver en vigtig reference for alle aktører i sundhedsvæsenet, når konkrete services, komponenter, grænseflader, databaser eller applikationer, der skal bruges til at sikre udveksling af patientdata på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, skal udvikles eller anskaffes.

De formelle rammer om en nationalt koordineret standardiseringsindsats er derfor på plads. NSI er i samarbejde med sundhedsvæsenets parter ved at konkretisere disse rammer. Dette har indtil videre udmøntet sig i rapporten "Standarder og referencearkitekturer vedr. sundheds-it området" og en vejledning til bekendtgørelsen. Endvidere er NSI ved at etablere et projekt, der bl.a. har til formål at implementere hensigtsmæssige processer omkring udarbejdelse og vedligeholdelse af referencearkitekturer m.v. samt fastlæggelse og godkendelse af standarder. Afgørende for succes vil også være, at de parter og organisationer, der forestår udvikling og implementering af it-systemer og systemintegrationer justerer projektprocesser, så projekterne tidligt orienterer sig mod nationale referencearkitekturer og standarder.

I foredraget redegøres for den fælles forståelse der er opnået gennem arbejdet med arkitektur og standarder, hvilke overordnede principper, der ligger til grund for arbejdet, og den governance model (organisation og styrings-/beslutningsprocesser) der er implementeret på området.

Referencearkitektur for deling af dokumenter og billeder - hvordan kan man anvende en referencearkitektur i forbindelse med it-projekter?

Oplægsholder:

Pia Jespersen, National Sundheds-it, <phj@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Referencearkitekturen sætter rammen for løsninger og standardanvendelse inden for sit område
2. Referencearkitektur som bindeled mellem forretningsbehov og standarder
3. Referencearkitekturen gør det lettere at genanvende og videreudvikle løsninger inden for dens område

Beskrivelse:

Den første referencearkitektur, der er udarbejdet for NSI for sundhedsområdet, er referencearkitekturen for deling af dokumenter og billeder. Arkitekturens fokus er på deling af data, hvor indholdet ikke nødvendigvis er fuldt struktureret og standardiseret, som fx dokumenter og billeder. Målet er, at man ved at standardisere informationer om dokumenter og billeder (såkaldte metadata), på nationalt plan, kan fremskynde digitaliseringen i sundhedsvæsenet og reducere udgifterne til udvikling og integration af fagsystemer. Referencearkitekturen har anbefalingsgraden "Anbefalet". Med denne anbefalingsgrad forudsættes det, at parterne tager udgangspunkt i referencearkitekturen ved udvikling af nye løsninger, og at afvigelser herfra begrundes overfor NSI.

Referencearkitekturen anbefaler, at man baserer sig på anvendelse af IHE standarder og profiler, der sikrer, at referencearkitekturen også kan indgå i en international sammenhæng. På nationalt plan betyder det, at der etableres to domæner – et statsligt og et fællesregionalt, som senere kan suppleres med et fælleskommunalt domæne. På denne måde bliver det muligt at etablere fælles ensartede snitflader mellem regionernes og statens it-løsninger, når der skal udveksles dokumenter og billeder. Det bliver også muligt at etablere dokument-lagre på tværs af sundhedsvæsenet, hvor man ved hjælp af de nationalt standardiserede metadata kan fremsøge dokumenter på tværs af it-systemer og organisationer.

Med udgangspunkt i referencearkitekturen vil indlægget beskrive, hvordan referencearkitekturen kan bruges som ramme for udarbejdelse af konkrete løsningsarkitekturer inden for området. Indlægget beskriver, hvordan man i referencearkitekturen bevæger sig fra det strategiske niveau med beskrivelse af vision og mål over det forretningsmæssige niveau til en mere konkret beskrivelse af den tekniske implementering og anvendelse af standarder.

Endelig vil der blive lagt vægt på, hvordan indholdet af referencearkitekturer - vedtagne og kommende - med fordel kan inddrages i konkrete projekter, særligt i afklaringsfasen med henblik på at reducere usikkerhed og kompleksitet ved valg af rammer og standarder for projektet.

National Serviceplatform, sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsenet

Oplægsholder:

Birgitte Drewes, National Sundheds-it, <bid@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad er den Nationale Service Platform (NSP)?
2. Hvorfor er det en god ide at medtænke NSP allerede i sin afklaringsfase?
3. Hvilke services kan allerede nu tages i brug i konkrete projekter?

Beskrivelse:

Den Nationale Service Platform (NSP) er en platform, der bliver drevet af National Sundheds-it, hvor en række fælles services allerede idag bliver udstillet på en ensartet måde og med ensartede adgangsmekanismer. Ud over at give adgang til nationale services er NSP'en også en teknisk infrastruktur, der har indbygget en række komponenter, som understøtter de tilkoblede services.

Et af hovedprincipperne bag NSP er, at de udstillede services følger nationale standarder på sundhedsområdet. Det medfører, at de enkelte systemer kan integreres på en ensartet måde til de forskellige services. Samtidig reduceres integrationsopgaven for det enkelte fagsystem. Og aspekter, der er fælles for alle nationale services kan udvikles og implementeres en gang for alle på platformen.

Den udviklede NSP og tilhørende infrastrukturbiblioteker og -standarder er frit tilgængelige på for sundhedsvæsenets parter. Infrastrukturbibliotekerne og standarder kan anvendes af parterne ved programmering i lokale systemer, hvilket sikrer ensartethed og interoperabilitet på det tekniske niveau. Dermed er den Nationale Serviceplatform er ud over at være en kommunikationsplatform også med til at understøtte standardiseringen på tværs af sundhedsvæsenets systemer og sektorer.

NSP-miljøet kan betragtes som et referencemiljø, der er fælles for parterne på sundhedsområdet. Og på samme måde som referencearkitekturer kan være med til at nedbringe kompleksiteten i afklaringsfasen af et projekt, kan services på den Nationale Serviceplatform medvirke til at nedbringe kompleksiteten i hele projektet; da projektet kan vælge at benytte eksisterende fælles services og integrere til disse på en standardiseret måde, fremfor at skulle definere og udvikle de pågældende services en gang til selv.

Indlægget vil fokusere på, hvilke services, der allerede idag er tilgængelige og med fordel kan indtænkes, når nye løsninger udvikles og når eksisterende løsninger skal videreudvikles. Samtidig løftes sløret for services på vej - på den korte og den lidt længere bane.

Nationalt Patientindeks - perspektiver i standardiseret og sikker adgang til data på tværs af sektorer

Oplægsholder:

Ivan Lund Petersen, National Sundheds-it, <ilp@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. NPI er leveret, men standardiseret adgang til eksisterende kilder kræver enighed om arkitekturen og investeringer.
2. NPI projektet har været til tælling, men er inde i kampen igen. Projektets erfaringer og analyseresultater deles med tilhørerne.
3. Central standardiseret infrastruktur er nemt at bygge, men at integrere eksisterende systemer i den er en markant udfordring.

Beskrivelse:

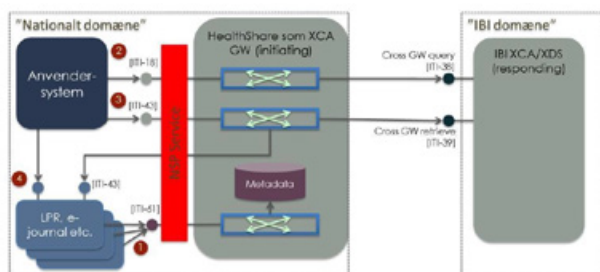
Nationalt Patient Indeks (NPI) er leveret, men mangler data!

Præsentationen vil fokusere på at forklare forløbet og dermed demonstrere betydningen af at aktivt at forholde sig til de relevante referencearkitekturer.

De eksisterende snitflader har vist sig ikke at være standardiseret i tilstrækkelig grad eller robuste nok til løbende at opdatere indekset. Tilpasningerne af de eksisterende snitflader har vist sig at kræve en investering der ligger uden for projektets givne ramme.

Denne erkendelse har taget længere tid end nødvendigt. En mere aktiv brug af reference arkitekturen for deling af billeder og dokumenter i starten af projektet havde skabt det tilstrækkelige fokus på udfordringerne med standardiseret adgang til kilderne – men referencearkitekturen forelå først da projektet var godt i gang – og det er mentalt lettest at "gøre som vi plejer"!

Konklusionen er at HVIS der foreligger en referencearkitektur der dækker det område der skal leveres løsninger til, så kan det betale sig at investere kræfter i at forholde sig til den, FØR man går i gang med at købe/bygge løsningen. Derfor bør alle der bygger/køber løsninger forholde sig til de referencearkitekturer der foreligger og er på vej.



Nu har NPI projektet ved hjælp af arkitekturanalysen fået skabt et fornyet grundlag for at koble kilder på NPI og dermed vise vejen til den langsigtede måde at dele data på tværs af sektorer. Hovedkonklusionerne fra arkitekturanalysen præsenteres, herunder den anbefalede løsningsarkitektur for opkoblingen af kilder til NPI og de fremtidige anvenderes standardiserede adgang til data.

NPI projektets næste fase skal via et pilotprojekt bevise bæredygtigheden af den anbefalede arkitektur, resultatet forventes at foreligge foråret 2013.

Sammenhæng i dataflow for hjemmemonitorering

Oplægsholder:

Claus Kjærgaard Andersen, Systematic AS, <clkan@systematic.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Nikolai Hoffmann-Petersen, Medicinsk afdeling og medicinsk forskning, Regionshospitalet Holstebro, <nikolai@hoffmann-petersen.dk>

Erling Pedersen, Medicinsk afdeling og medicinsk forskning, Regionshospitalet Holstebro, <ebp@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1. Præsentation af en konkret telemedicinsk løsnings fordele i forhold til det daglige arbejde med hjemmemonitoreringer.
2. Styrken ved etablering af integration og sammenhæng i dataflow mellem borgerens sundhedsjournal og klinikkens primære arbejdsstation.
3. Udfordringer i forhold til (manglende) standarder og fælles terminologi.

Beskrivelse:

Fordele ved at støtte borgerne i deres ønske om at være aktive, selvbehandlende og inddragede i deres egen sundhed og behandling er åbenlyse. Sundhedsvæsenet får mulighed for på mere fleksibel vis at give flere services til flere patienter med de samme eller færre ressourcer, hvilket ikke er uvæsentligt i en tid med stadig flere kronikere og generelt stigende forventninger til sundhedsvæsenet.

Oplæggets fokus er anvendelsen af telemedicinske løsninger i praksis, set fra både en borger- og kliniker-vinkel.

I oplægget gives der en kort præsentation af et forskningsprojekt om måling af hypertension, herunder indhold, mål, metoder og omfang. Projektets datagrundlag er baseret på hjemmemonitorering af blodtryk, hvor fokus både har været på patientgruppen og de klinikergrupper, der anvender de opsamlede data.

I oplægget vises den brugergrænseflade, som borgeren anvender som tilgang til data. Via sin sundhedsjournal kan borgeren følge de indsamlede blodtryksværdier og den beregnede gennemsnitsværdi, både grafisk og i tabelform. Hvis borgeren vil deltage i andre sundhedsprogrammer, vil han eller hun kunne anvende samme telemedicinske løsning.

Oplægget præsenterer samtidig en vinkel på de nødvendige sikkerhedsmæssige foranstaltninger, der skal etableres i forbindelse med hjemmemonitorering.

Ydermere præsenteres de udfordringer, der har været igennem projektforløbet, herunder etablering af integration og kommunikation af data til EPJ-løsningen Columna og de systemer, der anvendes af praksislæger i Holstebro kommune. Oplægget vil blandt andet vise, at klinikere er tvunget til at skifte mellem forskellige systemer og grænseflader, når der mangler standarder til kommunikation af opsamlet data og refleksion over de udfordringer, der kan opstå i forhold til anvendt terminologi på de enkelte dataelementer.

Motivation: Hvorfor skabe sammenhæng i hjemmemonitorering?

Jo mere sundhedsvæsenet flytter undersøgelse og dataopsamling til at foregå i borgernes eget hjem, jo mere vokser behovet for sammenhæng i dataflow og anvendelse af terminologier.

Dataflow skal sikre, at de sundhedsprofessionelle kan tilgå data på deres primære arbejdsstationer, og at patienterne kan tilgå data via egne sundhedsjournaler, så begge parter oplever et sammenhængende sundhedsvæsen.

Health Apps til klinikerne på farten

Oplægsholder:

Martin Winberg, Sygehus Sønderjylland, <martin.winberg@shs.regionsyddanmark.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Søren Overgaard Petersen, Logica Danmark A/S, <soren.overgaard.petersen@logica.com>

Hovedbudskaber:

1. De nyeste teknologier giver mulighed for at give de "gamle" kliniske basissystemer en mere brugervenlig og anvendelsesorienteret brugergrænseflade
2. Tilgængelighed til komplekse arbejdsgange fremmes ved at bruge de interaktionsformer, som vi allerede kender f.eks. fra vores telefoner og tablets
3. Brugerinvolvering er et must, når man skal målrette anvendelsen af it til specifikke arbejdssituationer

Beskrivelse:

Sundhedsområdet er meget informationstungt og samtidig udfordret på servicemål og økonomi. Så meget mere paradoksalt er det, at sundhedsområdet er langsommere end andre områder, når det gælder brug og implementering af mulighederne i den nyeste it og anvendelse af nye metoder. Sundhedsområdet har brug for en anden tilgang til anvendelsen af it med fokus på de menneskelige kompetencer og samarbejdsmodeller og samtidig implementere state-of-the-art teknologier og metoder.

De "gamle" kliniske kernesystemer som f.eks. EPJ ligner i deres opbygning og brugergrænseflader traditionelle "kontorløsninger", som forudsætter, at brugerne sidder på en stol foran et skrivebord. Dette er imidlertid en sjældenhed, når vi ser på sundhedsområdet. Her er brugerne på farten – og forventes at være i behandlingssituationen i dialog og kontakt med patienter og pårørende. Geografien er samtidig under stærk forandring med et stigende antal udlæggelser, hvor man ikke har adgang til de traditionelle løsninger – og samtidig begrænses af lovgivning og forordninger på kommunikation, som ikke er fulgt med tiden og de teknologiske muligheder.

På Sygehus Sønderjylland har vi, i samarbejde med Logica Danmark A/S, udviklet de første af en række Health Apps til klinikerne på farten. Her er fokus på klinisk arbejde tæt på patienterne, herunder på lokationer, som ikke blot er det traditionelle sygehus, men også på institutioner og i eget hjem. Her er den traditionelle kontorarbejdsplads skubbet i baggrunden til fordel for let anvendelige devices og velkendte brugergrænseflader. En Health App understøtter netop én arbejdsgang for én type bruger. Det giver dedikeret funktionalitet, der er let at overskue. Brugeren benytter netop de informationer og kun de funktioner, der er behov for, med udgangspunkt i netop den situation, som brugeren er i.

Der er lagt vægt på at bruge de kommunikationsformer og de brugergrænseflader, som de kliniske medarbejdere allerede kender fra deres egne mobile devices, f.eks. deres iPad. Samtidig er udgangspunktet enkelhed. Der arbejdes således ikke med det formål at løse alle tilfælde, herunder specialtilfælde. Langt de fleste arbejdssituationer er langt mindre komplekse end de situationer, der typisk skal dækkes af de traditionelle EPJ-løsninger. Traditionelt er udgangspunktet oftest, at løsningen skal være 100 % dækkende, dvs. inkl. dækning af alle specialtilfælde.

Motivation:

De traditionelle kliniske løsninger rummer en meget stor rigiditet af funktionalitet og kompleksitet, og de er samtidig udviklet med udgangspunkt i administrative løsninger, som kun i begrænset omfang svarer til klinikernes arbejdsdag.

Health Apps er udviklet i tæt samarbejde mellem klinikere og it-leverandøren. Udgangspunktet er brugergrænseflader og funktionalitet, som er målrettet en given arbejdssituation til brug i arbejdssituationen – med respekt for de underliggende basissystemer. Brugergrænsefladen er samtidig opbygget, så den allerede er velkendt fra andre sammenhænge.

Indlægget:

I indlægget præsenteres processen og den samarbejdsform, som har ført frem til de første Health Apps. Efterfølgende vises det færdige resultat, med udgangspunkt i de konkrete arbejdssituationer, hvor klinikerne på farten får en helt anden form for enkel, målrettet it-understøttelse.

Telemedicin i et tværorganisatorisk felt - hvordan lykkes det uden een stærk mand for bordenden?

Oplægsholder:

Dorte Stigaard, Region Nordjylland , <dorte.stigaard@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan får man ting til at ske ikke på grund af, men på trods af.
2. Erfaringer i og udfordringer med at arbejde tværsektorielt /tværorganisatorisk - Hvad ville jeg gøre igen, og hvad ville jeg gøre anderledes
3. Fælles vision, vilje og gensidig tillid er en forudsætning for succes.

Beskrivelse:

TeleCare Nord er et implementerings- og demonstrationsprojekt, der med udgangspunkt i resultater fra forsknings- og pilotprojekter arbejder målrettet på at skalere anvendelsen af telehomecare til patienter med KOL op til fuld skala. Projektet skal således gennem tværsektorielt samarbejde om og med patienten, efterstræbe de gevinster og potentialer, som er opnået i pilot- og forskningsprojekter indenfor rammerne af normal drift. Målet for TeleCare Nord er, at alle nordjyske patienter med KOL, der kan have gavn af projektets løsning, får mulighed for det – uanset hvilken kommune, hvilket sygehus eller hvilken praktiserende læge de er tilknyttet.

TeleCare Nord er etableret som et tværsektorielt partnerskabsprojekt i samarbejde mellem Region Nordjylland og de nordjyske sygehuse, de 11 nordjyske kommuner og almen praktiserende læger i Nordjylland. Den bærende projektidé er således, at realiseringen af potentialerne i telehomecare, såvel kvalitetsmæssige som samfundsøkonomiske, fordrer en solid forankring og koordination i et tværsektorielt samarbejde, som involverer de direkte og indirekte aktører herunder patienter og pårørende.

Det danske sundhedsvæsen står i de kommende år overfor en række udfordringer. Snævre økonomiske rammer, flere behandlingsmetoder og stadig flere ældre, stiller krav til konstant at udvikle organiseringen og øge effektiviteten. Behandling af kronisk sygdom beslaglægger en stor del af sundhedsvæsenets ressourcer, og i takt med at befolkningen bliver ældre og sundhedsvæsenet udvikler nye metoder til diagnostik og behandling, vil denne udvikling fortsætte. Samtidig med øget behandlingsbehov og efterspørgsel, byder økonomien en stram optimering af sundhedsvæsenet.

I de kommende år vil vi se et stigende antal borgere med kronisk sygdom. Det betyder, at der skal tænkes i løsninger med mest mulig sundhed for pengene. Et af svarene på disse udfordringer er, at styrke det tværorganisatoriske og tværsektorielle samarbejde mellem alle sundhedsvæsenets aktører.

I oplægget redegøres der, med afsæt i TeleCare Nord, for de udfordringer der er forbundet med at skabe et tværsektorielt og tværorganisatorisk samarbejde. Herunder udfordringen i at skabe fælles konsensus omkring et projektgrundlag som udfordrer eksisterende samarbejdsmodeller og forudsætter gensidig tillid og fælles fodslaw mellem alle aktører i en hel region.

CareCoor. It-understøttelse af netværket omkring ældre i eget hjem

Oplægsholder:

Claus Bossen, Aarhus Universitet, <imvc@hum.au.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Erik Grönvall, Computer Science, Aarhus Universitet, <gronvall@cs.au.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det social netværk omkring ældre i eget hjem kan styrkes via CareCoor
2. Familie, ældre og hjemmehjælpere kan kommunikere og koordinere mere
3. Fleksibel udveksling af tjenester og ydelser kan styrke den ældre og dennes netværk

Beskrivelse:

Ældre der lever i eget hjem kan have brug for pleje og omsorg fra mange forskellige aktører, inklusiv hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, familie, og frivillige besøgsvenner. Disse mange mennesker har brug for at kommunikere og koordinere deres indsats i forhold til den enkelte ældre.

Formålet med CareCoor er at bidrage til forbedret livskvalitet for ældre igennem en styrkelse af det netværk af forskellige aktører der plejer omsorg for den ældre i det daglige. Der er i projektet et særligt fokus på at inddrage de pårørende i plejen og gennem koordination sammen med plejepersonale f.eks.

- 1) Give pårørende en stærkere fornemmelse af peace of mind.
- 2) Facilitere en dialog mellem pårørende og plejepersonale
- 3) Lade de pårørende vide hvordan de kan blive aktivt deltagende i plejen såfremt de ønsker dette
- 4) Skabe et enkelt dokumentationsværktøj for personale og kommunen

Systemet er Android-baseret og inkluderer en tablet-pc i den ældres hjem som også kan tilgås af pårørende og hjemmehjælpere fra web fra eget hjem eller arbejdsplads. Systemet indeholder en chat-funktion, en kalender, og al dokumentation til brug for hjemmeplejen. I kalenderen vises planlagte besøg og opgaver fra hjemmeplejen kan ses. Samtidig kan der også oprettes nye opgaver i systemet. Hensigten er at gøre opgaveløsningen mere fleksibel, således at pårørende f.eks. kan overtage en af hjemmeplejen planlagt opgave og f.eks. støvsuge deres pårørendes hjem, for til gengæld at spørge om, hvorvidt hjemmeplejen vil kunne være tilstede, når ejendomsfunktionæren kommer to dage efter.

CareCoor har været i to mindre pilottests, og omend testene bygger på relativt få deltagere, er resultaterne lovende. Pårørende kan se, at hjemmeplejen kommer på besøg indenfor kort tid eller allerede har været der, såfremt den pårørende er bekymret for sit ældre familiemedlem. Pårørende og hjemmehjælpere kan udveksle beskeder om den ældres velbefindende eller koordinere besøg hos f.eks. tandlægen. Ikke-skemalagte opgaver kan fremlægges som ønsker, og hjemmeplejen kan dokumentere besøg i CareCoor på stedet fremfor senere, når de kommer ind på eget kontor. Planen fremefter en en test i stor skala i længere tid.

Safety, quality, innovation – the role that an organisational communication perspective can play in enhancing the impact of health information technology

Oplægsholder:

Andrew Georgiou, Centre for Health Systems & Safety Research, Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales, Australia, <a.georgiou@unsw.edu.au>

Beskrivelse:

Introduction:

Organisational communication perspectives present communication as a constitutive element of the way that organisations plan, manage and create their environment. Rather than viewing organisations as fixed entities or “containers,” organisational communication researchers present organisations as complex entities which rest on communications to undertake the dynamic and interconnected tasks and outcomes they set out to achieve. Organisational communication perspectives are highly relevant for the implementation, sustainability, quality and safety of health information technology (HIT). This is because health care consists of complex collaborative activities that rely on communication within and between groups to establish, coordinate and sustain effective patient care. It is these communication activities that HIT will have its most disruptive impact.

Aim:

The aim of this paper is to outline an organisational communication framework as a practical tool that can be used to enhance the design and application of HIT. This framework was developed from an extensive body of empirical research that investigated the adoption of HIT systems within a pathology service and hospital setting.

Methods:

The organisational communication framework was developed from research that evaluated the impact of new HIT systems (Computerised Provider Order Entry and Laboratory Information System) in a major Sydney metropolitan hospital and its pathology service. The research was carried out during the period 2005 to 2008 and involved 143 participants that were involved in a total of 141 interviews, 16 focus groups and 43 hours of observation. The framework was iteratively refined and developed in the course of the research.

Findings:

Three case studies from: i) Central Specimen Reception department; ii) the Emergency Department; and iii) the Microbiology department are presented as exemplars to illustrate three key dimensions of the framework: i) the way that information is exchanged, processed and stored; ii) the way that the organisation plans, controls, staffs and coordinates its work; and iii) the way that information and work are scheduled, synchronised and allocated. The study findings showed how the new HIT system impacted on the organisational capacity of the Emergency Department and affected how it went about coordinating its workload in the face of major shifts in responsibility and data accessibility. In Central Specimen Reception there were significant changes in the way that work was synchronised and sequenced as a consequence of the introduction of electronic ordering. The Microbiology department provided examples of the way that the exchange of meaningful information affected the delivery of patient care including the choice of test, its urgency and even the way it was processed.

Discussion and conclusion:

Communication failures, problems and misalignments are widely seen to be a major reason for poor quality healthcare, unintended consequences and adverse events. HIT-enabled innovation is a collective process which involves numerous stakeholders, materials and actors. It is also the product of complex and dynamic interactions that involve communication as a central organisational and temporal element. Organisational communication perspectives are therefore valuable in unlocking the innovative potential of HIT and enhancing their contribution to safe, effective and quality healthcare.

– national and international experiences

**Human factor driven approach to the design
of decision support systems to prevent medical errors – the PSIP project****Oplægsholder:**

Marie-Catherine Beuscart-Zéphir, University of Lille, Faculty of Medicine, France, <mcbuscart@univ-lille2.fr>

Beskrivelse:

Medical care is intended to improve health, but often patients are harmed by the care they receive. As drug ordering and administration is the most common therapeutic treatment, adverse drug events (ADE's) are the most common adverse event occurring during the care process.

Adverse drug events endanger the patients' safety and instigate considerable extra hospital costs. Therefore, a significant reduction of preventable ADE is a challenging issue in Public Health. The European project Patient Safety through Intelligent Procedures in medication (PSIP) aims at preventing medical errors. The objectives are: (1) to facilitate the systematic production of epidemiological knowledge on ADE's and (2) to improve the entire medication cycle in a hospital environment.

The first sub-objective is to produce knowledge on ADE's by data mining of structured hospital databases, and semantic mining of free-texts. This will provide a list of observed ADE, with frequencies and probabilities, thus giving a better understanding of potential risks. The second sub-objective is to deliver health provider and patients contextualized decision support by giving alerts and offering recommendations fitting the local risk parameters.

In the project human factors principles are considered a critical component of ADE characterization and prevention, and human factors methods have been applied with each step in the project. This presentation describes how the human factors principles have been applied in the design process of the clinical decision support prototypes designed in the PSIP project.

Understanding radio buttons and nursing documentation. How do the users experience being involved in a participatory IT design process?

Oplægsholder:

Stine Loft Rasmussen, Region Hovedstaden - It, medico og telefoni, <stine.loft.rasmussen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Merete Lehmkuhl, Region Hovedstaden - Frederiksberg Hospital, <merete.lehmkuhl@frh.regionh.dk>

Connie Hangaard, Region Hovedstaden - Herlev Hospital, <connie.hangaard@regionh.dk>

Karen Marie Lyng, Region Hovedstaden - It, medico og telefoni, <karen.marie.lyng@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. A participatory design process has been instrumental in the successful implementation of standardized, highly structured, electronic nursing documentation templates in the Capital Region of Denmark.
2. The user representatives who took part in the process point to a clear framework for the user involvement as one of the reasons for this success.
3. The connection between the design issues and the nursing practice - established through simulation tests - were according to the user representatives another key factor in the success of the project.

Beskrivelse:

In the past years, the Capital Region of Denmark has worked on designing highly structured nursing documentation within the existing electronic health record (EHR). This work has been challenged by lack of regional consensus on the clinical content and documentation procedures, as well as an IT system that inhibited the development. After adjusting the IT system, the organizational challenges were addressed by involving users and stakeholders at many levels of the organization. The end result is a set of electronic templates, which support a large part of the nursing documentation. The templates were tested in a two month pilot implementation in Gentofte Hospital, and were subsequently evaluated jointly by the IMT and the Capital Region's unit of patient-perceived quality. The evaluation concluded that the end users were positive towards the templates and recommended implementation of the templates at all hospitals in the region.

During the design process a number of tools, such as document analysis, site visits, workshops and simulations, were used. As it was important to secure ownership among the broad range of stakeholders involved in nursing documentation and IT system design, all activities in the process were carried out in collaboration with users and stakeholders from various organizational levels. Concurrently, the responsibility regarding the documentation was clarified by the establishment of a regional patient record committee in charge the overall clinical content in the EHR. Furthermore, a set of design principles were developed to serve as a reference for the design of the user interface.

Members of the clinical working group, who participated throughout the process, report that the process assisted in bridging the gap between clinicians, quality officers and IT staff. Through workshops and site visits, the IT staff gained an understanding of the nurses' work practices. At the same time, the nurses participated in workshops and simulation tests, and thereby gained an increased understanding of the IT system as well as a more thorough understanding of the knowledge level regarding clinical issues among the IT staff. According to the nurses, this understanding has enabled them to be creative partners in the design process. As an additional benefit, the nurses now feel that they are well prepared to take part in the local implementation of the templates at their own hospital. Because of the nurses' familiarity with the templates, they can communicate the decisions made during the design process to end users in their own organization.

Motivation:

Sharing of clinical data across organizational units is only possible through the collection of structured data with a high degree of standardization. This in turn necessitates agreement on the clinical content needed to be documented. There are many interests involved in clinical documentation and it can be a challenge to reach an agreement among the various users and stakeholders on the level of standardization across clinical specializations, wards, hospitals etc. Participatory design methods emphasize the importance of reaching a shared understanding of the clinical domain and the technical possibilities. This involves not only IT design, but also organizational development and maturing.

The presentation:

The presentation will briefly describe the theoretical background of the design process and the execution of the process. Subsequently, one of the nurses who took part in the process will reflect on selected parts of the process and how these have supported the mutual learning process. The presentation will conclude with recommendations for future similar projects.

– national and international experiences

**User perspectives on e-health projects
- national and international experiences, epSOS****Oplægsholder:**

Mie Hjorth Matthiesen, National Sundheds-it, <mima@ssi.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Mie Hjorth Matthiesen, National Sundheds-it, <mime@nsi.dk>

Steen Manniche, National Sundheds-it, <stm@nsi.dk>

Kell Greibe, National Sundheds-it, Standarder og it-arkitektur, <keg@sst.dk>

Pia Jespersen, National Sundheds-it, Standarder og it-arkitektur, <phj@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Users can be other than patients and health professionals.
2. How to involve stakeholders in the specification and evaluation of a cross European project.
3. The challenges in involving different nations and different cultures.

Beskrivelse:

In this presentation, I take the cross border directive as the starting point. The aim is that prescriptions can be dispensed in a pharmacy in another member state (article 11) and have the member states discuss a sustainable cross border solution for exchanging health data (article 14).

epSOS (European Patients - Smart Open Service) is a large scale pilot project co-financed by the European Commission and the participating countries. The pilot will run an extensive practical testing phase over a period of one year, testing the technical, semantic, legal and organizational concepts developed within the framework of the project. epSOS will test cross-border eHealth services in the areas of Patient Summary and ePrescriptions.

During the pilot an evaluation will take place, both citizens/patients and health professionals will be asked to evaluate the services. This presentation will discuss how different stakeholders have been involved in the specification and evaluation process. Which challenges does it give to have many stakeholders from different nations and different cultures?

epSOS aims to design, build and evaluate a service infrastructure that demonstrates cross-border interoperability between electronic health record systems in Europe. The epSOS initiative is a proof of concept that directly can be used to test the implementation of the cross border directive and evaluate which challenges this will give. Interoperability is specified based on standards. The presentation will discuss the need for standardisation on technical and semantic integrations in order to secure the exchange of health information in the cross border setting.

Sammenhæng og samarbejde, når RSI pejemærker rammer det lokale arbejde med EPJ

Oplægsholder:

Lars H. Lilholt, Koncern IT - Region Nordjylland, <l.lilholt@rn.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Jette Nielsen, Koncern IT - Region Nordjylland, <l.lilholt@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvorledes kommunikationsstandards kommer til at sætte dagsordenen for det daglige kliniske arbejde, herunder kommunikationsstandards indflydelse på eksisterende beslutninger om dokumentation.
2. Hvor essentielt det er, at have en velfungerende IT afdeling, hvor der ikke arbejdes i siloer, men derimod tænkes i sammenhænge og påvirkninger systemerne imellem.
3. Hvordan dobbeltdokumentation tænkes minimeret gennem inklusion af kommunikationsstandards, og hvilke bindinger det giver.

Beskrivelse:

Motivation for oplægget er at fortælle om, hvorledes en kommunikationsstandard mellem region og kommune kan få vidt rækkende indflydelse på den daglige kliniske dokumentation i en EPJ, hvis dobbeltregistrering samtidigt ønskes undgået. Endvidere eksemplificeres EPJ'ens afhængigheder til det IT-landskab den befinder sig i og dermed også, hvor essentielt det er i en IT organisation at skabe en bred forståelse for hvilke tiltag, der kan få indflydelse på EPJ'en.

Traditionelt set har IT systemerne i sundhedssektoren levet forholdsvis isoleret, men med den gradvise indførelse af EPJ skabes sammenhænge og ikke mindst afhængigheder systemerne imellem. Det skaber til stadighed et krav om øget fokus i IT organisationerne på det samlede overblik og dermed en understregning af, hvor vigtigt det er at undgå silodannelser orienteret omkring enkeltsystemer.

I forbindelse med digitaliseringen af kommunikationen mellem region og kommune, er nye "sygehus-kommune" MEDCOM 7 standarder vedrørende indlæggelse- og udskrivningsforløb blevet tænkt ind i Region Nordjyllands EPJ-løsning.

I relation til minimering af dobbeltregistrering er det nærliggende at genanvende indlæggelsesdata fra kommunen i den videre kliniske dokumentation. Ligesom data produceret under indlæggelsen kan anvendes til populering af plejeforløbsplan og udskrivelsesrapport, som skal sendes til kommunen. Det betyder samtidigt, at kommunikationsstandarden får sat sig aftryk i skabelonerne til registrering af den daglige kliniske dokumentation.

I praksis betyder den nære kobling mellem MEDCOM 7 standarderne og skabelonerne i EPJ'en, at eksempelvis VIPS standarden for sygeplejedokumentation påvirkes. Netop arbejdet med udskrivelsen pågår under hele indlæggelsen, hvorfor det daglige arbejde påvirkes, og er standarden så moden nok til det?

I hele arbejdet med minimering af dobbeltregistrering skabes således nogle dybe afhængigheder systemer imellem, det være sig gældende for både kommunikationsstandards såvel som kliniske kvalitetsdatabaser. Uanset om standarderne udtrykkes direkte i brugergrænsefladen eller i bagvedliggende mapninger bliver EPJ'en skrøbelig overfor ændringer i disse. Det er således vigtigt, at udvikling og implementering af standarderne sker med respekt for og indsigt i de afhængigheder, der potentielt kan være, til kørende systemer.

Den relative succes og fiasko af et ABT-projekt – læren fra projektet IT-støtte til vagtplanlægning og operationsafvikling på Bispebjerg Hospital

Oplægsholder:

Jari Friis Jørgensen, Symmetric Consulting, <Jari@symmetric.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Nis Johannsen, Symmetric Consulting, <nis@symmetric.dk>

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

Hovedbudskaber:

1. Pilotprojekter er sjældent komplette successer eller fiaskoer (endnu et fejlslaget IT-projekt). Dette behov medfører at meget erfaring fra tidligere projekter forsvinder i indpakningen af projektet.
2. Det er vigtigt at samle erfaring op fra pilotprojekter – uafhængigt af karakteren af denne – og videregive viden til gavn for nye projekter.
3. Erfaringer fra projektet på Bispebjerg hospital kan og bør anvendes i andre projekter der går på tværs af specialer og faggrupper samt forsøger at skabe en helhed i den kliniske hverdag.

Beskrivelse:

Det ABT-fondsstøttede (nu Fonden for Velfærdsteknologi) projekt IT-støtte til Vagtplanlægning og Operationsafvikling på Bispebjerg Hospital havde indledningsvist ambition om at kunne spare 52 årsværk på indførelsen af den nye teknologi og arbejdsgange – hovedsagelig på basis af indførelse af et system til vagtplanlægning. Dette blev ikke indført i den skala, som projektet forudsatte, hvorved helheden i projektet ikke blev realiseret. Set i lyset af, at projektet kun kunne demonstrere en besparelse på 0,1 årsværk, er der ikke umiddelbart noget at sige til, at projektet enten bliver fremstillet som endnu et fejlslaget offentligt IT-projekt, eller blot forbigået i tavshed mens man haster videre til næste projekt. Dette er imidlertid beklageligt, da der eksisterer vigtige erfaringer fra projektet, som man burde inkludere når man tilrettelægger projekter, der handler om indførelse af kliniske og administrative systemer og i det hele taget teknologier, der søger at forbedre deling af informationer på tværs af organisatoriske, fysiske og systemmæssige skel.

Projektet startede i sommeren 2009 og blev formelt afsluttet januar 2012. Projektet var dog periodevis sat i bero. Ideen i projektet var at dele data på tværs af lønsystemet, vagtplanlægningssystemet og patienttavlerne på operationsafdelingerne. Deling af data skulle forbedre og effektivisere arbejdsgangene ift. vagtplanlægning for både vagtplanlæggere og medarbejderne ved indbygget intelligens. Yderligere skulle data på tværs af de administrative systemer og patienttavlerne gøre det lettere at virkeliggøre de potentialer der ligger i patienttavler som kommunikationsværktøj på operationsafdelingerne. I takt med at dele af projektet ikke kunne realiseres blev økonomien tilpasset.

Projektet indfrie således ikke de på forhånd opsatte mål. Grundene hertil udgør til gengæld den empiriske kilde til de erfaringer man kan tage med fra projektet på Bispebjerg, og fordeler sig i følgende områder:

1. Når et projekt er udtænkt som en helhed, har det store konsekvenser at trække dele af projektet ud
2. Udviklingen i virksomhedens IT-drift skal følges nøje.
3. Både direkte og indirekte parter skal tages i ed.
4. Det ikke kan forudsættes at en interessent kan repræsentere andre interessenter af samme kategori.
5. Der er store udfordringer i at basere sig på på trådløse teknologier på et hospital.
6. Når man i et projekt introducerer teknologier der har åbenlyse muligheder for at overvåge medarbejderne, bør man tidligt i processen afstemme den konkrete udformning af konfigurationen.
7. Når deling af viden og data baserer sig på at flere IT-systemer bliver integreret, bør man tidligt i processen undersøge hvilke integrationer der skal til, og hvad det kræver at udvikle disse.
8. De organisationsforandringer der udgør en uomgængelig del af hverdagen på danske hospitaler bør inddrages når man tilrettelægger et pilotprojekt.
9. Når man introducerer endnu et IT-system på et hospital, bør man afklare præcist hvad det nye system gør ift. de øvrige for at undgå dobbeltarbejde.
10. Teknologier som patienttavler påvirker de fysiske omgivelser på flere niveauer. Det er derfor vigtigt at man forstår den fysiske infrastruktur på hospitalet.

Motivation:

Oplægget uddrager de erfaringer som flere års arbejde med projektet har ført med sig. Det er herved ønsket at bidrage til at nye projekter, der handler om indførelse af kliniske og/eller administrative systemer undgår at løbe ind i de problemer, projektet på Bispebjerg Hospital gjorde, samtidig med, at der bygges videre på de gode tanker, der også var i projektet.

Indlægget:

Konkret vil indlægget uddybe erfaringerne fra Bispebjerg Hospital og generelt diskutere hvordan man bør bruge erfaringer fra pilotprojekter i hospitalerne.

Den individualiserede sektorneutrale patientplan - hvordan laver man en business case for den?

Oplægsholder:

Anders Skovbo Christensen, Region Hovedstadens IMT, <anders.christensen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Søren Vingtøft, Region Hovedstadens IMT, <soren.vingtøft@regionh.dk>

Jette Kidholm, Region Hovedstadens IMT, <jette.kidholm@regionh.dk>

Merete Halkjær, Københavns kommune

Peter Schultz Larsen, Praktiserende Læge

Ole Snorgård, Hvidovre Hospital, <ole.snorgaard@regionh.dk>

Klaus Phanareth, Telemedicinsk Forskningsenhed, Frederiksberg Hospital, <phanareth@gmail.com>

Hovedbudskaber:

1. Den nye business case skal kombinere oplevelse, kvalitet og økonomi
2. Den sektorneutrale individuelle plan kræver ydelsesorientering i sundhedsvæsenet
3. Diagnosen er en hovedudfordring for en sektorneutral BC – både tal- og effektmæssigt - i denne sammenhæng bør patienten være borger

Beskrivelse:

I forbindelse med it understøttelse af det tværsektorielle forløb er der i Region Hovedstadens Kroniker 5 projekt udarbejdet en sundhedsøkonomisk analyse af genstandsfeltet for koordineringsopgaven: Hvor meget af sundhedsvæsenets forretning influeres, når man sigter på at it understøtte koordineringen af det tværsektorielle forløb med tilgang baseret på et sektorneutralt, rent klinisk forløbsprogram? Svaret svæver i luften – modellering af koordination er vanskeligt, da det er "kit" mellem indsatser, og det er dem der måles bedst... Indgangen der vælges her er en systemisk "whole system" tankegang, som kan indlejre koordinationsproblematikken.

Der er flere markante internationale initiativer, som arbejder i samme retning: Whole system demonstrator i England, Baskerlandets kronikerindsats, Hollændernes Blue Line initiativ, og e-Health udviklingen i Abu Dhabi.

Usikkerhederne er mange: Hvordan kan sygdomsniveauer beskrives klinisk og udledes prediktivt på befolkningsniveau? Hvor mange kronikere "rammes", når motivation og bedre oplevelse giver bedre opsporing? Hvor meget koster det i ekstra behandling, og får vi investeringen igen? Er opsporing overhovedet nødvendig, hvis bare man tilbyder den rette borger den rette behandling? Kan man estimere gevinsten af motivation hos kronikeren? Hvilke yderligere tiltag muliggøres af individuelle sektorneutrale forløbsplaner? Opnås alle fordelene - hvilke af gevinsterne har så med koordination at gøre?

Disse spørgsmål leder tilbage til behovet for udledning af en fleksibel matematisk grundmodel for behandling af kroniske tilstande i en population. Modellen skal være integrerende, predikterbar, og er tænkt til at kunne simuleres.

I indlægget beskrives Kronikerprojekt K5 i Region Hovedstaden og dets vision og mindset. Den internationale indsats beskrives kort. Dernæst beskrives den udledte strukturelle matematisk/kybernetiske model, dens forudsætninger og muligheder for at udlede business cases for varierende tiltag, og for at designe og vurdere forskellige løsningsscenarier indenfor samme ramme. En prediktiv, simulerbar modelformalisme er udledt, men de nuværende givne statistiske tal er vanskelige at bruge som beregningsgrundlag.

2. generation af it-strategi for tværsektorielt sundhedssamarbejde

Oplægsholder:

Tove Lehrmann, Region Syddanmark, <tove.lehrmann@regionsyddanmark.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Den tværsektorielle it-styregruppe i Syddanmark

Hovedbudskaber:

1. Fælles sundhedsaftaler understøttes af en fælles it-strategi
2. Implementering af tværsektorielle it-løsninger lykkedes på grundlag af fælles aftaler
3. Den tværsektorielle sundhedskommunikation videreudvikles i en 2. generation af aftaler

Beskrivelse:

For at understøtte sundhedsaftalerne med relevante it-redskaber aftalte kommunerne, sygehusene og lægepraksis i Syddanmark en fælles it-strategi i 2007. It-strategien medførte bl.a. fælles implementering af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning (MedComs sygehus-hjemmeplejestandarder), elektronisk genoptræningsplan, afprøvning af elektronisk fødselsanmeldelse, etablering af fælles visitationsinformationssystem, telemedicinsk sårbehandling mv. Langt de fleste af de aftalte projekter er nu gennemført. En ny generation af sundhedsaftaler er indgået. Der er derfor behov for en ny fælles it-strategi til understøttelse af de nye aftaleområder mv. i sundhedsaftalerne og i det tværsektorielle samarbejde.

Den nye fælles it-strategi mellem sundhedssektorens parter i Syddanmark indeholder dels visioner, principper for samarbejdet og indsatsområder, dels et projektkatalog med i alt 14 fælles projekter, hvoraf de 8 er udbredelsesprojekter, som alle kommuner og sygehuse indfører i fællesskab, 3 er pilotprojekter, hvor teknologier og samarbejde afprøves enkelte steder, og 3 er projekter med karakter af foranalyse.

Motivation:

Alle regioner og kommuner har indgået en ny generation af sundhedsaftaler i 2011 og står overfor opgaven med at indføre de konkrete samarbejdsaftaler som er indeholdt i sundhedsaftalerne. I Syddanmark er der fokus på at udvikle og indføre it-redskaber, der kan understøtte disse samarbejdsaftaler på det organisatoriske niveau. Syddanmark er længst med at få implementeret it-understøttelse af samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje, sygehus og kommunal træningsindsats og sygehus og sundhedspleje. Med udgangspunkt i sundhedsaftalerne fra 2011 indgår kommunerne, sygehusene og lægepraksis nu den næste generation af it-samarbejde – og prøver dermed at videreudvikle it-understøttelsen på grundlag af de positive resultater fra 1. generation af fælles it-strategi.

Oplægget:

Oplægget vil opsummere resultaterne af den 1. generation af it-strategi mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis i Syddanmark, der blev vedtaget i 2007 og de erfaringer, der er opnået. Oplægget vil desuden redegøre for de principper, der lægger til grund for videreførelsen af det tværsektorielle it-samarbejde, samt de samarbejdsområder, der it-understøttes. Til sidst redegøres for strategiens projektkatalog og nogle af de konkrete projekter, der påbegyndes i Syddanmark, præsenteres.

Hvad byder fremtiden på for RSI?

Oplægsholder:

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

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Heidi Forberg, RSI , <hfo@regioner.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvorfor en fællesregional strategi?
2. Hvad kommer der til at stå i strateigen?
3. Hvornår har vi strategi og pejlemærker på plads?

Beskrivelse:**Budskab 1: Hvorfor en fællesregional strategi?**

Regionerne etablerede i foråret 2010 Regionernes Sundheds-it organisation (RSI) og indgik dermed et forpligtende samarbejde om sundheds-it for at opnå en række fordele ved at koordinere og gøre ting sammen. RSI opstillede 24 ambitiøse pejlemærker for, hvad vi vil med samarbejdet.

Ved udgangen af 2013 skal pejlemærkerne være gennemført, og vi har derfor brug for at sætte nye pejlemærker for årene 2014 og frem. Allerede nu gør vi os de overordnede strategiske tanker for, hvad samarbejdet skal rumme og hvad der skal være den langsigtede røde tråd i samarbejdet. Strategien er grundlaget for at sætte retning på prioritering af mål og initiativer i regionerne og dermed medvirke til at sikre, at de fremtidige valg træffes ud fra en overordnet helhedsbetragtning, som ikke kun er styret af den aktuelle sags akter.

Budskab 2: Hvad kommer der til at stå i strategien?

Det er endnu for tidligt at røbe, hvad der kommer til at stå i strategien. Der er dog et gennemgående tema, nemlig "sammenhæng". Et stikord, der dækker selve formålet med at samarbejde, nemlig at kunne udveksle data og kommunikation i et patientforløb til brug for behandlere og patienter; dét øger kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Vi kigger på, hvad der skaber sammenhæng indenfor hospitalets fire vægge. Men vi kigger også på, hvad der skaber sammenhæng for patienten i dennes rejse mellem sundhedsvæsenets parter. Komplexiteten og specialiseringen i sundhedsvæsenet skal komme patienten til gavn, mens den derimod ikke må skabe unødige forsinkelser eller spild af ressourcer ved at procedurer gentages, eller patienter og personale går forgæves, fordi der ikke er givet besked.

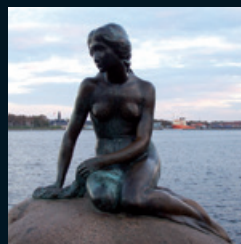
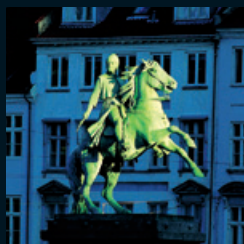
Budskab 3: Hvornår har vi strategi og pejlemærker på plads?

Processen er sat i gang. Strategien skulle ligge klar inden årets udgang og de nye pejlemærker vil skulle komme på plads i månederne derefter. På e-sundhedsobservatoriets afslutningssession vil der blive sat flere ord på strategien, som er ved at tage form.

TO SEEING YOU AT medinfo2013 IN COPENHAGEN, AUGUST

20 - 23 2013. medinfo WILL TAKE PLACE AT BELLA CENTER

IN WONDERFUL COPENHAGEN



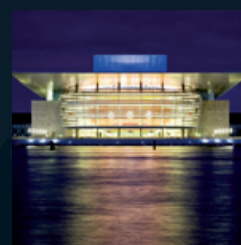
COPENHAGEN

medinfo2013

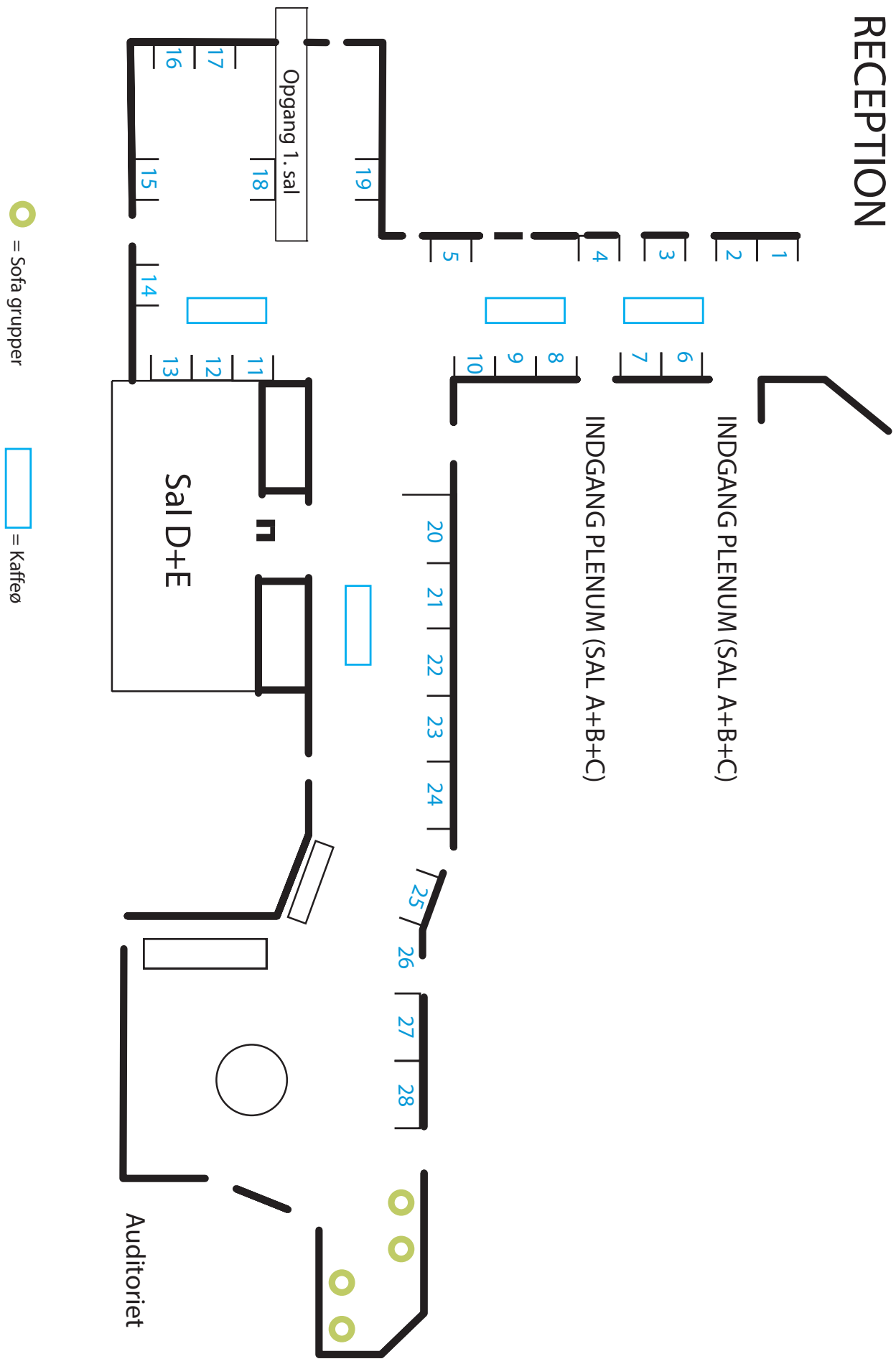
COPENHAGEN

WE LOOK FORWARD

www.medinfo2013.dk



RECEPTION



STANDE

	Nummer
Cetrea	1
ACTE-MEDICAL	2
care-call	3
Systematic	4
Max Manus	5
Trifork	6
Daintel	7
InterSystems	8
Capgemini	9
DIPS	10
IBM	11
Imatis	12
Sensor Medical	13
KMD	14
Cerner	15
CompuGroup Medical	16 og 17
Oracle Danmark	18
MedCom	19
Logica	20
CSC Scandihealth	21 og 22
MIRSK	23
Siemens	24
EMC Corporation	25 og 26
Epic	27 og 28

MØDELOKALE

	Salon
Epic	2



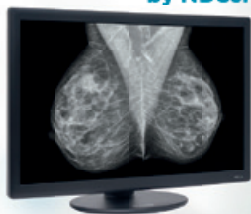
ACTE-MEDICAL, Vallensbækvej 41, 2605 Brøndby tlf. 46 900 400

WWW.ACTE-MEDICAL.DK

ADVANTECH Digital Healthcare



DOME by NDSsi



SONY
make.believe



Patientdata - uanset hvor du er

- Medicinsk godkendte produkter til ethvert formål
- Point-of-Care terminaler
- Monitører
- Sengesideterminaler
- Telemedicineløsninger
- Tablet PC
- Monteringsløsninger

ACTE
ACTE-MEDICAL.DK



Professionel 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 3
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):
Nydamsvej 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
personsikringsanlæg*

SYSTEMATIC
COLUMNA

Danmarks førende sundhedsplatform

Kom og få et indblik i Danmarks førende sundhedsplatform, Columna.



www.systematic.com

Columna er sundhedssektorens eget redskab med effektive værktøjer, som bidrager til at styrke kvalitet og effektivitet inden for det danske sundhedsvæsen.

Systematic har udviklet en fuldt integreret sundhedsplatform, Columna.

Columna platformen understøtter:



- Nem adgang til patient information, heriblandt mobil adgang, f.eks. via smartphones og tablets
- Grafisk overblik over patientens status med kurver, der sammensættes med præcis de værdier, der er relevante
- Struktureret klinisk dokumentation, der automatisk anvendes til kvalitetsmonitorering, forskning og ledelse
- Standardplaner, der bidrager til optimale patientforløb
- Optimering af patientflow, logistik og kommunikation
- Præ-hospital patient håndtering
- Patientens egen journal der fremmer patient empowerment
- Columna platformen er omdrejningspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som skal sikre shared care på tværs af hele sundhedsvæsenet
- Nationalt patientindex, der skal koble alle de forskellige datakilder sammen

Columna platformen udrulles netop nu på alle hospitaler i Region Midtjylland. Over 10.000 brugere benytter dagligt Columna

SYSTEMATIC

Talegenkendelse

- hvor som helst, når som helst!



Er du træt af at være bundet til din PC ?

Max Manus tilbyder nu også talegenkendelse på iPhone, iPad og Android.

SpeechAnyWhere er vores nye løsning til brugeren der ønsker større fleksibilitet og mobilitet. **SpeechAnyWhere** er designet til nem integration og er let at anvende.

Kombineret med **SpeechEditor**, giver det bl.a. fordele som:

- Navigation i journalen via tale
- Integration i alle tekstfelter
- Korrektur via tale
- Nem indlæring
- Mulighed for kobling til SNOMED CT® eller SKS koder

Er du klar til fremtiden?

Max Manus er Skandinaviens førende leverandør af talegenkendelsesteknologi. Kig forbi vores stand til en snak om, hvordan vi kan hjælpe din organisation i gang med talegenkendelse – fra foranalyse til endt implementering af talegenkendelse i EPJ med f.eks. kodnings- og beslutningsstøtte.



Besøg os på
stand nr. 5

powered by



Max Manus A/S - tlf.: 70 10 55 10 - E-mail: sales@maxmanus.com - www.maxmanus.dk

MOBILE AGILE CLOUD
TRIFORK.



Enterprise Mobility Platform

Mobile data
Mobile services
Mobile medarbejdere

- ✓ Login
- ✓ Single sign-on
- ✓ Datasikkerhed
- ✓ Juridiske krav
- ✓ Samarbejde
- ✓ Kontekst

Triforks Enterprise Mobility Platform flytter ansvaret for disse områder fra de enkelte projekter og over i en central arkitekturbeslutning. Den sikrer at alle områder der falder inden for IT-arkitektur kan kontrolleres centralt og tilbyder services, biblioteker og guidelines for mobile projekter.

- Projektomkostningerne reduceres
- Kvaliteten ensrettes
- Udviklingstiden reduceres

DEMO:
Mobil Tele-
Psykiatri og
Telemedicin med
enkel device-
håndtering

Mød os på stand 6

Trifork A/S
www.trifork.com
email: info@trifork.com



CIS by Daintel

- Danmarks førende IT-system til intensiv og anæstesi er kåret som Europas bedste E-Sundhedsløsning



Besøg Daintel på stand 7 for en demonstration af CIS til:

- Intensiv
- Anæstesi
- Akutmodtagelse
- Onkologi og hæmatologi

CIS 
BY DAINTEL

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

InterSystems helps to connect Danish patient information on a national level



Breakthrough solutions for connected care

The Danish NSI (Nationalt Sundheds-IT) is beginning development of a new service to link healthcare information systems used within Danish regions on a national level.

The National Patient Index (NPI) will enhance clinical safety, improve search capabilities and provide a shortcut to securely accessing patient data, for the successful treatment of patients whose treatment may involve multiple complex processes.

The new **HealthShare-based initiative** enables the sharing of patient information between

healthcare providers and government agencies countrywide. **InterSystems HealthShare™** is a strategic healthcare informatics platform that enables the sharing of patient information via seamless, bidirectional integration, using active analytics to drive decision-making, and unlocking the unstructured data that is found in patient records.

For over 30 years, we've provided breakthrough solutions for connected care.

INTERSYSTEMS

InterSystems B.V. Finland, Keilasatama 3, FIN-02150 Espoo
T: +358 925 107 151 | InterSystems.fi

youtube.com/InterSystemsCorp | facebook.com/InterSystems | @InterSystems on Twitter

© 2012 InterSystems Corporation. All rights reserved. InterSystems HealthShare is a trademark of InterSystems Corporation.

Savner du også
effektiv **planlægning**
og **ressourcestyring** på
tværs af sektorer fra
patient til hospital?



Bookplan har effektiviseret planlægning og ressourcestyring på 275 kliniske afdelinger.

Bookplan anvendes på OP-gange, sengeafdelinger, ambulatorier & akutafdelinger/skadestuer på 10 hospitaler.

Bookplan leveres som et særskilt standardmodul, der integreres i hospitalets/regionens sundheds IT-plattform eller integreret som en del af Columna suite fra Systematic.

Bookplan findes i en dansk og en international version.



Enabling Efficient Healthcare

Rough environments. Proven solutions.



Norway's leading EHR system is developed on a tough specification. With rough nature, wide-spread geography, a fully integrated public funded health system and one of world's strongest electronic privacy legislations, our task has always been challenging.

The company DIPS ASA has provided EHR solutions for 25 years. That's why we feel that using the word proven is justified. DIPS EHR is a sturdy, reliable system, running 24/7 across the country in 73 % of Norwegian hospitals. In fact, five of the seven university hospitals in Norway use DIPS EHR, providing vital functionality to 57.000 professional users.

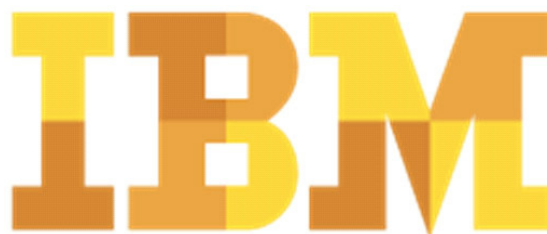
Having done a high number of system implementations, it is safe to say that we know what we're doing. We know the complexity of making patient critical systems work, of converting legacy data and of setting up safe and reliable routines for system management. Our track record – all system installations done by DIPS have been done *on time* and *on budget* - is hard to beat.

Being a veteran in the business doesn't mean there is anything old fashioned about what we do. In fact, our newest clinical platform is built with the current best practices of software architecture, ensuring the flexibility and performance needed for the decades to come.

What it comes down to is available functionality. Electronic medication management and clinical charts? *We have it.* Document workflow? *We have that too.* And by the way, our customers don't keep paper files – because they don't need to. Safe, electronic communication? *Goes without saying.* We could go on and on – but we won't. Rather, we would invite you to our website to see for yourself. You will meet a serious, trustworthy group of people coming to work each day with one goal only: To make the best EHR there is!

www.dips.com





Shared Care

Understøtter det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger, sygehuse og borgere. Shared Care sikrer optimal udnyttelse af ressourcer i sundhedsvæsenet ved at skabe sammenhæng og overblik i patientforløbet.

Telemedicin

IBM Shared Care integrerer til telemedicinske løsninger og udstyr. Fokus er lagt på at frigøre løsningerne fra leverandørspecifikke teknologier.

Klinisk logistik

Optimerer patientflow, kommunikation og koordinering i klinikken. Målet er at frigøre tid og ressourcer med henblik på at skabe højere kvalitet og øget tilfredshed blandt både personale og patienter.

Digitale hospitaler

IBM har opsamlet erfaringer globalt og udviklet en unik tilgang til det digitale hospital. Formålet er at skabe rammerne for en højere kvalitet gennem udvikling af kliniske processer og ved at benytte it som løftestang til at optimere hospitalets drift.

Hjælp til diagnosticering

Supercomputeren Watson kan give lægen hjælp til at bearbejde fx. prøveresultater, til at stille de rigtige spørgsmål, når de skal diagnosticere og til at finde frem til den korrekte diagnose og den mest effektive behandling.



IMATIS Visi – a web-based electronic whiteboard. Providing department overview, supporting clinical logistics and patient flow



*We offer a variety of templates to every department in the hospital.
Use a template or start from scratch to customize your
department's whiteboard!*

*Through IMATIS Visi Portal you have access to further clinical and
logistic information about the patients.*

*The whiteboard can also be used for effective communication
between wards.*

Visit us for more information and a demo at stand 12.

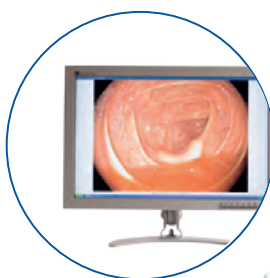


Panel PC

Patientterminal



Endoskopi



Talbet PC



Box PC



Hjælp til hjælp til selvhjælp

Undersøgelser fra KMD Analyse, og også flere af vores pilotprojekter viser, at borgerne oplever stor livskvalitet, når de får mulighed for at tage sundheden i egen hånd.

I KMD arbejder vi på at give KOL-patienter mulighed for at udføre målinger af bl.a. lungekapacitet, iltmætning og vægt hjemme hos sig selv, hvorfra data sendes automatisk til kommunens sundhedssystem KMD CARE, de praktiserende lægers it-system og sygehusets patientjournal.

KMD Online Omsorg og KMD CARE@home involverer borgerne aktivt i genoptræning, observation og behandling af egen sygdom. Borgeren kan selv udføre forskellige målinger og følge med i udvikling og behandling. Det giver større tryghed – og dermed større livskvalitet.

KMD's løsninger erstatter – ikke alle, men nogle af de sundhedsprofessionelles besøg med digitale besøg. De digitale sundheds- og omsorgsydelser giver mange borgere større livskvalitet, men frigør også vigtige ressourcer i kommunen, som kan bruges til fordel for alle de borgere, der ikke kan hjælpe sig selv.

Læs mere om vores sundheds- og omsorgsløsninger på www.kmd.dk.





Målsætning

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



Global Leder indenfor Sundhed

Vi kommer med 30 års erfaringer og resultater, der viser en global forbedring af sundhedspraksis i 24 lande.

It-Sundhedsplatform der giver forbedret patientsikkerhed

Vi leverer en høj målbar og virkelig integreret It-Sundhedsplatform, som forbedrer og måler resultater på en hurtig, nem og smart måde, der giver forbedret patientsikkerhed og høj brugertilfredshed.

Unikke Kompetencer

Vi kommer med et velafprøvet sæt af unikke kapaciteter, kvalifikationer og kompetencer, som på nuværende tidspunkt ikke findes i Danmark. Vi vil ændre paradigmet for den måde Sundheds IT anvendes i Danmark i dag.

Kunde Resultater

Vi tror på et langsigtet partnerskab med vores kunder, hvor vi gennem fælles indsats skaber resultater, forbedret kvalitet og effektivitet indenfor den pleje og behandling, der skal leveres — også efter den initiale implementering.

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

TakeCare

en af verdens førende
IT-løsninger til sundhedssektoren

TakeCare er et sikkert, effektivt og fleksibelt system til håndtering af elektroniske patientjournaler.

Systemet dækker både store og mindre organisationers behov. Stockholms Lens råd besluttede i 2008 at implementere TakeCare i hele lenet. Installationen i Stockholm er en af verdens største IT-sundhedsinstallationer.

- 37.000 aktive brugere
- 17.000 samtidige brugere
- 2.700.000 elektroniske patientjournaler
- 99,9 % svartider på under ét sekund

Systemet er i dag fuldt operationelt for 90 % af de enheder, som udbyder sundhedstjenester i Stockholms Len. Den største enhed er Karolinska Universitetshospital.



Synchronizing Healthcare

CompuGroup Medical er en af verdens førende virksomheder indenfor sundheds-IT. Med lokationer i 19 lande og kunder i 34 lande verden over, benytter mere end 385.000 læger og andet sundhedsfagligt personale i hele verden hver dag programmer og løsninger udviklet af CompuGroup Medical. Vores software løsninger er designet til at understøtte alle medicinske og administrative arbejdsgange hos læger, tandlæger, hospitaler, apoteker og andre sundhedsfaglige organisationer.

Vi udnytter mulighederne i den moderne informationsteknologi til at sikre, at alle i sundhedssektoren kan tilgå, dele og gemme vital patientinformation.



CompuGroup
Medical

Vores software hjælper med til at forbedre effektiviteten, reducere udgifterne og eliminere fejl - og dermed til at forbedre kvaliteten i sundhedssektoren.

CompuGroup Medical Danmark A/S har kontorer i Randers, København, Frederikshavn og Holbæk, herfra servicerer 60 højt kvalificerede medarbejdere dagligt mere end 7000 brugere med innovative løsninger til et stadigt voksende krav fra sundhedsvæsenet.

Udbredelse og teknologisk fremtids-sikring inden for sundhedsområdet 2012–2013

På MedCom's stand kan du høre mere om vore projektlinjer som der aktuelt arbejdes med. Vi fortæller om projekternes indhold, planer, og viser den aktuelle udbredelse af projekterne.

Vi fortæller hvorledes MedCom-projektlinjerne passer ind i RSI's pejle-mærker, overenskomsterne mellem regionerne og almen praksis/special-lægepraksis og økonomiforhandlingerne mellem Regeringen og Danske Regioner. Vi fortæller også om vores deltagelse på kronikerområdet. Kom og få projektkataloget.



MedCom
Forskerparken 10, 5230 Odense M
Tlf: +45 6543 2030
medcom@medcom.dk
www.medcom.dk

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 sundhedsdatanet, SDN, og videoknudepunkt, VDX
- 8.3. Teknologisk fremtidssikring af MedCom-kommunikationen

Besøg
MedCom
på stand
19



EN ÅBEN, FLEKSIBEL OG FREMTIDSSIKKER SUNDHEDS- PLATFORM



It-sundhedsplatformen Cambio COSMIC bygger på den nordiske sundhedsmodel og tager udgangspunkt i den enkelte borger og klinikerens konkrete arbejdsopgaver. Cambio COSMIC løfter og styrker sundhedsvæsenets kerneydelser: undersøgelse, behandling, pleje, planlægning, klinisk overblik og patientsikkerhed.

CAMBIO COSMIC – en stærk sundhedsplatform

MODULOPBYGGET SUITE BYGGET AF ÅBNE STANDARDER

Cambio COSMIC er som standard it-platform skræddersyet til den danske sundhedssektor. COSMIC-modulerne er fleksible og kan sættes op til lokale rutiner og processer. Cambio COSMIC er baseret på åbne standarder, der gør det muligt at integrere til andre systemer. Systemet håndterer tværsektorielle forløb med den primære sektor, praktiserende læger og speciallæger.

DANSK IT-SUCCES

I Region Syddanmark har Odense Universitetshospital lagt sig i førertrøjen, når det kommer til digitalisering af danske hospitaler – godt på vej til at nå HIMSS niveau 7. Cambio COSMIC har desuden vist sig at være en stærk it-sundhedsplatform med ca. 250 installationer fordelt på 7 Regioner i Norden. I Sverige er Cambio COSMIC det største og hurtigst voksende e-sundhedssystem.

STÆRKT FUNDAMENT

Erfaringerne med at implementere Cambio COSMIC i bl.a. Region Syddanmark er mange. Det skarpe, det gode, det grove og det uundværlige har vi samlet til en erfaringsbaseret model. Vi er endnu stærkere i dag og er rustet til at håndtere ud-rulningen af it-sundhedsplatformen på tværs af hospitaler og regionsgrænser.

BRÆNDER FOR SUNDHEDS-IT

Vi brænder for at skabe levedygtig sundheds-it. Sammen er Logica og Cambio et stærkt makkerpar, der forener et godt produkt med faglig indsigt og en gennemprøvet projektmodel.

Vores erfarne og dygtige medarbejdere er vores stærkeste ressource. Vi leverer ikke bare it – vi leverer sundheds-it. Og vi gør det på baggrund af 25 års erfaring inden for sektoren.



Logica is now part of CGI.

Logica er nu en del af CGI, en førende leverandør af it-services og forretningsløsninger med 72.000 medarbejdere i mere end 40 lande. Inden for sundhedssektoren leverer CGI it-services til mere end 1000 institutioner, heriblandt mere end 250 hospitaler og ministerier. Vi er førende inden for udviklingen af innovative it-services og forretningsløsninger, som hjælper sundhedssektoren med at udnytte teknologien til at opnå lavere omkostninger, øge produktiviteten og forbedre kvaliteten af plejen. Besøg cgi.com og logica.dk for yderligere information.

CSC HEALTHCARE



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 klinikers 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 21 og 22 på E-sundhedsobservatoriet den 9.-10. oktober 2012

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

Klar til fremtiden?

Nye effektive taleteknologier fra MIRSK!

Besøg os på
stand 23!



Fremtidens arbejdsplads - med MIRSK

Mennesker taler i snit 7 gange hurtigere, end de skriver. Forestil dig, at du taler direkte til din pc og har en langt mere effektiv hverdag med bedre tid til de vigtige og værdifulde opgaver. MIRSK har udviklet en løsning, så talegenkendelse endelig lever op til professionelle krav, og det store potentiale for ressourcebesparelser og effektivisering kan realiseres.

MIRSK Recognition™ er unik

• Ingen stemmeprofilering

Systemet genkender og forstår brugeren med det samme! Der er ingen behov for træning af systemet.

• Ingen lang installationsproces eller systemkrav.

Løsningen er Cloudbaseret, og der er ingen krav til PC-klienter. Løsningen fungerer ligeledes med alle MIRSK's andre løsninger.

• Er allerede integreret

SMARTrecognition™ er allerede integreret med hele Windows platformen, dette giver brugeren en oplevelse af at MIRSK er integreret i samtlige af programmerne.

• Forberedt til mobilitet

Talegenkendelsen fungerer på en lang række platforme ud over Windows pc'er; bl.a. Android, iPhone og Windows Mobile.

Mobil effektivisering med MIRSK

Det moderne sundhedsvæsen forventer fleksibilitet, effektivitet og mobilitet af medarbejderne.

Det forudsætter de rette digitale løsninger. Hvis der samtidig skal være adgang til nye muligheder, der kan aflaste og understøtte mere trivsel og produktivitet, forudsætter det MIRSK Dictation+™.

MIRSK Dictation+™ er en simpel applikation til Smartphone. Med MIRSK Dictation+™ kan den nødvendige diktering og dokumentation foretages på stedet. Ikke først bagefter. De målbare resultater er større præcision, hurtigere ekspedition og et farvel til ekstraarbejde.

MIRSK Dictation+™ giver:

- Adgang til alle funktioner i MIRSK's dikteringsløsning via simpel mobil applikation.
- Øget produktivitet og fleksibilitet.
- Lokation og netværksafhængig, virker overalt, også uden for netværket!
- Effektiv udnyttelse af tid og ressourcer.
- Mere trivsel og motivation.

Kom forbi til en live demonstration af vores taleteknologier på vores stand (23).

Læs mere på mirsk.com



SIEMENS

Visionen om det papirløse hospital

En realitet med it-systemer fra Siemens

I mange år har det papirløse hospital stået som visionen inden for sundhedsvæsenet. Med it-systemer fra Siemens Healthcare er visionen blevet en realitet.

I 2009 fik det tyske universitetshospital i Hamborg* erstattet de traditionelle fysiske patientjournaler med to it-systemer fra Siemens: Soarian Clinicals og Soarian Health Archive. Lige siden har både patienter, læger og øvrige hospitalsansatte nydt godt af de mange digitale fordele i it-systemerne.

Fordele

- Hurtigere forberedelsestid:
Hvad der tidligere kunne tage dage at hente frem i arkiverne, kan nu slås elektronisk op på få sekunder

- Øget workflow:
Med Siemens it-systemer kan hospitalets daglige processer løbende optimeres, så arbejdsflowet hele tiden er tilpasset fremtidens behov
- Bedre patientpleje:
I et enkelt skærbillede kan hospitalets ansatte fremkalde og håndtere patienternes journaler, hvilket giver mindre tid til administration og mere tid til patientpleje
- Ikke mere papir:
Tidligere bugnede kælderen med papir journaler; i dag kan hospitalet anvende de hårdt tiltrængte kvadratmeter mere hensigtsmæssigt

For yderligere information, kontakt venligst salgsdirektør Birgit Grøsfjeld fra Siemens Healthcare på telefon 44 77 46 89.

Om Siemens Soarian
Siemens Soarian tilbyder en ny og fremtidssikret tilgang til hospitals-it med fokus lagt på workflow, processer og ressourceoptimering.

Soarian Clinicals giver et samlet overblik over et patientforløb, mens Soarian Health Archive udgør en fleksibel arkiveringsplatform.

Kombinationen af de to web-baserede applikationer gør samlet set Siemens Soarian til et effektivt elektronisk journal-system

* Hamborg Eppendorf opnåede i efteråret 2011 det 7. trin i Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)

Læs mere på www.siemens.com



HEALTHY TRANSFORMATION

Providing the solutions to optimize patient care, and reduce costs. EMC's enterprise content management solutions enable healthcare organizations to capture any form of data electronically and make it easily and securely accessible to the organizations and individuals that need it. With up-to-date digitized information access, healthcare organizations can better manage, integrate, analyze, and enhance clinical, financial, and administrative information to optimize patient care delivery, improve efficiencies, and reduce the cost of healthcare.

Find out more at: www.emc.com/HealthyTransformation

EMC²

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Alsæk	Annemette	Dataanalytiker	Hillerød Hospital, Kvalitetsdataenheden
Andersen	Jens Sand	Salgschef	Ascom Danmark A/S
Andersen	Henning Boje	Professor	Danmarks Tekniske Universitet
Andersen	Stig Kjær	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Andersen	Helle	It-projektleder	DoIT - OUH
Andersen	Thomas Rønning	Kundeansvarlig	Region Midtjylland
Andersen	Jens	Adm. direktør	Region Sjælland
Andersen	Ulrich	Læge	Region Sjælland
Andersen	Rene Kofoed	Ledende overlæge	Region Syddanmark, Psykiatrisk Afd.
Andersen	Jakob Steen	Overlæge	Rigshospitalet
Andersen	Jens Rastrup	Projektmedarbejder	Sundhed.dk
Andersen	Claus Kjærgaard	Senior Architect	Systematic AS
Andersen	Hanne Marie	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital, Sundheds-It
Andersson	Daniel	Commercial Director	CompuGroup Medical Sweden AB
Andreasen	Henrik Juul	Funktionschef	Region Syddanmark, Regional It
Andresen	Morten	Vice President Innovation	Imatis A/S
Ankjær	Michael	Certificeret salgschef	IBM
Antonius	Martijn	Implementation Services	Epic
Antonsen	Christina Egelund	Innovationskonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Arleth	Anette	Konsulent	Avaleo ApS
Bach	Malene Østergaard	Healthcare Account Manager	IBM
Baden	Kristian Alstrup	Kontorchef	Region Nordjylland
Bakke	Jakob	AC-fuldmægtig	Syddansk Universitet, Mærsk Institutet
Balle	Helle	Projektleder	National Sundheds it, SSI
Ballegaard	Stinne Aaløkke	Projektleder	KORA
Bang	Louise	Projektmedarbejder	OUH
Bardram	Jakob E.	Professor	IT Universitetet i København
Bartholdy	Christina Silseth	Leder Sundheds-IT	Forsvarets Sundhedstjeneste
Beck	Dagmar	Business Development Executive	Daintel ApS
Berendt	Susan Elisabet	Ledende sygeplejerske	Faxe Kommune
Berggreen	Christian	Implementeringskonsulent	Region Hovedstaden, IMT
Bergsteinsson	Jon Ingi	Studentermedhjælper	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Bernstein	Knut	Konsulent	MEDIQ
Berntsen	Thomas Peter	Grundlægger	MoodKick ApS
Bertelsen	Pernille	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Bertelsen	Jane Elisebeth Kempf	Projektleder	Region Nordjylland
Besserman-Svendsen	Anja	Konsulentchef	Rehfeld Partners A/S
Beuscart Zéphir	Marie-Catherine	Dr.	University of Lille
Bidstrup	Lene	Ledende lægesekretær	Epilepsihospitalet Filadelfia
Biering-Madsen	Thorkild	Salgschef	Logica A/S
Bjerrum	Hanne	It-og udviklingssygeplejerske	Psykiatrien RSD, Vejle
Bo	Tanja	Ledende lægesekretær	Roskilde Sygehus, Neurologisk Afd.
Boisen	Karin	Seniorkonsulent	Capgemini Danmark
Boldsen	Liselotte		Logica
Borggreen	Ditte Victoria	FMK-konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Borup	Else Marie	Sekretariatsleder	Region Syddanmark, Psykiatrisk Afd.
Bossen	Claus	Lektor	Aarhus Universitet

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Boysen	Mathias Abitz	Studertermedhjælper	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Branner	Eva	Projektleder	Region Hovedstaden
Brask	Annette	Chefkonsulent	Odense Universitetshospital
Brinck	Claus	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland
Bringø	Tina	It-konsulent	Lolland Kommune Ældre & Sundhed
Brøndbjerg	Anne Mette	Fuldmægtig	National Sundheds-It
Brostrøm	Kent	Chief Executive Officer	CompuGroup Medical Sweden AB
Brun	John	Managing Partner	KVANTI ApS
Bruun	Helen	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Bruun-Rasmussen	Morten	Direktør	MEDIQ
Bruun-Schmidt	Henning		Cetrea A/S
Brændstrup	Anni Møller	Projektsekretær	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Brøndum	Susan Uhrenholt	Solution Manager	KMD
Buch-Larsen	Anne	Konsulent	Kort & Matrikelstyrelsen
Buchwaldt	Per	Director	Deloitte Consulting
Buhr	Anni	Programleder	National Sundheds-It
Burkal	Helle Zwicky	Projektleder, It-afd.	Region Hovedstaden, IMT
Bøgebjerg	Peder	Direktør	Lif
Bøgelund	Liselotte	EPJ-konsulent	Sundheds-It AUH
Bøgelund-Andersen	Bjarne	Overlæge	AUH - Neurokirurgisk Afd. NK
Bøsling	Jacob	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Bøttcher	Anne	It-projektleder	Psykiatrien Region Nordjylland
Bøttger	Hans Henrik	Projektleder	Region Midtjylland, It-stab.
Carøe	Jesper Grankær	Direktør	Trifork A/S
Christiansen	Laila Søndergaard	Lægesekretær	Næstved Sygehus, Børneafdelingen
Christensen	Anita B.	Adm. direktør	CompuGroup Medical Denmark A/S
Christensen	Bo	Sales Manager	KIBI DK A/S
Christensen	Camilla Tavlo	PA for Lars Kayser	Københavns Universitet
Christensen	Anders Skovbo	Innovationskonsulent, PhD	Region Hovedstaden IMT
Christensen	Lise	Konsulent/projektleder	Region Sjælland
Christensen	Kent Dencker	Overlæge	Sygehus Himmerland
Christensen	Finn	Projektleder	Sygehus Nord, Region Sjælland
Christensen	Michael		Aarhus Universitet
Christiansen	Flemming	Sektordirektør	Sektor for National Sundheds-it, SSI
Clausen	Thomas Dalsgaard	Afdelingslæge	Region Hovedstaden
Cyrus	Jon	Implementation Services	Epic
Dahms	Mona Lisa	Lektor	Aalborg Universitet
Dalgaard	Torben	Enhedschef	Region Hovedstaden - IMT
Dalsgaard	Esben	Chef it-arkitekt	National Sundheds-it (NSI)
Dam	Peter	Technical Sales Manager	Max Manus A/S
Dam	Bente	Oversygeplejerske	Regionshospital Viborg
Dam	Sigbritt	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Damgaard	Jesta		Logica
Damgaard	Henriette	EPJ-ansvarlig	Onkologisk Afdeling D, AUH
Danielsen	Morten Krogh	Account Executive	SAS Institut A/S
de Lemos	Marianne	Projektleder	Region Midtjylland
Dehn	Elisabeth	Specialkonsulent	Region Hovedstaden
Dele	Heidi Rix	EPJ-ansvarlig lægesekretær	Region Syddanmark, Psykiatrisk Afd.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Donohoe	Grethe	Sundhedsfaglig It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Drewes	Birgitte	Afdelingschef	Sektor for National Sundheds-It
Durhuus	Kim Bille	Key Account Manager	TDC A/S
Dybdahl	Jan	Salgsdirektør	CSAM Health AS
Dybdahl	Lars Bunk	Chief Technology Officer	Daintel ApS
Eika	Halfdan	Konsulent	Region Midtjylland
Ejsing-Duun	Daniel	Studertermedhjælper	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Elberg	Pia		Aalborg Universitet
Elberling	Marie Schreiner	Webdesigner / Usabilitykonsulent	Region Sjælland, Helbredsprofilen
Elbro	Charlotte	Projektleder	Region Hovedstaden, IMT
Elkjær-Nielsen	Jørgen	Account Executive	CSC Scandihealth
Elsman	Sissel	It-projektleder	Region Hovedstaden, IMT
Eriksen	Dorte	Senior Consultant	Capgemini Danmark
Ernst	Vibeke	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Esmann	Lone	Program Manager	CSC Scandihealth A/S
Eyðinsdóttir	Hervør	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet Færøerne
Fabrin	Jørgen	Sælger	IBM
Falk-Sørensen	Jette Buchardt	Udviklingssygeplejerske	Region Sjælland, Holbæk Sygehus
Femerling	Gitte	Projektleder	Hillerød Kommune
Flolid	Irene	Business Development Manager	Imatis A/S
Fly	Morten	Afdelingschef	KMD
Flyger	Gillian	Programleder	Koncern IT / Region Nordjylland
Fogt	Jakob	Central Government Account Manager	EMC
Forberg	Heidi	Sekretariatschef	Regionernes Sundhed-it
Frandsen	Ole Holt	Salgschef	Atea A/S
Frandsen	Jacob Roed	IT Konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Fransen	Pia Borup	Klinisk It-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Frederiksen	Jannick	Overlæge, MHIT & EPJ-K	Hillerød Hospital
Frederiksen	Mads Stampe	Forretningskonsulent	KMD Health Care
Frellsen	Mads	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Friis	Soile	Formand	Danske Lægeselekretærer
Froesig	Ole B.		Odense Universitetshospital
Frost	Mads	Ph.d. studerende	IT-Universitetet i København
Frostholm	Nina	Specialkonsulent	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler
Frostholm	Ulla Skotte	Systemadministrator	Sorø Kommune
Fuglsang	Dorthe Elise	It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Furstrand	Dorthe	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Gabel	Karoline B.	Senior-konsulent	Exonor
Galster	Gert	Sundhedsinformatiker, PhD-stipendiat	Aalborg Universitet
Garbo	Kirsten Elisabeth	Løsningskonsulent	Region Syddanmark
Georgiou	Andrew	Dr.	University of New South Wales
Gerdes	Ulrik	Overlæge	Region Syddanmark, Center for Kvalitet
Gerstrand	Michael	Key Account Manager	Max Manus A/S
Givskov	Kresten	Projektmanager	Siemens Healthcare
Gjerløv	Irene	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Glitzky	Susanne Østergaard	EPJ-konsulent	OUH, Afd. for Driftoptimering og It

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Godtfredsen	Rikke Joan Møller	It-kundeansvarlig	Region Nordjylland, Koncern IT
Gotfredsen	Lina	Projektleder	Aarhus Universitetshospital
Granlien	Maren		IC-IT
Green	Allan	Projektleder	Hvidovre Hospital
Gregersen	Nina Hammerich		Komiteen for Sundhedsoplysning
Greibe	Kell	Læge, MI	National Sundheds-IT
Grøn	Bodil	It-koordinator	Fredericia Kommune; Pleje & Sundhed,
Grøndahl	Susanne	Senior Clinical Adviser	Systematic AS
Grøsfjeld	Birgit	Salgsdirektør	Siemens Healthcare
Gudmundsen	Jette	Faglig leder - Digitalisering	Faxe Kommune
Gustafsson	Hanne	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Guttesen	Gunnvá	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Gøeg	Kirstine Rosenbeck	Ph.d.-studerende	Aalborg Universitet
Gøtzsche	Mette		Logica
Hagen	Lene Iren	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Hagensen	Torben Mejlvang	Lead Architect	Systematic AS
Halkjær	Christian Aleksander	Account Manager	CSC Scandihealth A/S
Halkjær	Merete	Projektleder	Københavns Kommune
Hallgreen	Lone	Specialkonsulent	Region Hovedstaden IMT
Hammer	Kristianna	Lektor	Fróðskaparsetur Føroya
Hansen	Jacob Boye		Carecom
Hansen	Annika Sonne	Vice President of Operation	CareCom A/S
Hansen	Erik V.	It-chef	Epilepsihospitalet Filadelfia
Hansen	Lise Viskum	Specialkonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Hansen	Mogens Flinck	Project Manager	IBM Danmark
Hansen	Marie-Elisabeth		Logica
Hansen	Lone Dorthe	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Hansen	Nadja	EPJ-konsulent	OUH, It-afdelingen
Hansen	Ole Filip	Senior sundheds-it konsulent	Region Midtjylland, It-afdelingen
Hansen	Brian Stenskrog	I-sikkerhedskoordinator	Region Nordjylland
Hansen	Karina Reimer	Klinisk farmaceut, FMK projektleder	Region Sjælland Sygehusapotek
Hansen	Morten	Produktmanager	Region Syddanmark
Hansen	Martin Thor	Chefrådgiver	Regionernes Sundheds-it
Hansen	Marie-Louise Portefée	Projektleder	Sydvestjysk sygehus
Hansen	Henriette Sølbeck	Forretningskonsulent	Symfoni
Hansen	Søren Toft	AC-medarbejder	Vesthimmerlands Kommune
Hansen	Camilla	EPJ-ansvarlig	Aarhus Sygehus, Ortopædkir. afd. E
Harbo	Mette	Specialkonsulent	Danske Regioner
Harbo	Margrethe	Enhedschef, Design	Sundhed.dk
Harbo	Mikkel	Director Business Development & Operations	Systematic A/S
Hassing	Alis Helmer	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Hauberg	Mette		Region Syddanmark
Haug	Jane	Ledende lægesekretær	Roskilde Sygehus, Dermatologisk Afd.
Hauge	Lene Buch	Senior Clinical Adviser	Systematic AS
Haumann	Ulrik	Sr. Business Development Manager	KMD
Haunstrup	Elsebeth	Overlæge	Hospitalsenheden Horsens

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Hedegaard	Karin	It-projektleder	Aalborg Sygehus
Hedevang	Karina Hasager	Konsulent	Region Syddanmark
Henriksen	Ole Steenberg	It-ansvarlig oversygeplejerske	Bispebjerg Hospital
Henriksen	Hans Erik	Adm. Direktør	Cetrea A/S
Henriksen	Svend Holm	Chefkonsulent	Region Syddanmark
Hernig	Steen	Projektleder	SSI, National Sundheds-it
Hersom	Camilla	Det Radikale Venstres sundhedspolitiske ordfører	Folketinget
Heuch	Jakob	Salgschef Sundheds-It	Capgemini
Hiltmar	Jette	Projektleder	IBM
Hjorth	Mads	It-arkitekt	SSI, Sektor for National Sundheds-it
Hoff-Jessen	Hanne	Systemkonsulent	Helsingør Kommune
Holberg	Jørgen	Administrationsleder	Region Syddanmark, Psykiatrisk Afd.
Holdgaard	Tina	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Holdt	Marianne	Specialkonsulent	Region Hovedstaden
Holm	Sine Stavnsgaard	Sundheds-it-konsulent	Hospitalsenhed Midt
Holm	Anne Marie	Sundhedschef	Rebild Kommune
Holm	Frans	Consulting Manager	SAS Institut A/S
Holm	Michael	President and CEO	Systematic A/S
Holtze	Kristina	It-konsulent	Region Sjælland, Koncern IT, Helpdesk
Horup	Ronnie	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Hougaard	Jørgen	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Hulbæk	Lars	Souschef	MedCom
Hvidberg	Jens	Chefkonsulent	NSI - National Sundheds-it
Hynkemejer	Trine	Key Account Manager	Cetrea
Højberg	Lone		MedCom
Højen	Jens Godik	EPJ-chef	Sundhedsministeriet
Højen	Anne Randorff	PhD-studerende	Aalborg Universitet
Højgaard	Mette Jessie	EPJ-konsulent	OUH
Højgaard	Hannah	EPJ-koordinator	Aarhus Universitetshospital, Sundheds-It
Høstgaard	Anna Marie Balling	Lektor	Aalborg Universitet
Høstrup	Helle	Specialkonsulent	Region Hovedstaden
Høybye	Gitte Raae	Sygeplejerske	Aarhus Universitetshospital
Haagensen	Irene	Chef for Forskning og Innovation	Hillerød Hospital
Haagensen	Lone	Kvalitetskonsulent	Region Sjælland, Holbæk Sygehus
Ibsen	Henrik	Direktør	Silverbullet A/S
Illum	Peder	Konsulent	MedCom
Ingevold	Eva Bjørnhøj	Konsulent, sygeplejerske	Region Sjælland, Koncern IT
Ipsen	Charlotte	Applikationsspecialist	Region Hovedstaden, IMT
Isaksen	Birgitte	Key Account Manager	Max Manus A/S
Iversen	Ole		Altiplan ApS
Iversen	Helle Oest	Delivery Executive Director	NNIT
Iwanczuk	Jakub	Udvikler	CareCom A/S
Iwersen	Jesper	Chefkonsulent	Rehfeld Partners A/S
Jacobsen	Niels Jul		Syddansk Universitet, Mærsk Instituttet
Jacobsen	Kim Walther	Lektor, It-vejleder	VIA University College
Jakobsen	Søren	Chefkonsulent, It-projektleder	National Sundheds-it
Jakobsen	Henriette	Projektleder	Odense Kommune

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Jakobsen	Dorte	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Jart	Thyra	Seniorprojektleder	Sundhed.dk
Jensen	Sine	Sundhedspolitisk medarbejder	Forbrugerrådet
Jensen	Diane	Aktivitetskonsulent	Glostrup Hospital
Jensen	Bente	Forretningsudvikler	KMD
Jensen	Peer Eske	Overlæge, MSIT	Lægeforeningen i København
Jensen	Jeanette	Konsulent	MedCom
Jensen	Peter Munch	Specialkonsulent	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Jensen	Hanne Damgaard	It/data-konsulent	Region Midtjylland, Nære-Sundhedstilbud
Jensen	Dennis Mølkær	Teamleder	Region Nordjylland
Jensen	Karen Melchior	Projektleder	Region Nordjylland
Jensen	Mette	Løsningskonsulent	Region Syddanmark
Jensen	Gitte Sønderby	It-konsulent	Region Syddanmark, Regional It
Jensen	Karin Henriette	Ledende lægesekretær	Sygehus Vendsyssel
Jensen	Christine Damsbo	Adjunkt	VIA University College, Campus Aarhus N
Jensen	Hanne Grethe	Afdelingssygeplejerske/ EPJ-ansvarlig	Aarhus Universitetshospital, Ortopædkir. afd. E
Jeppesen	Kaj		Logica
Jeppesen	Birgit Bækmann	It-konsulent	Aarhus Kommune
Jepsen	Lise Bach	HR-udviklingschef	Region Sjælland, Sygehus Nord
Jespersen	Pia	Specialkonsulent	Sektor for National Sundheds-It
Jespersen	Henrik	Vice President Sales & Marketing	Systematic AS, Healthcare Systems
Jessen	Herbert Lichinger		Devoteam Consulting
Johansen	Kristina	Specialkonsulent	Region Hovedstaden
Johansen	Allan Løwe	It-konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Juel	Pia Reinhardt	Sekretær	MedCom
Juhl	Allan	Executive VP	Cetrea
Jusslin	Tanja Gerner	Konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Juul	Per	Salgschef	Atea A/S
Juul	Peter	Product Manager	Judex
Jørgensen	Asbjørn	Senior kundeansvarlig	DIPS
Jørgensen	Per E	Vicedirektør	Glostrup Hospital
Jørgensen	Trine	Midt EPJ-projektleder	Hospitalsenheden Horsens
Jørgensen	Lisbeth	It-projektleder	Odense Universitetshospital
Jørgensen	Susanne Tolstrup	EPJ-koordinator	Psykiatrien i RSD
Jørgensen	Mie Dyrholm	Ledende Klinisk farmaceut	Region Sjælland Sygehusapotek
Jørgensen	Tommy Arnløv	Personaleleder	Region Syddanmark, Psykiatrien
Jørgensen	Claus Bo	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Jørgensen	Jari Friis	Konsulent	Symmetric
Kamstrup-Holm	Jesper	Senior Manager	Deloitte Consulting
Kayser	Lars	Lektor	Københavns Universitet
Kent	Annelise Kjølseth	Lektor	Professionshøjskolen Metropol
Ketager	Therese	Projektkoordinator	Rehfeld Partners A/S
Kirdan	Lars	Sr Account Executive	SAS Institute A/S
Kirk	Katrine	Konsulent	PAR3 Konsulenterne
Kirkegaard	Peter	Direktør	care-call a/s
Kirkvåg	Pernille	Projektleder	Daintel ApS
Kjeldsen	Gitte	Project Manager	MedTech Innovation Center

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Kjelstrøm	Kåre	It-arkitekt & Partner	Silverbullet A/S
Kjær-Jensen	Vibeke	Konsulent	Region Midtjylland
Kjærsgård	Bitten	Sundheds-It konsulent	Hospitalsenhed Midt
Kjærsgaard	Gitte	Oversygeplejerske	Region Sjælland, Holbæk Sygehus
Klinkby	Ole		NNE Pharmaplan
Klitgaard	Pia	Ledende lægesekretær	Sygehus Vendsyssel, Gynækologisk Afdeling
Knudsen	Lars G.	It-projektchef	Det Nye Universitetshospital
Knudsen	Børge	Kontorchef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Knudsen	Per Simon Marius	Senior Key Account Manager	TDC Erhverv Public Account
Kohl	Bjarne	Konsulent	4P Management
Kohrtz	Simon	Produktchef	Tieto
Kold	Jan	Vice President	NNIT A/S
Kopke	Pia	Kundechef	Region Hovedstaden It, Medico og Telefoni
Korsholm	Inge Lise	Senior Systems Engineer	Systematic AS
Kraft	Michael Bjørn	It-funktionschef	Region Sjælland, Koncern IT
Krag	Astrid	Minister for Sundhed og Forebyggelse	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Kragh	Annette R.	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Kramer	Susanne	Ledende lægesekretær	Region Sjælland, Holbæk Sygehus
Krarup	Lars	Konsulent	Silverbullet
Krieger	Susanne Seehagen	Næstformand i Danske Lægesekretærer	DL/HK Kommunal
Kristensen	Jørgen Schøler	Cheflæge	Hospitalsenheden Horsens
Kristensen	Poul Erik	Konsulent	KL
Kristensen	Alice	Konsulent	MedCom
Kristensen	Annette	EPJ-specialist	PC Sct. Hans
Kristensen	Dorte	Projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Hanne	It-koordinator	Aalborg Sygehus
Krogh	Marie-Louise	EPJ-koordinator	Odense Universitetshospital, It.afd.
Krogsgaard	Karen Marie	Clinical Strategist	Cerner
Kruse	Dennis	It-konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Kusk	Kate	Projektkonsulent	MedCom
Kvalheim	Erling	Country Manager	EMC
Kvist	Annette	Kontorchef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Kähler	Ulrik	Læge / Direktør Trifork Medical	Trifork Public A/S
Lange	Kristoffer	Seniorkonsulent	Danske Regioner
Langvad	Peter	Principal	IBM
Larsen	Simon Bo	Senior F&I specialist	Alexandra Institut A/S
Larsen	Thomas	Salgsdirektør	CSC Scandihealth A/S
Larsen	Winnie Nørskov	Chef for datakvalitetsenheden	Hillerød Hospital
Larsen	Lars Ole	Datakonsulent	Nord-KAP
Larsen	Thomas	Overlæge	Region Nordjylland, Aalborg Sygehus
Larsen	Birgitte Qvist	It-konsulent	Region Sjælland, It-afdeling
Larsen	Tove Tobiesen	Projektleder	Sygehus Nord, Region Sjælland
Larsen	Thomas Kastrup	Fungerende borgmester	Aalborg Kommune
Lassen	Dorthe Skou	Projekt-konsulent	MedCom
Laulund	Pia	Seniorkonsulent	Sundhed.dk
Lauridsen	Ilse Dalgaard	Klinisk It-koordinator	Medicinsk Afd., HEV

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Lauritzen	Peter	Projektleder	IBM
Laursen	Tine Ohm	Fuldmægtig	Statens Serum Institut
Laursen	Peter Ljunggren	Key Account Manager	KMD A/S
Laursen	Jan Nørager	It-forretningskonsulent	Region Sjælland
Leck	Jesper	Direktør	IntraMed A/S
Lehm	Morten Christian		IBM Danmark Aps
Lehrmann	Tove	Chefkonsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Lei	Anne Marie		Lægeforeningen
Leksø	Anne Kathrine Langfeldt	Administrerende IT-koordinator	Region Sjælland, Sygehus Syd
Lerche	Anita	Specialkonsulent, Psykiatri- og Socialstaben	Region Syddanmark
Lerche	Steffen	Account Executive	SAS Institute A/S
Lilholt	Lars Heyckendorff	SFI-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Lindholm	Henrik	EPJ-konsulent	Region Syddanmark
Lodahl	Jørn	It-chef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Loncar	Darko	Sales Director	Symfoni
Ludvigsen	Jan-Arne	Product manager	DIPS
Lund	Eva	Projektleder	Odense Universitetshospital
Lund	Vibeke	Konst. Kontorchef	Region Nordjylland
Lundkvist	Peter	Teamchef	Trifork A/S
Lykke	Freddy	Administrerende Direktør	CSC Scandihealth
Løberg	Ann Mari	EPJ-konsulent	Sundheds-it, AUH Skejby
Løhde	Sophie	Venstres sundhedspolitiske ordfører	Folketinget
Løhndorf	Anne	Sundhedsfaglig indholdskonsulent	Sundhed.dk
Madsen	Pia Wichmann	Senior Clinical Advisor	Systematic
Madsen	Helene Hølmkjær	It-medarbejder	Vejle Sygehus
Majland	Jeanne	Sektionsleder	Sundhedsstyrelsen
Mandrup	Pernille	Økonomi- og planlægningschef	Region Sjælland, Sygehus Nord
Marcussen	Casper Dahl	Konsulent	MedCom
Mariegaard	Kerstin	Sygeplejerske	Sygehus Vendsyssel
Mark	Jan	Chefarkitekt	CSC Scandihealth
Martensen	Per Rosengreen	Salgschef	KMD BPO A/S
Mathiasen	Kim	Psykolog	Klinik for OCD og Angstlidelser
Medin	Otto	Senior Sales Engineer	InterSystems
Mehlum	Rune	System Engineer Manager	EMC, IIG Division
Mejdahl	Eik	Technical Product Manager	ACTE-MEDICAL
Mejlgaard	Henrik		Logica
Melson	Flemming	EPJ-konsulent	OUH
Mesits	Dina	It-forretningskonsulent	Region Sjælland
Michaelsen	Charlotte	It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Mielczarek	Kirstine G.	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Mikkelsen	Else Lund	Afsnitsleder	Hospitalsenhed Midt
Mikkelsen	Mikael Skov	Direktør	Region Hovedstaden It, Medico og Telefoni
Mikkelsen	Mette Schjønning	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Mikkelsen	Ib Steen	Sygehusdirektør	Region Sjælland, Sygehus Nord
Mitchell	Anja	Formand, overlæge	Foreningen af Speciallæger
Moerner	Annette	Kvalitetskonsulent	Region Sjælland, Holbæk Sygehus

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Mortensen	Klaus Ulrik	Redaktør	Altinget.dk
Mortensen	Troels Bierman	Chief Operations Officer	Daintel ApS
Mortensen	Marianne Just	Seniorkonsulent	Danske Regioner
Mortensen	Flemming Møller	Formand for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg	Folketinget
Mortensen	Pia	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Mortensen	Peter	Senior Advisor	SAS Institute
Mullerup	Mette	It-projektleder	Sygehus Vendsyssel
Mundbjerg	Anette	Sundhedssystemkoordinator	Hospitalsenheden Horsens
Müller	Poul	Formand for Danske Regioners Sundhedsinnovationsudvalg	Region Midtjylland
Møller	Marianne	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Nasser	Allan	Projektleder	Region Syddanmark
Newman	Stanton	Dean	City University London
Niebuhr	Uffe	Centerchef	Aalborg Universitetshospital
Nielsen	Julian Birkemose	Studentermedhjælper	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Nielsen	Lisbeth	Kontorchef	Danske Regioner
Nielsen	Lars-Oluf	Implementation Services	Epic
Nielsen	Niels Christian	Klinikchef	Friklinikken Region Syddanmark
Nielsen	Karina Skog	Chefkonsulent i NYBYG	Herlev Hospital
Nielsen	Tove Lindhøj	Sundhedssystemkoordinator	Hospitalsenheden Horsens
Nielsen	Annette Lyneborg	Specialkonsulent	Region Hovedstaden - Sundheds IT
Nielsen	Annie Høgh	It-/datakonsulent	Region Midtjylland, Nære Sundhed
Nielsen	Morten	Kommunikationskonsulent	Region Sjælland
Nielsen	Tove Charlotte	Projektleder	Region Syddanmark, Sundhedsinnovation
Nielsen	Henrik Waarsøe	Systems Engineer	Systematic AS
Nielsen	Anders Goul	Vice President Business Development & Operations	Systematic AS, Healthcare
Nielsen	Michael Ellegaard	Business Development Director	Trifork A/S
Nielsen	Cathrine Sand	Lektor	VIAUC Sygeplejerskeuddannelsen Aarhus
Nielsen-Man	Rikke Sandorff	Sundhedsfaglig konsulent	Rebild kommune
Nilsson	Jakob		Logica
Nilsson	Hanne	Klinisk It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Niss	Karsten	Studielektor	Aalborg Universitet
Nissen	Jette	Anvendelsesspecialist	Region Hovedstaden, IMT
Næsager	Linda Gulløv	Leder af Sundhedshus	Silkeborg Kommune
Nøhr	Christian	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Nørgaard	Jens Rahbek	Seniorkonsulent	MedCom
Nørregaard	Henrik	It-datakonsulent	Region Hovedstaden, K-Praksis
Olauson	Anders	Presitent EPF	ÅGRENSKA
Olesen	Karen Marie	Sundhedsplejerske, systemejer	Aarhus Kommune, Sundhedsplejen
Olesen	Thomas Sonne	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Olsen	Mogens	Business Development	Mawell
Olsen	Jesper Wolff	Chefkonsulent	Silverbullet A/S
Olsen	Maria Hammer	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Olsen	Martha	Fuldægtig	Syddansk Sundhedsinnovation
Osborne	Richard	Professor	Deakin University
Ottesen	Toke	SFI-konsulent	Region Nordjylland

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Overgaard	Birgit	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Pallesen	Hans Kåre	Chef-arkitekt	CSC Scandihealth A/S
Pallesen	Lisbeth Valther		SE a.m.b.a
Pawlowski	Pia	Kvalitetskonsulent	Region Sjælland
Pedersen	Sune	Systemkonsulent	care-call a/s
Pedersen	Peder	Konsulent	CSC Scandihealth A/S
Pedersen	Charlotte Elkrog	Aktivitetskonsulent	Glostrup Hospital
Pedersen	Pernille M. Godballe	Klinisk It-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pedersen	Birgitte Seierøe	Seniorarkitekt	Region Hovedstaden, IMT
Pedersen	Niels Henrik	Kontorchef	Region Midt, EPJ-produkter
Pedersen	Susanne	It-kundeansvarlig	Region Nordjylland, Koncern IT
Pedersen	Anne Dalhoff	Konsulent	Region Sjælland
Pedersen	Kasper Boas	Konsulent	Region Sjælland
Pedersen	Susanne Bjerglund	Sygeplejerske, Klinisk It-ansvarlig	Regionshospitalet Herning
Pedersen	Ivan Lund	Chefkonsulent	Sektor for National Sundheds-it
Pedersen	Hanne Søndergaard	Registreringskonsulent	Sygehus Vendsyssel
Pedersen	Vivi	Riskmanager, ph.d.	Sygehus Vendsyssel
Petersen	Trine	Vidensspredning i Sundhedsvæsenet (ViS)	Danske Regioner
Petersen	Anette		DLI
Petersen	Gitte Oluf	Koordinator - Sundheds-IT	Forsvarets Sundhedstjeneste
Petersen	Lisa	Klinisk It-konsulent	Glostrup Hospital
Petersen	Sille	Project Manager	IntraMed A/S
Petersen	Søren Overgaard	Software developer	Logica A/S
Petersen	Jan	Chefkonsulent	MedCom
Petersen	Niels Kaare	Regional Projektleder	Medicoteknik, Region Syddanmark
Petersen	Torben Søe	Afdelingschef	National Sundheds-it, SSI
Petersen	Helene	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab
Petersen	Lars Rønne	Personaleleder	Region Syddanmark, Psykiatrien
Petersen	Jonas Tyle	Chefkonsulent	Sektor for National Sundheds-it
Petersen	Morten Elbæk	Direktør	Sundhed.dk
Petersen	Thomas Lykke	Senior Architect	Systematic AS
Petersen	Lone Stub	Adjunkt	Aalborg Universitet
Pettersson	Lars Tranberg	It-chef	Amgro I/S
Phanareth	Klaus	Overlæge	Frederiksberg Hospital
Pinstrup	Thomas Stadil	Sundheds-It-chef	Regionshospitalet Randers
Poulsen	Thomas	Senior Account Manager	Systematic AS
Poulsen	Kirsten	It- og dokumentationsansvarlig terapeut	Aarhus Universitetshospital
Primdahl	Elin Merete	Teamleder, It-afdelingen	Sygehus Sønderjylland
Pyll	Hanne	Chefsekretær	Sygehus Nord, Roskilde/Køge Sygehus
Quist	Anette Roldskov	Market Access Manager	NNIT A/S
Rahmani	Azadeh	It-konsulent	Det Nye Universitetshospital
Rasmussen	Betina Gy	Sundhedsfaglig systemkonsulent	Filadelfia
Rasmussen	Nana		Metodika
Rasmussen	Nana Østergaard	Koordinerende Systemadministrator	Region Hovedstaden, IMT
Rasmussen	Stine Loft	It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Rasmussen	Henrik Gørup	Konsulent	Silverbullet

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Rasmussen	Frits	Plan- og analysechef	Sydvestjysk Sygehus
Rasmussen	Lisbet Skou	HR-chef	Sygehus Nord, Region Sjælland
Rasmussen	Jens Peder	Business Development Director	Systematic Software Engineering A/S
Rasmussen	Mette Skov	EPJ-ansvarlig/lægesekretær	Aarhus Universitetshospital, Afd. E, NBG
Rasmussen	Kirsten	EPJ projektleder	Aarhus Universitetshospital, Ortopædkir. afd E
Rehfeld	Claus	Administrerende direktør	Rehfeld Partners A/S
Riber	Lars	Læge, Lægeforeningens bestyrelse	Lægeforeningen
Riis	Jan	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Riis	Vibeke	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Rindum	Judith Lørup	It-strategisk koordinator	Region Hovedstaden
Rohde	Kristoffer	Sr. System Engineer	EMC, IIG Division
Roost-Ørsnæs	Claus	Markedschef	EG Data Inform A/S
Rosenørn	Søren		Lakeside
Rossen	Helle	Proces-koordinator	Region Syddanmark
Rossing	Niels	Konsulent, dr. med.	MedCom
Rudebeck	Helle	Sundhedsfaglig-it-konsulent	Gentofte Kommune
Runge	Grethe Lydal	Ledende lægesekretær	Odense Universitetshospital
Rype	Inga	Produktmanager EPJ	Region Syddanmark
Rützou	Hanne	Sundhedssystemkoordinator	Hospitalsenheden Horsens
Salamon	Suheil Andreas	Overlæge	Regionshospitalet Randers
Sales	Emil	Konsulent	Danske Regioner, RSI-sekretariatet
Sauer	Axel	Key Account Manager	Logica
Saunders	Ingrid	Medical Area Manager	ACTE-MEDICAL
Schallemose	Helene	AC Fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Schelper	Michael	Senior Business Developer	Cerner
Schliemann	Thor	It-arkitekt	SSI, Sektor for National Sundheds-it
Schmidt	Thor		Region Hovedstaden
Schou-Nielsen	Mikkel	Porteføljeansvarlig	Regionernes Sundheds-it
Schwarz	Ulla Skibdal	Systemadministrator	Fredericia Kommune
Schæfer	Kirsten	Reg.Lægemiddelkonsulent, Farmaceut	Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling
Sehested	Kari Widding	Løsningskonsulent	Region Syddanmark
Sigurdardottir	Hrönn Kold	Konsulent	KMD Health Care
Simonsen	Vita	Fagkonsulent	CSC Scandihealth
Sjøstrøm	Martin	Projektleder	Region Hovedstaden
Skaftø	Henrik Højlund		Ascom Danmark A/S
Skeem	Susanne		Region Nordjylland, Koncern IT
Skovgaard	Nanna	Kontorchef	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Skøtt	Liv Nørregaard	Konsulent	Region Sjælland
Sonnichsen	Elisabeth	AC-fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Sorth	Connie Bjerring	Specialkonsulent	Region Sjælland, Sygehus Nord
Stasiak	Tine	Klinisk udviklingssygeplejerske	Region Sjælland, Køge Sygehus
Stigaard	Dorte	Direktør	Region Nordjylland
Strømstad	Jytte Mørch	Lektor	Professionshøjskolen Metropol
Staal	Carsten	Country Manager	KIBI DK A/S
Sunekær	Britt		KVANTI ApS
Svensmark	Gunilla	Konsulent	Dansk Sygeplejeråd
Sølvkjær	Martin	Sektionsleder, Innovation & Adm sys	IMT

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Sømod Flou	Lene	Projektsekretær	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Sørensen	Kim Brun 8240	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Sørensen	Lars	It-systemkonsulent	Complit/Trifork
Sørensen	Jakob Fonager	Konsulent	CSC Scandihealth A/S
Sørensen	Marianne	AC-fuldmægtig	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Sørensen	Jesper	Afdelingsleder	EG Data Inform A/S
Sørensen	Åse Grønborg	Klinisk It-konsulent	Region Hovedstaden, IMT
Sørensen	Tommy Kieffer	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Sørensen	Jette Juul	It-konsulent	Region Sjælland
Teegen	Tenna	Konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Terkelsen	Claus	Datakonsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Terp	John		Logica
Terp	Malene	Sygeplejerske, Ph.d. studerende	Psykiatrien i Region Nordjylland
Thaulow	Søren	Projektleder	Region Sjælland
Thiel	Lone Kaalund	Kontorchef	Region Nordjylland
Thielke	Mette		Logica
Thomasen	Gitte Kirstine Ben- dorff		KMD A/S
Thomassen	Susanne Kirsten	EPJ-ansvarlig	Region Midt, Psykiatri
Thomsen	Morten	Konsulent	Devoteam
Thomsen	Lars W.	Salgschef	Max Manus A/S
Thuesen	Hanne	It-konsulent	Psykiatrien Region Syd
Thuesen	Morten Lyhne	It-projektleder	Region Syddanmark
Torrild	Ole	Account Manager	CSC Scandihealth
Trabjerg	Dorthe	Kvalitetskoordinator	Sygehus Vendsyssel
Tran	Maria Lam Hong	Program Manager	Cerner
Tvede	Ida Sofie	Projektleder	MyClinic A/S
Tvede	Søren E.	Adm. dir.	MyClinic A/S
Tynan	Lone	Projektleder	OUH Svendborg Sygehus
Taarnborg	Marianne	EPJ-ansvarlig	Onkologisk Afdeling D, AUH
Ullerup	Lærke	Partner	Wemind A/S
Utzon	Mette Vibe	Journalist	
Valbjørn	Marianne		Region Sjælland, Koncern IT
Valbæk	Vibeke	Programchef	Region Syddanmark, Klinisk IT
Vandet	Sussi	It-medarbejder	Region Midtjylland, It-stab.
Vangsgaard	Charlotte	Ledn. lægesekretær	Psykiatrisk Center København
Veller	Bente	Specialkonsulent	Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark
Venø	Carsten	Key Account Manger	Dagens Medicin
Verdiani	Roy	Chefkonsulent	NSI
Vestergård	Anne Mette	Chef for Datateamet	Sygehus Nord
Vestergaard	Susanne Walsted	Dataanalytiker	Region Hovedstaden
Vestergaard-Madsen	Steen	Chefkonsulent	Regionshuset Viborg, Nære Sundhed
Vestring	Henrik	Sundheds-it-chef	Region Midtjylland, Hospitalsenhed Midt
Viggers	Rikke	Konsulent	MedCom
Villadsen	Kristian Boel	Adjunkt	VIA
Vind	Signe	Konsulent	Danske Regioner
Vingtoft	Søren	Ekstern lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik, AAU
Vinther	Niels Heikel	Chefkonsulent	KMD A/S

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Vistisen	Lene	Afdelingschef	National Sundheds-It
Viuff	Anne Grethe	Overlæge	Region Midt, Regionspsykiatri Vest
von Pahlman	Karen		Region Nordjylland
Voss	Henning	Kvalitetschef	Hospitalsenheden Horsens
Wacker	Ken Deber	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Waldo	Andreas	Program Manager	InterSystems
Wandall	Dorthe	Konsulent	Gentofte Hospital
Warfvinge	Jens Erik	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Welzel	Andrea	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Westmark	Rikke	Konsulent	Gentofte Hospital, Økonomiafd.
White	Ellen	Sales	Epic
Wieland	Henrik	Healthcare Industry Leader	IBM Denmark
Willumsen	Katrine	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Wind	John	Teamleder	Region Hovedstaden
Winsten	Bettina Kildegaard	Chefkonsulent	Region Hovedstaden
Wolf	Esben	Seniorprojektleder	Region Midtjylland
Wollsen	Susanne	Etnograf	Alexandra Institutet
Worm	Christian	Stabsdirektør	Region Hovedstaden
Wulf	Birgitte	Business Manager, Healthcare	IBM Danmark
Wøldike	Anne Dorthe	Projektleder	Region Syddanmark
Yunai	Kevin	CEO	MIRSK Digital
Yunai	Kourosh	Sales Manager	MIRSK Digital
Zielke	Ole	Projektleder	Hospitalsenheden Vest
Ærbo	Lene	Programleder	SSI, National Sundheds-it
Ørnstedt	Steen	Sektionsleder	Region Hovedstaden, IMT
Ørsted	Thomas	Regional projektleder	Region Syddanmark, Medicoteknik
Østerberg	Susanne	Koordinerende systemadministrator	Region Hovedstaden, IMT
Østerbye	Kim Løve	It-seniorkonsulent, Regional FMK-projektleder	Region Syddanmark
Aagaard	Majbritt	Projektleder	MTIC

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Organisation

E-sundhedsobservatoriet

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

Stig Kjær Andersen

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

Pernille Bertelsen

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

Christian Nøhr

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

Marianne Sørensen

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

Søren Vingtoft

Ekstern lektor
email: sv@plan.aau.dk

Rådgivningsgruppe

- ▶ NSI, chefrådgiver Jonas Tyle Pedersen
- ▶ Danske Regioner, seniorkonsulent Kristoffer Lange
- ▶ Regionernes Sundheds-it, chef 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 uddannelsesudvalget Lars Riber
- ▶ DSR, konsulent Gunilla Svensmark
- ▶ Lægesekretærforeningen, formand Soile Friis
- ▶ DaCHI leverandørforum, formand Jacob Boye Hansen
- ▶ PL, Praksisleverandørernes forum, formand Jesper Sørensen
- ▶ Dansk Selskab for Medicinsk Informatik, suppleant Gert Galster
- ▶ Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, formand Klaus Phanareth
- ▶ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, bestyrelsesformand Leif Panduro
- ▶ Dansk Selskab for Sygehusledelse, bestyrelsesmedlem Ole Filip Hansen
- ▶ Dansk Selskab for Patientsikkerhed, chefkonsulent Jonas Egebart
- ▶ 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
E-mail: info@e-sundhedsobservatoriet.dk