



ÅRSKONFERENCE 2014

Er e-sundhedsvæsenet fanget i en kompleksitetsfælde?

Velkommen	4
Program-app til smartphone og trådløst log-in	6
Lokalefordeling	7
Programoversigt	8
Speakers Corner	9
Detaljeret program	10
 Introduktion af oplæggene	 13
Plenumsession 1: Konferenceåbning	14
Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark	16
Parallelsession A1, B1, C1, D1, E1	18
Parallelsession A2, B2, C2, D2, E2	38
Plenumsession 3: E-sundhed og patientroller	55
Plenumsession 4: Komplexitet i sundhedsvæsenet	56
Parallelsession A3, B3, C3, D3, E3	58
Plenumsession 5: Data- og it-sikkerhed	78
 Udstilleroversigt	 79
Udstillerkatalog	80
Deltagerliste	104

Kære konferencedeltager

Vi ønsker jer alle velkommen til E-sundhedsobservatoriets årskonference 2014, der som tema i år har ***"Er e-sundhedsvæsenet fanget i en kompleksitetsfælde?"***

E-sundhedsobservatoriets årskonference 2014 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 112 forslag til oplæg. Vi har i år udvidet antallet af parallelsessioner til 5 for at kunne rumme så mange oplæg som muligt. De udvalgte forslag der vil blive præsenteret på årskonferencen, vidner om aktivitet inden for mange faglige aspekter af e-sundhed. 51 af de indsendte forslag er efter bedømmelse blevet udvalgt til oplæg. Desuden er der på "Speakers Corner" i udstillingsområdet mulighed for at få informationer om udstillernes produkter – se i programmet for hvornår de enkelte produkter præsenteres. Atter i år er der mulighed for at deltage i diskussionsfora og evaluering på hjemmesiden i tilknytning til de enkelte oplæg.

E-sundhedsobservatoriet ønsker Jer en god 2014-konference.

Er e-sundhedsvæsenet fanget i en kompleksitetsfælde?

Det er knapt 20 år siden, at Sundhedsministeriet lancerede "Handlingsplan for elektroniskpatientjournal". Det skulle sammen med udbygningen af Sundhedsdatanettet blive startskuddet for etableringen af det, nogen kalder e-sundhedsvæsenet eller det digitaliserede sundhedsvæsen. Og siden er der sket meget, men....

Det har ikke skortet på forventninger, argumenter og mange initiativer båret af dedikation, stor faglighed og omfattende ressourceanvendelse i den forgangne periode. Rigtig mange aktører har kastet deres energi og ressourcer ind i design, udvikling, implementering og drift af e-sundhed med de bedste intentioner. Men forventningen til, at digitaliseringen skulle kunne etablere grundlaget for klinisk kvalitetsstyring, bedre patientsikkerhed, sammenhængende patientforløb, gennemsigtighed og betydelige driftsoptimeringer, er endnu ikke blevet indfriet overbevisende. Det må konstateres, at der fortsat er langt mellem jubeludbruddene blandt de sundhedsprofessionelle – måske med undtagelse af de praktiserende læger. Borgerne, som generelt er positive over for sundheds-it, oplever kun i ringe grad, at deres adgang til personlige sundhedsdata er en løftestang til reel involvering og styring af egen sundhed. Og sundhedspolitikere står ikke længere i kø for at profilere sig på området. Trods de mange initiativer og pejlemærker, der arbejdes på i stat, regioner og kommuner, tillader vi os i år at stille spørgsmålet:

Er det ved at være for komplekst?

Er det, der i virkeligheden er ved at ske, til trods for stribevis af myndighedspåregnede strategier og positiv men også bekymret bevågenhed, at e-sundhedsvæsenet er fastlåst i en kompleksitetsfælde? Eller sagt på en anden måde: Stilles der for store forventninger til, hvad sundheds-it kan udrette for borgeren, den sundhedsprofessionelle og ledelserne? Er sundhedsdomænet for kompliceret i indhold og organisering til, at der kan digitaliseres på tværs af sektorer? Eller er sagen den, at først når borgeren kommer til at spille en mere central rolle i e-sundhedsudviklingen, vil siloerne kunne nedbrydes? Er sagen, at digitaliseringsindsatserne ikke af sig selv løser sundhedsvæsenets eksisterende fragmentering og silodannelser, men tværtom konsoliderer og forstærker dem og derigennem påfører brugerne oplevelse af it-relaterede byrder, herunder konstant voksende registreringskrav, der ikke er meningsfulde for "de varme hænder"? Er løsningen, at sundhedsdata bliver patientens eje? Kunne det tænkes, at det bare er et spørgsmål om, at der ledelsesmæssigt skal skæres igennem og klart udmeldes, hvor skabet skal stå? Eller ligger problemerne i virkeligheden et helt femte sted?

Kan kompleksiteten overhovedet reduceres? Hvis ja, hvor er så de bedste eksempler herpå? Findes der muligheder for det umulige?

Ved E-sundhedsobservatoriets 2014-konference vil disse problemstillinger være hovedtemaet i ønsket om at fremlægge, diskutere og søge tiltag, der kan løsne op for denne tilsyneladende gordiske knude. Udgangspunktet for denne diskussion er at få et fælles syn på, hvad det er for nogle kategorier af kompleksitet, vi i praksis støder på, og som hindrer ellers "fornuftigt tænkte løsninger" i at komme til at opnå den tilsigtede virkning.

Hvordan kommer e-sundhedsvæsenet ud af kompleksitetsfælden?

E-sundhedsvæsenet er utvivlsomt fremtidens sundhedsvæsen. Men hvordan kommer vi derhen?

App til smartphones & trådløst log-in

Trådløst log-in:

Brugernavn: nyborgstrand

Adgangskode: nyborgstrand

Programmet som app til smartphones

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

Se: kortlink.dk/ew7x



Android



iPhone/iPad

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

Med app'en kan du navigere i konferencens program og lave din egen personlige udgave. Du kan sortere efter tidspunkt, emne, 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.

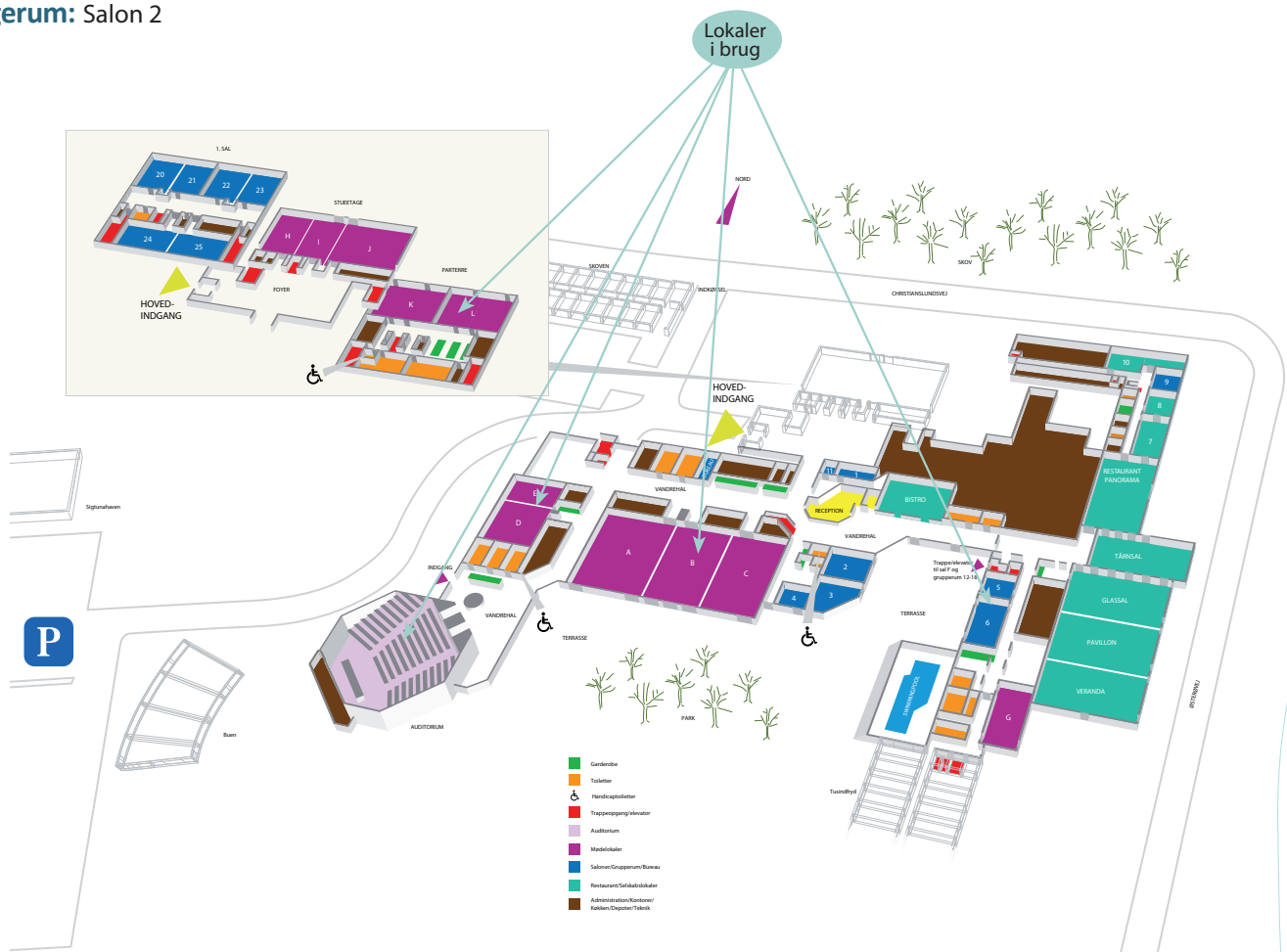
		Plenum Sal A-B-C			
PARALLELSESSIONER	A1 NSI, National sundheds-it	B1 E-sundhed og patientsikkerhed	C1 Den informerede, den deltagende og den styrende patient/borger	D1 E-sundhed i almen praksis	E1 Nordisk e-sundhed - del 1
	A2 KL, sundheds-it i kommunerne	B2 Strategisk standardisering	C2 Storskala projekter	D2 E-sundhed på sygehusene	E2 Nordisk e-sundhed - del 2: eHealth in the Nordic countries - How can we benefit from our position of strength?
	A3 DR, sundheds-it i regionerne	B3 Tværfaglig og tværorganisatorisk e-sundhed	C3 Telemedicin og tele-sundhed	D3 E-sundhed i kommunerne	E3 Evaluering af e-sundhedsprojekter: mål og metoder

Konferencesekretariatet: Mødebureauet

Speakerroom: Salon 6

Møderum til fri afbenyttelse: Salon 30 og 31 – du kan reservere rummet på konferencesekretariatet

Bagagerum: Salon 2



Torsdag den 2. oktober

9:30

Plenumsession 1: Konferenceåbning

Velkomst og åbning af konferencen

Svend Særkjær, afdelingschef, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

The Whole System Demonstrator Randomised Controlled Trial Evaluation of Telehealth and Telecare in UK

Professor Stanton Newman, Dean of the School of Health Sciences, City University, London

Sal ABC

10:40

Kaffepause

11:10

Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark

Et eksternt blik på udviklingen og implementeringen af Fælles Medicinkort: Hvad kan vi lære?

Marie Schelde Holde, projektleder på Rigsrevisionens undersøgelse af Fælles Medicinkort og Mads Nyholm Jacobsen, kontorchef, Rigsrevisionen

Klinikernes anvendelse af it-systemer i Danmark

Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet

Sal ABC

12:00

Frokost

13:00

A1

Sal A+B

NSI, National sundheds-it

B1

Sal C

E-sundhed og patientsikkerhed

C1

Auditoriet

Den informerede, den deltagende og den styrende patient/borger

D1

Sal J

E-sundhed i almen praksis

E1

Sal D+E

Nordisk e-sundhed - del 1

14:30

Kaffepause

15:00

A2

Sal J

KL, sundheds-it i kommunerne

B2

Sal C

Strategisk standardisering

C2

Auditoriet

Storskala projekter

D2

Sal A+B

E-sundhed på sygehusene

E2

Sal D+E

Nordisk e-sundhed - del 2: eHealth in the Nordic countries - How can we benefit from our position of strength?

16:30

Kaffepause

17:00

Plenumsession 3: E-sundhed og patientroller

Den selvledende patient og transformativ teknologi

Finn Olesen, lektor/Associate professor, Ph.D, Department of Aesthetics and Communication - Information Studies, Aarhus University

Sal ABC

18:00

Første konferencedag slutter

19:00

Festmiddag

Fredag den 3. oktober

9:00	Plenumsession 4: Komplexitet i sundhedsvæsenet					Sal ABC				
	Synes borgerne, at sundheds-it er komplekst – og var det hele meget bedre i gamle dage? Morten Elbæk Petersen, direktør, sundhed.dk									
	Om kompleksitet i sundhedsvæsenet – organisation, it og økosystemer Jakob E. Bardram, professor, IT Universitetet i København									
10:30	Kaffepause									
11:00	A3 DR, sundheds-it i regionerne	Sal A+B	B3 Tværfaglig og tværorganisatorisk e-sundhed	Sal C	C3 Telemedicin og telesundhed	Auditoriet	D3 E-sundhed i kommunerne	Sal J	E3 Evaluering af e-sundhedsprojekter: mål og metoder	Sal D+E
12:30	Frokost									
13:30	Plenumsession 5: Data- og it-sikkerhed									Sal ABC
	Deling af data i sundhedsvæsenet - liv, død og fortrolighed Flemming Christiansen, direktør, National Sundheds-it									
	Farvel og på gensyn Søren Vingtoft, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik									
14:30	Konferencen slutter									

Torsdag den 2. oktober

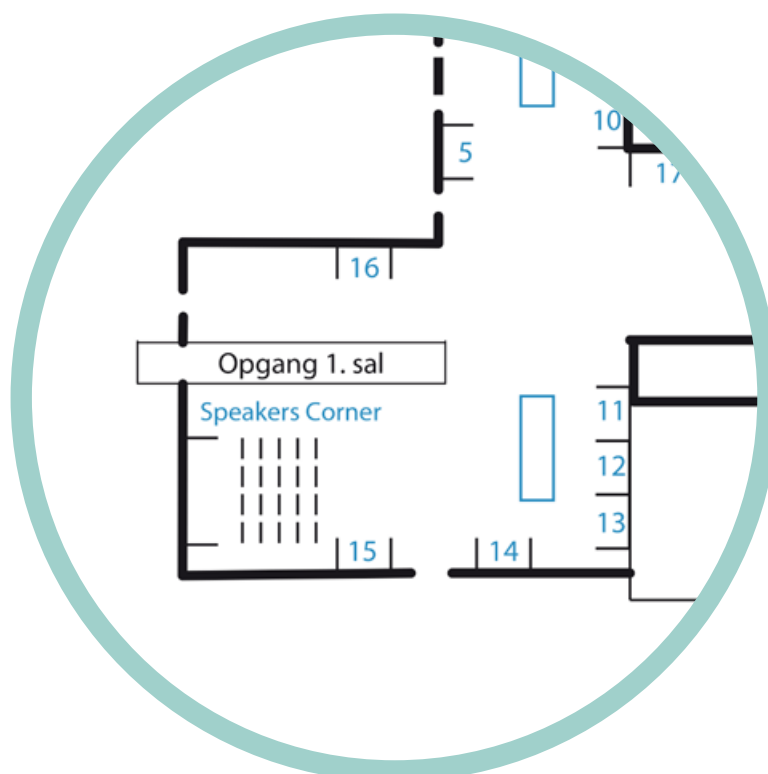
Foregår i udstillingsområdet ved stand 15.

1 parallelsession - kl. 13.00-14.30

Tidspunkt	Leverandør	Titel
13.00-13.13	Ascom Danmark A/S	"En smartphone udviklet specifikt til hospitaler" – findes det? Ja, det gør det nu! v/ Jens Andersen, Salgsdirektør, Ascom Nordic
13.15-13.28	SAS Institute	Fuldt udbytte af sundhedsdata v/ Peter Mortensen Business Development Director, SAS Institute A/S Nordic Business Unit, Healthcare
13.30-13.43	Cerner Limited	Managing the Health of a Population
13.45-13.58	Cambio Healthcare Systems	Klinisk beslutningsstøtte – gør det komplekse overskueligt v/ Tomas Mora-Morrison, Founder and Head of development at Cambio Healthcare Systems
14.00-14.13	DAK-E	Tværasektoriel håndtering af AK-behandling
14.15-14.28	IBM Aps	Integrated care - Et internationalt perspektiv på tværgående koordinering og samarbejde v/ Henrik Wieland, Healthcare Sales Leader Nordic, IBM

2 parallelsession - kl. 15.00-16.30

Tidspunkt	Leverandør	Titel
15.00-15.13	Max Manus A/S	Talegenkendelse i strukturerede journaler
15.15-15.28	CSC Scandihealth	Healthcare Outside-in
15.30-15.43	Pallas Informatik	Tidlig Opsporing på spidsen
15.45-15.58	Systematic	Nyeste sundhedstiltag fra Systematic



9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning <i>Ordstyrer: lektor, Pernille Bertelsen og ekstern lektor, Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Velkomst og åbning af konferencen Svend Særkjær, afdelingschef, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse The Whole System Demonstrator Randomised Controlled Trial Evaluation of Telehealth and Telecare in UK Professor Stanton Newman, Dean of the School of Health Sciences, City University, London	Sal ABC
10:40	Kaffepause	
11:10	Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark <i>Ordstyrer: lektor, Pernille Bertelsen, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Et eksternt blik på udviklingen og implementeringen af Fælles Medicinkort: Hvad kan vi lære? Marie Schelde Holde, projektleder på Rigsrevisionens undersøgelse af Fælles Medicinkort og Mads Nyholm Jacobsen, kontorchef, Rigsrevisionen Klinikernes anvendelse af it-systemer i Danmark Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet	Sal ABC
12:00	Frokost	
13:00	A1: NSI, National sundheds-it <i>Ordstyrer: konsulent, Poul Erik Kristensen, KL</i> FMK's svar på den øgede kompleksitet Birgitte Drewes, afdelingschef, National Sundheds-it Bedre digitalt samarbejde om komplekse, tværgående forløb Tine Ohm Laursen, sekretariatschef og projektleder, National Sundheds-it Nationale opgaver omkring it-standarder i sundhedsvæsenet Lars Østrup Leiding, it arkitekt og Mads Hjort, it-arkitekt, National Sundheds-it Sundheds-it, overvågning og kvalitetsudvikling Kåre Mølbak, afdelingschef, Infektionsepidemiologi, Statens Serum Institut	Sal A+B
	B1: E-sundhed og patientsikkerhed <i>Ordstyrer: lektor, Anna Marie Høstgaard, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> It-relaterede hændelser rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase - hvad kan vi lære? Morten Sonne, konsulent, Patientombuddet Analyse og monitorering af hospitalserhvervede infektioner på Sygehus Lillebælt Jens Kjølseth Møller, professor og specialechef i klinisk mikrobiologi, Sygehus Lillebælt E-beslutningsstøtte ved ordination og administration af lægemidler. Pro.medicin.dk som en platform for vidensdeling af medicineringsfejl Christianna Marinakis, informationsfarmaceut, Dansk Lægemiddel Information A/S Markörbaserad journalgranskning - ett effektivt verktyg mod vårdskador Johan Thorwid, Chief Product Officer, Cambios Healthcare Systems	Sal C
	C1: Den informerede, den deltagende og den styrende patient/borger <i>Ordstyrer: seniorrådgiver, Sine Jensen, Forbrugerrådet TÆNK</i> Automatisering af patientlogistik - er hospitaler serviceminded nok? Nikolaj Holm Bramsen, seniorkonsulent, Business Development, Systematic A/S Kan den akutte seniorpatient holdes i hjemmet? Christian Backer Mogensen, specialeansvarlig, overlæge og forskningslektor, Akutcenter, Sygehus Sønderjylland E-sundhedskompetence - et redskab til at skabe bro mellem borgere, patienter og vores digitale sundhedstilbud Lars Kayser, lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet Sundhedsjournalen: Komplex løsning sikrer enkel adgang Anne Werner Løhndorf, chef for web og kommunikation, sundhed.dk	Auditoriet
	D1: E-sundhed i almen praksis <i>Ordstyrer: videnskabelig assistent, Anne Randorff Højen, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> "Bor huller i siloerne" med SAM:BO og Shared Care Platformen Alice Skaarup Jepsen, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark It-understøttelse af tværsektorielt samarbejde med tæt integration til praksissystemer Janus Laust Thomsen, direktør, lektor, ph.d., praktiserende læge, DAK-E En standardiseret elektronisk patientjournal i speciallægepraksis er muligt Finn Johannsen, praktiserende speciallæge i reumatologi, Furesø reumatologerne Europamestre under udfordring - status og planer for it-anvendelsen i praksissektoren Lars Hulbæk, souschef, MedCom	Sal J
	E1: Nordisk e-sundhed - del 1 <i>Ordstyrer: Henrik Bjerregaard Jensen, MedCom</i> Et land – et (standard) sundhedssystem Jens Godik Højen, EPJ-chef, THS Kjarnin, Det Færøske Sundhedsministerium Et sammenhængende e-sundhedsvæsen i hele Grønland – en vej til et mindre komplekst sundhedsvæsen Maria Hammer Olsen, EPJ-chef, Departementet for sundhed og infrastruktur, Grønland Omfattende og driftssikker telemedicinsk hjemmemonitoreringsløsning baseret på Cloud-teknologi Anund Rannestad, fagsjef - & leder af Seksjon for Innovasjon, Helse Stavanger HF Telemedicin i Grønland Hannah Højgaard, telemedicinsk konsulent, Det Grønlandske Sundhedsvæsen	Sal D+E
14:30	Kaffepause	

15:00

A2: KL, sundheds-it i kommunerne

Sal J

Ordstyrer: formand, Soile Friis, Lægeseekretærforeningen

App til støtte til mennesker med psykisk sygdom - erfaringer fra København Kommune

Marie Høgh Thøgersen, leder, Socialpsykiatrisk Forskningsenhed, København Kommune

Web-baseret løsning til plejepersonalets tidlige opsporing af sygdomstegn - erfaringer fra Helsingør Kommune

Camilla Kvanner Aasvang og Eva Barbara Sneum, udviklingssygeplejersker, Helsingør Kommune

Strategiske muligheder i anvendelsen af apps - overvejelser fra Lyngby-Taarbæk Kommune

Jakob Sylvest Nielsen, centerchef, Digitalisering og Borgerbetjening i Lyngby-Taarbæk Kommune

Standarder, klassifikationer og integration til it-standardsystemer

Morten Thomsen, digitaliseringskonsulent, KL

B2: Strategisk standardisering

Sal C

Ordstyrer: ekstern lektor, Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Coping with Complexity – arkitektur og standarder

Esben Andreas Dalsgaard, chefarkitekt, National Sundheds-it

PHMR - en dansk HL7-standard og et meddelelshotel, som et led i overgangen til HL7

Michael Due Madsen, konsulent og Jens Rahbek Nørgaard, seniorkonsulent, MedCom

Empower Patients - telesundhedsløsning med borgeren og patienten i centrum, set fra et leverandørperspektiv

Jan Kold, Solutions Public/Healthcare, NNIT

Metoder til at reducere kompleksiteten i SNOMED CT-implementering

Anne Randorff Højen, videnskabelig assistent, Aalborg Universitet

C2: Storskala projekter

Auditoriet

Ordstyrer: formand, Simon Serbian, Lægeforeningen

Erfaringer fra storskala projektet TeleCare Nord

Helen Rasmussen, projektleder, TeleCare Nord

Erfaringer fra NetKOL og Min eGraviditet - Nye pejlemærker for udviklingen af telemedicin

Allan Green, projektleder, NetKOL, KIH

Komplicerede graviditeter - hverdagen med KIH-projektet - for både personale og patienter – samt de videre perspektiver

Olav Bjørn Petersen, lektor, overlæge, ph.d., Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Erfaringer fra projekt om klinisk integreret hjemmemonitorering (KIH). Patientperspektiv

Anne Lee og Marianne Sandvei, seniorkonsulenter, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

D2: E-sundhed på sygehusene

Sal A+B

Ordstyrer: studielektor, Pia Elberg, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Fælles billedarkiv, regionalt og tværregionalt

Carsten Sloth, ledende overlæge, IT-konsulent Henrik Hvolris, RIS/PACS-koordinator Anne Hintze og

RIS/PACS-systemadministrator Lillian Koefoed, Næstved Sygehus

Nyt klinisk bookingsystem i Region Nordjylland: Hvordan tværgående og standardisering af sundheds-it kan udnytte kapacitet og ressourcer

Susanne Skeem, projektleder, Region Nordjylland, Koncern IT, IT Projekt og Portefølje

Præhospital Patient Journal - en fællesregional klinisk løsning

Helge Præstgaard Carlsen, projektleder, Region Syddanmark og Torben Høy Christensen, Program Manager,

Prehospital Solution, CSC

Klinisk Logistik som kommunikationsform på tværs af hospitalerne

Thea Boje Windfeldt, Innovationskonsulent/Antropolog, Hospitalsenheden Horsens

E2: Nordisk e-sundhed - del 2:

eHealth in the Nordic countries - How can we benefit from our position of strength?

Sal D+E

Ordstyrer: professor, Christian Nøhr, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Finland:

eHealth status in Finland

Jarmo Reponen, MD, President of the Finish Society of Telemedicine

Sweden:

Current strategic lines and development structures in Sweden

Mikael Johansson, Strateg, Marknad & Kommunikation, Inera

Estonia:

We just did it

Ain Aaviksoo, MD, MPH, Head of Estonian eHealth Task Force

Denmark:

We Sell HealthCare Denmark

Hans Erik Henriksen, CEO, Health Care Denmark

16:30

Kaffepause

17:00

Plenumsession 3: E-sundhed og patientroller

Sal ABC

Ordstyrer: lektor, Pernille Bertelsen, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Den selvledende patient og transformativ teknologi

Finn Olesen, lektor/Associate professor, Ph.D, Department of Aesthetics and Communication

- Information Studies, Aarhus University

18:00

Første konferencedag slutter

19:00

Festmiddag

9:30	Plenumsession 4: Komplexitet i sundhedsvæsenet <i>Ordstyrer: lektor, Stig Kjær Andersen, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Synes borgerne, at sundheds-it er komplekst – og var det hele meget bedre i gamle dage? Morten Elbæk Petersen, direktør, sundhed.dk Om kompleksitet i sundhedsvæsenet – organisation, it og økosystemer Jakob E. Bardram, professor, IT Universitetet i København	Sal ABC
10:30	Kaffepause	
11:00	A3: DR, sundheds-it i regionerne <i>Ordstyrer: sundhedsinformatiker, Gert Galster, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Regionerne gør status på digitaliseringen på sundhedsområdet – hvor står vi anno 2014 og hvordan kan vi egentlige sige det? Claus Isachsen, specialkonsulent, Region Hovedstaden, Center for It, Medico og Telefoni It-udbud til anskaffelse af fællesløsning for de kliniske kvalitetsdatabaser – P16 Per Hostrup Nielsen, overlæge, Hjerte-Lunge-Karkirurgisk afdeling, Aarhus Universitets Hospital, Skejby Fremtidsværkstedet for telemedicinske løsninger Mette Lindstrøm, teamleder, Regionernes Sundheds-IT Et digitalt og dynamisk værktøj, der understøtter læring på tværs i sundhedsvæsenet Rasmus Grønborg, studentermedhjælper, Danske Regioner	Sal A+B
	B3: Tværfaglig og tværororganisatorisk e-sundhed <i>Ordstyrer: studielektor, Karsten Ulrik Niss, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Udvikling og implementering af et smart it-værktøj: Hvor svært kan det dog være? Ulrik Gerdes, overlæge, dr.med., Center for Kvalitet, Region Syddanmark Den Kliniske Databank i Region Syddanmark - data fra udfasede systemer samles og stilles til rådighed til gavn for klinikere, patienter og forskere Tina Kragh Thomsen, it-projektleder, Sygehus Lillebælt Tværrregionalt samarbejde mod national tarmkræftscreeningsløsning Ria Th. Høegh, Product Manager, CSC Scandihealth Kompleks standardiseringsproces – fælles sprog i omsorgs-journalsystemer Ulla Lund Eskildsen, projektleder, KL	Sal C
	C3: Telemedicin og telesundhed <i>Ordstyrer: formand, Klaus Phanareth, Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin</i> Det telemedicinske danmarkskort anno 2014 og den nationale infrastruktur Lars Hulbæk, souschef, MedCom Nyt Fælles Servicecenter til telemedicin i Region Midtjylland Gitte Kjeldsen, projektleder, Hospitalsenheden Horsens, Medtech Innovation Center og Simon Larsen, seniorprojektleder, Alexandra Institutet A/S Vi udvikler en app sammen - participatory design som tilgang i udvikling af app'en MindFrame til unge i behandling for ny-diagnosticeret skizofreni Marlene Terp, ph.d.-studerende, Enheden for Psykiatrisk Forskning, Aalborg Universitets hospital - Psykiatrien og Klinisk Institut, Aalborg Universitet Genoptræn.dk – virtuel genoptræning der virker Katrine Vedel, it-konsulent, Region Syddanmark	Auditoriet
	D3: E-sundhed i kommunerne <i>Ordstyrer: professor, Ann Bygholm, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Organisatorisk læring fra et projekt om afprøvning af elektroniske medicinhuskere i ældreplejen Pernille Dam, udviklingskonsulent, cand.scient.san.publ., Pharmakon - Apotekernes Uddannelsescenter Integrated Care, den gode historie om et samarbejdsprojekt Charlotte Bentsen, projektchef, Integrated Care EPITAL sundhed - vejen og redskabet til den proaktive borgernære sundhed Charlotte Dorph Lyng, projektleder, sygeplejerske, Center for Sundhed og Kultur, Lyngby-Taarbæk Kommune Udbredelse af MedCom beskeder på det psykiatriske og sociale område Jeanette Jensen, konsulent, MedCom, Flemming Lauemøller, it-chef og Susanne Heinrich, it-konsulent, Psykiatrien i Region Syddanmark	Sal J
	E3: Evaluering af e-sundhedsprojekter: mål og metoder <i>Ordstyrer: adjunkt, Louise Pape-Haugaard, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Benefits-driven implementation - hvordan vi endelig formår at integrere it i sundhed Steffen Lerche, adm. direktør, Cambio Healthcare Systems Simulation i sengene - brugerinvolvering og situationsnær evaluering af sundheds-it Sanne Jensen, ph.d.-studerende og projektleder, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet og CIMT, Region Hovedstaden Evaluering af pilotdrift af Klinisk Logistik i psykiatrien Mette Holmkær Kill, overordnet projektleder, Psykiatriplanlægning, Psykiatri og Social, Region Midtjylland Hvordan telemedicin kommer ud af dødvandet – en perspektiverende analyse af telemedicinske business cases og evalueringer i Danmark Mette Dalsgaard, seniorkonsulent, Netplan Care	Sal D+E
12:30	Frokost	
13:30	Plenumsession 5: Data- og it-sikkerhed <i>Ordstyrer: ekstern lektor, Søren Vingtoft, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Deling af data i sundhedsvæsenet - liv, død og fortrolighed Flemming Christiansen, direktør, National Sundheds-it Farvel og på gensyn Søren Vingtoft, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik	Sal ABC
14:30	Konferencen slutter	

E-sundhedsobservatoriet 2014

I lighed med sidste år har E-sundhedsobservatoriet også i år opfordret sundhedsinformatikaktører til at indsende skriftlige forslag til oplæg på konferencens parallelsessioner. Invitationen udgik den 24. marts. Vi fik i maj måned 112 forslag, som vi vil benytte lejligheden til at takke for. Efter en grundig gennemgang af dem alle, måtte vi vælge de 51 indlæg, der er plads til i de fem spor på konferencen. Disse forslag udfylder nu rammerne for de temaer, der sammen med referencegruppen blev fastlagt i foråret som relevante for årets konference. I nærværende publikation gengives de indsendte og u-redigerede beskrivelser af oplæggene i parallelsessionerne sammen med en beskrivelse af Key-note oplæggene. Som deltager i konferencen har du, dels i erkendelse af det talte ords flygtighed, og dels som en faglig guide, et grundlag for at vælge, hvilke præsentationer du vil følge.

Beskrivelserne indeholder 3 budskaber, som foredragsholderen ønsker at formidle og en kort informativ fremstilling 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 du hører, samt finde slides fra præsentationerne umiddelbart efter, at de er afholdt. På samme hjemmeside kan du også stille supplerende spørgsmål og komme med dine egne kommentarer og erfaringer til oplægget, og således indgå i en gensidig erfaringsudveksling med oplægsholderen og andre, der er fagligt interesseret i emnet. Vi håber, at du vil benytte dig af denne mulighed, og at vi dermed kan igangsætte nogle interessante faglige debatter og understøtte erfaringsudvekslingen på konferencen.

Du har under konferencen mulighed for at navigerer rundt i programmet via en conference app.

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

God læselyst!

E-sundhedsobservatoriet 2014

Velkomst og åbning af konferencen

Oplægsholder:

Svend Særkjær, afdelingschef, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Med et større milliardbeløb vil regeringen styrke sundhedsvæsenet, så patienterne kan få bedre behandling. Det fremgår af den ambitiøse sundhedsstrategi 'Jo før - jo bedre - tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår' som regeringen præsenterede i august i år.

Flere danskere skal overleve en kræftsygdom, kroniske sygdomme skal opdages tidligere, de praktiserende læger skal styrkes, patienterne skal inddrages mere i egen behandling og der skal ske et skifte i fokus fra aktivitet til resultater og kvalitet i sundhedsvæsenet.

Med strategien vil regeringen investere 5 milliarder kroner i danskernes sundhed over de næste fire år. Det overordnede mål er, at alle danskere skal have den bedste behandling i sundhedsvæsenet. Samtidig opstiller regeringen konkrete mål frem mod 2025 for patienter med kræft og kroniske sygdomme.

Mere og bedre brug af data og digitale løsninger er en helt central forudsætning for realisering af strategiens ambitioner. De praktiserende læger skal have bedre beslutningsstøtteværktøjer, så borgere med høj risiko for kronisk sygdom kan opdages tidligere, flere patienter skal behandles hjemme ved hjælp af telemedicin og bedre adgang til egne journaloplysninger hos praktiserende læge eller i kommunale omsorgsjournaler skal styrke patientens rolle i behandlingsforløbet.

Strategien er dermed også med til at understrege, at mere it og flere digitale redskaber ikke er mål i sig selv, men blandt hovedløsningerne til hvordan vi får skabt et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

The Whole System Demonstrator Randomised Controlled Trial Evaluation of Telehealth and Telecare in UK

Oplægsholder:

Stanton Newman, City University London, <stanton.newman.1@city.ac.uk>

Hovedbudskaber:

1. Update of the findings of the WSD Study
2. Placing these into the Context of other work in Telehealth and Telecare

Beskrivelse:

The Whole System Demonstrator (WSD) Project on Telehealth and Telecare – an update by Professor Stanton Newman, Dean of the School of Health Sciences, City University London

The Whole System demonstrator project investigated the impact of Telehealth on 3,154 people with 3 chronic conditions (COPD, Heart Failure & Diabetes) and the effects of Telecare (remote & automatic monitoring of individuals' personal health & safety) on 2,600 participants. The trial was a pragmatic randomized controlled design with the General Practice being the unit randomisation.

The studies conducted used both quantitative and qualitative methods to provide a detailed understanding of the impact of both these forms of devices. Areas of evaluation included healthcare utilization, costs, cost effectiveness, quality of life, clinical change in diabetes, psychological well being, caregivers, the experience of recipients, their caregivers, health and social care professionals and the organizational issues in relation to the introduction of these devices.

Since the first paper outlining the design of the study was published in 2011 a further 14 papers have been published with 4 more still to be published. This talk will provide an update of the findings of the WSD study and place these into the context of other work in Telehealth and Telecare.

Et eksternt blik på udviklingen og implementeringen af Fælles Medicinkort: Hvad kan vi lære?

Oplægsholder:

Marie Schelde Holde, Rigsrevisionen, <msh@rigsrevisionen.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Mads Nyholm Jacobsen, Rigsrevisionen, <mnj@rigsrevisionen.dk>

Beskrivelse:

Et eksternt blik på udviklingen og implementeringen af Fælles Medicinkort: Hvad kan vi lære?

Om Marie Schelde Holde:

Marie Schelde Holde, projektleder på Rigsrevisionens undersøgelse af Fælles Medicinkort

Marie Holde er cand.scient.pol. og har arbejdet med større undersøgelser i Rigsrevisionen de sidste 4 år. Marie har tidligere arbejdet for Europa-Kommissionen og i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Om Mads Nyholm Jacobsen:

Mads Nyholm Jacobsen, kontorchef, Rigsrevisionen

Mads Nyholm Jacobsen er cand.polit. og har arbejdet med større undersøgelser i Rigsrevisionen i 8 år – de senere år med fokus på investeringsprojekter. I de større undersøgelser undersøger Rigsrevisionen, om statens penge bliver brugt, som Folketinget har besluttet det, og om der er opnået et tilfredsstillende resultat med de givne resurser. Mads har tidligere arbejdet i Rambøll Management og COWI.

Om oplægget:

Rigsrevisionen har undersøgt udviklingen og implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK). Dette oplæg handler om undersøgelsens konklusioner med fokus på, hvad man kan lære af FMK-programmet i forhold til forberedelse og styring af fremtidige digitaliseringsprojekter og –programmer i sundhedsvæsenet.

Klinikernes anvendelse af it-systemer i Danmark

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

1. Klinikernes anvendelse af it-systemer i Danmark
2. Hvordan forholder klinikerne sig til udviklingen og brugen af sundheds-it-systemer?
3. Kan der peges på tendenser i måden sundheds it bliver anvendt på?

Beskrivelse:

For femte 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, hvilke sundheds-it-systemer de bruger, og hvor ofte de bruger dem, hvor meget tid de mener at kunne spare såfremt it systemerne virkede som de gerne ville de skulle virke mm. For at kunne give input til strategiske initiativer blev brugerne også spurgt om, hvilke kliniske oplysninger de gerne vil dele med andre klinikere i sundhedsvæsenet. I det sidste afsnit af undersøgelsen tilkendegav brugerne deres generelle holdning til udviklingen og virkningerne af sundheds-informationssystemer på en fem-punkts-skala.

Dette oplæg vil gennemgå de nyeste resultater fra undersøgelsen og sammenligne dem med de foregående år for at kunne påpege eventuelle tendenser.

FMK's svar på den øgede kompleksitet

Oplægsholder:

Birgitte Drewes, National Sundheds-it, <bidr@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Rationalet bag designet af FMK – teknisk og organisatorisk
2. Organiseringen af FMK-programmet over tid
3. Læring af FMK

Beskrivelse:

Det Fælles Medicinkort (FMK) er og har været hyperkomplekst program, der har udfordret både projekt- og programmodeller, vanetænkning, arbejdsgange, samarbejdsformer, kommunikationsmønstre, datahåndtering, standarder osv.

Arbejdet med FMK blev igangsat tilbage i 2009 med henblik på at skabe et fælles overblik over den enkelte patients medicinering. FMK er designet ud fra, at den enkelte kliniker skal arbejde i sin egen lokale journal, men med adgang til centrale data. Det grundlæggende design giver en stor it-mæssig kompleksitet og stiller store krav til koordinering og samarbejde. I oplægget ses tilbage på 5 år med FMK

- ▶ Hvordan er kompleksiteten grebet an,
- ▶ hvad har vi lært undervejs, og
- ▶ hvor står vi i dag?

FMK har på mange måde været et stifinderprogram, hvor hele sundhedsvæsenet har været på en fælles rejse. Programmet blev igangsat før der var noget, der hed hverken statslig it-projektmodel endsige statslig programmodel, og programmet har derfor i høj grad selv skulle skabe governance og styringsmodeller undervejs.

I præsentationen vil der dels blive set tilbage på FMK-programmets forløb indtil nu og samlet op på læringspunkter indsamlet undervejs.

Bedre digitalt samarbejde om komplekse, tværgående forløb

Oplægsholder:

Tine Ohm Laursen, National Sundheds-it, <tiol@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad er status på digitaliseringen på tværs af sektorer i Danmark – mangler og behov
2. Hvad gør vi ved de fejl og mangler, der findes i den tværgående kommunikation?
3. Hvad er planerne for det videre arbejde angående digitalt samarbejde mellem kommunale plejeenheder, almen praksis og sygehuse.

Beskrivelse:

I sommeren 2013 blev "Digitalisering med effekt - national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet" aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Strategien fokuserer overvejende på at få eksisterende løsninger udbredt og i anvendelse, men strategien rummer også, at parterne via den nationale bestyrelse for sundheds-it skal fastlægge et fælles målbillede for 2017, i forhold til at få opfyldt målsætningen om fuld digital deling af oplysninger på tværs af sundhedsvæsenet.

I oplægget vil resultaterne af en kortlægning og analyse, som er gennemført som led i initiativet i foråret 2014, blive præsenteret. Kortlægningen viser, at de eksisterende datastrømme i betydeligt omfang er digitaliseret eller på vej til at blive det. Der er dog stadig udeståender på en række områder.

Samlet viser kortlægningen desuden, at der umiddelbart mangler en effektiv og standardiseret måde til dataudveksling, der understøtter løbende koordinering på tværs af flere aktører i sundhedsvæsenet. Der er således en voksende gruppe af borgere, fx kronikere, der har et koordineringsbehov, der kræver digital deling af information i en bredere sammenhæng end muligt på nuværende tidspunkt.

Dette har givet anledning til, at der i økonomiaftalen for 2015 mellem regeringen, KL og Danske Regioner er indgået aftale om at arbejde videre med digitalt samarbejde om komplekse, tværgående forløb. I oplægget vil det derfor også fremgå, hvordan dette arbejde forventes at forløbe.

Nationale opgaver omkring it-standarder i sundhedsvæsenet

Oplægsholder:

Lars Østrup Leiding, SSI, <loel@ssi.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Mads Hjort, SSI, <malh@ssi.dk>

Beskrivelse:

I september 2011 udgav National Sundheds-it rapporten "Standarder og Referencearkitekturer vedr. sundheds-it området." Baggrunden for rapporten var økonomiaftalerne for 2011 der indeholdt beslutninger om at den samlede sundheds-it udvikling fremover skulle koordineres og prioriteres på nationalt niveau. Siden rapportens færdiggørelse er der sket en række udviklinger inden for området. Sundhedsministeriet har udgivet bekendtgørelse om standarder for it-anvendelse i sundhedsvæsenet (Standardbekendtgørelsen, BEK nr. 160 af 12/02/2013), der placerer godkendelsesopgaven hos National Sundheds-it. Erfaringer med udarbejdelse af tre referencearkitekturer har også bidraget til, at der er områder i rapporten, der kan præciseres. Endelig har EU udgivet et interoperabilitets rammeværk for sundhedsområdet samt begyndt at anvende fælles metoder og kriterier til vurdering af it-standarder (CAMSS). Alt sammen tiltag, der har fået konsekvens for, hvordan der i dag arbejdes med nationale it-standarder.

Præsentationen til berører følgende emner:

- Nyt europæisk interoperabilitets rammeværk
- Typer af standarder
- Roller og ansvar for Governance omkring standarder
- CAMMS til vurdering af standarder og standardiseringsorganisationer

Sundheds-it, overvågning og kvalitetsudvikling

Oplægsholder:

Kåre Mølbak, Statens Serum Institut, <krm@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Overvågning af smitsomme sygdomme og kvalitetssikring i forhold til sygehusinfektioner mv bør integreres i eksisterende it-løsninger.
2. Gennem den mikrobiologiske database og vaccinationsregisteret er der et godt fundament for et fremtidigt digitalt smitteberedskab
3. Udfordringerne er ikke alene af teknisk karakter men også manglende standardisering af indhold og begrebsafklaring står i vejen for fuld udnyttelse af data

Beskrivelse:

Udgangspunktet i mit indlæg er overvågning af smitsomme sygdomme og af det danske vaccinationsprogram. Overvågning er i den forbindelse defineret som en løbende indsamling, bearbejdning og analyse af definerede sundhedsdata, samt rettidig fortolkning og formidling af disse. I en tid med fokus på resistente bakterier, sygehusinfektioner samt krav om effektiv håndtering af sygdomsudbrud er en velfungerende overvågning en kerneydelse i det nationale sundhedsberedskab.

Overvågningen har traditionelt været baseret på manuelle indberetninger fra klinikere og laboratorier, men er nu i stigende grad baseret på sundheds-it. De løsninger, vi arbejder med, er i høj grad forankret i genbrug af data og bør tjene flere formål; dette i modsætning til løsninger der er alene skræddersyede til overvågning.

I januar 2010 lancerede Statens Serum Institut, i samarbejde med landets klinisk mikrobiologiske afdelinger, den danske mikrobiologidatabase (MiBa). MiBa er en landsdækkende automatisk opdateret database over mikrobiologiske undersøgelsesresultater. MiBa vil fremover blive rygraden i den nationale overvågning af smitsomme sygdomme. Samtidig har alle landets læger og andet relevant sundhedspersonale adgang til prøvesvar i MiBa. Det betyder, at man kan slå prøvesvar på egne patienter op i databasen, uanset hvor i landet prøverne er analyseret. Dette er en stor fordel når patienter overflyttes mellem afdelinger eller regioner. Det overblik, som MiBa giver, styrker dermed diagnostik og behandling af patienter, og i dag er der ca. 50.000 opslag i MiBa hver måned – en trafik, der er i fortsat stigning. MiBa tjener dermed flere mål og et eksempel på et effektivt samarbejde om national sundheds-it til gavn for det kliniske arbejde, beredskabet mod smitsomme sygdomme, forskning og kvalitetssikring.

Et eksempel på udnyttelse af data fra MiBa er den kommende nationale database for infektioner erhvervet i sygehuse, HAIBA. Data fra MiBa udgør sammen med patientadministrative data og data fra sygehusenes medicinmoduler baggrundsdata til HAIBA. Ved en løbende og automatisk overvågning af sygehusinfektioner, bygget på validerede case-definitioner, vil HAIBA fremover udgøre et værktøj til rådighed for hygiejneorganisationerne, kvalitetsfolk, klinikere og ledelserne i regionerne. Dermed etableres en tidstro overvågning uden krav om aktiv indberetning fra klinikerne.

En del af de sygdomme, som Statens Serum Institut overvåger forebygges gennem vaccinationer. Det Danske Vaccinationsregister, som er en del af FMK, er både en service til læger og borgere i form af et "elektronisk vaccinationskort" men også en væsentlig datakilde til overvågning af vaccinationsprogrammet og sikring af dets effektivitet og sikkerhed. I indlægget vil jeg give eksempler på, hvordan disse data allerede har haft stor betydning nationalt og internationalt.

Der er ingen lige vej frem i bestræbelserne på at modernisere overvågningen og udvikle det digitale smitteberedskab. Der er mange udfordringer, ikke alene af teknisk karakter men også i form af manglende standardisering af indhold og manglende afklaring af mange begreber. Dialog mellem interessenter og inddragelse af ildsjæle blandt de mange aktører har været en forudsætning for, at vi er nået til hvor vi er, og er også en forudsætning for at gennemføre de mange ideer og visioner, der endnu ikke er realiserede.

It-relaterede hændelser rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase - hvad kan vi lære?

Oplægsholder:

Morten Sonne, Patientombuddet, <ms@patientombuddet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Pia Knudsen, Patientombuddet, <pk@patientombuddet.dk>

Hovedbudskaber:

1. De utilsigtede hændelser indeholder viden, som ud over at være relevant for sundhedsvæsenet også er kan være relevant for programmøren eller testeren
2. Teknologien lukker en lang række fejlkilder, men åbner samtidig for nye typer fejl
3. Indblik i forskellige typer af IT-relaterede fejl

Beskrivelse af problemstilling:

Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) modtog i 2013 over 180000 rapporteringer om utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Disse hændelser er formentlig kun toppen af isbjerget.

I en meget stor del af hændelserne indgå IT-systemer på den ene eller anden måde. I størstedelen af tilfældene på en måde, hvor de virker som de skal og ikke er årsagen til hændelserne. Fx når et forkert cpr.nr tastes i bookingsystemer eller der skrives fejlagtige oplysninger i journalsystemer.

Der beskrives også utilsigtede hændelser relateret til systemernes funktionalitet. Enten fordi der er egentlige fejl eller at systemerne mangler funktionalitet. Fx er der beskrevet at talegenkendt tekst ikke overføres til EPJ korrekt, eller at medicinmoduler ikke kan håndtere særlige behandlingsmåder og –intervaller tilfredsstillende.

En væsentlig del af de IT-relaterede hændelser vedr. manglende tilgængelighed til systemer af forskellige årsager. Fx kan systemet være "nede" pga. fejl eller være utilgængeligt pga. manglende internetadgang eller strømsvigt. Desuden beskrives i nogle tilfælde problemer med at logge på systemerne. Fx pga. Java-opdatering, eller fordi man ikke er blevet oprettet som bruger.

Både den enkeltstående beskrivelse af en utilsigtede hændelse indeholder og hændelses typer der beskrives gentagende gange kan indeholde læring, som har relevans på tværs af institutioner indenfor sundhedssektoren. Ikke kun for de faglige personale, men og IT-afdelinger og leverandører.

Der ligger en særlig udfordring i, at formidle læringen fra de utilsigtede hændelser helt ud til den enkelte IT-medarbejder, programmør eller tester.

Selvom der fokuseres meget på, hvor det går galt er det vigtigt, at have for øje at IT-systemer i høj grad også medvirker til, at forhindre at utilsigtede hændelser opstår.

Indlægget:

Indlægget vil indeholde en præsentation af på hvilken måde de IT-relaterede hændelser repræsenteres i DPSD, ift. hændelses- og systemtype, alvorlighed osv.

Der dykkes efterfølgende ned i forskellige hændelsestyper og eksempler på disse, samt hvilken læring man har kunnet uddrage.

Indlægget vil ligeledes indeholde eksempler på initiativer man har kunnet i værksætte på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser.

Desuden vil der præsenteres eksempler, hvor brug af IT-systemer er med til at forhindre utilsigtede hændelser og derved forbedre patientsikkerheden.

Analyse og monitorering af hospitalserhvervede infektioner på Sygehus Lillebælt

Oplægsholder:

Jens Kjøelseth Møller , Sygehus Lillebælt, <Jens.Kjoelseth.Moeller@rsyd.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Jakob Redder , Sygehus Lillebælt, <Jacob.Redder@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. At der er udviklet en løsning som muliggør en fundamental ny måde for kvalitetsorganisationer at arbejde med at nedbringe antallet af hospitalserhvervede infektioner på de danske hospitaler.
2. At der ikke længere skal arbejdes med patientsikkerhed ud fra en stikprøve tilgang, men nu er det muligt at arbejde med hele patient populationen. Data vil være tilgængelige på patientniveau.
3. Løsningen understøtter, at der nu kan foretages analyser af årsagssammenhænge der er forbundet med den enkelte hospitalserhvervede infektion. Dermed understøttes det daglige patient sikkerhedsarbejde.

Beskrivelse:

Overvågning af infektioner opstået i sundhedsvæsenet er af afgørende betydning for indsatser til forebyggelse af nye infektioner. Konventionel infektionsregistrering har vist sig upålidelig og arbejdskrævende, hvorfor der på adskillige hospitalsafdelinger ikke foretages den nødvendige infektionsregistrering eller kun halvårslige stikprøvekontroller

Sygehus erhvervede infektioner udgør fortsat et betydningsfuldt problem for patientsikkerheden. De seneste prævalensundersøgelser over forekomsten af sygehus erhvervede infektioner i Danmark finder, at 8-9% af danske patienter pådrager sig en infektion under indlæggelse eller inden for 48 timer efter indlæggelse. Overvågning af infektioner opstået i sundhedsvæsenet er derfor af afgørende betydning for at forbedre indsatser til forebyggelse af nye infektioner. I dette indlæg vil du få et indblik i en ny løsning som har til formål at monitorere hospitalserhvervede infektioner, således at de kliniske afdelinger får et bedre grundlag for proaktivt at kunne reducere omfanget af disse. Løsningen indeholder strukturerede data fra flere af sundhedsvæsenets databaser fx PAS, EPJ (medicinmodul), laboratoriesystemer (mikrobiologi og biokemi), Kombineret med inddragelse af ustrukturerede data i EPJ-notatmoduler.

Løsningen understøtter, at der nu kan foretages analyser af årsagssammenhænge der er forbundet med den enkelte hospitalserhvervede infektion. Dermed understøttes det daglige patient sikkerhedsarbejde.

Løsningen adskiller sig fra andre løsninger ved at indeholde såvel strukturerede som ustrukturerede data. Løsningen understøtter, at der nu kan foretages hurtige analyser af de årsagssammenhænge der er forbundet med den enkelte hospitals erhvervede infektion. Løsningen understøtter dermed det daglige patientsikkerheds arbejde på én sygehusafdeling.

E-beslutningsstøtte ved ordination og administration af lægemidler. Pro.medicin.dk som en platform for vidensdeling af medicineringsfejl

Oplægsholder:

Christianna Marinakis, Dansk Lægemiddel Information A/S, <cma@dli.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Pia Knudsen, Patientombuddet, <pia@patientombuddet.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvilke lægemidler og typiske fejl ses ved lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser (UTH) i primær og sekundær sektoren?
2. Hvordan samarbejder Patientombuddet og Dansk Lægemiddel Information A/S om at udvælge de vigtigste fejl at formidle på pro.medicin.dk?
3. Hvad er de væsentlige fremtidige udfordringer for at skabe læring omkring medicineringsfejl?

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Medicin.dk, der ejes af Dansk Lægemiddel Information A/S (DLI), har det hovedformål at indsamle, bearbejde og formidle uafhængig information om lægemidler til personale og interessenter i den danske sundhedssektor og det øvrige samfund.

Pro.medicin.dk har fagfolk i sundhedssektoren som primær målgruppe. Sammen med borgerdelen (min.medicin.dk) har medicin.dk ca. 180.000 daglige sidevisninger eller ca. 46 mill. årlige sidevisninger, hvilket giver en unik mulighed for at nå bredt ud til alle de faggrupper, der ordinerer, administrerer eller udleverer lægemidler. Brugerundersøgelser har da også bekræftet, at medicin.dk opfattes som en troværdig og veldokumenteret kilde med den nyeste viden om lægemidler og deres anvendelse.

I 2004, i kølvandet på etableringen af Lov om Patientsikkerhed og det nationale rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), aftales et samarbejde mellem DLI og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Formålet er at udnytte de elektroniske journalsystemers mulighed for at integrere elektronisk beslutningsstøtte på en række områder (bl.a. lægemidler og graviditet, medicineringsfejl, max-dosis) for at fremme patientsikkerheden.

Relevansen for e-beslutningsstøtte i tilknytning til medicineringen tydeliggøres af hændelserne rapporteret til DPSD. I 2013 blev 165.356 hændelser afsluttet og indsendt til Patientombuddet. Heraf var ca. 93.600 medicineringsfejl. Det er altså en betydelig andel af de utilsigtede hændelser, der omhandler lægemidler. En dansk rapport peger samtidig på, at ordinationsstøtte reducerer forekomsten af medicineringsfejl, hvis advarsler begrænses til de klinisk mest relevante for at undgå 'alarm-trætte' brugere.

Pro.medicin.dk har siden 2008 udarbejdet advarsler om medicineringsfejl, som skal fungere som støtte i forbindelse med ordinationer og udlevering af medicin. De udvalgte advarsler er i dag præsenteret på pro.medicin.dk som 'passiv' tekst dvs. ikke integreret med læge- og omsorgssystemer, da interessen for dette har været begrænset fra regionernes/kommunernes side.

De tekniske specifikationer for en sådan implementering ligger dog klar. Alle advarsler kan integreres til eksisterende systemer (via webservices) på sygehuse, i kommunerne, almen praksis, bosteder mv., på en sådan måde, at e-støtten tilpasses faggruppernes individuelle ønsker og behov.

På pro.medicin.dk er der i dag advarsler på over 50 forskellige indholdsstoffer og lægemiddelgrupper, som alle har været involveret i alvorlige og forebyggelige utilsigtede hændelser.

Indlægget:

Omfanget af de lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser (UTH) belyses, og typiske fejl, der involverer bestemte lægemidler og særligt farlige situationer beskrives. Patientombuddet inddrages her med systematiseret viden fra indberetningerne i DPSD siden 2004.

I indlægget vil vi fortælle om det tætte samarbejde mellem pro.medicin.dk og Patientombuddet, som er en forudsætning for at kunne udvælge de mest egnede forebyggelige hændelser på pro.medicin.dk ud fra den enorme mængde data, der løbende rapporteres til DPSD. Processen kan godt være udfordrende, da ikke alle alvorlige fejl pr. definition medtages. Her vil vi give eksempler på, hvordan vi filtrerer hver eneste alvorlige hændelse efter nøje fastlagte inklusionskriterier, der bl.a. omhandler krav om relevans og stort læringspotentiale i hændelsen for andre kolleger/fagfolk.

Sidst men ikke mindst vil vi komme ind på fremtidens udfordringer med at integrere e-beslutningsstøtten i læge- og omsorgssystemer for at gøre informationen endnu mere synlig, brugervenlig og intuitivt forankret i en travl hverdag med mange patienter.

Markörbaserad journalgranskning – ett effektivt verktyg mot vårdskador

Oplægsholder:

Johan Thorwid, Cambios Healthcare Systems, <Johan.thorwid@cambio.se>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Niclas Skyttberg, CMO Caphio S:t Görans Hospital Stockholm

Tomas Block, CMO Cambio Healthcare Systems

Hovedbudskaber:

1. Large quality improvements and reductions in adverse events can be achieved by moving existing tools and methods into real time IT-solutions
2. Structured care documentation give possibilities to establish efficient long time quality measurements to a low cost
3. Use the potential in existing information, it's a gold mine!

Beskrivelse:

One of the most important aspects of all healthcare is patient safety, never the less adverse events is one of the biggest problems. In Sweden adverse events was calculated to cost society 7-8 billion SEK in 2013 and you run a 10 times a high a risk dying from being treated in a hospital then in a traffic. Markörbaserad journalgranskning is an established and standardized method for recording statistics around adverse events. It's an retrospective method where medical records are (manually) checked for specific triggers that indicate an high risk for adverse events. The identified records are then analysed to find quality problems that can be addressed in the organisation. In Sweden all hospitals are obliged by the government to preform 20-40 reviews every month.

The problem with this type of review is that it is retrospective and not a proactive support for addressing adverse events. It has a low resolution, is very cost inefficient and only checks a randomised number of medical records.

This session will show the radical effects of integrating the trigger based identification mechanism directly in the EHR. This will automatically provide a X-100% coverage of the medical records in the installation and a 360 degree view of the organisation. Triggers can be combined and priorities and changed in real time based on new local knowledge. Furthermore, a real time based trigger tool give the organisation the possibility to react on the triggers and prevent adverse events from happening. Since the methodology is already accepted and in use, implementation of a real time based version will be simple and meet very low resistance in the organisation.

By basing the solution on a structured medical record this kind of solutions can be achieved to a fraction of the cost compared with a natural language processing tools that scans free text medical records.

Automatisering af patientlogistik - er hospitaler serviceminded nok?

Oplægsholder:

Nikolaj Holm Bramsen, Systematic A/S, <Nikolaj.Holm.Bramsen@systematic.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

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

Lars Ganzhorn Knudsen, Det Nye Universitetshospital i Aarhus, <Lars.Knudsen@DNU.RM.DK>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan bliver patienter mere selvhjulpne i forbindelse med et hospitalsbesøg?
2. Hvilke fordele opnår både patient og sygehus ved at understøtte patientlogistik med it?
3. Hvordan løsningen bygger på RSI's pejlemærke 2 for godt sygehusbyggeri samt understøtter alt fra et hospital til en hel region.

Beskrivelse:

Hospitaler skal være mere serviceminded

Er hospitaler gode nok til at byde patienter og besøgende velkomne? Er den generelle service på hospitaler passende? I et samfund, hvor borgerne bliver mere og mere selvhjulpne og digitale, der halter hospitalerne bagud. Det mærkes tydeligt det øjeblik man træder ind på et hospital – der er utrygt, forvirrende, komplekst og man møder ikke en altid en "serviceminded" organisation.

De enkelte hospitaler har ikke nogen ensretning i måden hvorpå man tager imod patienter. De er desuden unikke i forhold til, at der er så mange forskellige vejvisningsforløb. Patienterne ankommer fra forskellige steder, inde på hospitalet har de forskellige behandlingsforløb og hvert deres flow rundt på hospitalet. Det er en kompleks problemstilling. Situationen er i dag er således, at patienter ofte må forstyrre personalet og spørge om vej, fordi skiltningen på hospitaler ikke understøtter den komplekse problemstilling. Patienterne bryder sig ikke om at forstyrre personalet. Patienterne kommer af den årsag for sent til vigtige aftaler eller sidder måske og venter i det helt forkerte venteværelse. Frem for alt skaber det frustration for patienterne og skaber yderligere stress i en ofte i forvejen utryk situation.

Løsningen kan være it-understøttelse

Visionen for dette projekt er at gøre hospitalsbesøg til en bedre oplevelse for både patienter og besøgende. Et godt og roligt besøg (i disse tider med øget ambulant aktivitet) er vigtig for patienterne og derfor centralt for hospitalerne. Automatisering og it-understøttelse af vejvisning på hospitaler er med til at sikre, at patient, personale og besøgende ledes trygt frem til den ønskede destination. Mange oplever hospitaler som værende uoverskuelige og svære at finde rundt på. Udfordringen med at finde vej bliver ikke mindre af, at man ofte er lidt nervøs eller spændt, når man skal på hospitalet. Via intelligent, digital vejvisning med forskellige typer af skilte, visninger og interaktionsmuligheder er det lettere selv at finde vej. Dette giver færre forstyrrelser af personalet, hvilket er én af de primære stressfaktorer blandt det kliniske personale. Den besøgende/patienten oplever større tryghed og vil i højere grad komme til tiden.

Ved at muliggøre vejvisning samt skabe bedre services/information til patienterne frigøres ressourcer i sundhedssystemet. Der skabes større forudsigelighed og gennemsigtighed, som gør det lettere at tilrettelægge arbejdsgange for personalet og koordinere behandlingsforløb for patienterne. Netop udfordringen med at få tilrettelagt og effektiviseret hospitalslogistikken gør sig gældende på de fleste hospitaler. Med fokus på denne udfordring og patientens behov er udviklet en løsning, hvor målet er, at guide patienten sikkert fra hjemmearchiv, til rette afdeling på hospitalet og hjem igen.

Det er ikke blot vigtigt, at løsningen kan guide brugere til destinationer, det er også af afgørende betydning, at brugerne er selvhjulpne. Dette er borgere så småt ved at være vant til via andre offentlige ydelser. Erfaringer fra hospitaler viser, at når fx besøgende ikke selv kan finde vej, henvender de sig til det personale, de kan finde. Det resulterer i mange daglige forstyrrelser af fx læger og sygeplejersker, der hives ud af deres arbejde for at vise vej.

Indlæggets primære fokus

I indlægget kan interesserede høre mere om, hvordan en konkret, nyudviklet løsning kan være med til at afhjælpe ovenstående problemstillinger. Løsningen tager udgangspunkt i forskning og sætter brugeren i centrum. Med afsæt i referencearkitekturen og en central informationsbus opnås mulighed for at opdatere ruteberegner, steddatabase m.v. centralt, hvorefter ændringerne bliver gennemgående.

Kan den akutte seniorpatient holdes i hjemmet?

Oplægsholder:

Christian Backer Mogensen, Akutcenter, Sygehus Sønderjylland, <Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Claus Kjærgaard Andersen, Systematic A/S, <clkan@systematic.com>

Hovedbudskaber:

1. Erfaring fra ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderj.) med fokus på styrkelse af det tværsektorielle samarbejde samt at optimere behandlingsforløbet for den akutte, medicinske seniorpatient
2. Kan den akutte seniorpatient holdes i hjemmet? Hvad betyder det for det tværsektorielle samarbejde?
3. Praktiske erfaringer, herunder er teknologien moden og klar til telemedicin, samt hvordan oplever personale og borgere telemedicin som en del af behandlingstilbuddet?

Beskrivelse:

Fra alle tre sektorer – praksis, kommuner og sygehuse – er der gode ideer til løsninger, men det kræver samarbejde på tværs af sektorerne og dokumentation for, hvad der virker og ikke virker. Det har det sønderjyske ACCESS-projekt sat sig for at belyse. Projektet er et fælles sønderjysk projekt udarbejdet af de sønderjyske kommuner, almen praksis og Sygehus Sønderjylland, og er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

I projektet inkluderes borgere over 65 år med akut formodet medicinsk sygdom og hvor behandling ikke kan klares i hjemmet uden yderligere tiltag. Alle patienter tilbydes det kommunale akuttilbud, som enten er en akutplads på et plejecenter eller et akutteam tilknyttet patienten i hjemmet. Udover disse tilbud, der allerede eksisterer i dag, bliver patienter i projektet randomiseret i forhold til et af fire forskellige behandlingstilbud. I to af disse tilbud indgår der monitorering af borgeren i eget hjem og ved anvendelse af telemedicinsk udstyr, men i tæt tilknytning med sundhedspersonalet I de øvrige to er uden brug af telemedicinsk udstyr.

ACCESS projektet har været i gang siden november 2013, og der har per 7. maj været 78 borgere igennem projektet.

Indlægget:

Indlægget sætter fokus på hvilke tendenser der kan ses og hvilke erfaringer, der kan hentes godt 1 år efter starten af projektet.

Det præsenteres hvordan projektet overordnet set har fungeret, herunder inklusion af den akutte senior patient i projektet, de aftalte ansvarsfordelinger mellem sektorerne, og endelig hvad de fire tilbud indeholder og hvilken opfølgning, der er foretaget af den akutte seniorpatient.

Præsentationen vil berøre de oplevelser og erfaringer, som er opsamlet i forhold til de fire tilbud, hvordan samarbejdet har været på tværs af sektorerne samt hvilke perspektiver, der er i forhold til tilbuddene. Og om der er indikationer på nye behov, hvis den akutte seniorpatient fortsat holdes i eget hjem.

Ydermere præsenteres de erfaringer, der er i forhold til brugen af mobile devices og telemedicinsk udstyr.

Baggrund og motivation: Kan den akutte seniorpatient holdes hjemme?

Almen praksis har i dag udfordringer, når ældre har behov for akut udredning og en god plan fra en medicinsk speciallæge. I dag gives en kort indlæggelse, hvor diagnostik og behandling udfordres og tilbagemeldingen til almen praksis forsinkes. Det kan gøre patienten både mere forvirret og syg.

På sygehuset modtages akutte medicinske patienter, som måske kunne være håndteret ambulant, hvis de var kommet i dagstiden og umiddelbart tilset af en medicinsk speciallæge. Men det ville kræve, at nogen i patientens eget hjem fulgte op på den ambulante behandling.

Kommunerne forsøger at opstille alternativer til akut indlæggelse, fx akutteams i hjemmene som i Haderslev og Sønderborg kommune eller akutpladser på plejecentre som i Aabenraa og Tønder. Men får patienterne dermed en optimal udredning og behandling?

Spørgsmålet er: kan vi gøre det bedre?

E-sundhedskompetence - et redskab til at skabe bro mellem borgere, patienter og vores digitale sundhedstilbud

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Richard H. Osborne, Deakin University, Melbourne, Australien , <richard.osborne@deakin.edu.au>

Ole Nørgaard, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet , <khf549@alumni.ku.dk>

Andre Kushniruk, School of Health Information Science, University of Victoria, Canada, <andrek@uvic.ca>

Paul Turner, eHealth Services Research Group, University of Tasmania, Australia, <paul.turner@utas.edu.au>

Hovedbudskaber:

1. Sundhedskompetence bør udvides med konceptet eSundhedskompetence i det digitalt baserede sundhedsvæsen
2. Anvendelse af eSundhedskompetence kræver metoder til at måle den
3. Viden om patientens og borgerens eSundhedskompetence kan være vejen til målrettet at hjælpe den enkelte via skræddersyede tilgange

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Sundhedskompetence eller Health literacy udsprang af Ottawa charteret for sundhedsfremme i 1986 (1) og er ved at få en tiltagende betydning for vores forståelse af, hvordan vi kan skabe bro mellem patienter og borgere og de institutioner, der tilbyder sundhedsydelser som sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse og behandling. Der er fokus på hvordan vi som mennesker bliver i stand til at tage beslutninger og vurdere forhold omkring vores helbred livet igennem for at sikre en høj livskvalitet.

Med den tiltagende digitalisering af samfundet sker mere og mere via elektroniske medier, og det er derfor nødvendigt, at vi i vores design af løsninger og i vores kommunikation med borgere og patienter tager denne digitale dimension i betragtning. Normann og Skinner foreslog i 2006 (2) at inddrage konceptet eHealth literacy, der kan oversættes til eSundhedskompetence, og der har siden pågået en del forskning for at kunne måle og operationalisere dette koncept til gang for brugerne. Nye arbejder peger på, at det oprindelige koncept ikke tager højde for web 2.0 (3).

Under ON's phd-projekt er der udviklet et nyt koncept for eHealth Literacy i samarbejde med RHO. Konceptet består af følgende syv domæner præsenteret ved eSundhedsobservatoriet i 2012 ved RHO:

- Handling information
- Knowing about one's own health
- Motivated to engage with digital services
- Know how to engage with information and systems
- Feel safely in control of data and system
- Access to digital services that work
- Digital services that suit individual needs"

På baggrund af de syv domæner udarbejdes nu et instrument til at bedømme brugernes eSundhedskompetence. Spørgsmål skabes ud fra de mere end 300 udsagn, der ligger til grund for de syv domæner. Spørgsmålene skabes samtidig på dansk og engelsk i en unik proces, der sikrer, at det færdige spørgeskema vil være oversætteligt til flere sprog og under konstruktionen tages der hensyn til de dobbelte betydninger, som ord kan have.

Indlægget

Vi vil præsentere status for udviklingen af spørgsmålene, hvor der foreligger et tosproget simultant designet bruttosæt af spørgsmål. Det vil blive diskuteret, hvordan dette sæt vil kunne afdække behov og give indsigt i brugernes forudsætninger.

Til sidst vil det blive vist og diskuteret, hvordan denne model kan anvendes ved design af digitale sundhedstjenester for at sikre, at løsningerne tilgodeser brugernes forskellige kompetenceniveau. Det vil også blive diskuteret, hvordan vi planlægger at kombinere måling af patienters og borgers eSundhedskompetence med etablering af paneler af brugere. Panelerne vil indgå i en ny model, som kan bruges af designere af fremtidens digitale sundhedssystemer.

Referencer

Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986

Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 2006 Apr-Jun; 8(2): e9.

Norman CD. eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities with an evolving Concept. J Med Internet Res. 2011 Oct-Dec; 13(4): e125.

Sundhedsjournalen: Kompleks løsning sikrer enkel adgang

Oplægsholder:

Anne Werner Løhndorf, sundhed.dk, <alo@sundhed.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jens Rastrup, sundhed.dk, <jra@sundhed.dk>

Jens Rahbek, MedCom, <jrn@medcom.dk>

Helle Hestehaven, Region Nordjylland, <hebeh@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Det er jo bare en knap. Få unikt indblik i kompleks opgave med at sikre enkel adgang for sundhedsfaglige brugere - på tværs af kilder, implementeret i lokale epj-systemer med patienten i konteks
2. Sundhedsjournalen er første løsning, der håndterer datasikkerheden ved brug af de nationale sikkerhedskomponenter (BRS, NS).
3. Næste skridt er, at kommunerne kommer med – om sundhedsjournalen version 2.0.

Beskrivelse: Baggrund og motivation

I december lancerede sundhed.dk Sundhedsjournalen til borgere og sundhedsfaglige brugere. Brugertal viser, at borgerne har taget Sundhedsjournalen til sig, og det bedre overblik over tilgængelige data har ændret brugsmønstret på sundhed.dk. Sundhedsjournalen til sundhedsfaglige brugere er i brug i tre regioner, der har implementeret en knapløsning til Sundhedsjournalen, og de første brugere er på. Den første praksisleverandør har udviklet en knapløsning, der dog endnu ikke er i produktion.

For borgeren betyder implementeringen af Sundhedsjournalen, at det er muligt at få et større indblik i egne kontakter med sundhedssektoren. Formålet med Sundhedsjournalen til sundhedsfaglige at give et klart overblik over tidligere behandlinger og undersøgelsesresultater foretaget af andre sundhedsprofessionelle, når disse data ikke fremgår af den lokale EPJ. Dette vil i høj grad være nyttigt i situationer, hvor patienten indgår i et komplekst udrednings- og behandlingsforløb på tværs af regions- og sektorgrænser, eller hvor patienten er ude af stand til selv at supplere den sundhedsprofessionelles oplysninger.

Sundhedsjournalen er et RSI-pejlemærker, og løsningen er resultatet af et fællesoffentligt samarbejde. Sundhedsjournalen er overgået til systemforvaltning i Region Nordjylland og drift i sundhed.dk (efter RSI's styringsmodel). Projektet har strakt sig over 2 år, og den primære opgave har bestået i at afklare, hvordan man kan skabe enkel adgang med en sikker løsning, der anvender nye nationale sikkerhedskomponenter, og trækker data fra forskellige nationale kilder. Sundhedsjournalen er gået forrest i afprøvning af de nye nationale sikkerhedskomponenter.

Indlægget

Hvordan går det med sundhedsjournalen?

Kort præsentation af løsningen og status på brug.

Er det ikke bare en knap eller et link?

Sådan ser det ud for brugeren, der blot klikker på link i eget epj og ender i Sundhedsjournalen med en patient i kontekst. Komplexiteten og mængden af afklaringerne bag er større end som så. Om at bygge en knap, der kan implementeres i epj-systemer og lægepraksissystemer og give sikker adgang til forskellige nationale kilder.

Hvordan er i-sikkerheden håndteret?

Om sikkerhedsmodellen, brug af nationale sikkerhedskomponenter, krav fra Datatilsynet og manuel audit.

Hvordan ser fremtiden ud for sundhedsjournalen?

Fra sundhedsjournalen version 1.0 til version 2.0 – kommunerne skal med.

”Bor huller i siloerne” med SAM:BO og Shared Care Platformen

Oplægsholder:

Alice Skaarup Jepsen, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, <asj@rsyd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Birthe Mette Pedersen, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, <Birthe.Mette.Pedersen@rsyd.dk>

Anette Stystrup Bang, Vejle Kommune, <ANSBA@vejle.dk>

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

Hovedbudskaber:

1. Fra hovedsporet SAM:BO (stafetmetoden) til Shared Care Platformen (flere samtidige forløb)
2. Involvering af patient og pårørende, mulighed for patienten og de pårørende at tage medansvar for forløbet
3. Samarbejde og dialog på tværs af fag og sektorer

Baggrund og motivation

I Region Syddanmark og de 22 kommuner har man erfaring for samarbejde, udvikling og implementering af elektronisk understøttelse af samarbejdet ved indlæggelse og udskrivelse, SAM:BO. Dette samarbejde er i gang med en yderligere videreudvikling bl.a. på baggrund af Kronikerprojekterne. Det er her Shared Care Platformen har sin opstart, bl.a. for kronisk syge, som har flere parallelle forløb ved forskellige sektorer, forvaltninger og ikke mindst klinikere. I dette komplekse felt, er der behov for et fælles redskab til understøttelse af samarbejdet omkring det enkelte forløb. En it-understøttelse som favner hele patientforløbet og dermed rækker ud over egen fagsystem og sektor.

Beskrivelse:

SAM:BO er den tværsektorielle samarbejdsaftale vedr. indlæggelse og udskrivelse, som er it-understøttet via MedCom Standarderne. Den elektroniske og organisatoriske samarbejdsaftale har fungeret i fuld skala siden juni 2009. Det vil sige, det er en samarbejdsaftale, it-understøttelse og en organisering, hvor alle tre elementer er gensidig afhængige. SAM:BO medvirker til at sikre stafet-metoden for overlevering af patienter ”søm-løst” sektorerne imellem. Med øget fokus på bl.a. kronikere, kræftpatienter og personer med erhvervet hjerneskade, er der behov for et it-redskab til understøttelse af forløb, hvor der er mange forskellige aktører, tværfagligt som tværsektorielt, involveret. Aktørerne arbejder parallelt eller forskudt af hinanden, men hvor koordineringen og udvekslingen af information er altafgørende for kvaliteten af den behandling og indsats, der iværksættes. Som et ekstra element, er patient og pårørende en væsentlig part i Shared Care Platformen, med adgang til bl.a. egne data, aftaler og dermed kan få overblik over forløbet.

Indlægget:

I indlægget vil vi præsentere vores it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde hhv. SAM:BO og Shared Care Platformen, hvor vi giver et konkret indblik i, hvorledes de to systemer fungerer og supplerer hinanden. Suppleret med samspillet mellem udviklingen, samarbejdet, organiseringen og implementeringen ift. SAM:BO, samt overvejelserne omkring udvikling og muligheder/begrænsninger ved Shared Care Platformen, herunder patient- og pårørende inddragelse.

IT-understøttelse af tværsektorielt samarbejde med tæt integration til praksissystemer

Oplægsholder:

Janus Laust Thomsen, DAK-E, <jlt@dadlnet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Tove Lehrmann, Syddansk Sundhedsinformation, <tove.lehrmann@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Shared Care Platform giver mulighed for deling af relevante patientoplysninger mellem borgere og klinikkere i praksis, i kommuner og på sygehuse i komplekst tværsektorielt samarbejde
2. Integration mellem Sentinel Datafangst i almen praksis og Shared Care Platform giver unik mulighed for opdatering af data og fremsendelse af notifikationer fra fælles platform
3. Shared Care Platform og Sentinel Datafangst integration sigter mod, at der arbejdes i egne journalsystemer og data kun indtastes en gang

Baggrund og motivation:

IT-støtte til de praktiserende læger i form af Sentinel Datafangst er nu udbredt med mere end 98% af de danske praktiserende læger tilmeldt. Gennem Sentinel Datafangst er der mulighed for deling af data og udsendelse af notifikationer direkte til de praktiserende lægers journalsystemer. Shared Care Platformen understøtter det tværsektorielle samarbejde omkring patienter med kronisk sygdom. Ved at genanvende teknologien bag Sentinel Datafangst opnås en tæt integration mellem alle praksis systemer og Shared Care Platformen uden speciel udvikling/tilpasning i praksissystemerne. Integrationen mellem Sentinel Datafangst og Shared Care giver unikke muligheder i samarbejdet omkring kronisk syge patienter med deling af relevante oplysninger mellem borgere og klinikere i tværsektorielt samarbejde.

Beskrivelse:

Shared Care Platformen er udviklet af region Syddanmark med målet om at skabe IT-understøttelse af det Tværsektorielle samarbejde omkring patienter med kronisk sygdom. Der er i Shared Care Platformen mulighed for deling af relevante data og integration til både almen praksis, sygehuses og kommuners journalsystemer. Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) har gennem flere år arbejdet med udvikling og implementering af IT-støtte til kvalitetsudvikling i dansk almen praksis. Sentinel datafangst er et lille program, som automatisk opsamler centrale værdier fra de elektroniske patientjournaler og bringer oplysningerne videre centralt til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD). Der leveres beslutningsstøtte direkte i lægernes journalsystemer via pop-up vinduer, hvorfra der også kan indsamles ikke systematiske patient oplysninger. Tilsvarende funktionalitet er implementeret i forhold til Shared Care Platformen.

Indlægget:

I indlægget præsenteres hvordan automatisk opsamling af data fra elektroniske patientjournaler kan anvendes til IT-støttet kvalitetsudvikling. Der gives eksempler på kvalitetsrapporter til brug for kvalitetsudvikling i almen praksis, samt hvordan data bruges til benchmarking samt give populations og behandlingsoverblik. Shared Care Platformen beskrives med eksempler på tværsektorielt samarbejde om kronisk syge patienter. Med integrationen mellem Shared Care Platformen og Sentinel datafangst opnås en unik mulighed for samarbejde og deling af relevante oplysninger og samtidigt sikre, at klinikkerne uden dobbeltindtastning kan arbejde i egne journalsystemer med opdaterede data og notifikationer om nye fælles informationer.

En standardiseret elektronisk patientjournal i speciallægepraksis er muligt

Oplægsholder:

Finn Johannsen, Furesø reumatologerne, <f.e.johannsen@dadlnet>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Ghita Ølsgaard, CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling region Midtjylland, <ghioel@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. En EPJ, der kun tilgodeser myndighedernes krav om kvalitetskontrol, uden at tage hensyn til den kliniske virkelighed, bliver ofte for kompleks.
2. Vi har dokumenteret, at kompleksiteten kan reduceres ved at lave en standardiseret EPJ funderet hos brugeren, som er direkte anvendelig i den daglige klinik
3. Vores EPJ's enkle opbygning gør den til et dynamisk læringsredskab, hvor nye tests og kliniske retningslinjer kontinuerligt indarbejdes.

Baggrund:

Der er mange forskellige forventninger til en EPJ. For lægen, der skal skrive journalen, ønskes effektivisering af arbejdsgangene. For Regionerne eller Sundhedsstyrelsen ønskes måling af kvaliteten. Derudover tilstræbes at data kan bruges i forskningsøjemed. En lægejournal i dag er i reglen "fritekst", men for at lette kommunikationen lægerne imellem, har man valgt en vis ensartethed i opbygningen. Imidlertid vil samme undersøgelse, eller behandling kunne benævnes forskelligt, hvorfor det kan være svært at genfinde og genbruge data. Ved indførelse af fælles standardplaner i EPJ vil man gennem ensartet struktur muliggøre datafangst og kvalitetskontrol, men samtidig bør det ikke medføre tab af funktionaliteten og papirjournalens overblik. For at bevare funktionaliteten mener vi, at det er vigtigt, at journalen er dynamisk, så den konstant kan ændres efter behov og ønsker fra brugerne og krav fra arbejdsgiverne og Sundhedsstyrelsen. Dette kræver, at den er funderet hos brugerne, eller i det mindste foregår i tæt samarbejde med brugerne. Kravspecificeringen til sundheds-IT systemer skal tage udgangspunkt i de funktionaliteter, som den fremtidige bruger forventer, hvilket kræver indsigt i den komplekse kliniske virkelighed, som systemet skal anvendes i. Standardplanerne i en EPJ skal være dynamiske, så nye retningslinjer og guidelines hurtigt kan indarbejdes i systemet.

Beskrivelse:

Formålet med vores projekt var at udforme en dynamisk elektronisk standard EPJ baseret på eksisterende standarder med udgangspunkt i speciallægenes erfaringer og ønsker, under samtidig hensyntagen til de forventelige krav i "Den Danske Kvalitetsmodel".

Som start på udarbejdelsen af standardjournalerne blev alle praktiserende speciallæger i reumatologi indbudt til at indsende de planer, de selv havde udarbejdet. Med dette som baggrund og de eksisterende vejledninger og kliniske retningslinjer, blev det første udkast til 15 standardplaner, der skulle dække det reumatologiske speciale, udarbejdet. Journalerne blev herefter sendt i høring blandt alle speciallæger i reumatologi. På et fællesmøde med repræsentation af halvdelen af de praktiserende reumatologer, blev standardplanerne gennemgået og ændringerne blev lavet i konsensus.

Efterfølgende blev journalerne evalueret over to dage. I evalueringen deltog læger med forskellige erfaringsniveauer og fra alle tre uddannelsesregioner. Den første dag var indlæring og øvelse i systemet og den anden dag var evaluering af alle journaler i systemet. Der var stor enighed om, at journalernes ensartethed blev betydelig forbedret, ligesom indholdet af journalen var forbedret. Det var det mest erfarne læger der fandt, at arbejdsprocessen blev let besværet, mens de yngre fandt, at der var blevet betydeligt lettere. De yngre læger fandt det meget gavnligt, at der var beslutningsstøtte i standardplanerne, hvilket kunne være en stor hjælp for dem i dagligdagen i forhold til at sikre kvaliteten i patientbehandlingen.

Indlægget:

I indlægget præsenterer vi kort baggrund for projektet og metoden til udarbejdelse og evaluering af standardplanerne. Derefter vil vi præsentere en standardplan og hvorledes den kan bruges af den enkelte praktiserende speciallæge. Endelig vil vi afrunde med at give et bud på, hvilke perspektiver vi ser i forhold til anvendelse indenfor andre specialer og argumentere for at EPJ bør være brugerbaseret for at reducere kompleksiteten og øge anvendeligheden for alle parter.

Europamestre under udfordring - status og planer for it-anvendelsen i praksissektoren

Oplægsholder:

Lars Hulbæk, MedCom, <LHF@medcom.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Eddie Nielsen, PLO, <eddie@dadlnet.dk>

Jens Parker, PLO, <parker@dadlnet.dk>

Erling Abildgaard, Primærsektorens Leverandørforum, <ea@novax.dk>

Thomas Bo Nielsen, PLO's sekretariat, <tbn.plo@DADL.DK>

Ib Johansen, MedCom, <ijo@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1. IT anvendelsen i den danske praksissektor er den mest udbredte i Europa
2. Praksissektorens aktuelle IT fokusområder markerer et afbalanceret teknologiskifte
3. MedComs koordinerende rolle i forhold til praksissektoren styrkes

Beskrivelse:

Anvendelsen af elektroniske journaler hos danske praktiserende læger tog sin spæde start i 1980'erne og de første lokale afprøvninger med elektronisk kommunikation med apoteker og sygehuse fandt sted i starter af 1990'erne. MedCom tog som nationalt initiativ fra starten i 1994 udgangspunkt i praksissektorens behov for datadeling med sundhedssektorens øvrige parter. Gennem standardisering og etablering og drift af afgrænsede, centrale infrastrukturelementer, har MedCom tilstræbt at understøtte en flerleverandørstrategi og et konkurrenceudsat marked for IT kommunikationsløsninger til praksissektoren. Da praksissektoren består af mange selvstændige og mindre praksis, uden egen IT organisation og fælles IT strategi, har udviklingen i primærsektorens IT-kommunikation i meget høj grad været båret af tæt samarbejde mellem primærsektorens IT leverandører og MedCom. Samarbejdet har resulteret i en markant udbredelse af tværsektoriel datadeling i primærsektoren – også i internationalt perspektiv. EU Kommissionen og OECD gennemførte således i 2013 en benchmarking af praktiserende lægers IT anvendelse i 30 europæiske lande, der placerer de danske lægepraksis på en suveræn 1. plads.

I samarbejdet mellem PLO, PL-Forum og MedCom er der en erkendelse af en række fælles udfordringer. Udviklingen indenfor for IT området i almen praksis drives ikke længere af brugerønsker eller aftaler mellem overenskomstens parter. Det er i stigende grad myndighedskrav, der dikterer udviklingen. Disse krav til IT funktionaliteter hæftes ofte op på lovgivning, og tager ofte ikke højde for lægernes behov i tilstrækkeligt omfang. Konsekvensen er, at de nye funktionaliteter ikke udgør en konkurrence parameter. Samtidig tildeles de offentlige IT projekter kun midler til finansiering af centrale løsninger. Læger og systemhuse må selv finansiere de decentrale løsninger og tiltagninger.

Med den forsinkede og vanskelige udrulning af FMK i primærsektoren har systemleverandørerne og primærsektoren fået et dårligt image hos myndighederne (samt hos borgerne) som værende modvillige til modernisering og svære at lave aftaler med. Regioner, kommuner og staten ønsker derfor at indgå bindende aftaler med PLO og deres IT leverandører, om udbredelse og afvendelse af IT. Samtidig er systemleverandørerne blevet mere autonome, hvorfor MedCom har sværere og sværere ved at udrulle fælles løsninger bredt over sektoren i den hidtidige samarbejds- og projektmodel.

Indlægget fokuserer på, hvorledes PLO, PL-Forum og MedCom i et styrket samarbejde vil imødegå de aktuelle udfordringer gennem etablering af et formelt forum, der skal være en troværdig samarbejdspartner til de relevante myndigheder. Herunder søge indflydelse i relevante organer og påvirke beslutninger tidligt i et samarbejde, hvor PLO varetager den politiske relation og systemleverandørerne i samarbejde med MedCom de tekniske problemstillinger. Samtidig skal PLO i højere grad have en defineret IT politik og søge at sætte en dagsorden på området, for at fremme fokus på IT understøttelse af arbejdet i lægepraksis. IT tiltag skal ikke længere forankres i overenskomsten på samme måde som i dag. Det giver en ufleksibilitet i forhold til at kunne imødekomme den løbende udvikling. Endelig skal PLO skal sammen med MedCom stille skærpede krav til leverandørerne om overholdelse af aftalte deadlines. PLO skal sammen med MedCom medvirke til at øge konkurrencen i markedet ved at belønne first-movers og i langt højere grad udbrede kendskabet til funktionaliteterne i de forskellige IT-systemer. Ændringer, der samlet set fordrer en professionalisering af MedComs projektmodel og indebærer gensidigt forpligtende aftaler om koordineret IT udvikling, med tilhørende sanktioner ved manglende målopfyldelse.

Et land – et (standard) sundhedssystem

Oplægsholder:

Jens Godik Højen, THS Kjarnin, Det Færøske Sundhedsministerium, <jens.godik.hojen@hmr.fo>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Hervør Eyðinsdóttir, THS Kjarnin, Det Færøske Sundhedsministerium, <hervor.eydinsdottir@hmr.fo>

Sigbritt Dam, THS Kjarnin, Det Færøske Sundhedsministerium, <sigbritt.dam@hmr.fo>

Hovedbudskaber:

1. Implementering af ét sundhedssystem bliver en succes, når bestemte forudsætninger er til stede
2. Sygehuse og praktiserende læger oplever store gevinster ved ét samlet sundhedssystem
3. Ved anvendelse af ét system bliver problemstillinger som fælles medicinkort et ukendt problem

Baggrund og motivation

THS-Kjarnin er den færøske driftsorganisation, hvor igennem det færøske sundhedssystem vedligeholdes, koordineres og udvikles. Færøerne har på flere områder arbejdet imod strømmen i bestræbelser på at forsimple og skabe en rationel platform for ét samlet sundhedssystem, for alle landets sygehuse og praktiserende læger. Oprindeligt da Færøerne påbegyndte en digitalisering af landets sundhedsarbejdspladser, blev det fra landets øverste politiske ledelse besluttet, at systemet der blev taget i brug skulle opfylde nogle meget grundlæggende betingelser: Der skulle kun være ét system for hele landet, systemet skulle holdes så tæt på standard, som muligt. Systemet skulle fungere som det beslutningssystem, hvor alt sundhedspersonale skulle kunne tilgå patientdata fra.

Resultatet af denne beslutning, har bragt brugen af sundhedssystemet i en situation, hvor Færøerne har en bredt accepteret og stabil sundheds-it platform. Færøerne har unikke muligheder for relativt nemt at inkludere nye arbejdsområder og beslutningen om at give afkald på tilpasninger og i stedet for satse på en hurtigere opgraderingsfrekvens, betyder at brugerne af systemet i høj grad samarbejder og er tilfredse brugere. Sidste nye tiltag bliver at bryde skotter mellem primær og sekundær sektor og implementerer dermed visioner både i sygehusdriften og hos praktiserende læger.

Beskrivelse:

På Færøerne valgte man en projektmetode, hvor øverste ledelse spillede en helt central rolle i implementeringen af sundhedssystemet. I bestræbelserne på at sikre et følgeskab fra landets sygehusledelse og klinikere, underbyggede man gennem den øverste politiske ledelse et stærkt bindeled mellem budget og projekt, i tæt samarbejde med et kompetent projektteam. Ved implementeringsprojektets afslutning sikrede en række af initiativer den fortsatte udvikling, da man fra ledelsen vurderede at den fremtidige udvikling af sundheds-IT kunne drage stor nytte af projektteamets erfaringer og kontakthænder, fra implementeringsprojektet.

I dag anvender THS kun standard installation af Cosmic. Cosmic fungerer i dag som fælles indgangsportal for alle landets sundhedsarbejdspladser. Kommunikation mellem klinisk personale foregår alt sammen gennem et fælles system opsat på én standard måde for alle arbejdsområder. Ved at Færøerne anvender et fælles system til det hele, findes begreber som fælles medicinkort og henvisningshoteller ikke på Færøerne.

Indlægget:

I indlægget præsenteres THS og dets rolle kort. Efterfølgende præsenteres idéen vedrørende et land en patientjournal for brugerne, hvor der diskuteres tilvalg og fravalg, her vil blive nævnt: Fravalg af tilpassede IT-løsninger og tilvalg af øget brugervejledning. Konsekvensen af at praktiserende læger og sygehusets læger anvender samme registreringssystem. Den positive historie skaber en "Hydra effekt". Hvor bevæger Færøerne sig hen imod ved at vælge en fælles registreringsplatform?

Et sammenhængende e-sundhedsvæsen i hele Grønland – en vej til et mindre komplekst sundhedsvæsen

Oplægsholder:

Maria Hammer Olsen, Departementet for sundhed og infrastruktur, Grønland, <mhao@peqkik.gl>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Henrik Lindholm, Cambio Healthcare Systems, <henrik.lindholm@cambio.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et helt lands sundhedsydelser samles i et system – hvordan samarbejdet mellem sektorerne sikrer et bedre patientforløb.
2. Hvordan kan den forbedrede sammenhæng opleves som forbedret resultat og kvalitet for patienten
3. Hvordan det er muligt at implementere i et helt sundhedsvæsen på kort tid ved brug af en struktureret metode

Baggrund og motivation:

Cambio Healthcare Systems A/S og Departementet for Sundhed i Grønland indgik i sommeren 2013 kontrakt om implementering af et samlet EPJ system som skal dække alle sektorer i hele Grønland. Formålet er at skabe et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen med høj kvalitet i forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje. Allerede i marts 2014 gik den første afdeling i drift på systemet, efter en ekstrem hurtig afdækning af behov for opsætning, og i november af 2014 er hele Dr. Ingrid's Hospital planlagt til at være gået i drift. Hele landet forventes færdigimplementeret i slutningen er 2015. Herefter vil alle sundhedsydelser registreres i samme system.

Beskrivelse:

Ved at alle sundhedsaktører anvender samme system, opsat i forhold til placering og funktion, er det langt lettere at sikre at patientens behandlingsforløb kan koordineres og tilrettelægges, således både oplevelsen bliver sammenhængende, og den faktiske behandling kan ske glidende og uden ophold, uanset om patienten er på en 1.500 km lang akut rejse for akut behandling, eller man henvises fra almen praksis og 'blot' skal i en anden del af bygningen for at modtage den fortsatte sundhedsydelse.

Indlægget

I indlægget præsenteres sammenhænge mellem sektorerne og hvordan det reflekteres i systemet. Bl.a. vises hvordan man med et og samme system sikrer kommunikationen mellem sektorer med delsvær og slutsvar.

Implementeringsmetoden præsenteres; En tidligere udviklet og anvendt metode er revideret, således man på kort tid opnår klarhed over opsætning og definition af funktionalitet, samt de afledte arbejdsgange, og omvendt.

Det vises bl.a. også hvordan man når opnår en sammenhængende kæde i lægemiddelhåndteringen mellem primær sektor, sygehuslægen og apoteket, uden en FMK-funktionalitet.

Omfattende og driftsikker telemedicinsk hjemmemonitoreringsløsning baseret på Cloud-teknologi

Oplægsholder:

Anund Rannestad, Helse Stavanger HF, <anund.rannestad@sus.no>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Morten Andresen, Imatis AS, <Morten.Andresen@imatis.com>

Hovedbudskaber:

1. Anvendelsen af sygebaseret løsninger og telemedicin, åbner muligheder for omfattende og robust hjemmemonitorering og overvågning af patienter, og i flere dele af sundhedssektoren.
2. Nyttевærdi og muligheder for patienterne, såvel for hospitaler, kommuner, samt øvrige sundhedsaktører.
3. Succeskriterier for succesfuld organisering, interaktion og arbejde i forbindelse med overvågning af patienter i hjemmet .

Beskrivelse:

Indlægget vil belyse innovative og nyskabende elementer fra Forsknings og udviklingsprojektet "Helse@Hjemme":

"Helse@Hjemme" er et projektsamarbejde mellem Helse Stavanger HF, Imatis og SINTEF, som sigter mod at udvikle en cloud-baseret platform til hjemmemonitorering af patienter med bl.a. kroniske lidelser.

Projektet er etableret i januar 2014 og forventes at løbe frem til 2016.

Erfaringer fra projektet er samlet fra projektstart d. 12. maj i år.

Løsningen skal bidrage til at øge livskvaliteten for patienterne, opnå færre indlæggelser på hospitalet, og færre indlæggelsesdøgn pr. sygehusophold.

Løsningen



Telemedicin i Grønland

Oplægsholder:

Hannah Højgaard, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, <hhpe@peqqik.gl>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anne-Marie Ulrik, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, <amu@peqqik.gl>

Martin Dombernowsky, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, <mado@peqqik.gl>

Hovedbudskaber:

1. Telemedicin kan sikre at sundhedsydelse når ud til borgeren i de yderste distrikter
2. Telemedicin er et værdifuldt redskab, som kan kompensere når logistikken er en dyr udfordring og der er sparsomt faglært personale
3. Telemedicin kan bruges til visitation, diagnostik samt opfølgning/kontrol

Baggrund og motivation

Telemedicin i Grønland er et centralt redskab i kommunikationen mellem bygderne og sundhedscentre/sygehuse, som kan sikre alle borgere lige adgang til sundhedsydelser på højt fagligt niveau.

Mål med implementering af telemedicin er:

- ▶ Forbedring af kvaliteten af sundhedsydelser for borgerne i bygderne
- ▶ Mere sundhed for pengene ved mere effektiv og bedre udnyttelse af ressourcerne (bla. bedre visitering, færre undersøgelser, hurtigere diagnostik og behandling, kortere ventetid, færre patienttransporter/evakueringer)
- ▶ Telemedicin-systemet Pipaluk blev installeret i Grønland i perioden 2008-2010, og findes i bygder med over 50 indbyggere (ca 50 steder), på sundhedscentre/sygehuse i byerne (15 steder) samt på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

I 2012 blev gennemført en evaluering, som viser, at brugen er meget forskellig og varierer mellem bygder/byer indenfor hver region. Konklusionen var:

- ▶ Pipaluk er et relevant og brugbart redskab, som kan og skal implementeres i den kliniske hverdag.
- ▶ En meget ujævn/begrænset anvendelse grundet
- ▶ Manglende ledelsesengagement og organisatorisk forankring i sundhedsregionerne
- ▶ Manglende plan for og ressourcer til implementeringen i de enkelte sundhedsregioner
- ▶ Varierende opbakning til nøglepersoner
- ▶ Intet systematisk trænings- og uddannelsesprogram af bygdekoordinatorer og bygdesundhedsarbejdere
- ▶ Utilstrækkelig central support

I 2013 blev ansat en telemedicinsk konsulent der skulle re-implementere Pipaluk. Fokus skulle være på de organisatoriske og uddannelsesmæssige aspekter.

En handlingsplan for re-implementering af telemedicin/Pipaluk er udfærdiget og godkendt. Planen har fokus på de organisatoriske aspekter – bla ledelsesinvolvering, arbejdsgange, retningslinjer, uddannelse/undervisning, udpegning af nøglepersoner og oprettelse af netværk blandt disse.

Sundhedsarbejderne i bygderne er ofte uden formel eller har en meget kort sundhedsfaglig uddannelse (22 uger). Derfor er mange henvendelser fra bygderne til sygehuse/sundhedscentre mangelfulde ift relevant klinisk information, hvilket vanskeliggør hurtig diagnostik og behandling. Derfor er der udarbejdet tjeklister/spørgeskemaer med faste svarmuligheder, hvor udgangspunktet er symptomer og ikke sygdomme/diagnoser. Ligeledes er der udarbejdet beskrivelse af kursustilbud for bygdesundhedsarbejdere. Intentionen er, at alle sygehuse/sundhedscentre hvert år tilbyder/indkalder bygdesundhedsarbejdere til kursus af en uges varighed på nærmeste sygehus/sundhedscenter.

Grønland har store udfordringer med at fastholde og rekruttere kvalificeret arbejdskraft. Der er 800 kliniske stillinger, som er besat med 2000 hoveder pr år. Anslået har ca 250 en anciennitet på > 2 år. Resten er vikarer med typisk 1-6 måneders ansættelse. 1/3 er gengangere. Derfor har sygeplejersker og sundhedsassistenter øgede beføjelser ift hvad der kendes fra Danmark. Aktuelt arbejdes med retningslinjer for visitation og standardbehandling, til at understøtte brugen af Pipaluk/telemedicin. Erfaringen er, at sygeplejersker/sundhedsassistenter kan håndtere og afslutte 80 % af henvendelserne fra bygderne uden involvering af læger.

KL, sundheds-it i kommunerne

Udviklingen af apps og andre digitale løsninger til forbrugere, borgere, patienter og medarbejdere buldrer derudaf. Mulighederne er mange også i kommunerne. På denne session sætter vi fokus på den konkrete anvendelse i kommunerne, fremtidsperspektiverne, de strategiske overvejelser, lovgivningen og behovet for standardiseret og klassificeret integration til it-standardsystemer.

App til støtte til mennesker med psykisk sygdom - erfaringer fra København Kommune

Marie Høgh Thøgersen, leder, Socialpsykiatrisk Forskningsenhed, København Kommune

Web-baseret løsning til plejepersonalets tidlige opsporing af sygdomstegn - erfaringer fra Helsingør Kommune

Camilla Kvanner Aasvang og Eva Barbara Sneum, udviklingssygeplejersker, Helsingør Kommune

Strategiske muligheder i anvendelsen af apps - overvejelser fra Lyngby-Taarbæk Kommune

Jakob Sylvest Nielsen, centerchef, Digitalisering og Borgerbetjening i Lyngby-Taarbæk Kommune

Standarder, klassifikationer og integration til it-standardsystemer

Morten Thomsen, digitaliseringskonsulent, KL

Web-baseret løsning til plejepersonalets tidlige opsporing af sygdomstegn – erfaringer fra Helsingør Kommune

Oplægsholder:

Camilla Kvanner Aasvang, Hjemmesygeplejen Helsingør, <cka04@helsingor.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Eva Barbara Sneum, Hjemmesygeplejen Helsingør, <ebs04@helsingor.dk>

Hovedbudskaber:

1. Erfaringer fra pilotprojekt
2. Implementeringsfasens udfordringer
3. Perspektiverne og fremtiden for Tidlig opsporing

Beskrivelse:

Erfaringer fra pilotprojekt:

I februar 2014 blev der i Helsingør Kommunes hjemmepleje iværksat et pilotprojekt om tidlig opsporing af sygdomstegn. Hovedformålet var at afprøve en webbaseret løsning baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalede værktøj til hverdagsobservationer.

Værktøjet anvendes af medarbejderne som redskab til observation, kommunikation og reaktion på ændringer i borgerens tilstand. Efter endt observation anvendes triagemodellen. Medarbejderen tildeler borgeren et grønt, gult eller rødt triageniveau ud fra en række faste kriterier.

Medarbejderne registrerer i løbet af dagen deres observationer på PDA/ tablets og observationerne vises på en digital oversigtstavle i gruppelokalet.

Pilotprojektets positive resultater har ført til beslutningen om at udrulle løsningen i hele Helsingør Kommunes Hjemmepleje.

Implementeringsfasens udfordringer:

Det har været en udfordrende proces at reorganisere gruppestruktur og arbejdsgange og processen har bidraget væsentligt til projektets succes. Den nye struktur har haft afgørende betydning og været en forudsætning for en optimal løsning. Særligt har mindre grupper med klarere ansvarsfordeling og teamledelse lettet og tydeliggjort behovet for opfølgning på indsatser.

Perspektiverne og fremtiden for tidlig opsporing:

På sigt planlægges implementering af kvalificerede systematiske observationer. Hermed menes måling af vitalparametre på borgere med væsentlige ændringer i habitualtilstanden. Målingerne skal tilknyttes en valideret handlingsalgoritme. Med dette opnås en ensartet observation af borgerne og en målretning og strømlining af samarbejdet med sekundær sektor og den øvrige del af primær sektoren.

Strategiske muligheder i anvendelsen af app - overvejelser fra Lyngby-Taarbæk Kommune

Oplægsholder:

Jakob Sylvest Nielsen, Digitalisering og Borgerbetjening i Lyngby-Taarbæk Kommune, <jsn@lkt.dk>

Hovedbudskaber:

1. Der er fortsat et stykke vej i forståelse og brug af borgergenererede forebyggelsesdata set fra kommunal perspektiv
2. De strategiske udfordringer og barrierer som borgergenererede data skaber, når de skal flyde frit mellem sundhedsaktører, løses kun i tæt dialog mellem sektorerne i sundhedsvæsenet

Beskrivelse:

De teknologiske muligheder giver konstant flere monitoreringsmuligheder af egne sundhedsdata for borgerne, ligesom borgernes muligheder til at opbevare og analysere egne data også vil øges de kommende år. Det stiller sundhedsaktører – herunder de kommunale – i en ny situation, hvor der konkret og strategisk skal tages stilling til bl.a. kvalitet af data, handlemuligheder i forbindelse med kritiske værdier og falsk/positiv-resultatater. En klar forventningsafstemning mellem borgerne og den kommunale del af sundhedssystemet i forhold til egne data vil blive efterspøgt.

Borgerne har desuden en forventning om fri dataudveksling mellem sundhedsaktørerne i sundhedssystemet, således data bedst understøtter forebyggelse og behandling – uanset hvor i systemet borgeren befinder sig. Men borgernes forventninger kan vel næppe indfries på den korte bane, når data forsat i høj grad er sektorspecifik og det datamæssige samspil mellem aktørernes systemer ikke kan siges at være på plads.

Oplægget:

Oplægget tager udgangspunkt i de erfaringer som Lyngby-Taarbæk Kommune har fået via det telemedicinske KOL-projekt "Epitalet". I "Epitalet" genererer borgerne egne sundhedsdata via en tablet og hvor de basale værdier bliver monitoreret af sygeplejersker fra kommunens call-center. Ved observation af indikation på en tendens mod negative ændringer i de centrale sundhedsværdier kan en forebyggende medicinsk behandling igangsættes via dialog med projektets læger. Indtil nu er der et fald i antal indlæggelsesdage og antal indlæggelser, samt styrket empowerment hos de nuværende deltagerne i projektet.

Med udgangspunkt heri beskrives kommunens overvejelser om de strategiske muligheder i anvendelsen af bl.a. apps og webbaserede løsninger til forebyggelse, rehabilitering og behandling. Hvad er mulighederne, faldgruberne og begrænsningerne? Og skal data altid integreres i de kommunale it-standardssystemer?

Coping with Complexity - arkitektur og standarder

Oplægsholder:

Esben Andreas Dalsgaard, Sektor for National Sundheds-it, <ead@ssi.dk>

Hovedbudskaber:

1. Standardisering (og de-standardisering) er løbende processer, der holder systemporteføljen "fit"
2. Standarder medvirker til at reducere kompleksiteten, når systemer fra mange parter skal integreres
3. Dansk sundheds-it mister sin førerposition hvis vi ikke snart retter os mere internationalt

Beskrivelse:

Hvor let er det at tilpasse en organisation, der har mange individuelle løsninger? Og har vi overhovedet kræfter til at være innovative, når vi tynges af en voksende vedligeholdelsesbyrde? Kan arkitektur og standarder medvirke til at ensrette løsninger, og vil det gøre sundhedsvæsenet mere agilt? Eller er standarder med til at cementere løsninger og dræbe al fornyelse? Kan arkitektur og standarder skabe fremdrift i projekter, og vil de forhindre, at de samme fejl begås igen og igen? Eller kan krav om at følge bestemte standarder gøre simple projekter komplekse?

Med udgangspunkt i en forståelse af samspillet mellem produktudvikling, standarder og markedsudvikling gives nogle bud på hvornår standardisering bidrager positivt til digitaliseringen og hvordan utidig eller overdreven standardisering resulterer i det modsatte. Indlægget søger at indkredse konsekvenserne ved standardisering (og ved mangel på samme), og der drages nogle konklusioner i forhold til den nationale standardiseringsindsats.

I indlægget vil vi komme ind på hvor meget (eller hvor lidt) fastsættelsen af nationale standarder påvirker markedet og hvor meget markedet betyder for fastsættelsen af standarder. Vi vil også komme ind på, hvorvidt standardiseringsopgaven (og den måde man organiserer sig om den) i et lille land som Danmark adskiller sig fra den måde man griber opgaven an på internationalt.

Indlægget krydres med nationale og internationale eksempler på mere og mindre vellykkede standardiseringstiltag.

PHMR – en dansk HL7-standard & et meddelelshotel, som et led i overgangen til HL7

Oplægsholder:

Michael Due Madsen, MedCom, <mdm@medcom.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

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

Hovedbudskaber:

1. Vi skal basere vores e-kommunikation på internationale standarder: Sådan ser en HL7 standard ud 'på dansk' - PHMR/CDA - til brug for hjemmemonitorering
2. Et nyt Meddelelshotel vil kunne håndtere national konvertering mellem forskellige indholdsstandarder (EDI, XML og HL7-CDA) og kunne tilgås traditionelt, men også via webservices eller webbrugergrænser
3. Et nyt Meddelelshotel vil kunne forbedre overvågning, fejlfinding og forebyggende vedligeholdelse af den beskedsbaserede VANS-meddelelsesinfrastruktur som findes i dag

Beskrivelse: Baggrund og motivation.

MedCom's standarder for E-kommunikationen i Danmark har gennem mange år været baseret på EDI/XML specifikationer byggede på EU standarder. MedCom har, i samarbejde med primær- og sekundærsektoren etableret, pilotafprøvet og udbredt anvendelsen af meddelelsesbaseret dataudveksling i sundhedssektoren. I dag flyder der - igennem VANS-nettet - i omegnen af 6 mio. meddelelser på månedsbasis.

I MedCom har der været gennemført et analyseprojekt "Teknologisk Fremtidssikring" som har set overordnet på hele den meddelelsesorienterede infrastruktur. Nogle af konklusionerne fra analyseprojektet var, at der er behov for at få en bedre overvågning af driften og at få moderniseret infrastrukturen til at kunne håndtere overgange fra ældre til nyere teknik både i forhold til forsendelse og indpakning.

Der har været et stigende ønske fra danske leverandører om at bruge internationale standarder mhp. at øge deres internationale potentiale. Ligeledes har der fra kundesiden været en forventning om at internationale standarder, som basis for dansk e-kommunikation, vil udvide leverandørvalgmulighederne i forhold til det internationale marked.

Beskrivelse af HL7/PHMR.

I projektet HL7/PHMR udførtes der en dansk profilering af standarden PHMR fra organisationen HL7, som er en standard for overførsel og lagring af data fra hjemmemonitorering.

Formålet med projektet har været at udarbejde en dansk profilering af den internationale standard HL7/PHMR til brug ved hjemmemonitoreringsdata. Den danske profilering af standarden bliver specifikt brugt i projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering, hvor den som snitflade til KIH-databasen indgår i projektet og databaseløsningen. Ud fra PHMR specifikationen dannes CDA dokumenter, der kan deles indenfor rammerne af IHE/XDS indeksering.

Beskrivelse af et Meddelelshotel.

I dag findes der flere hotelløsninger i MedCom-regi. I det nuværende VANS-net som står for forsendelse af EDI- og XML-meddelelser i dag, gemmes der ikke nogen kopi af indholdet. Ved at etablere et egentligt Meddelelshotel vil man kunne lagre de enkelte meddelelser og benytte metadata til logistik- og overvågningsformål. Dette vil give mange nye muligheder:

- Overvågning af trafikken
- Nye aftalte meddelelsesstandarder kan bruges bredt fra dag 1. Hvis en ny informationsstandard ikke er systemimplementeret kan den benyttes via en web-baseret brugergrænseflade evt. med genvejsfunktionalitet
- Meddelelshotellet vil fremadrettet kunne levere 1:1 konvertering af EDI, XML og HL7-CDA formateret indhold
- Meddelelshotellet vil både kunne understøtte informationsflow baseret på eksisterende VANS-postkassefunktionalitet, webservicebaseret og web-baseret leverance/modtagelse af information
- Adgang for borgere til at se egne data som udveksles – både indhold, afsender og modtager

Empower Patients - telesundhedsløsning med borgeren og patienten i centrum, set fra et leverandørperspektiv

Oplægsholder:

Jan Kold, NNIT, <jakd@nnit.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Ann-Catrine Monberg, NNIT, <achm@nnit.com>

Henrik L. Ibsen, Silverbullet, <hibsen@silverbullet.dk>

Robert Mortensen, NNIT, <rbem@nnit.com>

Marianne Ørbech Happel, NNIT, <mrqh@nnit.com>

Hovedbudskaber:

1. Øget kvalitet i behandling og pleje af patienten er udgangspunktet for Telesundhed. Det kræver at vi husker patienten i processen. Hvem er patienten? Hvad kan telemedicin bruges til? Tænk innovativ!
2. En vision om at skabe en platform hvor patientsikkerhed er i centrum og hvor borger, patienter og klinikere kan stole på at data bliver håndteret sikkert og fortroligt
3. NNIT's syn på OpenTele og Telesundhed. Hvad kan platformen tilbyde og hvor er vi i dag?

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Hvordan skaber vi bedst telesundhedsløsninger som imødekommer patientens behov. Det kræver at se det fra patienten og borgerens side, men også at vi tænker innovativt og inddrager nye patientgrupper og anvendelsesscenarier. Ofte tror vi, at målgruppen giver sig selv for vores teleløsninger. NNIT tror at vi endnu ikke har set og udnyttet alle de muligheder som telesundhed rummer. NNIT ønsker at borgere og patienter i højere grad skal involveres i deres egen plan for forebyggelse og behandling, samt tage ansvar for eget helbred, uafhængigt af geografiske afstande. Dette kan opnås ved at give borgere og patienter kontrol over egne sundhedsdata gennem selvmonitorering, digital kommunikation med almen praksis, kommuner og regioner. NNIT Empower Patients søger at bringe Patienten i centrum når Telesundhed skal udvikles fra isolerede siloprojekter til storskalaimplementering. Vi ønsker at tage de første skridt på vejen mod en national løsning indenfor telesundhed, som kan medvirke til at løfte de nationale visioner og strategier.

Det er NNIT's vision at spille en større rolle i udbredelsen af telesundhedsløsninger i storskala, ved at:

- ▶ Skabe et nationalt fundament ved brug af OpenSource-løsninger, der er skræddersyet til både kommuner og regioner.
- ▶ Tilvejebringe et fælles telemedicinsk forretnings- og software-økosystem med lave omkostninger, der er nemt at implementere og bruge for kommuner og regioner.
- ▶ At bringe Patienten i centrum ved håndtering og behandling af de data som fremkommer ved telesundhedsløsninger.
- ▶ At Personfølsomme data håndteres og præsenteres på sikker vis, så de bliver brugbare for såvel patienter som klinikere.

Løsningen, som bl.a. tilbydes af NNIT og Silverbullet, er første skridt på vejen mod en national telesundhedsløsning, som kan fungere på tværs af regioner/hospitaler og kommuner/hjemmepleje. OpenTele er en dansk national OpenSource-løsning udviklet af tre af de danske regioner med formålet at etablere et telemedicinsk forretnings- og software-økosystem i Danmark. NNIT ønsker at afprøve løsningen for igennem implementeringen at tilpasse løsningen til brugernes behov. Ved at afprøve løsningen kan man kombinere viden og erfaringer fra klinikere, patienter og industri, og dermed sikre en vedkommende og brugbar løsning, som understøtter brugernes behov. Der kan igennem afprøvningsforløb indhentes vigtig viden om brugerne og deres ønsker til en telesundhedsløsning, således at løsningen løbende kan udbygges og modelleres. Samtidig rummer løsningen mulighed for differentieret behandling, således at patienten oplever en telesundhedsløsning tilpasset den enkelte. NNIT mener det er med til at sikre at patienter oplever kvaliteten ved løsningen. På nuværende tidspunkt er løsningen oplagt til at understøtte velfærdsydelser samt i behandlingsforløbet af kronikere med forhøjet blodtryk, astma og hjerte/lungesygdomme. Men mange flere kroniske sygdomme kan håndteres i løsningen i forhold til efterspørgsel, ligesom raske borgere kan benytte telesundhedsløsningen i forhold til at understøtte forebyggelse. Løsningen sigter mod at øge den direkte inddragelse af patienter og borgere i at tage ansvaret for deres helbred, uafhængigt af geografiske afstande.

Indlægget:

Med udgangspunkt i OpenTele og NNIT's erfaringer inden for sikkerhed og sundhed, fortælles om:

- ▶ NNIT's syn på telesundhed og de udfordringer, vi ser der eksisterer i dag for at sikre patienten i de nye telesundhedsløsninger
- ▶ Hvorfor NNIT tror at en OpenSource baseret løsning omkring telesundhed er vejen frem, inden for telesundhed nationalt såvel som internationalt
- ▶ Det sikkerhedsmæssige perspektiv inddrages, både i forhold til behandling af personfølsomme data, men også i forhold til at kunne stole på data, fra såvel patienter som klinikere

Metoder til at reducere kompleksiteten i SNOMED CT-implementering

Oplægsholder:

Anne Randorff Højen, Aalborg Universitet, <arra@hst.aau.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

David Markwell, IHTSDO, International Health Terminology Standards Development Organisation

Fadi El Turk, Cerner, UK

Hovedbudskaber:

1. Den danske sundhedsterminologi er baseret på den internationale standard SNOMED CT som muliggør dokumentationsstøtte og dataanalyse i informationssystemer som kliniske databaser og patientjournaler.
2. SNOMED CT's anvendelse i danske informationssystemer har været begrænset af kompleksiteten forbundet med meningsfuld implementering. Det er nødvendigt at udnytte begrebs semantik og sammenhænge.
3. IHTSDO, har udgivet en vejledning, der præsenterer metoder til simpel og meningsfuld søgning og registrering vha. SNOMED CT.

Beskrivelse: Baggrund og motivation:

Den kliniske terminologi, SNOMED CT, indeholder mere end 300.000 begreber og 1.500.000 definerede relationer imellem disse begreber. Det er naturligt at spørge om det overhovedet er muligt at gøre terminologien operationel i kliniske it-systemer, eller om udfordringerne forbundet med implementering af SNOMED CT overskygger de potentielle gevinster.

Det er en forudsætning for succesfuld implementering, anvendelse og udbredelse af SNOMED CT i Danmark, såvel som internationalt, at øge opmærksomheden på, hvordan begrebernes semantik og indbyrdes sammenhænge kan udnyttes i implementering af brugervenlige systemer, der anvender terminologien på en konsistent og meningsfyldt måde.

Indhold:

IHTSDO har i 2013, blandt andet i samarbejde med oplægsholderen, udviklet en vejledning til at støtte søgning og registrering af SNOMED CT for at øge opmærksomheden på de metoder og teknologier der kan anvendes til at støtte brugere i anvendelsen af SNOMED CT. I projektet blev forskellige use cases for SNOMED CT søgning og dataregistrering analyseret og beskrevet, som udgangspunkt for at klarlægge, hvilke teknikker der kan implementeres for at støtte effektiv og korrekt søgning i SNOMED CT, samt understøtte struktureret og konsistent indtastning af SNOMED CT begreber. Projektets resultat er publiceret som en samlet vejledning 'SNOMED CT search and data entry', og kan hentes som public draft document på IHTSDOs hjemmeside http://ihtsdo.org/fileadmin/user_upload/doc/

IHTSDO projektet har således prioriteret use case orientering og simple, direkte implementérbare teknikker. Hermed understøttes at leverandører og system-konfiguratører får et bedre grundlag for at håndtere kompleksiteten i SNOMED CT. På sigt vil dette kunne bidrage til udvikling af avanceret dokumentationsstøtte, beslutningsstøtte og dataanalyse på grund af øget opmærksomhed på, og udnyttelse af, SNOMED CT's underliggende referencemodel.

Denne præsentation introducerer de metoder, der kan anvendes når SNOMED CT implementeres i kliniske IT systemer. Præsentationen henvender sig til leverandører, der interesserer sig for, hvilke krav der bør sættes til IT-systemer der understøtter SNOMED CT. Derudover henvender oplægget sig til personer der er involveret i udvælgelse af kliniske begreber og specificering af det kliniske indhold der skal være tilgængelig i systemerne. Endelig henvender oplægget sig til konfiguratører der er involveret i opsætning og design af kliniske brugergrænseflader.

Erfaringer fra storskala projektet TeleCare Nord

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

1. Hvad viser de første erfaringer med telemedicin i storskala
2. Hvor gemmer de største udfordringer sig
3. Hvis jeg vidste dengang, hvad jeg ved nu

Beskrivelse:

Telemedin til KOL patienter i storskala - realiseret i et tværsektorielt samarbejde om og med patienten, og indenfor rammerne af ordinær drift. Ambitionsniveauet i TeleCare er højt, og forventningerne til de resultater og den viden TeleCare Nord kan bidrage med i den fortsatte modning af telemedicin i Danmark er tilsvarende høje.

Projektet som startede op 1.1 2012, har på vejen mod storskala drift adresseret tværsektorielle, organisatoriske, juridiske, tekniske og økonomiske problemstillinger, og fundet løsninger. Løsninger som nu afprøves i et fuld tværsektorielt drifts setup med samtlige 11 nordjyske kommuner, alle Region Nordjyllands sygehuse og de praktiserende læger som aktive aktører. Over 1300 patienter deltager i TeleCare Nord, og siden opstarten af de første patienter tilbage i november 2013, er der opsamlet mange og værdifulde erfaringer som kan og skal udnyttes i det fremadrettede arbejde med telemedicin. Samspillet med patienten og de pårørende, krav om og tilførsel af nye kompetence hos de sundhedsprofessionelle som direkte eller indirekte involveres i telemedicin, det tværsektorielle samarbejde og de svære sektorovergange, og ikke mindst, hvor helt nye opgavetyper bør placeres og hvordan de løses. Det er blot nogle af de emner som TeleCare Nord har opsamlet værdifulde erfaringer om.

Oplægget tilbyder et kik ned i TeleCare Nords maskinrum, og et indblik i erfaringerne fra Danmarks første og største telemedicinske storskala projekt.

Erfaringer fra NetKOL og Min eGraviditet - Nye pejlemærker for udviklingen af telemedicin

Oplægsholdere:

Karina Fisher Blom, Udviklingsjordemoder og projektleder, Herlev Hospital , <karina.fischer.blom@regionh.dk>

Allan Green, Specialkonsulent og projektleder, Telemedicinsk Videnscenter, Region , <allan.green@regionh.dk>

Beskrivelse:

De to KIH-delfprojekter, NetKOL og Min eGraviditet, nærmer sig en afslutning nu, og konturerne af et nyt sæt pejlemærker for de næste års udvikling af telemedicin er ved at tegne sig.

Erfaringen fra disse projekter peger bla. i retningen af behov for:

- at patienterne anvender deres egne enheder (Bring Your Own Device)
- at antagelserne om befolkningens parathed i forhold til telemedicin genovervejes
- at der oprettes egentlige regionale centre til håndtering af logistik og support til telemedicin
- at der fokuseres på et målrettet samarbejde mellem klinik og industri med henblik på modning af teknologi og organisation.

Herudover vil vi komme ind på væsentlige udfordringer i forhold til klinikernes ibrugtagning af teknologien og samarbejde på tværs af sektorer.

Komplicerede graviditeter - hverdagen med KIH-projektet - for både personale og patienter – samt de videre perspektiver

Oplægsholder:

Olav Bjørn Petersen, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, <olavpete@rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Lone Holst, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, <lonehols@rm.dk>

Merete Daugaard, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, <elldau@rm.dk>

Troels Krarup Hansen, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, <troeha@rm.dk>

Klaus Otten, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, <klaouotte@rm.dk>

Anders Pier, Silverbullet, <ap@silverbullet.dk>

Henrik Hammer Jordt, Region Midtjylland, <hjt@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Vidensdeling fra KIH projektet til det øvrige (ikke-projekt) personale er af stor betydning, og feedback herfra er med til at udvikle/udvide de telemedicinske anvendelsesområder
2. Inddragelse af Afd. Y's øvrige personaler og "projekt"gravide kan bidrage med forslag til implementering af projektet i Afd. Y og til udvikling af OpenTele – og telemedicinske løsninger generelt
3. Hjemmemonitorering som patient empowerment – er det virkelighed?

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH) har som mål at nedbringe antallet af ambulante besøg og indlæggelser samtidig med, at der skabes en bedre sammenhæng i det enkelte forløb. I Region Midtjylland indgår delprojekterne Diabetes og Komplicerede Graviditeter. I oplægget vil en overlæge og en etnograf præsentere erfaringer fra KIH delprojektet Komplicerede Graviditeter, hvor kvinden med den komplicerede graviditet selv tager aktiv del i behandlingen ved at foretage en række målinger hjemme. Målinger der ellers ville blive udført af en læge, jordmoder eller sygeplejerske på sygehuset. Projektet i Afd. Y er en videreudvikling af TeleSkejby projektet, og Afd. Y har dermed mere end 2 års erfaring med hjemmemonitorering af komplicerede graviditeter.

Beskrivelse:

Gravide med komplicerede graviditeter inkluderer svangerskabsforgiftning, for tidlig vandafgang og diabetes (type 1, 2- og graviditetsudløst). Disse komplikationer medfører hyppige konsultationer i svangreambulatoriet eller indlæggelse(r). Som et alternativ tilbydes gravide i målgruppen at blive monitoreret i eget hjem vha. den tekniske løsning, OpenTele. Dels er OpenTele en kommunikationsplatform for indsamling og overførsel af måledata vedrørende den gravides og fostrets velbefindende (fx blodtryk, puls, vægt, blodprøver og CTG), og dels kan den gravide og projektteamet kommunikere direkte via denne platform. I dette setup er det for projektpersonalet muligt at modtage målinger fra en hjemmemonitoreret gravid, uden den gravide fysisk skal ses på Afd. Y. Dette giver mulighed for, sikkert at vurdere den gravides og fostrets velbefindende, samt mulighed for tidlig opsporing af en behandlingskrævende tilstand, og dermed for tidligere indsats. Den samlede effekt er at antallet af sengedage reduceres.

Etnografer har fulgt en række monitorerede gravide fra start i delprojektet til forløsning, herunder også konsultationer, scanninger og akutte henvendelser på Afd. Y. Desuden har etnografer haft ugentlige samtaler med den gravide for at opnå viden og kontinuerlige erfaringer med telemedicin. Øvrige personaler på Afd. Y har gennem workshops kunnet italesætte deres syn på forankring af projektet i afdelingen samt deres fordomme om gravides evner til at foretage målinger i hjemmet. Aktiviteter, der har resulteret i bidrag til videreudvikling af OpenTele, organisation og håndtering af patienter.

Indlægget:

I en afdeling, med mere end 100 jordemødre, 200 sygeplejersker, 50 læger, mange studerende og andre faggrupper, er delprojektet Komplicerede Graviditeter forankret i et team af 3 personaler: 1 overlæge, 1 jordmoder og 1 sygeplejerske. Udfordringen har været, hvordan man når en forståelse af KIH delprojektet i en afdeling af Afd. Y's størrelse

Det vil i indlægget blive præsenteret, hvilke forbehold og reservationer Afd. Y's personale har udtrykt for en telemedicinsk løsning, men også de perspektiver og muligheder personalerne ser. De hjemmemonitorerede gravides erfaringer og perspektiver på projektet bringes i spil sammen med de udviklingsmuligheder de kan se for OpenTele, eller andre telemedicinske løsninger, samt ift. sundhedsfaglig organisering omkring de komplicerede graviditeter som patientgruppe, når indsatsen går fra at være projekt til implementeret på Afd. Y. Ud over disse resultater vil videre perspektiver ift. overførsel af erfaringer, og visioner for fremtiden med klinisk hjemmemonitorering blive diskuteret

Erferinger fra projekt klinisk integreret hjemmemonitorering (KIH). Patientperspektiv

Oplægsholder:

Anne Lee og Marianne Sandvei, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning ved Syddansk Universitet, <ale@cast.sdu.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Lone Holst, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, Skejby, <lonehols@rm.dk>

Hovedbudskaber:

1. Intensiv telemedicinsk overvågning og kontinuitet i kontakten til de sundhedsprofessionelle skaber tryghed hos den gravide i en angstfyldt periode.
2. Den telemedicinske indsats giver øget fleksibilitet i forhold til tid og sted.
3. De hyppige målinger giver den gravide en væsentlig viden om barnets og egen sundhedstilstand.

Beskrivelse:

Studiet er et delprojekt i det tværregionale projekt 'Klinisk Integreret Hjemmemonitorering' (KIH) hvori der indgår fem kliniske delprojekter. Projektet 'Gravide med komplikationer' foregår i regi af Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, Skejby. Målgruppen for delprojektet er gravide med hhv. diabetes, svangerskabsforgiftning og tidlig vandafgang. Den telemedicinske indsats omhandler hjemmemonitorering (måling af blodtryk, puls, urin, temperatur, infektionstal, vægt, blodglukose, fosterhertelyd, fosterbevægelser og kontraktioner) med elektronisk/telefonisk monitorering, råd og vejledning.

Baggrund og motivation:

Studiets formål er at undersøge de gravides anvendelse af og tilfredshed med det telemedicinske tilbud, herunder hvilken rolle teknologien spiller for hverdagslivet og for graviditeten. Der fokuseres på temaer som: tanker, følelser, viden, erfaringer og handlinger i forhold til graviditet og anvendelsen af teknologi.

Indhold af oplæg:

I oplægges præsenteres en kvalitativ analyse af interviews med syv gravide kvinder der overvåges telemedicinsk i forbindelse med at de er under observation for svangerskabsforgiftning eller har for tidlig vandafgang. Den kvalitative metode giver et indblik i hvordan de gravide integrerer monitoreringen i deres hverdag og hvilken betydning den har for deres graviditet og måde de forholder sig til, at graviditeten er kompliceret. Der er tale om kvinder der tidligere har haft en kompliceret graviditet og hvor de har oplevet at deres muligheder for; at opdage komplikationen, at følge med i udviklingen af denne og i barnets tilstand og dermed at handle har været begrænset.

Fælles billedarkiv, regionalt og tværregionalt

Oplægsholder:

Carsten Sloth, Radiologisk afdeling, Næstved Sygehus, <cslo@regionsjaelland.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Bjarne Klindt, Region Sjælland, <bjakli@regionsjaelland.dk>

Trine Meinert Ekknud, Region Sjælland, <exittme@regionsjaelland.dk>

Claus Henrik Hvolris, Region Sjælland, <clhh@regionsjaelland.dk>

Lillian Margit Kofoed, Region Sjælland, <lmkf@regionsjaelland.dk>

Anne Elise Hintze, Region Sjælland, <aehi@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1. Kvalitetsforøgelse
2. Undgå dobbeltarbejde
3. Patientsikkerhed

Beskrivelse:

Indlægget beskriver projekterne XDS og IBI som giver Region Sjælland / regionerne på tværs mulighed for at dele hinandens billeddiagnostiske undersøgelsesmateriale (henvisninger, billeder og beskrivelser), hvor der med billeder menes billeder optaget i de radiologiske afdelinger.

Der er i regionerne et øget fokus på genbrug af data, konkret i dette projekt – genbrug af data fra undersøgelser som er lagret i RIS/PACS-systemerne.

Der er ikke blot et økonomisk rationale ved at undgå at foretage den samme undersøgelse igen, der er også et patientbehandlings kvalitetsløft ved at genbruge allerede udførte undersøgelser – og der kan være et strålingsmæssigt aspekt ved at kunne begrænse antallet af røntgenundersøgelser.

Indlægget vil have et tredelt fokus:

► Et tværregionalt billedindex (IBI); hvad er det.

Indlægget vil have fokus på det tværregionale RSI-projekt "IBI" hvor regionerne har adgang til hinandens bilede arkiv (RIS/PACS-systemer) samt de beskrivelser som er givet omkring de enkelte undersøgelser.

Indlægget vil endvidere beskrive den overordnede teknik bag et "fælles bilede arkiv"

► Øget patientsikkerhed ved hurtig genbrug af undersøgelsesdata fra andre sygehuse.

Indlægget vil have fokus på de gevinster der opnås ved at regionerne har adgang til hinandens radiologiske "papirgangs"- og billedarkiver med beskrivelser (RIS/PACS). Og specielt den vinkel at en undersøgelse der allerede er foretaget – og beskrevet - kan genbruges uden forsinkelse på et andet sygehus – også uden for regionen. Det betyder specielt ved overflytninger at det modtagne sygehus hurtigt og direkte har adgang til undersøgelser der allerede er udført.

► Implementering af et system der forudsætter dataintegration fra konkurrerende firmaer. En lang implementering der endte lykkeligt. Indlægget har fokus på de problemstillinger der må påregnes ved tværregional integrationen. Den virkelighed at for at få en succes skal der være en integration mellem flere konkurrerende leverandørers systemer. Indlægget vil behandle de muligheder man som kunde har for at presse en leverandør til at være aktiv i et samarbejde med en potentiel konkurrent.

Indlægget vil behandle problematikken; der hvor juraen ikke rækker.

Nyt klinisk bookingsystem i Region Nordjylland: Hvordan tværgående og standardisering af sundheds-it kan udnytte kapacitet og ressourcer

Oplægsholder:

Susanne Skeem, Region Nordjylland, Koncern IT, IT Projekt og Portefølje, <sms@rn.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Kristian Alstrup Baden, Region Nordjylland, Koncern IT, IT Projekt og Portefølje, <kab@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Der er strategiske og operationelle gevinster ved at standardisere opsætningen af det nye bookingsystem. Hvilke håber vi at opnå?
2. Standardisering er svær at håndtere, mens effekten er høj. Hvordan arbejder vi med standardisering på tværs for at opnå en høj effekt?
3. En succesfuld implementering på fem sygehusenheder med forskellige kulturer og fagligheder er en udfordring. Hvordan arbejder vi med implementeringen, så det lykkedes?

Beskrivelse:

Region Nordjylland har gennem de seneste par år arbejdet på et nyt bookingsystem til regionens sundhedsvæsen. Alle hospitaler i Region Nordjylland får det nye system implementeret fra august 2014 til juni 2015. Varigheden af implementeringen vil være forskellig alt efter de enkelte lokale afsnits størrelse.

Region Nordjylland har fem sygehusenheder – visionen er, at booking skal fungere så det praktisk talt foregår som på ét sygehus. Det nye bookingsystem giver en række fordele, som knytter sig til booking på tværs af hospitalerne:

- Tværgående booking udnytter ressourcer bedre. Det sker ved, at bookingsystemet åbner op for bedre udnyttelse af medicinsk udstyr, lokaler og personale på tværs af matrikler.
- Booking på tværs af hospitaler er med til at understøtte mere sammenhængende patientforløb gennem fx booking af hele pakkeforløb.
- Og endelig, så giver tværgående booking også bedre mulighed for indfrielse af behandlingsgaranti, i sidste ende til gavn for patientsikkerheden.

Det nye bookingsystem giver også patienterne fordele. Systemet vil bidrage til "Patient Empowerment" i form af øget medejerskab over patientens eget forløb og kontakt med hospitalerne, hvilket i sidste ende bl.a. kan bidrage til at minimere udeblivelser. Via en webløsning bliver det muligt for patienterne selv at booke, ændre og aflyse bestemte og udvalgte typer af aftaler. Gevinsten er færre udeblivelser.

Patienterne får også på flere afdelinger mulighed for elektronisk ankomstregistrering.

Et stort fokus for projektet er at afklare, hvordan det nye bookingsystem kan rulles ud i organisationen, så der tages mest muligt hensyn til den kliniske hverdag. En succesfuld implementering på fem sygehusenheder med forskellige kulturer og fagligheder er en udfordring. Oplægget vil behandle, hvordan projektet arbejder med implementeringen.

Organisatorisk er der den udfordring, at ydelser ikke nødvendigvis er ens på hospitalerne. Derfor er arbejdet med standardisering imødekommet med en model, der er afprøvet på tværs af hospitaler og faggrupper. Oplægget vil behandle, hvordan projektet har arbejdet med standardisering på tværs for at opnå en høj effekt.

Motivationen er for at holde oplægget

Det er i projektet stort fokus på standardisering, således af booking på tværs er muligt. Tværgående booking i denne målestok er noget nyt for regionens hospitaler og sygehuse.

Vi mener, at andre projekter kan have gavn af vores videreformidling af erfaringerne fra projektet.

Oplægget vil gennemgå arbejdet med at implementere bookingsystemet og standardisere udbud. Oplægget vil fremhæve udfordringerne i forbindelse med dette arbejde.

Præhospital Patient Journal - en fællesregional klinisk løsning

Oplægsholder:

Helge Præstgaard Carlsen, Region Syddanmark, <Helge.Praestgaard.Carlsen@RSyd.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Torben Høj Christensen, CSC Scandihealth, <tchris22@csc.com>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan processen styres fra strategi over beslutning om udbud og til konkret projekt
2. Hvordan et fællesregionalt it-projekt organiseres i praksis, herunder hvordan hensynet til forskellig praksis på tværs af regioner og faggrupper tilgodeses
3. Praktiske erfaringer med implementering og afprøvning af løsningen

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Formålet med indlægget er, at dele praktiske erfaringer fra et af de første nationale sundheds it-projekter, som er drevet af alle 5 regioner i fællesskab.

Et sådant projekt giver nogle helt særlige udfordringer og erfaringer, som indlægget vil belyse.

Projektet er et praktisk eksempel relateret til temaet om Komplexitet i e-sundhedsvæsenet.

Beskrivelse af projektet

Projektet leverer en ny landsdækkende Præhospital Patient Journal (PPJ) til understøttelse af behandling, kvalitetssikring og patientsikkerhed. Målsætningen med PPJ er, at understøtte arbejdsgange for at optimere behandlingen af den enkelte patient i hele det præhospital patientforløb. PPJ er således med til at sikre et sammenhængende patientforløb og højne patientsikkerheden.

Projektet er et af regionernes 15 nationale pejlemærker, som realiserer en fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet.

Projektets konkrete leverancer:

- ▮ Etablering af fælles PPJ system – dækkende hardware og software.
- ▮ Installation af 535 tabletcomputere i regionernes præhospital enheder (ambulancer, akutbiler, akutlægebiler samt akutlægehelikoptere).
- ▮ Systemadgang til PPJ via web, således at patientdata, herunder vitalparametre kan ses på fx regionernes AMK-vagtcentraler og akut modtagelserne.
- ▮ Integration til regionernes kontrolrumssystemer på AMK-vagtcentralerne mhp. at data kun indtastes et sted.
- ▮ Adgang til informationer i nationale systemer (ex. FMK og e-journal).
- ▮ Sikre at regionernes E-tavler har mulighed for at få adgang til de data der opsamles af PPJ.
- ▮ Mulighed for integration til regionernes EPJ.
- ▮ Workshops til tilpasning og brugerinddragelse.
- ▮ Uddannelse af brugere.
- ▮ Projektledelse og test management.
- ▮ Vedligeholdelse og support på den samlede løsning.

Indlægget

Indlægget kan ses i forlængelse af sidste års indlæg, hvor RSI præsenterede projektet på et overordnet plan.

Indlægget vil fokusere på de processer, der har ledt frem til etablering af projektet, over de konkrete udfordringer i projektet, til de praktiske erfaringer med at håndtere disse.

Der vil eksempelvis blive orienteret om de tiltag der gøres i processen/løsningen for at rumme forskellighederne på tværs af regioner og faggrupper. Dette er bl.a. sket via grundigt analysearbejde fra regionerne forud for udbud. Endvidere har projektet faciliteret en proces, hvor regionerne opnår en fælles referenceramme og et konstruktivt samarbejde om udviklingen på tværs af organisatoriske skel.

Andre eksempler vil illustrere hvordan erfaringer, opnået i projektet, er udnyttet til fordel for kvalitet i løsningen, herunder hvordan projektet har været med til at drive en række fællesregionale it- og forretningsmæssige afklaringer.

Indlægget vil således, med praktiske eksempler, adressere en række af undertemaerne for E-sundhedsobservatoriet:

- ▮ Hvordan bidrager sundheds-it til at fremme eller mindske samarbejde omkring borgene/patienterne?
- ▮ Hvordan kan integration mellem sundheds-it-systemer levere bedre service til borgerne og/eller de sundhedsprofessionelle?
- ▮ Hvordan bidrager de tekniske løsninger, som leverandørerne udvikler, til at gøre sundhedsvæsenet mere eller mindre komplekst?
- ▮ Hvordan kan den tekniske og organisatoriske implementering af sundheds-it-systemer medvirke til at mindske eller øge kompleksiteten i sundhedsvæsenet?
- ▮ Hvilke styringsredskaber til bl.a. projektledelse egner sig bedst til at understøtte sundheds-it-udviklingen i sundhedsvæsenet?

Klinisk Logistik som kommunikationsform på tværs af hospitalerne

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Stefan Kalmar, Hospitalsenheden Horsens, <stekal@rm.dk>

Christian Kalsen, Cetrea, <kalsen@c3a.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hør erfaringerne fra Region Midtjyllands første tværhospitale Klinisk Logistik projekt
2. Klinisk Logistik (Cetrea-skærme) er oplagt til at bruge som kommunikationsmiddel på tværs af hospitaler
3. Klinisk Logistik (Cetrea-skærme) kan effektivisere kommunikation og arbejdsgange på tværs af hospitaler

Beskrivelse:**Baggrund:**

Apopleksiomlægningen i Region Midt har medført ændrede apopleksipatientflow mellem hospitalerne i regionen.

Dette ændrede flow medfører en større mængde kommunikation og koordinering af patienter mellem de neurologiske afdelinger i regionen.

Hidtil har det "kølige" overblik og koordinering af patientflytninger været holdt vha. gule lapper i lommerne på en spredt skare af sygeplejersker, telefonopkald, tavler med klistermærker og sprittus kruseduller.

Men denne måde at skabe "overblik" rummer mange faldgrupper.

Hvordan får man et hurtigt overblik over de patienter som er på vej ind? Ved team 1 det samme som team 2? Hvordan kan man se hvor mange senge der er ledige i Lemvig? Hvem skal man tale med i Viborg? Hvilke undersøgelser er lavet på den patient som er på vej ind? Hvornår ankommer vedkommende? Er patienten visiteret? Osv.

Bag kulisserne render læger og sygeplejersker rundt i et stort minefelt, hvor det er patientens ve og vel der er på spil hvis koordineringen eller kommunikationen går galt. Dette giver også en unødvendig stressmængde og ineffektive arbejdsgange for personalet.

Projektet:

Nogle visionære mennesker i Region Midt mente at ovenstående kommunikation mellem hospitalerne skulle være en saga blot.

Derfor blev der bevilliget penge til at køre dette projekt (Klinisk Logistik OBS Apopleksi. KLOBSAP) der bl.a. skal sætte Cetrea-skærme op på de neurologiske afdelinger i regionen, og skabe en fælles samarbejdsplatform mellem de neurologiske afdelinger. Så det kan gøres mere sikkert at være apopleksipatient, og gøre livet for personalet mindre stressfyldt og mere effektivt.

Den sidste hospitals-Cetrea-installation i projektet blev sat op d. 28/4, og nu kommunikerer alle neurologiske afdelinger via Cetrea-skærme. Skærmene giver et hurtigt overblik over patientens forløb, placering, hvad der er foretaget af undersøgelser, nye kommunikationsmuligheder mellem afdelingerne, overblik over patienter på vej m.v.

Det er første gang at man i regionen laver et projekt med Cetrea's Klinisk Logistik hvor der samarbejdes på tværs af hospitalerne, og ikke bare internt på hospitalet.

Fremtiden:

Udrulningen af Cetrea-skærmene på de neurologiske afdelinger er kun første spadestik i KLOBSAP-projektet.

Inden længe skal kommunerne kobles på. Kommunerne skal med i projektet for at få et bedre overblik over hvor deres borgere ligger, hvornår de er på vej hjem, hvilken pleje de skal forvente at stille med, udskrivelsestidspunkter og andre vigtige info.

Indlægget:

Vi vil gennemgå projektets historie, erfaringerne/resultaterne med at anvende Cetrea's Klinisk Logistik samt visionerne for projekts fremtid.

eHealth in the Nordic countries

Oplægsholder:

Jarmo Reponen, The Finish Society of Telemedicine, <jarmo.reponen@oulu.fi>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Mikael Johansson, Marknad & Kommunikation, Inera, <mikael.johansson@inera.se>

Ain Aaviksoo, The Estonian eHealth Task Force, <ain@healthin.ee>

Beskrivelse:

The Nordic Countries are among the highest ranking in availability of eHealth - both in terms of functionality and in relation to frequency of use. What are the common features of eHealth in the Nordic countries? In what areas are we strong? And what is the potential of a joint effort in Global Marketing of the best of the Nordic solutions? In this session key people behind the Finnish, Swedish and Estonian development of eHealth highlight key features and present each an example of a product that could be available to the global market. The session concludes with a presentation of the Danish marketing program "Health Care Denmark" - and a debate on the possibilities of joining forces in global marketing of the best solutions.

Finland:

"eHealth status in Finland"

Jarmo Reponen, MD, President of the Finish Society of Telemedicine

Sweden:

"Current strategic lines and development structures in Sweden"

Mikael Johansson, Strateg, Marknad & Kommunikation, Inera

Estonia:

"We just did it"

Ain Aaviksoo, MD, MPH, Head of Estonian eHealth Task Force

We sell HealthCare Denmark

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

1. Interessen fra udlandet viser, Danmark stadig er førende indenfor sundheds-IT
2. International interesse udmønter sig i flere samarbejdsaftaler imellem danske og udenlandske myndigheder
3. En række succes projekter i 2014 viser vejen for fremtidig eksport af sundheds-IT

Beskrivelse:

Hvordan står Danmark i forhold til andre lande, når det kommer til sundheds løsninger og sundheds-IT ? Er andre lande ved at overhale os, eller har vi stadig et stærkt renome ? Skaber det danske hjemmemarked stadig eksport muligheder for danske virksomheder og er det stadig en stærk reference ?

Healthcare DENMARK har via sine aktiviteter i 2014 fået en rigtig god indsigt og viden, som giver svarene på bl.a. ovennævnte spørgsmål

Healthcare DENMARK har gennemført rigtig mange aktiviteter siden e-sundhedsobservatoriet i 2013. Indlægget vil give en status på, hvordan udfordringerne for sundhedsvæsenet i en række af de lande, som Healthcare DENMARK i perioden har været tæt på, udvikler sig og hvilke muligheder dette giver for Danmark.

Bl.a. vil status på sundheds-IT området i følgende lande indgå:

- ▶ Tyskland - bl.a. status ift. det nationale healthcard projekt
- ▶ USA - bl.a. status på Affordable Care Act/Meaningfull Use
- ▶ Kina - er potentialet for sundhedsløsninger i Kina reel ? Hvornår udmøntes dette i givet fald ?
- ▶ Tyrkiet - hvad kan Tyrkiet lære af Danmark ?
- ▶ Polen - er der opstået nye muligheder for samarbejde med Polen ?
- ▶ Mexico - hvad betyder Mexico's stigende velstand for deres behov for sundhedsløsninger ?

Desuden vil indlægget give en status på nogle af de internationale samarbejdsaftaler, som danske myndigheder har lavet i det forløbne samt beskrive mulighederne i disse.

Endelig vil der være en gennemgang af de internationale succesprojekter indenfor eksport, som danske sundheds virksomheder har gennemført i 2014.

Den selvledende patient og transformativ teknologi

Oplægsholder:

Finn Olesen, Informationsvidenskab, Aarhus Universitet, <finno@dac.au.dk>

Hovedbudskaber:

1. Den standardiserede patient findes kun på tegnebrættet; i praksis må sundhedsvæsenet kunne håndtere en stor variation af patienttyper.
2. Teknologi er ikke et neutralt værktøj, der kan gribes af de professionelle og patienterne, men derimod er teknologien selv en aktiv formgiver af relationer mellem patient og sundhedsprofessionel.
3. Telemedicinsk pleje og behandling kan ikke erstatte fysisk pleje og behandling, men det kan supplere den i vigtige henseender.

Beskrivelse:

I de seneste år er det blevet tydeligt, at forholdet mellem patienterne og sundhedsvæsenets aktører må ændres, hvis enderne skal nå sammen. Det gælder både, hvad angår ændrede sygdomsmønstre, samfundsøkonomiske vilkår, demografiske forandringer, færre hænder samt i forhold til patienternes egne ønsker. Selv-ledelse er i den forbindelse blevet et mantra, der med inspiration fra forretningsverdenen, sætter præg på sundhedspolitikken. Borgerne vil lede deres eget liv og selv (med)bestemme, hvordan det individuelle sygdomsforløb skal forme sig. Staten skal af samme grund tillade patienterne selv at have indflydelse på og tage ejerskab til deres sygdom. Imidlertid begribes og planlægges patientforløb ofte ud fra standardiserede, utilstrækkelige begreber om, hvad en patient, en bruger eller en borger er, - gør det fx en forskel, om det er en bruger eller en patient, der er syg? En mere nuanceret forståelse af de aktuelle relationer mellem disse kategorier må derfor etableres.

Teknologi anses som et afgørende middel til at understøtte de store forandringer af balancen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, der aktuelt foregår. Ikke mindst telemedicinske løsninger er udpeget som hjælpemidler, der skal gøre syge patienter til aktive, selvledende borgere. Patienten i eget hjem skal tage vare på sin sygdom i samarbejde med specialuddannede sundhedsprofessionelle, fx hjertepatienter, der skal foretage selvmonitorering og bistå den sundhedsprofessionelle med målinger under en tele-konsultation. Men teleudstyret er ikke bare et neutralt redskab, der indskydes mellem to mennesker. Teknologi kan transformere handlingsforløb, fx ændres de sensoriske forudsætninger for at bedømme patientens tilstand, og patienten pålægges et markant medansvar for at måle korrekt. Teknologi determinerer ikke, hvad der skal ske, men den trækker alligevel handlinger i bestemte retninger, som måske ikke er tydelige, så længe teknologi blot anses som et værktøj. Forståelsen for teknologiens potentielt transformative egenskaber må derfor styrkes i uddannelsen af professionelle og patienter.

En nærmere indsigt i de ovennævnte problemstillinger peger på, at telemedicinske løsninger ikke kan stå alene i forhold til en lang række sygdomsforløb. De enkelte patienter har tit meget forskelligartede behov, der vanskeligt kan indbygges i en teknologisk løsning, der ligeledes skal være rentabel og driftssikker. Selvledelsen bliver således begrænset af teknologiens pris, design og kapacitet. Det samme gælder de sundhedsfaglige aktørers relation til patienten. Teknologi tillader bestemte typer af intervention og udelukker andre. Den erkendelse er ikke en falliterklæring på teknologiens vegne. Tværtimod er det en frugtbar nuancering af vores teknologiforståelse, der kan spare tid og ressourcer og udnytte de nyttige potentialer, teknologierne rummer. Samtidig understreger denne erkendelse behovet for en mere realistisk forståelse af relationerne mellem patienter, teknologiske løsninger og sundhedsvæsenets aktører.

Synes borgerne, at sundheds-it er komplekst – og var det hele bedre i gamle dage?

Oplægsholder:

Morten Elbæk Petersen, Sundhed.dk, <mep@sundhed.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad ved vi om brugerne og deres parathed til sundheds-it – og hvor har vi behov for at nuancere tidligere opfattelser/undersøgelsesresultater?
2. Er der belæg for pessimisme, når vi kigger på kolde facts?
3. Hvilken effekt har sundhedsfagliges indtænkning af sundheds-it på patienternes oplevelse – og er der ømme punkter?

Beskrivelse:

Med op mod 1,2 millioner unikke brugere på sundhed.dk om måneden og en support-funktion, der er de første til at gløde rødt når noget ikke fungerer, har sundhed.dk-sekretariatet en del erfaring med borgernes reaktioner og adfærd. Indsamling af dokumentation om kendskab, tilfredshed, brug og holdninger har givet en hel del spændende data, hvoraf nogle resultater vil blive præsenteret for første gang på E-sundhedsobservatoriet.

Grundlæggende oplever sundhed.dk-sekretariatet borgere som glade for gennemsigtigheden og dén inddragelse i eget patientforløb, som sundhed.dk understøtter; de vil gerne kigge med og selv gøre alt hvad de kan for at deres forløb ender godt. De er fuldt klar til at overtage mere ansvar og få opgaver.

Faktisk er borgerne klar til endnu mere aktivering gennem sundheds-it. De vil fx gerne skrive i egen journal og give sundhedsfaglige bedre muligheder for at forberede sig inden et møde. De vil også gerne kunne læse journalnotater fra egen læge, have adgang til data uden forsinkelse, og nemt kunne få adgang til deres børns data. Oplægget vil kommentere disse ønsker, og sætte dem i relation til den nuværende status og udviklingen i sundheds-it rettet til sundhedsfaglige.

Borgernes lyst til at spille en aktiv rolle synes ikke at være påvirket af forårets store skandale om datasikkerhed. Faktisk peger data på at tilliden til sundhedsvæsenet og de sundhedsfaglige er intakt – og at borgerne deltager i balancerede diskussioner om værdien i at data er tilgængelige for sundhedsfaglige versus deres ønske om beskyttelsen af private data.

Der burde derfor ikke være nogen reservationer i forhold til at kaste sig over resultaterne fra et fælleseuropæisk projekt fokuseret på dokumentation af Patient Activation, som har bidraget med ny viden om danskernes erfaringer med sundheds-it, som giver adgang til egne data. De resultater kan blive et væsentligt indspil i den fortsatte diskussion mellem pessimister og optimister.

Ved du, hvor mange sundhedsfaglige, der fortæller om sundhed.dk til deres patienter? Vi præsenterer tal, argumenterer for om tallet er interessant og relevant, og vil også gerne levere en refleksion over, hvilke dynamikker, der synes at ligge bag den praksis.

IT er ikke nemt, men faktisk står offentlige hjemmesider virkelig godt i befolkningen generelt. For mange er hjemmesider den mest troværdige kanal til at få information fra det offentlige – foran telefonopkaldet og mailen. Det skal vi da udnytte – kan vi seriøst komme i tanke om grunde til ikke at gøre det?

Om kompleksitet i sundhedsvæsenet – organisation, it og økosystemer

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

1. Organiseringen af levering af sundhedsydelser er i sin natur komplekst gennem høj centralisering og specialisering. Dette stiller store krav til sundheds-it-løsninger.
2. Sundhedsvæsnets investerings- og indkøbsmodeller kan virke som en barriere for forskning og udvikling af innovative nye løsninger.
3. Det er vigtigt at skabe grundlaget for et "økosystem" af både stabile og innovative sundheds-it løsninger, som kan sikre fortsat udvikling og effektivisering af den danske sundhedssektor.

Beskrivelse: Baggrund og motivation

E-sundhedsobservatoriet stiller i år spørgsmålet: "Er e-sundhedsvæsenet fanget i en kompleksitetsfælde?" og spørger videre om "der [er] en særlig kompleksitet knyttet til sundhedsdomænet sammenlignet med andre domæner, som der udvikles it-løsninger til [...] og som giver særlige udfordringer?" Ligeledes stilles der ofte spørgsmål ved – specielt blandt lægmand og politikere – hvordan det kan være, at der skal være 5 forskellige EPJ systemer i et land med 5 mio. indbyggere – en antal som er det samme som fx Hamborg. Og – selvom vi ikke siger det til nogen – så ved vi, der arbejder dagligt med sundheds-it, at der jo ikke tale om 5 forskellige systemer, men nærmere 100-vis af forskellige specialiserede systemer. Disse systemer dækker alt fra administration, logistik, patient-administration, og de mange forskellige medicinske specialer som findes. Som sådan er der ingen tvivl om, at systemlandskabet inden for sundheds-it er højest komplekst, hvilket afspejler en organisatorisk kompleksitet.

Samtidig står sundhedssektoren overfor en lang række udfordringer i de kommende år, idet den demografiske udvikling tilsiger en øget efterspørgsel kombineret med færre ressourcer i form af midler (skattekroner) samt antal læger og sygeplejersker. Et helt essentielt element i at løse dette krydspres ligger i investering i it-løsninger, der både kan hjælpe til at opretholde behandlings- og plejekvaliteten og effektivisere den komplekse organisering.

Men vi kan – ikke mindst pga. tidligere undersøgelser lavet af EPJ-observatoriet – konstatere at i sammenligning med andre sektorer, er der en kraftig under-investering i it-løsninger indenfor sundhedsvæsenet. Akkumuleret over fx de sidste 20 år, bliver denne under-investering ganske betragtelig. Samtidig er det offentlige danske sundhedsvæsen underlagt lovgivningsmæssige krav om indkøb via offentlige udbud, som kan have en negativ effekt på udviklingen af nye innovative og effektive løsninger. Det er sjældent at en ung innovativ virksomhed har mulighed for at deltage i et offentlig udbud. Vi kan altså have en situation hvor den innovation som er nødvendig for at løse sundhedsvæsenet udfordringer aldrig kommer i spil.

Indlægget

I dette indlæg vil jeg beskrive ovenstående problemstillinger og argumentere for at sundhedsvæsenet har en iboende kompleksitet, som man ikke bør ignorere hvis man vil løse dets udfordringer gennem it-løsninger. Baseret på adskillige forskningsprojekter og udvikling af nye (innovative) kommercielle produkter inden for sundheds-it vil jeg forsøge at dele min erfaring med ting som har fungeret godt og hvor udfordringerne ligger. Specielt vil jeg redegøre for "økosystem" modellen, som er en model der sigter mod både at have en stabil kerne af sundheds-it systemer men som samtidig er åben for innovation og risikofyldte eksperimentelle tiltag. Modellen er ikke (kun) en teknisk model, men i høj grad en governance model for hvordan man kan tænke i sundheds-it i årene fremover. Modellen kan danne basis for både stabil drift af et kompleks sundhedsvæsen der samtidig har mulighed for at understøtte og drage fordel af innovative tiltag, som har effekt på en lidt længere tidshorisont.

Regionerne gør status på digitaliseringen på sundhedsområdet – hvor står vi anno 2014 og hvordan kan vi egentlige sige det?

Oplægsholder:

Claus Isachsen, Region Hovedstaden, <claus.isachsen@regionh.dk >

Hovedbudskaber:

1. Er regionernes it-systemer ude på hospitalerne og sygehuse gode nok til at understøtte den bedste behandling? - og hvordan måler man det?
2. Hvilke indikatorer er interessante at se på? - og går kvalitet og patienttilfredshed hånd i hånd?
3. Hvordan ligger Danmark i forhold til andre sygehus og hospitaler?

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Regionerne har målt i hvilket omfang IT-systemer på sygehuse og hospitaler er gode nok til at understøtte den bedste behandling for at få et samlet overbliksbillede af dansk sundheds-it anno 2014. Resultatet skal bruges til at fastlægge fremtidens digitale muligheder til gavn for personale og patienter.

Beskrivelse

I sommeren 2014 gennemførte regionerne den første landsdækkende it-måling af danske hospitaler og sygehuses digitale løsninger. Der blev målt på, den funktionalitet der stilles til rådighed, kvaliteten af de enkelte it-systemer og den praktiske anvendelse af løsningerne. Det er første gang, HIMSS gennemførte en samlet måling af alle hospitaler og sygehuse i et helt land. Målingen blev foretaget i samarbejde med det internationale analyseinstitut HIMSS. HIMSS-målingen, der allerede er gennemført på 1.600 europæiske hospitaler, giver en klar indikation af, hvor dansk sundheds-it placerer sig på en europæisk skala. Målingen gennemføres som en del af den regionale strategi for sundheds-it.

Læs mere om it-målingen under RSI-pejlemærket, P3: Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet (pdf).
Læs mere om HIMSS: <http://www.himss.eu/>

Indlægget

Indlægget fokuserer på resultater af HIMSS undersøgelsen og hvordan vi kan bruge sådan en undersøgelse i Danmark. Indlægget fokuserer også på muligheder og begrænsninger ved at bruge målinger og opstille indikatorer for Sundheds IT.

It-udbud til anskaffelse af fællesløsning for de kliniske kvalitetsdatabaser – P16

Oplægsholder:

Per Hostrup Nielsen, Hjerte-Lunge-Karkirurgisk afdeling, Aarhus Universitets Hospital, Skejby, <per.hostrup@skejby.rm.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Hans Henrik Bøttger, Region Midt, Stab, <hhb@rm.dk >

Hovedbudskaber:

1. Der skal anskaffes en fælles it-løsning til de kliniske kvalitetsdatabaser
2. Løsningen vil baseres på data fra LPR i struktureret SKS-format
3. Udbudsforretningen på løsningen ventes afsluttet ultimo 2015

Beskrivelse:

Baggrund: Der findes på landsplan ca. 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Databaserne er dannet over en mangeårig proces og er baseret på adskillige vidt forskellige it-løsninger. Rapportering fra databaserne er tilsvarende inhomogene og både dyre og vanskelige at håndtere. Regionernes kliniske kvalitetsprogram RKKP er paraply-organisation for databaserne og forvalter de af regionerne afsatte midler til drift og udvikling af databaserne. Der er i disse år fra regionernes side et ønske om i højere grad at basere driften af sundhedsvæsenet på et kvalitetsstyret grundlag, med bl.a. udgangspunkt i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Regionerne og RKKP har tilsammen formuleret et projekt i rækken af fællesregionale pejlemærke projekter som har til formål at anskaffe en fælles IT-plattform til drift og afrapportering for alle de kliniske kvalitetsdatabaser – RSIRSI Pejlemærke 16 eller blot P16.

Region Midt er valgt som projektansvarlig region. Der er oprettet en projektorganisation med en styregruppe og en projektgruppe. I styregruppen er der repræsentanter for regionerne, Statens Serum Institut (SSI), kompetencecentre, RKKP og de LægeVidenskabelige Selskaber (LVS). Formanden for styregruppen er uden repræsentative forpligtelser og udpeget af Region Midt. Styregruppen referer til direktørkredsen i regionernes RSI samarbejde.

Projektet skal munde ud i et udbud på den fælles IT-løsning, som efter planen sættes i gang i løbet af 2015 og ultimo 2015 peges der på den endelige løsning.

Grundlæggende er der enighed om at løsningen baseres på data fra LandsPatientRegistret, således at data indenfor den enkelte databases afgrænsning, der kan findes i LPR, skal findes i de diagnose og /eller procedurekoder, der er indberettet fra regionernes EPI/PAS systemer. Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem SKS er det bærende fællessprog for databaserne, vel vidende at der dags dato ikke er SKS-koder til alle de indikatorer der anvendes i databaserne. Det diskuteres i den forbindelse at give afkald på en konsekvent brug af betydningsbærende SKS-koder. De yderligere data, der er behov for i de enkelte kliniske databaser, kan klinikeren supplere LPR data med gennem et klinisk inddateringsmodul.

Fordelen ved at anvende LPR er, at man umiddelbart genanvender allerede indtastede data, og at man til brug for afrapportering har mulighed for at trække på en række andre centrale databaser, som fx Patobank, Lægemiddelregistret m.m.

IT-arkitekturen i løsningen vil lægge sig tæt op ad allerede kendte løsninger som eksemplificeret ved Dansk LungeCancer Register som er en del af De Nationale Kliniske Kræft Databaser – DNKK.

Som udgangspunkt er en klinisk database begrebsmæssigt defineret ved sit output i form af de årlige fagligt kommenterede rapporter, men også muligheden for en online dagligt rapportering af indikatorer til brug for driftsmonitorering /kvalitetsmonitorering for klinikerne i afdelinger gennem regionernes LIS-/BI-systemer skal tilgodeses. Der vil således blive stillet krav til LPR om modificerbarhed (nye SKS-koder) og realtids adgang til data.

Endelig skal løsningen sikre at data i et ensartet format stiller data til rådighed for godkendte forskningsprojekter.

Fremtidsværkstedet for telemedicinske løsninger

Oplægsholder:

Mette Lindstrøm, Danske Regioner, <mld@regioner.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

De 5 regioner

Regionernes sundheds-it

Hovedbudskaber:

1. Hvad er fremtidens scenarier for den telemedicinske kommunikation mellem hospitalet, almen praksis, kommunen og borgeren ved brugen af videokommunikation?
2. Hvad ser de implicerede parter af muligheder? Hvad er gevinsterne? Hvad er de primære udfordringer?
3. Hvilken infrastruktur vil vi benytte?

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Regionerne er i gang med en række telemedicinske projekter, der spænder mellem mindre lokale projekter med få involverede klinikere og borgere til store storskalaforsøg for udvalgte patientgrupper. Nogle projekter gør brug af avanceret måleudstyr mens andre omhandler selve kommunikationen mellem de involverede parter. Med oplægget ønsker vi at sætte fokus på sidstnævnte med udgangspunkt i videokommunikation. Det er ikke selve den tekniske løsning (evt. MedComs videoknudepunkt), der er det primære fokus, men de ændrede kommunikationsveje for både hospitalsansatte, praktiserende læger, kommunale aktører og ikke mindst borgeren, der skal i centrum.

Beskrivelse

Telemedicin bliver gang på gang nævnt som en af løsningerne på de sundhedsmæssige udfordringer Danmark står over for med en aldrende befolkning og et stigende antal kronikere. Samtidig skal borgeren sættes i centrum, hvilket stiller krav til både regioner, kommuner og almen praksis om en mere koordineret indsats. Oplægget skal derfor sætte fokus på muligheden for anvendelse af videokommunikation mellem de involverede parter med formålet om at sætte borgeren i centrum. "Fremtidsværkstedet for telemedicinske løsninger" er derfor et oplæg, der skal sætte fokus på gevinster og udfordringer i kommunikationen mellem aktørerne.

Herudover overvejes det, om Det interregionale billedindeks (IBI) skal benyttes som infrastruktur til telemedicin i form af delingen af billeder fra Sårjournalen mellem sektorer. Dette kan blive en del af oplægget.

Indlægget

Indlægget vil foregå som en form for live rollespil, hvor en hospitalsansat, en almen praktiserende læge, en kommunalaktør og en borger "afprøver" telekommunikation mellem de involverede aktører. Oplægget skal indeholde de forskellige aktørers ønsker til fremtidens telemedicinske løsninger.

Et digitalt og dynamisk værktøj, der understøtter læring på tværs i sundhedsvæsenet

Oplægsholder:

Rasmus Grønborg, Danske Regioner, <rar@regioner.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Trine Petersen, Danske Regioner, <tpe@regioner.dk>

Marlene Willemann Würbler, Danske Regioner, <mww@regioner.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvorfor går der i gennemsnit 17 år inden evidensbaseret viden er implementeret i sundhedsvæsenet?
2. Spredning af gode erfaringer kan og skal lettes
3. Vi skal stimulere gennemsigtighed og viden omkring hvad der virker – og hvad der ikke virker

Beskrivelse: Baggrund og motivation

I sundhedsvæsenet står vi ofte over for at skulle finde løsninger til en given udfordring eller metoder til at nå et givet mål. Hvis man i den proces skal undgå at genopfinde dybe tallerkener, skal det være muligt på en relativ nem måde at skabe overblik over eksisterende løsninger. Det skal være muligt at finde ud af, hvilke metoder der tidligere er afprøvet, hvilke resultater de har givet og hvilke erfaringer der er gjort.

Hvis det skal være muligt at lave en sådan afdækning, kræver det, at erfaringer, resultater og metoder er let tilgængelige. Hvis det ikke er let tilgængeligt, kan det være en meget stor opgave at skulle prøve at indsamle og få overblik over erfaringerne. I det lys kan det være en mere overskuelig opgave at udvikle en metode selv, velvidende at der formentlig er andre, der har udviklet den samme eller noget bedre et andet sted i sundhedsvæsenet tidligere.

Hvis data på resultater og metoder er tilgængelige, kan aktørerne ud fra dette foretage et valg på et nuanceret grundlag, lave de tilpasninger til lokal kontekst som findes ønskelige og derefter bygge videre på andres erfaringer fremfor at opfinde nye dybe tallerkener. Det kan stadig vælges at udvikle egen løsning, men i givet fald gøres dette af en anden årsag, end at andres løsninger, data, erfaringer og metoder er svært eller ikke tilgængelige.

Hvis alle aktører skaber gennemsigtighed om processer og resultater undervejs, uanset om disse karakteriserer succes, fiasko eller noget midt imellem, vil det give et godt grundlag for vidensspredning.

Portalen VIS.dk er et forum for vidensspredning i sundhedsvæsenet og er netop funderet på gennemsigtighed. Fx er spørgsmål og svar til processer synlige, så top performerne ikke behøver gentage de samme svar bilateralt. Viden kan dermed på kontinuerlig vis udvikle sig over tid og med stor gennemsigtighed og til gavn for relevante aktører. VIS.dk er således for processer, hvad data er for resultater.

Om VIS.dk

VIS.dk – forum for vidensspredning i sundhedsvæsenet er en fælles løsning for hele sundhedsvæsenet, dvs. for alle aktører, der arbejder i eller med sundhed og sundhedsvæsenet. Herunder også studerende indenfor sundhedsområdet.

Principper bag VIS.dk:

- ▶ VIS.dk hviler på visionen om optimal vidensspredning, hvorfor der er høj grad af gennemsigtighed i mange af elementerne.
- ▶ Det er udviklet med høj grad af brugerinvolvering. Stort set alle faggrupper har således været med til at give input på rammer, funktioner og design.
- ▶ Udveksling af al slags viden bygger på tillid. Derfor skal alle, der ønsker en profil på VIS.dk, være virkelige personer og anvende deres rigtige og fulde navn
- ▶ Ét sundhedsvæsen: De ansatte på Lungemedicinsk Afdeling på Aalborg Universitetshospital er kollegaer med de ansatte i hjemmeplejen i Roskilde Kommune.
- ▶ Portalen udvikles løbende i forhold til feedback og behov.
- ▶ Brugen af VIS.dk er lille i forhold til potentialet, om end der er voksende aktivitet, primært i lukkede netværksgrupper. Potentialet er stort, såfremt aktørerne i højere grad ser meningen i at skabe større gennemsigtighed i deres processer, projekter og forbedringsinitiativer.

Udvikling og implementering af et smart it-værktøj: Hvor svært kan det dog være?

Oplægsholder:

Ulrik Gerdes, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, <ulrik.gerdes@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1. Mange kokke kan fordærve maden: Og gør det!
2. Der er behov for at styre it-projekter i sundhedsvæsenet på en helt ny måde
3. Ansatte i sundhedsvæsenet skal forbedre deres grundlæggende it-kompetencer

Beskrivelse: Baggrund & motivation

Kan det lade sig gøre at lære en computer at læse, kategorisere og måske 'fortolke' indholdet i de mange notater som læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andre skriver som fritekster i sygehusenes elektroniske patientjournaler? Så computeren fx hurtigt kan screene tusindvis af journaler for forekomsten af mulige patientskader?

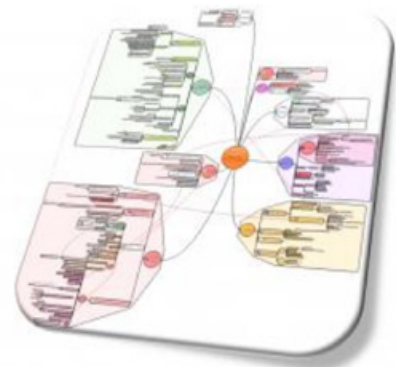
Ja, det kan faktisk godt lade sig gøre! I hvert fald nogenlunde...

Beskrivelse & indlæg

Jeg vil redegøre for den organisatoriske kompleksitet og de andre uventede udfordringer som dette projekt er blevet konfronteret med i dets livsforløb.

Der har været mange aktører, med forskellige dagsordener, forskellige indsigter i de grundlæggende problemstillinger, forskellig ledelsesmæssig muskelkraft og forskellige basale it-kompetencer.

Jeg startede projektet med at oprette et dynamisk SharePoint-site for alle aktører, i håbet om at kunne holde sammen på de mange tråde af opgaver og håndteringen af det store flow af informationsudveksling, som et it-projekt af denne karakter kræver. Det viste sig at være meget værdifuldt i det centrale arbejde med udviklingen af avancerede algoritmer til text analytics, men var stort set umuligt at få mange aktører til at acceptere og anvende som platform for projektstyring og vidensdeling: Folk ignorerede (eller glemte) simpelthen eksistensen af SharePoint-sitet og anvendte traditionelle kommunikationsmetoder med især mails. Det medførte fragmentering og tab af informationer, misforståelser og forsinkelser af projektet: Det er paradoksalt, at man ikke kan anvende tidssvarende it-værktøjer i forbindelse med udviklingen af it-projekter.



Den Kliniske Databank i Region Syddanmark - data fra udfasede systemer samles og stilles til rådighed til gavn for klinikere, patienter og forskere

Oplægsholder:

Tina Kragh Thomsen, Sygehus Lillebælt, <tina.kragh.thomsen@rsyd.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Carsten Bæhrenz, Sygehus Lillebælt, <carsten.baehrenz@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Arkivering af data fra udfasede, kliniske systemer bør tænkes som en strategisk aktivitet, ikke kun som en skal-opgave.
2. Der er økonomisk gevinst at hente ved at tænke arkivering ind tidligt i et systems livscyklus, både for kunde og leverandør.
3. Arkiveringsopgaven kan danne grundlag for nye, strategiske muligheder som fx adgang for forskningen til et omfattende datagrundlag.

Beskrivelse: Baggrund og motivation

I Region Syddanmark udarbejdede man i primo 2011 en fælles arkiveringsstrategi for elektroniske EPJ og PAS data fra alle regionens sygehuse. Formålet var at etablere en central og fremtidssikret arkivløsning i Region Syddanmark. Løsningen skulle bidrage til realisering af gevinsten ved at overgå til en ny, fælles platform for EPJ og PAS, idet der var behov for at kunne lukke de gamle systemer og dermed opnå væsentlige driftsbesparelser. Samtidigt skulle løsningen opfylde de juridiske krav om opbevaring, arkivering og adgang til data, behov fra klinisk, administrativ og forskningsmæssig side for adgang til data samt tilgodese patienternes rettigheder omkring aktindsigt.

Selve projektet med at etablere arkivløsningen og arkivere systemerne blev igangsat medio 2012 og løber fortsat. Der var i det oprindelige opdrag identificeret 13 forskellige EPJ og PAS systemer, der skulle udfases og derfor håndteres ift. arkivering. Det er ikke nogen triviell opgave, hverken internt eller i relation til leverandører. Der skal findes frem til ressourcepersoner i organisationerne, der har detaljeret viden om disse ældre systemer og i nogle tilfælde skal en leverandør udvikle en arkivløsning, som betyder, at samarbejdet efterfølgende ophører, da drift og support på det udfasede system opsiges. Der er derfor oparbejdet meget erfaring og læring i projektet undervejs, som kan være af interesse for andre.

Projektets fokus har i første omgang været på arkivering af EPJ og PAS data og sikring af adgang til disse data for klinikere, patienter og sygehusadministration. Men der er også rigtigt spændende fremtidsperspektiver i løsningen, både ift. at udvide den til at omfatte øvrige kliniske systemer og ikke mindst ift. at arbejde med mulighederne for at anvende de værdifulde data i forskningssammenhæng, altså gøre løsningen til en aktiv Klinisk Databank. Sidstnævnte er især et interessant tema set i lyset af den vision, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har lanceret om, at Danmark skal være internationalt førende i at anvende data fleksibelt og sikkert til gavn for patienterne.

Indlægget

Vi præsenterer kort selve arkiveringsløsningen beskrevet i PowerPoints (evt. m. screen shots). Herefter kommer vi ind på, hvilke udfordringer vi er stødt på undervejs og den læring, vi har uddraget af projektet frem til nu, både set ift. arkivering af eksisterende systemer men også ift., hvordan man kan tænke arkivering ind allerede i indkøbsfasen af nye systemer. Til slut vil vi give et bud på fremtidsperspektiverne for videreudvikling af Den Kliniske Databank i Region Syddanmark.

Tværregionalt samarbejde mod national tarmkræftscreeningsløsning

Oplægsholder:

Ria Th. Høegh, CSC Scandihealth, <rhoegh@csc.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Helle B. Hesthaven, Danske Regioner, <hebeh@rn.dk>

Thomas Iversen, CSC Scandihealth, <tiversen@csc.com>

Hovedbudskaber:

1. Hvordan en fælles screeningsløsning kan skabes gennem samarbejde på tværs af alle fem regioner
2. Mere integration, mere automatik og mindre registrering
3. Muliggjort ved nationale initiativer, som NSP, Sundhed.dk, MedCom og Strålfors/e-Boks, uden at berøre regionale it-systemer. Anvendelse af eksisterende it-infrastruktur til nyt sundhedsinitiativ

Beskrivelse: Motivation

Som led i Kræftplan III er der i 2014 indført tarmkræftscreening i Danmark. Alle borgere mellem 50 og 74 år tilbydes mulighed for at deltage. Formålet er, at konstatere tarmkræft i et tidligt stadium, så man kan forebygge og iværksætte behandling. De første invitationer til screening blev udsendt d. 3. marts 2014. Screeningen vil i alt berøre 2 millioner borgere, som indkaldes første gang hen over en 4-årig indkøringsperiode, og efterfølgende hvert andet år. Til understøttelse af invitation og administration af screeningen, implementeres en fælles it-løsning. It-løsningen gør brug af erfaringer fra brystkræftscreening, livmoderhalskræftscreening og nationale it-initiativer. Løsningen understøtter hele processen fra initial udvælgelse af populationen frem til beslutning om behandling. Screeningen er den første af sin slags, hvor borgeren selv initierer screeningen ved indledningsvist at foretage en afføringsprøve i eget hjem.

Da screeningen er startet op fra bunden med etablering af nye screeningssekretariater, gav dette en unik mulighed for at implementere en løsning omkring arbejdsgange, som fokuserer på optimal udnyttelse af ressourcerne og organisationen, specielt da screeningspopulationen har en betragtelig størrelse. Det er den samme løsning i alle fem regioner. Fokus har derfor været på at finde fællesnævneren mellem alle regionerne, samtidigt med, at betingelserne for samarbejde og videndeling på tværs af regionerne er optimale.

Beskrivelse

I samarbejde med alle fem regioner er der udviklet en løsning baseret på nationale initiativer, herunder brug af den Nationale Service Platform, kommunikation med borgeren via fjernprint (e-Boks) og sundhed.dk samt forsendelse og modtagelse af MedCom-besked.

Grundlaget for løsningen er en gennemarbejdet kravspecifikation, som har fokus på udnyttelse af de nationale initiativer. Formålet med løsningen er, at de eksisterende regionale administrative og kliniske systemer ikke skal ændres. Gennem et agilt udviklingsforløb blev løsningen specificeret i tæt samarbejde med en tværregional arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen består af en projektleder fra Danske Regioner, repræsentanter fra alle regioner, som alle har klinisk eller administrativ relation til screening i dag og CSC Scandihealth som leverandør.

Arbejdsgruppen fik demonstreret og skulle teste prototyper, samt afklare, om disse kunne tilpasses arbejdet med de regionale systemer. For at kunne frigøre tid, var det målet, at så mange processer, som muligt, skulle automatiseres. Eksempelvis er planlægningen af invitationerne, lavet som en automatisk proces baseret på justerbare parametre. Et dashboard sikrer, at screeningssekretærerne har et simpelt overblik over screeningen, og kan fokusere på specialsituationer eller henvendelser fra borgere.

Indlæg

Indlægget belyser, hvorfor behovet for at opnå enighed på tværs af regionerne er så vigtigt og samtidigt hvordan integration til nationale platforme medvirker til at nye løsninger kan skabes mere simpelt. Indlægget præsenterer, hvordan processen med det agile samarbejde har udmøntet sig. Der vil være fokus på, hvordan der i processen er opnået enighed, igennem brug af projektsite og prototyper. Prototyperne giver anledning til diskussioner om regionale arbejdsgange, hvor fællesnævneren skal findes og kompleksiteten reduceres. Der belyses samtidigt, hvordan det kan håndteres i løsningen, hvis der er områder, hvor den fælles løsning ikke er mulig. Desuden vises hvordan anvendelse af nationale standarder kan muliggøre automatisering af nationale sundhedsinitiativer, som fx et screeningsprogram – og hvordan borgeren kan gøres til en aktiv medspiller, ved at de selv kan se egen status på Sundhed.dk og at de håndterer udførelsen af undersøgelsen.

Kompleks standardiseringsproces – fælles sprog i omsorgs-journalsystemer

Oplægsholder:

Ulla Lund Eskildsen, KL, <ule@kl.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Bente Glensbjerg, KL, <bgl@kl.dk>

Hovedbudskaber:

1. Samarbejde i den kommunale opgaveløsning, forudsætter et meningsfuldt fagsprog, der muliggør at ansatte kan dele relevant dokumentation med fokus på at borgeren modtager den relevante service
2. Kommunerne udvikler i fællesskab Fælles Sprog III, som lokalt skal implementeres i omsorgs-journalsystemer (eoj-systemer).
3. At indføre et fælles sprog på tværs af kommuner medfører en vis kompleksitet, men åbner til gengæld op for en lang række muligheder for effektive digitale løsninger, der kan kommunikere på tværs

Beskrivelse: Baggrund – hvorfor udvikle fælles sprog?

Fælles sprog II (FSII) har gennem en årrække været benyttet til understøttelse af myndighedsopgaven på det kommunale servicelovområde og IT-understøttet i eoj-systemerne. Med Fælles sprog III (FSIII) udbygges det fælles fagsprog til også at omfatte leverandørens dokumentation, kommunikation og information i relation til udførelse af visiterede opgaver i borgernes hjem. Samtidig inddrages også sundhedslovs dokumentationen.

De involverede faggrupper dokumenterer meget forskelligt i dag og bruger i begrænset omfang forskellige lokale klassifikationer i deres respektive dokumentation. Eksempelvis anvender FSII egen udviklede klassifikationer med ICF som referenceramme, og på sygeplejeområdet anvendes ligeledes en egen udviklet klassifikation i form af et fælles indsatskatalog.

Der har derfor været behov for at udvikle FSIII med det udgangspunkt, at alle faggrupper i såvel myndighedsleddet som leverandørleddet skal anvende de samme begreber baseret på internationalt anerkendte klassifikationssystemer. Formålet er først og fremmest at opnå struktureret og ensartet dokumentation af borgerens tilstand, kommunens indsatser og andre tilknyttede nøgleoplysninger, der kan understøtte dataudveksling mellem faggrupper, funktioner og på tværs af kommuner og sektorer, samt til brug for lokal og national statistik o.l.

Indhold – hvad er fokus i projektet?

Kompleksiteten i et projekt der har til formål at definere et fælles sprog på tværs af 98 kommuner og forskellige faggrupper er stor, fordi ambitionsniveauet skal afstemmes med mange interessenter.

Der er ikke tidligere lavet tilsvarende projekter på nationalt niveau og udvælgelsen af begreber og disses detaljeringsniveau samt tilpasning af eoj-systemer kommer til at påvirke mange medarbejders hverdag i kommunerne fremover.

Et af fokusområderne i FSIII projektet er at ikke bare indsatser men også de tilstande der ligger til grund for visitering af indsatser i fremtiden skal klassificeres. Derfor udreder projektet, hvilke dele af dokumentationen, der skal baseres på hvilke internationale klassifikationer.

Præsentationen vil formidle kompleksiteten i projektet ved at forklare:

- hvordan Serviceloven og Sundhedsloven udfordrer projektet med diametralt forskellige juridiske krav til dokumentation
- hvorfor det er valgt at bruge Sundhedsterminologien – den danske oversættelse af SNOMED CT
- hvordan brugere og eksperter er involveret i udvælgelse og kvalitetssikring af begreber
- hvordan forskellige klassifikationer med delvist overlap kan sameksistere og anvendes i eoj-løsningerne
- hvilke risici kompleksiteten i projektet medfører
- hvilke fordele der er ved at tage det seje træk og hvordan strukturerede og klassificerede data kan åbne op for nye muligheder for såvel medarbejdere, ledelse og andre projekter og understøtte andre digitale løsninger indenfor social- og sundhedsområdet

Det telemedicinske danmarkskort anno 2014 og den nationale infrastruktur

Oplægsholder:

Lars Hulbæk, MedCom, <LHF@medcom.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

MedComs arbejdsgruppe vedr. telemedicinsk kortlægning: <http://medcom.dk/wm110012&Kode=Telemedicinkort!%E6gningsgruppe>

Hovedbudskaber:

1. Status på udbredelsen af telemedicin i Danmark, fordelt på sektorer og teknologier
2. Status på telemedicinske pilotprojekter i Danmark, fordelt på sektorer og teknologier
3. Vurdering af nationale initiativer om modning af telemedicinsk infrastruktur, set i lyset af den aktuelle status på anvendelse og afprøvning af telemedicin i Danmark

Beskrivelse: Baggrund

Regeringen, Danske Regioner og KL lancerede i august 2012 en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin i Danmark. Udover 5 konkrete telemedicinske modnings - og udbredelsesprojekter, indebærer handlingsplanen 3 initiativer, der skal forbedre rammerne for udbredt anvendelse af telemedicin. Herunder etableringen af et telemedicinsk landkort i regi af MedCom. Initiativet har til formål at bidrage til et samlet og systematisk overblik over, hvilke telemedicinske koncepter der anvendes hvor og i hvilket omfang. Et sådant nationalt overblik vil give mulighed for, at organisationer og myndigheder, der ønsker at implementere telemedicin, kan drage nytte af allerede eksisterende erfaringer og viden. Det telemedicinske landkort udvikles og vedligeholdes af MedCom i tæt samarbejde med de regionale telemedicinske kompetencecentre og kontaktpersoner, samt kommunale nøglepersoner udpeget via KL's KKR digitaliseringsnetværk.

Med afsæt i den første version af det telemedicinske landkort, fokuseres arbejdet i 2014 på

Forenkling og opstramning af datamodellen

Oprydning i og opdatering af registrerede initiativer

Forbedret præsentation af data og muligheder for udtræk til videre analyse

Indlægget

Den nationale IT strategi for sundhedsvæsenet fra juni 2013 "Digitalisering med effekt" anviser i initiativ 1.4 behovet for modning af den telemedicinske infrastruktur, for at understøtte udbredelsen af telemedicinske løsninger. Der skal derfor inden udgangen af 2015 gennemføres en afprøvning, modning og udbygning af den telemedicinske infrastruktur, med afsæt i den eksisterende infrastruktur på sundheds IT området. Den konkrete udmøntning af initiativ 1.4 fokuserer på den infrastrukturelle understøttelse af

Opsamling af data i borgerens eget hjem og integration og præsentation af disse data i portal og journalsystemer i de forskellige sektorer

Videokonference mellem sundhedsprofessionelle og mellem borgere og sundhedsprofessionelle via portal

Tværasektoriel deling af alle relevante typer af billeder

Med afsæt i det telemedicinske danmarkskort anno 2014, herunder status på udbredelse og pilotprojekter i de forskellige sektorer, gives en vurdering af, hvordan og i hvilket omfang den aftalte modning af den telemedicinske IT infrastruktur kan understøtte og favne de lokale telemedicinske initiativer.

Nyt Fælles Servicecenter til telemedicin i Region Midtjylland

Oplægsholder:

Gitte Kjeldsen, Hospitalsenheden Horsens, Medtech Innovation Center, <gk@mtic.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Christina Egelund Antonsen, Hospitalsenheden Horsens · Nanna Skovgaard Sørensen, Center for Telemedicin, Region Midtjylland, <nanna.soerensen@stab.rm.dk> · Britta Ravn, Center for Telemedicin, Region Midtjylland · Malene Storgaard Jensen, Horsens Kommune · Peter Rasmussen, Aarhus Kommune · Ivan Kjær Lauridsen, Aarhus Kommune · Trine Winterø, Medtech Innovation Center · Mathilde Grøndahl, Medtech Innovation Center · Christian Graversen, Dansk Industri · Jens Peder Rasmussen, Systematic Software Engineering · Henrik Schriver, Falck · Per Simon Marius Knudsen, TDC · Simon Bo Larsen, Alexandra Instituttet, <simon.larsen@alexandra.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et nyt servicecenter til telemedicin er på vej til at blive en realitet i et tæt samarbejde mellem Region Midtjylland, flere kommuner og en række virksomheder.
2. Servicecenteret byder på et servicekatalog, der indeholder 4 kategorier, der skal gøre det lettere for borgere og sundhedspersoner at benytte telemedicin.
3. Med et fællesoffentligt afsæt bryder servicecenteret med sundhedsvæsenets traditionelle organisering. Dette skal sikre bedre anvendelse af telemedicin og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Beskrivelse: Indlægget

I indlægget vil vi løfte sløret for, hvordan ideer fra de mange deltagere i projektet har været med til at forme projektet og understøtte, at servicecenteret et gået fra idé til virkelighed. Vi vil også kort præsentere konceptet for et fælles servicecenter og de 4 servicekategorier. Endeligt vil vi afrunde med at præsentere de foreløbige erfaringer fra testen af fælles servicecenter i praksis, herunder hvordan en fællesoffentlig organisering kan være med til at understøtte telemedicin på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet – både for borgere og sundhedspersonale.

Baggrund og motivation

Region Midtjyllands Task Force for Velfærdsteknologi har i 2013/2014 støttet projektet Fælles Servicecenter. Projektet er et af de første af sin slags i Danmark, hvor der arbejdes med hvordan en servicefunktion til telemedicin kan bidrage til at understøtte sammenhæng i borgernes forløb, samarbejde på tværs af sektorerne og stordrift i forhold til support til brugere af telemedicin.

Projektet har taget udgangspunkt i erfaringer og problemstillinger fra det telemedicinske felt, og ladet disse præge projektet gennem processen. Erfaringerne viser blandt andet, at de fleste telemedicinske indsatser har været enkeltstående projekter, som har været båret af ildsjæle. Arbejdet med projekterne har ofte foregået i midlertidige projektorganiseringer, og den teknologiske løsning har ofte ikke været integreret i de eksisterende omgivelser. Selvom dette har givet værdifulde erfaringer om brugen af telemedicin, er det få telemedicinske indsatser, som er blevet en integreret del af den almindelige drift.

Projektet har leveret et design for et servicecenter, der skal gøre det muligt at få en positiv business case ud af telemedicinske arbejdsgange. Hypotesen er, at der kan udvikles en serviceløsning, der gør det enklere, bedre og billigere at benytte telemedicin – både for borgerne og sundhedssektoren.

Beskrivelse

Projektet har kørt henover 12 måneder (marts 2013-marts 2014) og gennemløb 4 faser. Igennem alle faser har der været en række forskellige aktiviteter (workshops, interviews, feltstudier), som inddrog både sundhedsfaglige fra region og kommuner, praktiserende læger, borgere, offentlige beslutningstagere, virksomheder, forretningsudviklere, jurister og teknologer. I alt har mere end 80 personer bidraget til projektets undersøgelse. Processen har ledt frem til et servicekatalog for servicecenteret, hvori flertallet af de mange ideer fra projektdeltagerne kan rummes i 4 overordnede kategorier. De 4 kategorier er: Teknisk support og logistik, Information og koordination, Selvbetjening og personlig agent samt Udviklings- og videnscenter.

Ydelseskategorierne er blevet testet af på tre cases (Telemedicinsk sårvurdering, Horsens På Forkant og Virtuel Genoptræning) ved hjælp af gennemspilning af de telemedicinske forløb ud fra metoden 'storyboards'.

Erfaringerne fra projektet har ledt frem til, at servicecenteret skal afprøves i praksis. Dette finder sted fra midten af 2014 og frem. De 4 ydelseskategorier bliver testet ude i praksis hos kommuner, hospitaler og borgere. I en opstartsperiode vil 2-3 telemedicinske indsatser danne grundlag for dette. Afprøvningen sker ud fra et fællesoffentligt afsæt, hvor kommuner og region i samarbejde med en række virksomheder skal drive centeret. Dette skal give et erfaringsgrundlag til at skabe en virksomhedskonstruktion med et fællesoffentligt ejerskab af centeret, for derved at sikre en mere effektiv anvendelse af telemedicin på tværs af kommuner og region.

Vi udvikler en app sammen - participatory design som tilgang i udvikling af app'en MindFrame til unge i behandling for ny-diagnosticeret skizofreni

Oplægsholder:

Malene Terp, Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg Universitetshospital - psykiatrien og Klinisk Institut, Aalborg Universitet , <m.terp@rn.dk >

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Mads Frost , Monsenso, <frost@monsensio.dk >

Camilla Krogh , Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg Universitetshospital - psykiatrien, <c.krogh@rn.dk >

Pernille Mejer Højholt, Koncern IT - IT Projekt og portefølje, Region Nordjylland , <pmh@rn.dk >

Charlotte Bjørnes, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital , <chbj@rn.dk >

Jan Mainz, Aalborg Universitetshospital - psykiatrien og Klinisk Institut, Aalborg Universitet, <jan.mainz@rn.dk>

Rikke Jørgensen , Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg Universitetshospital - psykiatrien, <rjo@rn.dk >

Birgitte Schantz Laursen , Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, <bisl@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1. Participatory design har vist sig at være en værdifuld tilgang i afdækning af erkendte og ikke erkendte behov, ønsker og præferencer for støtte hos unge med ny-diagnosticeret skizofreni
2. Participatory design kan bidrage til, at konkrete ideer bliver realiseret og omsat sammen med unge med skizofreni så deres behov, ønsker og præferencer matches
3. Gennem participatory design kan unge med ny-diagnosticeret skizofreni inddrages som med-designere, hvor deres ekspertviden er essentiel for udvikling af en værdifuld teknologi

Beskrivelse: Baggrund og motivation

Tidligere forskning afspejler at unge med ny-diagnosticeret skizofreni, har vanskeligt ved at indgå i et længerevarende ambulant behandlingsforløb, hvilket ofte er nødvendigt for at undgå tilbagefald. Derfor søger projektet at sprænge de fysiske rammer og tilbyde behandling og samarbejde på en ny måde, hvor der trækkes på de unges teknologifærdigheder og de unges præferencer for støtte og samarbejde matches.

Patientinddragelse er højt på den politiske dagsorden, og således også indenfor det psykiatriske speciale. Det er anerkendt at participatory design kan bidrage til inddragelse af patienter i udvikling af nye teknologier, men der eksisterer begrænset viden om anvendelsen af participatory design indenfor det psykiatriske speciale. Derfor anvendes denne tilgang i indeværende projekt med henblik på at udvikle den psykiatriske behandling og pleje, så den opleves værdifuld af slutbrugerne, og engagerer patienterne i deres egen behandling med henblik på at forebygge tilbagefald og fremme recovery-processer.

Beskrivelse

Designprocessen, der forløb over 12 måneder, involverede 4 unge med skizofreni og behandlere fra Ambulatorium for unge med skizofreni (OPUS) ved Aalborg Universitetshospital – psykiatrien. Derudover deltog systemdesignere, grafisk designere, grafisk facilitator og forsker.

Med afsæt i den participatoriske tilgang blev de unge inddraget gennem såvel individuelle interviews, gruppeinterview, observationer, workshops og arbejdsgrupper. Inspireret af Gadamer's hermeneutiske tænkning var dialog og refleksion central for den iterative designproces, hvor indsigter og forståelser blev udviklet, fik fælles sprog og blev omsat til konkrete funktionaliteter, der kunne støtte de unge i livet med svær psykisk sygdom.

Indlægget

Vi afdækker designprocessen, herunder hvorledes den participatoriske design tilgang, gennem brug af forskellige innovative redskaber som koncentriske cirkler, templates, mock-ups, prototyping og grafisk facilitering, bidrog til at skabe forskellige rum, hvor sårbare patienter med ny-diagnosticeret skizofreni udfoldede deres personlige fortællinger, fik fælles sprog for udfordringer, omsatte ekspertviden til konkrete løsninger, tog lederskab og udviklede større faglig og personlig indsigt om skizofreni. Der gives en kort introduktion til det færdige resultat af designprocessen, der udover MindFrame appen består af en oversigtskærm til behandlere og en webportal.

Pilottest forventes indledt før konferencen, og initiale resultater herfra præsenteres som afsæt for perspektivering af teknologiens fremtidige muligheder i ambulant psykiatrisk praksis.

For yderligere information om MindFrame: www.mindframe-app.dk

Genoptræn.dk – virtuel genoptræning der virker

Oplægsholder:

Katrine Vedel, Region Syddanmark, <katrine.vedel@rsyd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Flemming Nielsen, Sønderborg Kommune, <fne@sonderborg.dk>

Asger Kudahl, Odense kommune, <aku@odense.dk>

Karen Kinch Hansen, Haderslev kommune, <kakh@haderslev.dk>

Peter Simonsen, Region Syddanmark, <peter.simonsen@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. E-Sundhedsløsninger, der går på tværs af sektorer behøver hverken at være store, komplicerede eller dyre
2. E-Sundhedsløsninger, der understøtter et genoptræningsforløb, skal kunne fungere med et minimum af hardware. Jo mere hardware, jo dyrere løsning. Genoptræn.dk anvender alene borgernes hardware.
3. Genoptræn.dk's fornemste opgave er at motivere og guide borgeren i egentræningen. Konsekvensen er at borgeren overtager en større del af ansvaret for sin egen genoptræning – empowerment.

Beskrivelse:

Genoptræn.dk er udviklet i samarbejde mellem og ejes af Syddansk Sundhedsinnovation, Odense, Haderslev og Sønderborg Kommune. Løsningen bruges i dag i en række kommuner i Region Syddanmark samt i Region H og Sjælland.

”Skal vi ikke vente med at tage virtuelle løsninger i brug til de er helt færdigudviklede?” Et enkelt og relevant spørgsmål, men svaret er mere kompliceret. Som ved al anden teknologi sker der en løbende udvikling og forbedring, og selvom produktet kan anvendes vil vi som forbrugere hurtigt få øje på forbedringsmulighed og mangler ved et produkt. Genoptræn.dk har været i drift i over et år og bliver løbende udviklet og forbedret på baggrund af feedback fra terapeuter og borgere.

Hvordan fungerer løsningen?

Borgere og patienter, der er visiteret til genoptræning kan genoptræne via en webportal, iPad eller smartphone. På portalen kan patienterne med brugernavn og kode logge sig ind på deres egen personlige side, hvor en fysioterapeut har lagt et individuelt tilrettelagt træningsprogram klar. I modsætning til det traditionelle stykke papir, hvor øvelserne er gengivet som illustrationer, og som bruges i mange genoptræningsforløb i dag, er der på Genoptræn.dk lagt små videoer ind, hvor fysioterapeuterne aktivt viser og guider patienten i at udføre øvelserne korrekt. Man kan skrive til sin terapeut og få svar via et besked system og terapeuten kan løbende følge med i hvordan det går med træningen og tilpasse øvelserne efter niveau og behov hos den enkelte – denne tilpasning kan også finde sted imellem de fysiske konsultationer hos terapeuten. Genoptræningsportalen skal ikke ses som en erstatning for den personlige kontakt med fysioterapeuten, men som et understøttende redskab til genoptræningsforløbet og et alternativ til de udleverede pjecer.

Vision for Genoptræn.dk

Genoptræn.dk skal være med til at skabe en rød tråd i behandlings/træningsforløbet for brugerne sådan at de oplever en smidig overgang fra træning/behandling på sygehus til træning i kommunalt regi. Den enkelte borger skal opnå en højere kvalitet i sin træning - fx opnår et højere funktionelt niveau efter afsluttet træningsforløb.

Indlægget:

I indlægget vil vi dels give en præsentation af løsningen, fortælle om vores erfaringer med understøttelse af tværsektorielt samarbejde og fortælle om vores erfaringer med overgangen fra test/projektløsning, til bred implementering og drift.

Organisatorisk læring fra et projekt om afprøvning af elektroniske medicinhuskere i ældreplejen

Oplægsholder:

Pernille Dam, Pharmakon - Apotekernes Uddannelsescenter, <pd@pharmakon.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Sanne Hansen, Sundhed og Omsorg, Esbjerg Kommune, <sanha@esbjergkommune.dk>

Charlotte Rossing, Pharmakon - Apotekernes Uddannelsescenter, <cr@pharmakon.dk>

Hanne Herborg, Pharmakon - Apotekernes Uddannelsescenter, <hh@pharmakon.dk>

Hovedbudskaber:

1. Organisatoriske læringspointer fra projekt "Afprøvning af elektroniske medicinhuskere til ældre borgere – leveret af hjemmepleje og apotek"
2. Konkrete redskaber til planlægning og gennemførelse af lignende projekter samt anbefalinger til vurdering af elektroniske medicinhuskeres sikkerhed, kvalitet og egnethed
3. Hovedresultater fra projektet

Beskrivelse: Baggrund og motivation:

Fejl i forbindelse med medicinering er et kendt problem, der kan have konsekvenser for borgerne. For ældre borgere peger eksperter på, at det er centralt for en god medicinering af ældre, at logistikken ved medicinen fungerer – dvs. at det er den rigtige medicin, der er udleveret, hentet på apoteket og taget på det rette tidspunkt.

Ved anvendelse af elektroniske medicinhuskere vil der være mulighed for at følge tidspunktet for indtagelsen af medicinen løbende og dermed fremme korrekt medicinbrug samt forebygge fejl og utilsigtede hændelser. I Esbjerg Kommune er der fokus på brug af teknologiske løsninger i forbindelse med medicinbehandling i ældreplejen.

I dette projekt var fokus især på processen vedr. medicingivning og borgernes egen administration af dosispakket medicin, da det blev antaget, at der kunne være mulighed for at frigive ressourcer til øvrige opgaver og samtidig styrke borgernes selvhjulpethed. Endvidere gav projektet mulighed for at afprøve et offentligt-privat samarbejde mellem Esbjerg Kommunes hjemmepleje og et lokalt apotek som leverandør af indsatsen "Medicingivning med elektronisk medicinhusker".

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Esbjerg Kommune Sundhed & Omsorg, Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter og Danmarks Apotekerforening i perioden august 2012 til december 2013.

Projektets formål var at undersøge, hvorvidt en elektronisk medicinhusker ville kunne understøtte borgerne i at tage deres medicin uden kommunal hjælp til medicingivning. Målet var, at borgerne ville opleve at blive mere selvhjulpne vedrørende deres medicinindtag, og at der således ville kunne spares ressourcer i den kommunale serviceindsats.

Den erfaring og læring, der blev opnået igennem projektet, resulterede i udviklingen af konkrete redskaber og anbefalinger, som vi ønsker, skal komme andre interessenter til gode.

Oplægget:

I oplægget vil vi kort opsummere resultaterne fra projektet. Hovedvægten vil imidlertid blive lagt på den organisatoriske læring, der har været i projektet. Den organisatoriske læring har ført til udvikling af konkrete redskaber, der kan anvendes af kommuner eller andre aktører, der ønsker at afprøve eller implementere elektroniske medicinhuskere i ældreplejen.

Integrated Care, den gode historie om et samarbejdsprojekt

Oplægsholder:

Charlotte Bentsen, Integrated Care, <chabe@odense.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Jesper Nielsen, Odense Kommune, <Jnie@odense.dk>

Hovedbudskaber:

1. Integrated Care har skabt en unik samarbejdsform til gavn for patienten og de sundhedsfaglige.
2. Komplekse projekter lykkes når projektet får den fornødne fokus. Her gælder det både økonomi og ledelse.
3. Der er et stort ønske blandt alle aktører i sundhedsbranchen om at arbejde sammen på nye måder, og tænke innovativt.

Beskrivelse:

Hvordan bidrager sundheds-it til at fremme eller mindske samarbejde omkring borgere/patienterne?

Integrated Care underbygger et optimalt patientforløb bl.a. med en fælles platform, hvor alle sundhedsfaglige har en fælles platform til deling af informationen. Denne fælles platform sikrer, at de sundhedsfaglige alle har de samme relevante oplysninger til rådighed. Planer giver mulighed for dialog mellem de forskellige aktører. Konkrete aftaler mellem de forskellige sundhedsaktører indgår i planen. Elektroniske notifikationer sendes til relevante samarbejdspartner, der følger op på aftaler via planen.

Hvordan kan integration mellem sundheds-it-systemer levere bedre service til borgerne og/eller de sundhedsprofessionelle?

Stratificeringsprocessen, hvor der anvendes data fra mange kilder er afgørende for at nå de rigtige patienter (i stedet for at patienter kontakter lægen i tilfældig rækkefølge, tages i projektet aktiv kontakt til de patienter, der vurderes at have en høj risikofaktor). Der er gode erfaringer med stratificeringsmodellen og projektet har en "hit rate" på 75 %

De faglige grupper udarbejder en model for stratificering af risikopatienter baseret på kendt viden:

- ▶ Patientforløbsprogrammer, herunder regionale/lokale aftaler
- ▶ Kliniske/faglige vejledninger (nationale anbefalinger)
- ▶ Erfaringer fra hverdagspraksis i arbejdet med målgruppen

På det grundlag skal de to faglige grupper opnå enighed om, hvilke indikatorer, der er afgørende for en risikoinddeling af hver målgruppe.

Samarbejdet via den fælles elektroniske platform (IC handleplanen) bidrager til at sikre integrerede og koordinerede patientforløb på tværs af sektorer og fagligheder. Borgeren har adgang til alle oplysninger i egen handleplan.

Er der en særlig kompleksitet knyttet til sundhedsdomænet sammenlignet med andre domæner, som der udvikles it-løsninger til?

Dette er et af de første projekter, hvor det har været muligt at anvende praksis lægens patientinformationer sammen med kommunale socio sociale informationer til en stratificering og udpegning af patienter i risiko gruppen. Samtidig er det sundhedsfaglige område kendetegnet ved en kompleksitet sammenlignet med andre sektorer. Der skal tages højde for mange forskellige interesser, herunder forskellige faggrupper.

Hvordan bidrager de tekniske løsninger, som leverandørerne udvikler, til at gøre sundhedsvæsenet mere eller mindre komplekst?

Det faktum, at der er mange forskellige fagsystemer hos flere forskellige organisationer (Læger, Sygehus, psykolog og kommune), der leverer data og modtager data øger kompleksiteten betydeligt, men det er også denne tætte integration, der giver det sundhedsfaglige personale overblik, og som sikrer, at alle aktører har samme informationer om patienten.

EPITAL sundhed - vejen og redskabet til den proaktive borgernære sundhed

Oplægsholder:

Charlotte Dorph Lyng, Center for sundhed og kultur, Lyngby-Taarbæk Kommune, <cdly@ltk.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jacob Sylvest Nielsen, Center for borgernær service og digitalisering, <jsn@ltk.dk>

Klaus Phanareth, Epital.exe, <phanareth@gmail.dk>

Søren Vingtoft, Epital.exe, <soren@vingtoft.com>

Hovedbudskaber:

1. Borgercentrisk esundhed giver det borgernære kommunale sundhedsvæsen en ny dimension
2. Gennem virtualisering og telemedicin kan sundhedsvæsenet flyttes radikalt ud til borgeren under forudsætning af, at den tilhørende sundhedsfaglige organisering er designet til at være borgercentrisk
3. Epitalet er ved at dokumentere en radikalt forbedret sekundær forebyggelse med kraftig reduktion af akutte indlæggelser for borgere med KOL til følge

Beskrivelse:

Epitalet adskiller sig grundlæggende fra alle andre kørende udviklings- og konsolideringsprojekter i det danske sundhedsvæsen, herunder diverse telemedicinske og kronikerorienterede storskalaprojekter, der alle er konsoliderende ift. det eksisterende sundhedsvæsen. I Epitalet foretages et strukturelt redesign af sundhedsvæsenet for at skabe en mere tilgængelig, sammenhængende og effektiv sundhedsservicering gennem reorganisering og virtualisering gennem anvendelsen af e-sundhed. Sidstnævnte sker gennem anvendelse af de digitale muligheder, som eksisterer i dag, med henblik på at designe et genuint e-sundhedsvæsen fra bunden.

Epitalet er baseret på anvendelse af 6 grundlæggende principper i et tæt samspil med hinanden:

- ▶ En individualiseret digital forløbsplan til borgeren/patienten baseret på evidens (evidensbaseret viden skal sikres effektiv anvendelse i sundhedsfaglig praksis) og udtrykt gennem planlagte og udførte ydelser. Den enkelte borgers plan kan tilgås af alle relevante sundhedsaktører, i det omfang borgeren ønsker det, og er derigennem nøglen til at sikre effektiv koordination, kontinuitet og samordnet planlægning i (komplekse) patientforløb.
- ▶ Den enkelte borgers helbredstilstand kan monitoreres primært af borgeren selv og data deles med alle implicerede parter og tolkes standardiseret i en sygdomsspecifik kontekst.
- ▶ Borgeren bliver "empowered" dels gennem adgang til services og digitale værktøjer, der styrker vedkommendes muligheder for at handle og tilegne information (læring) ift. egen sundhed og/eller sygdom. I den forbindelse ejer borgeren sine egne sundhedsdata og stiller dem til rådighed for de parter, der skal rådgive og evt. behandle borgeren. Health literacy og E-Health Literacy er vigtige elementer desangående.
- ▶ e-Sundhedsvæsenet er organiseret enstrenget og sektorneutralt, således at enhver borger kan opkoble sig til sundhedsvæsenet 24/7, styret ved behov. Der etableres call-centre og bagvedliggende, specialiserede services, der kan tilgås rettidigt gennem call-centrenes gatekeeper- og visitationslignende funktion
- ▶ En virtuel organisering baseret på en adækvat digital infrastruktur, der sammen med den sundhedsfaglige reorganisering flytter sundhedsvæsenet ud mod borgerens hjem og samtidigt sikrer den nødvendige indsats ved "point of care, online, on time"
- ▶ Al udvikling i Epitalet foregår med forskningsbaserede metoder og dermed under kontrollerede forhold
- ▶ Epitalet i Lyngby-Taarbæk Kommune har gennemløbet en projektfase i 2011-12 og gik i drift i 2013. Driften har været igennem en konsolideringsfase, hvor der gennemført hjemmemonitorering og udført forebyggende indsatser for 32 borgere med svær KOL.

Epitalet har kørt steady state i en periode på seks måneder, som er blevet evalueret. Evalueringen viser dels antallet af aktiviteter i et virtualiseret eSundhedsvæsen, herunder forskellige karakteristika ved involveringen af læger og sygeplejersker i de forebyggende indsatser, der adskiller sig fra den traditionelle, sektoropdelte organisering. Derudover viser studiet, at borgere er i stand til gennem den tilhørende empowerment at selvbehandle sig i stigende grad. Det tyder på, at Epitalet har forebygget mere end 70% af det antal indlæggelser, som man ellers kunne have forventet hos denne gruppe borgere.

Resultaterne, som i skrivende stund er ved at blive færdigbehandlet, vil blive præsenteret i detaljer ved konferencen.

Udbredelse af MedCom beskeder på det psykiatriske og sociale område

Oplægsholder:

Jeanette Jensen, MedCom, <Jej@medcom.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Susanne Heinrich, Psykiatrien, Region Syddanmark, <Susanne.Heinrich@rsyd.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvilke muligheder er der for udbredelse af MedCom beskeder på det psykiatriske og sociale område, på kort sigt, og på længere sigt?
2. Udfordringer i adressering af Medcom beskeder, når der er flere kommunale modtagere og potentielle løsninger på dette. Hvordan kan de automatiske sygehusadviser fordeles til flere fagsystemer?
3. Eksempel på konkrete initiativer til implementering af MedCom beskeder mellem den regionale psykiatri og kommuner.

Beskrivelse:

MedCom beskeder mellem kommuner og regioner er stadig stort set kun udbredt på det somatiske område. Regeringens psykiatriudvalg har i sin rapport 2013, peget på, at manglende værktøjer i det tværsektorielle samarbejde udgør en væsentlig barriere for samarbejdet og kvaliteten i behandlingen af den psykiatriske patient.

Der er stigende fokus på sammenhæng og kvalitet i behandlingen på det psykiatriske område. Og flere og flere parter i regioner og kommuner efterspørger at kunne komme i gang med implementeringen af MedCom beskeder på området. Mange tøver og venter på at den fælles kommunale beskedfordeler.

En barriere for udbredelse er dels manglende forsendelses logistik i kommunerne og dels manglende fokus på det faglige psykiatriske problemfelt i selve MedCom standardernes faglige indhold, som primært er designet ud fra somatisk kontekst.

Som oplæg til økonomiforhandlinger for 2015 er der udarbejdet en analyse på området som bl.a. beskriver de behov, der er for indholdsmæssig tilpasning af MedCom standarder, som anvendes ved indlæggelse og udskrivelse mellem sygehuse og kommuner, samt behov for kommunikation ved ambulante forløb. Analysen kortlægger it-systemlandskabet i kommunerne på det sociale område og opstiller en businesscase, samt et bud på en tidsplan for implementering af MedCom beskeder på området. Udbredelse af udbredelse af MedCom standarder indgik ikke som forventet i økonomiforhandlingerne for 2015. I stedet styres initiativet gennem den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it.

En væsentlig udfordring for udbredelse af MedCom beskeder på det psykiatriske og sociale område er kommunernes it-systemlandskab og manglende mulighed for deling af beskeder mellem flere fagområder i kommunerne. Hvilke forventninger kan man med rimelighed stille til kommunernes it-systemmæssige parathed på området, når flere kommunale fagområder er involveret og anvender forskellige it-systemer?

Benefits-driven implementation - hvordan vi endelig formår at integrere it i sundhed

Oplægsholder:

Steffen Lerche, Cambio Healthcare Systems, <steffen.lerche@cambio.dk>

Hovedbudskaber:

1. Hvad er benefits-driven implementation?
2. Hvorfor benefits-driven implementation metoden fungerer i et langsigtet perspektiv
3. Praktisk forståelse for hvordan man anvender benefits-driven implementation metoden

Beskrivelse: Baggrund og motivation

En af de væsentligste årsager til at IT-støtte værktøjer endnu ikke er lykkedes med at realisere den potentielle nytteværdi indenfor sundhedsområdet er, at implementeringsopgaven er svær. Megen tid og ressourcer anvendes til at gennemføre uddannelse og organisatoriske forandringer samt at enes om overordnede målsætninger mv. Resultaterne af denne indsats giver blandede resultater.

Dette er ikke unikt for Danmark eller Norden, men et generelt problem i forbindelse med implementering af IT i sundhedsområdet. Alle, som har arbejdet med et IT-projekt, kan nok genkende at udfordringerne med at engagere virksomheden samt at skabe vedvarende forandringer ikke må undervurderes. Grundlæggende skyldes dette, at de fleste IT-projekter drives gennem et udefra-og-ind perspektiv, hvilket er en naturlig konsekvens i takt med at projekterne bliver større og større.

Fokus i præsentationen

I dag erkender alle interessenter, at information må kunne flyde gennem hele behandlingskæden, hvilket kræver store, ofte regionalt koordinerede implementeringsprojekter, som ikke kan drives lokalt. Netop denne problemstilling animerer anvendelsen af en Benefits-driven implementeringsmetode - en 3'de generations implementeringsmetode. Målet er at skabe lokalt forankrede incitamenter for en implementering, som samtidig har langsigtet værdi for virksomheden. På denne måde bliver implementeringen af et IT værktøj en del af virksomhedens eget udviklingsarbejde.

De 3 generationer af implementerings metoder:

- Old school; Teknisk fokuseret implementering, som sigter på 'Implementering on time', under budget, 100% tilgængelighed og uddannelse til alle brugere.
- State-of-the-industry; Procesfokuseret implementering som sigter på at adaptere workflows for at udnytte systemets capabilities.
- State-of-the-Art; Benefits-driven implementering som sigter på at opnå forretnings værdi defineret ved virksomhedens strategiske mål.

Om metoden

I en benefits-driven implementering er al fokus på strategiske mål og IT støtten er blot et værktøj. Fremdrift og compliance med forrettningens målsætning måles før, under og i lang tid efter implementeringen, og er en del af organisationens medfødte/integrerede udviklingsarbejde med et stærkt klinisk fokus.

En benefits-driven tilgang kan anvendes på alle typer implementering, spændende fra en specifik ny funktionalitet til en samlet systemimplementering i regional/national kontekst. Forskellen er, at det tilhørende benefits-framework i det sidste eksempel vil være mere komplekst for at dække realisering af såvel lokale som regionale forbedringer.

I Cambio har vi adopteret denne metode. Benefits-realisation er nu en del af vores leverancemetode. Som en integreret del af implementeringen af ny funktionalitet/moduler såvel som i forbindelse med større implementeringsprojekter, arbejder vi sammen med kunden på at:

- Definere forretningsmål (klinisk fokus) og at tilpasse forventninger i organisationen til disse mål
- Udpege ejere og definere ansvar for målopnåelsen i organisationen
- Følge op på resultater

Simulation i sengene - brugerinvolvering og situationsnær evaluering af sundheds-it

Oplægsholder:

Sanne Jensen, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet og CIMT, Region Hovedstaden, <sanne@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Lisbet Ramsvatn, CIMT, Region Hovedstaden, <lisbet.ramsvatn@regionh.dk>

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

Dorthe Skov Jensen, CIMT, Region Hovedstaden, <dorthe.skov.jensen@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1. Klinisk simulation fremmer brugerinvolvering og synlighed
2. Klinisk simulation udført in situ fremmer fleksibilitet og ressourceoptimering
3. Situationsnær evaluering er levende og sætter det samlede patientforløb i fokus

Beskrivelse:

Formative evalueringsmetoder giver mulighed for brugerinvolvering og input til design i et udviklingsforløb. Klinisk simulation er en anerkendt metode til formativ og summativ evaluering, og har gennem mange år været anvendt til evaluering af sundheds-it IT Eksperimentariet (ITX) i Region H. Evalueringerne har bl.a. omfattet analyse af brugerkrav og evaluering af design, og har primært fundet sted i regionens simulationscenter, Dansk Institut for Medicinsk simulation (DIMS). Det har gennem længere tid været et ønske at rykke simulationerne ud i afdelingerne for at øge fleksibiliteten, nedsætte ressourcetrækket på klinikerne og gøre simulationer mere situationsnære.

Projektet undersøgte anvendelsen af klinisk simulation ude i en afdeling. De eksisterende rammer og krav til udførelse af klinisk simulation blev analyseret. I DIMS observeres simulationerne gennem en envejs-rude og der kommunikeres med projektdeltagere under simulationen. 3 videokameraer erstattede envejs-ruden og iPods udgjorde kommunikationsudstyr. Der blev udarbejdet en tjekliste; listen omfattede både etiske og praktiske aspekter.

It-systemet, der skulle evalueres, var "Ordinationskortet", som dokumenterer processen fra ordination til resultatet er set. Evalueringen dækkede bl.a. ambulatorium, AMA og sengeafdeling. Deltagende klinikere var lægesekretær, læge og sygeplejersker fra afdelingerne. Alle var til stede under hele evalueringen. Simulationerne foregik på en af afdelingens ambulatoriestuer, der var indrettet til både at kunne fungere som sengestue, kontor og ambulatoriestue. De klinikere, der ikke var på, fulgte simulationerne via kameraer fra et personalerum i nærheden, der var midlertidigt indrettet som observationsrum. Evalueringen foregik i personalestuen, og observatører og klinikere deltog.

Ordinationskortet blev også evalueret efter gængs metode i DIMS. Der var ingen umiddelbar forskel på resultaterne. Den mobile simulation var dog mere fokuseret på det samlede patientforløb, idet der var deltagende klinikere fra alle afsnit i afdelingen. Der havde været en del tekniske udfordringer; bl.a. udfald af kameraer. Ambulatoriestuen var ikke egnet til at simulere både ambulatorium, kontor og sengestue, mens observationsrummet fungerede godt. Simulationerne og den efterfølgende evaluering af Ordinationskortet var meget levende og synlig for resten af personalet. Ved at samle klinikere fra samme afdeling øgedes fokus på det samlede patientforløb.

Konklusionen er at den mobile løsning gør evaluering af sundheds-it og brugerinddragelse mere synlig, og skaber fokus på sammenhængende patientforløb og . Der arbejdes videre med bl.a. de tekniske udfordringer.

Indlægget vil præsentere projektet med en uddybning og diskussion af metode, resultater og perspektiver.

Evaluering af pilotdrift af Klinisk Logistik i psykiatrien

Oplægsholder:

Mette Holmkær Kill, Psykiatriplanlægning, Psykiatri og Social, Region Midtjylland, <Mette.Kiil@ps.rm.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anne Foged Christensen, Regionspsykiatrien Horsens, Psykiatri og Social, Region Midtjylland, <annfogch@rm.dk >

Jan Bossow, Psykiatriplanlægning, Psykiatri og Social, Region Midtjylland, <Jan.Bossow@ps.rm.dk>

Lene Buch Hauge, Systematic A/S, <lene.buch.hauge@systematic.com >

Hovedbudskaber:

1. Struktureret evaluering af pilot-implementering af Klinisk Logistik i psykiatrien - med involvering af alle brugere
2. Evalueringsresultaterne giver struktureret vurdering af det implementerede e- sundhedssystem og giver vigtig viden i forhold til den videre implementering fra pilot frem mod drift
3. Implementering og fastholdelse er en problemstilling der med fordel kan arbejdes aktivt med allerede i planlægningsfasen for at sikre en god overgang fra pilot til drift

Beskrivelse:

Baggrund og motivation Psykiatrien i Region Midtjylland (RM) har sammen med resten af RM etableret et samarbejde om Klinisk Logistik hvor Systematic er hovedleverandør. Klinisk Logistik skal give klinikerne hurtigt overblik, bedre kommunikation, koordinering og optimering af arbejdsgange og er derved ikke et dokumentationsværktøj. Formålet er at opnå et sikrere, hurtigere og bedre patientforløb samtidig med at kapacitet og ressourcer optimeres til fordel for både patienter og personale. Klinisk Logisk har erstattet de fysiske whiteboards, der dels hang i personalerummene og i konferencerummene dels patienttavlerne der hang på gangene. Konkret har psykiatrien i en ½ års periode haft den Kliniske Logistik løsning implementeret som et pilotprojekt på en psykiatrisk afdeling med 3 sengeafsnit og en psykiatrisk modtagelse. Baggrunden for pilotprojektet er at afprøve om Klinisk Logistik med fordel kan anvendes i forbindelse med stationær behandling i psykiatrien. I forbindelse med igangsætning af pilotprojektet blev det besluttet at foretage en evaluering af implementeringen førend Klinisk Logistik udrulles til alle psykiatriske afdelinger. Evalueringen skal munde ud i udarbejdelse af en gevinstrealiseringsrapport med henblik på at se, om IT-systemet giver mening samt om klinikerne er parate til den omstilling systemet medfører. Formålet er at sikre et stærkt fokus på Klinisk Logistik, herunder gevinstpotentiale og udfordringer/faldgruber i forhold til indfrielse af gevinsterne. Motivationen for evalueringen og gevinstrealiseringsrapporten er at se, hvilke gevinster der er ved synlig visning af essentielle kliniske informationer på elektroniske overblikstavler. Samtidig vil det blive målt, hvorvidt arbejdet udføres på en ny og forbedret måde samt om det lykkedes at få medarbejderne til at gøre tingene på den nye og forbedret måde, hvorved gevinster opnås inden systemet skal i drift. Da den pågældende implementering var første tiltag til at bruge Klinisk Logistik i Psykiatrien i Region Midtjylland blev det besluttet at gennemføre en særskilt evaluering af denne. Det blev også besluttet at anvende den evalueringsmodel, Region Midtjylland allerede har udpeget som mulig metode til evaluering af IT-systemer. Modellen anviser at gennemføre baseline målinger inden implementering og at de samme målinger udføres de to sidste uger af pilotprojektet. Efterfølgende omsættes målingerne til gevinster.

Indlægget

Her præsenteres nogle af de vigtigste overvejelser, som evalueringen og gevinstrealiseringsrapporten har affødt. Disse beskrives via konkrete eksempler. Noget af det, der vises er, at gevinster først realiseres, når IT og organisation er blevet afstemt. Succesen fra pilotprojektet bliver målt ud fra de gevinster som anvendelse af systemet har for arbejdsgangene. Der har under hele forløbet været fokus på, at ledere og brugere af systemet er vigtige aktører i at udløse og realisere gevinsterne og derved sikre realisering af de ønskede gevinster eftersom det er disse personer, der oplever og gennemfører forandringen og derved er afgørende for succes. Desuden vises, at fokusering på succeshistorier samt omprioritering undervejs er væsentlig, hvis gevinsterne skal høstes og fejlene ikke udbredes til hele organisationen. Definering af de tiltag der skal gennemføres for at realisere succeshistorier og/eller omprioriteringer har tilsvarende betydning for, at projektet kan ses i den store sammenhæng frem for på en enkelt afdeling. Klinisk Logistik skal give klinikerne et hurtigt overblik over afsnittes patienter ved visning af essentielle kliniske oplysninger som indenfor psykiatrien især er tvang, udgang, bruset og skærmmning. Disse data kommer trinvist via implementerede og planlagte integrationer til regionens EPJ. De positive eksempler genfortælles samtidig med der bliver arbejdet grundigt med fastholdelse af ny praksis efter implementeringsperioden i forhold til proces, personale og organisation

Hvordan telemedicin kommer ud af dødvandet – en perspektiverende analyse af telemedicinske business cases og evalueringer i Danmark

Oplægsholder:

Mette Dalsgaard, Netplan Care, <md@netplan.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Anne Mette Møller, Netplan Care, <amm@netplan.dk>

Hovedbudskaber:

1. Et fornyet blik på arbejdet med business cases og evalueringer kan medvirke til at fremme udbredelse af telemedicin
2. Business cases og evalueringer har en tendens til at have blinde vinkler
3. Telemedicin medfører samme type ændring, som selvbetjeningsuniverser har gjort i andre brancher

Beskrivelse:

Telemedicin har eksisteret i mange år, men selvom der er en stor aktivitet, så har der også hos mange indfundet sig en vis metaltræthed. Vi mangler endnu det "endelige bevis" for, at vi som samfund er på rette vej, når det gælder telemedicin. I debatten bliver både teknologiske, organisatoriske og strukturelle udnævnt som årsager til, at vi ikke kommer videre.

Vi har sat fokus på business cases og evalueringer af telemedicinske projekter. I starten af projektet giver business cases ofte udtryk for positive forhåbninger, de fader imidlertid ud i løbet af projektperioden. Det vil være naivt at tro, at hvis vi blot havde de gode retvisende business cases og evalueringer, så ville området nyde fremme. Det er det for komplekst til! Men manglen på "de gode og retvisende" business cases og evalueringer er omvendt en akilleshæl.

Vi har i vores arbejde gennemlæst og analyseret de offentligt tilgængelige, officielle, evalueringer og business cases for at undersøge, hvilke svar de har på, om de telemedicinske initiativer er på rette spor. Ud fra dette har vi bl.a. fundet følgende tendenser:

- Det generelle billede er præget af manglende og/eller mangelfulde business cases og evalueringer af telemedicinske initiativer.
- Business cases er meget positive i sit udgangspunkt, men undergår en forvandling i løbet af projekterne og bliver meget mere afdæmpede, så det ender med at blive tvivlsomt, om der er en (økonomisk) attraktiv effekt.
- Der er nogle typiske blinde vinkler i business casene: effekter, som ikke kan eller af anden grund ikke indregnes, men som har en betydende og i nogle tilfælde altafgørende indflydelse på initiativet.
- Evalueringer giver nogle gode beskrivelser af de mange udfordringer, projekterne har haft, men der er en tendens til ikke kun at se det som sten på vejen, men snarere grunde til, at projektet er lukningstruet.
- Der er ikke en etableret praksis for, hvordan der udarbejdes evaluerings- eller business case modeller – også selvom MAST er udviklet som anbefalet evalueringsmodel.

Disse tendenser er måske ikke overraskende for dem, som har fulgt med i området. Vi vil vove at formulere alle de grundlæggende problemer i et enkelt budskab, som lyder: der bliver ikke tænkt stort nok eller helhedsorienteret nok. Der bliver i oplægget til denne konference spurgt: "Er det blevet for komplekst?". Vi vil svare: "Det er pokkers komplekst, så kunsten er at håndtere kompleksiteten på fornuftig vis."

Dette synspunkt vil vi i vores indlæg perspektivere ved at sammenligne med den udvikling, der er sket i andre brancher henover de sidste 10-20 år, hvor selvbetjeningsuniverser har ændret rollen mellem udbyder og kunde og vi vil komme ind på, hvilken konsekvens det har haft.

Vi vil bruge dette til at give et bud på, hvordan arbejdet med business cases og evalueringer kan indfange dette større perspektiv, også uden at det bliver mere komplekst.

Deling af data i sundhedsvæsenet – liv, død og fortrolighed

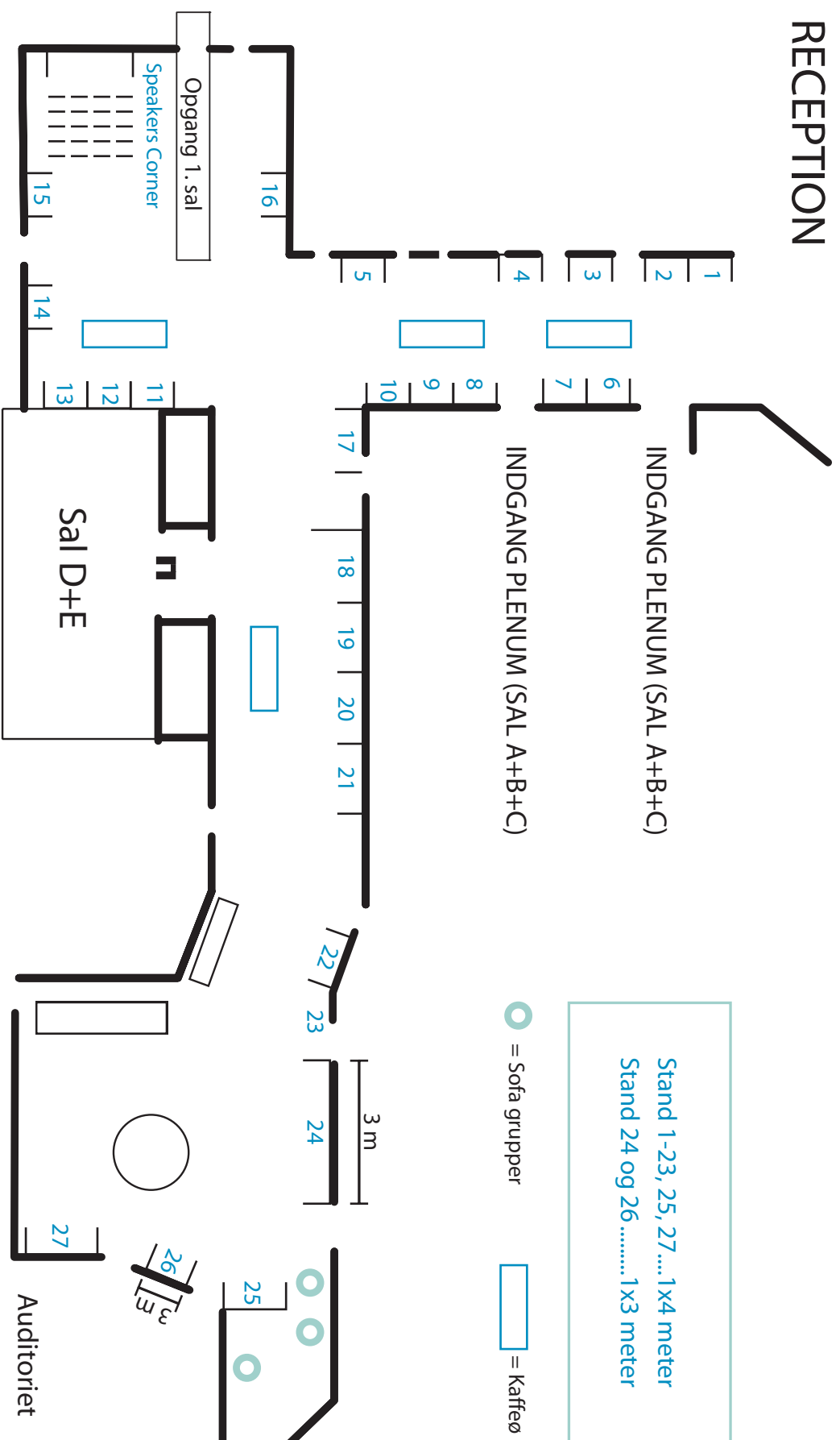
Oplægsholder:

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

Beskrivelse:

Adgangen til relevante data i sundhedsvæsenet kan betyde forskellen på, om borgere får den rette behandling og i sidste ende betyde forskel på liv og død. Derfor er det nødvendigt, at kunne dele stadig flere data på tværs af sundhedsvæsenet, så de nødvendige data er kan tilgås af behandleren på rette tid og sted. Samtidig er det helt afgørende, at befolkningen bevarer tilliden til, at vi i sundhedsvæsenet behandler borgernes data sikkert. Et højt og ensartet niveau af data- og it-sikkerhed på sundhedsområdet er derfor en vigtig opgave som vi i fællesskab skal løfte. Derfor har regeringen, kommunerne og regionerne skrevet ind i økonomiaftalen for 2015, at arbejdet med data- og it-sikkerhed skal styrkes yderligere. Med udgangspunkt i de debatter, der har været i 2014 vedr. data- og it-sikkerhed generelt, vil oplægget fokusere på balancen mellem patientsikkerhed og informationssikkerhed, og hermed behandle temaer som hacking, styring af medarbejdernes rettigheder og logning.

RECEPTION



STANDE

LEVERANDØRER

Nummer

Cetrea	1
Ascom Danmark A/S	2
InterSystems AB Sweden	3
SAS Institute	4
Cerner Limited	5
Cambio Healthcare Systems	6 & 7
Delfi Technologies A/S	8
Systematic A/S	9 & 10
Siemens Healthcare	11
7N A/S	12
DAK-E	13
viewcare	14
IBM Aps	15
MedCom	16
CGI Danmark A/S	17
Capgemini Sogeti	18
CARE-CALL A/S	19
Max Manus A/S	20
KMD	21
CSC Scandihealth	22 & 23
Netplan Care	24
Carestream Health Denmark Aps	25
Pallas Informatik	26
Imatis	27

SPEAKERS CORNER

13.00-13.13

13.15-13.28

13.30-13.43

13.45-13.58

15.45-15.58

14.00-14.13

14.15-14.28

15.00-15.13

15.15-15.28

15.30-15.43

DEN STORE FORSKEL...

Sengedagene bliver færre.
Behandlingerne pakkes tættere.
Patientforløbene skal være bedre
og gå hurtigere - og IT skal følge med.

Med Klinisk Logistik opdateres ændringer
når de sker. På under et sekund.

Hastighed gør en forskel for
både patientsikkerhed
og produktivitet.



CETREA a/s
Brendstrupgaardsvej 21F
8200 Aarhus N
Denmark

Tel: +45 3840 0570
E-mail: info@cetrea.com
www.cetrea.com

MØD OS PÅ STAND

1

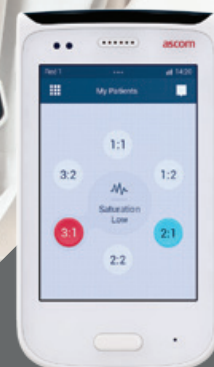
ascom

Endelig! **En smartphone udviklet specielt til hospitaler**

Ascom Myco er udviklet i tæt samarbejde med sygeplejersker og hjælper med at skabe overblik og prioritere opgaver. Den har integreret topdisplay, der gør det muligt at tjekke indkomne alarmer og beskeder med et enkelt blik på brystlommen. Og så er den pålidelig og robust nok til at modstå den travle hverdag på et hospital.

Ascom Myco er en del af Ascoms omfattende interop. program for førende Wifi- og PBX-leverandører og kan selvfølgelig også benyttes på 3g netværket.

Besøg vores stand og hør hvordan Ascom Myco kan løfte effektiviteten og skabe større patientsikkerhed på dit hospital.



myco 
At the heart of care

The interoperability to coordinate all patient care

**We offer a platform for Strategic Interoperability**

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

Add our HealthShare platform to your EMRs.

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

INTERSYSTEMS®

InterSystems.se



Health Analytics

Fuldt udbytte af
sundhedsdata

SAS Institute hjælper sundhedsvæsenet med at få fuldt udbytte af sine data. Ved at arbejde systematisk og proaktivt med data og analyse kan sundhedsvæsenet få en dybere forståelse for patienten, omkostninger og effektivitet. Resultaterne kan bruges som basis for at træffe flere faktabaserede beslutninger.

Kom forbi vores stand på e-sundhedsobservatoriet, så viser vi dig, hvad sundhedsdata kan bruges til.



Læs mere om SAS Health Analytics på www.sas.com/dk



sas
THE POWER TO KNOW.

SAS and all other SAS Institute Inc. product or service names are registered trademarks or trademarks of SAS Institute Inc. in the USA and other countries. ® indicates USA registration. Other brand and product names are trademarks of their respective companies. © 2014 SAS Institute Inc. All rights reserved. S123630US.0414

Global ekspertise uden sidestykke



2,000+
Medarbejdere
Arbejder og bor udenfor USA

24
Lande i alt
Over 14.000 installationer i
6 verdensdele anvender
Cerners it-sundhedsplatform

400+
Cerner Millennium
implementeringer
uden for USA

Cerner Millennium
er oversat til 5 sprog:
Spansk, fransk, tysk, portugisisk og engelsk



Niveau 7 Kunder:

Spanien: Hospital Marina Salud de Dénia

Niveau 6 Kunder:

De Forenede Arabiske Emirater Sheikh Khalifa Medical City, Al Rahba Hospital, Mafraq Hospital, Corniche Hospital, Al Ain Hospital, Tawam Hospital, Madinat Zayed Hospital

Chile: Clínica las Condes

Frankrig: Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard, Centre Hospitalier de Valenciennes

Saudi-Arabien: King Faisal Specialist Hospital & Research Center, Riyadh and Jeddah

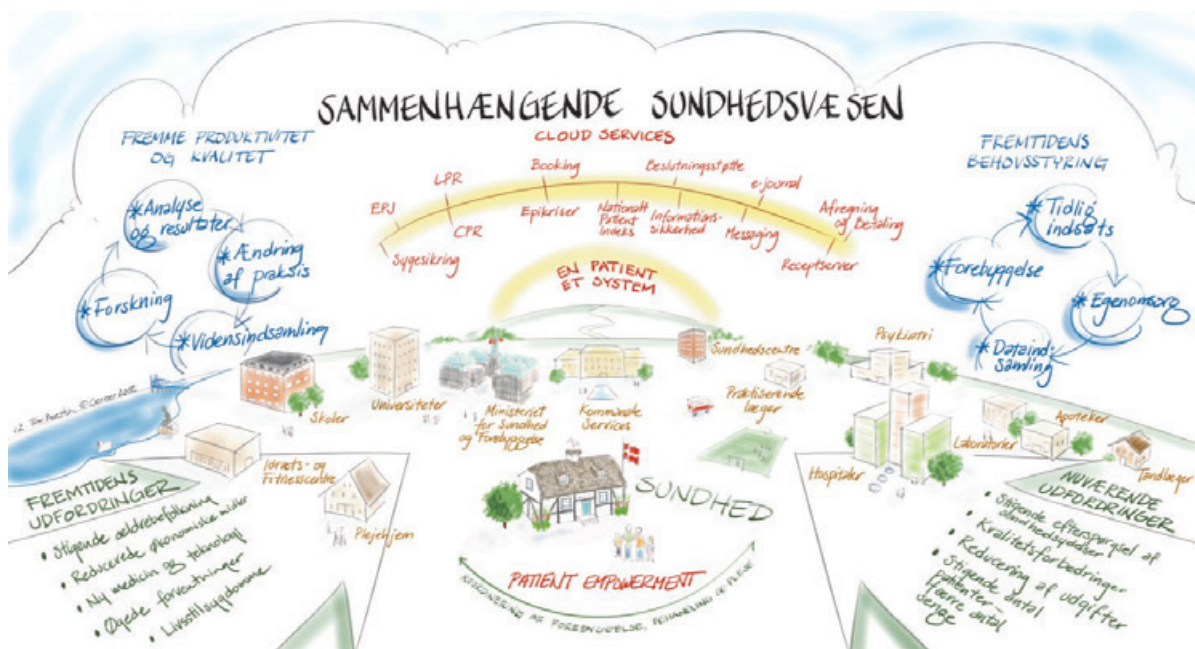
Canada: North York General Hospital
Malaysia: Prince Court Medical Centre

Niveau 7 (USA):

38 amerikanske kunder har opnået HIMSS Niveau 7

Niveau 6 (USA):

227 amerikanske kunder har opnået HIMSS Niveau 6



Because Health care is too important to stay the same



Find os på Twitter @cernernordics

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/ nordics@cerner.com

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



Fremtidens e-sundhed

Med vores standard rammesystem Cambio COSMIC definerer vi morgendagens behandling og pleje med maksimal patientsikkerhed, fleksible løsninger og effektive behandlingsforløb.

Gartner Group har kategoriseret Cambio COSMIC "One of nine global EHR's" som den eneste i Norden. I Region Syddanmark, Grønland, Forsvaret og Færøerne er man takket være Cambio COSMIC i fuld gang med at realisere visionen om en sammenhængende, patientcentreret behandling og pleje. I England er Cambio COSMIC netop ibrugtaget på NHS Trust hospitalsgruppen "Princess Alexandra". I både Færøerne og Sverige kæder Cambio COSMIC hele den primære behandling sammen med kommunernes ældreomsorg, og EU har officielt udnævnt Kronoberg (Sverige) som "The benchmark for EHR implementations in Europe". Dagens Medicin i Sverige har udtalt at alle Sveriges bedste sygehuse anvender Cambio COSMIC.

Besøg os på www.cambio.dk og få mere at vide om IT-sundhedsgenerationen.

Cambio⁺ Healthcare Systems
Safer and Smarter

Sikker Patientidentifikation

Delfi Technologies A/S

Scanning og Patientidentifikation

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

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

Om Delfi Technologies A/S

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

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



Projekt Sikker Patientidentifikation



Scanning af strekkoder

Sikker patientidentifikation

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



Gryphon GD4130 Healthcare

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

Delfi
TECHNOLOGIES



ATERA

DATALOGIC
AUTOMATIC DATA CAPTURE

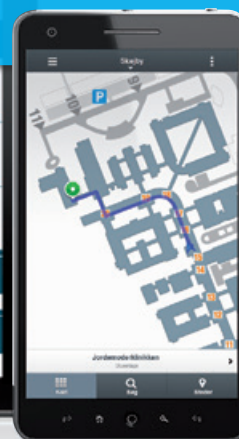
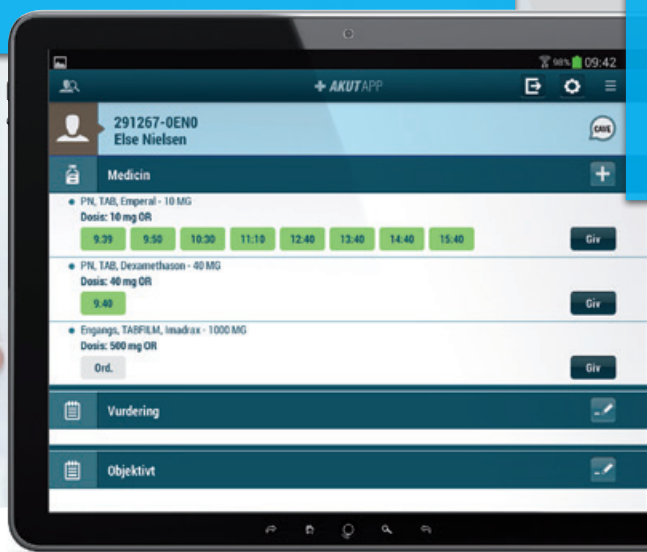
Simplifying critical decision making

Danmarks førende sundhedsplatform

Kom og få et indblik i Danmarks førende sundhedsplatform Columna samt de nye produkter Columna Service og Patient Logistics

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

Columna Patient Logistics gør det nemmere for patienterne at planlægge deres besøg samt finde rundt på hospitalet. Patientflowet understøttes, hvilket giver store gevinster for både hospitalerne og patienterne



Kom og hør mere på stand 9-10

om Systematics Sundhedsplatform samt hvordan den hjælper forskellige sundhedsaktører og sundhedsområder i det danske sundhedsvæsen

1.
SESSION

Hvad Automatisering af patientlogistik - er hospitaler servicemindede nok?
Hvor Parallelsession C1
Hvornår Torsdag den 2.oktober, kl. 13

2.
SESSION

Hvad Kan den akutte seniorpatient holdes i hjemmet?
Hvor Parallelsession C1
Hvornår Torsdag den 2.oktober, kl. 13

3.
SESSION

Hvad Evaluering af pilotdrift af Klinisk Logistik i psykiatrien
Hvor Parallelsession E3
Hvornår Fredag den 3.oktober, kl. 11

SYSTEMATIC
COLUMNA

SYSTEMATIC

SIEMENS

www.siemens.com/healthcare

National integration frem for IT-siloer

Besøg
os på
stand 11

Når Region Midt i dag anvender Sense® – Siemens løsning til IT-infrastruktur, baseret på IHE e-sundhedsnetværk, så effektiviserer regionen sine processer.

Infrastrukturkomponenterne indgår nemlig i Region Midts løsning ved opkobling til Inter Regionalt Billedindeks (IBI), hvilket sikrer tilgængelige patientbilleder til alle behandlere i behandlingsforløbet – på tværs af de mange forskellige systemer, der anvendes.

Siemens Sense er opbygget modulært, så det er muligt at anvende allerede eksisterende komponenter. Vi kan tilbyde alle de nødvendige komponenter til opbygning af et komplet domæne, inkl. koblingsfunktionalitet til andre IHE-domæner. Med Sense bliver det med andre ord muligt at integrere systemerne, så effektivisering og videndeling kommer i højsædet.

Hjemmemonitorering skaber trykthed blandt Pacemaker-patienter

Sikkerhed og trykthed er altafgørende, når man ønsker at forbedre livskvaliteten for patienter med en PaceMaker. Siemens har i samarbejde med regionen Gävleborg i Sverige udviklet

en ny løsning, der netop tager udgangspunkt i patientsikkerhed for Pacemaker-patienter. Løsningen giver mulighed for hjemmemonitorering og kan integreres i eksisterende patientjournaler.

Senge Management

Logistik er i fokus på dagens, - og ikke mindst på fremtidens hospitaler – særligt hvad angår sengeplanlægning. Siemens har udviklet en løsning til planlægning og overvågning af senge. Den giver personalet mulighed for at få al information omkring den enkelte seng, herunder:

- Arbejdslistor relateret til en given arbejdsituation
- Detaljeret information omkring om hvor længe en given seng er optaget
- Mulighed for reservation af den enkelte seng

Løsningen kan køre stand-alone eller integreres i eksisterende journaler.

Kom og mød Siemens på vores stand nr. 11 og hør mere om vores spændende løsninger.

Answers for life.

The People Factor



Dogme

1

**IT SPECIALISTER ER IKKE
BARE IT SPECIALISTER -**
NOGLE INDIVIDER ER BARE
SÅ MEGET MERE EFFEKTIVE

Dogme

2

**STORE HOLD KØRER I
GRØFTEN**
- SMÅ ELITÆRE TEAMS ER
LANGT MERE EFFEKTIVE

Dogme

3

**DEN DER HAR PROBLEMET,
ER BEDST TIL AT GENKENDE
DEN RIGTIGE LØSNING**
- LAD DEN DER SKAL SKABE
RESULTATERNE, TRÆFFE
BESLUTNINGERNE



Læs mere om os på 7N.com

Nationalt IT-værktøj til håndtering af AK-behandling

- ✓ National database
- ✓ Værktøj til beslutningsstøtte
- ✓ Kvalitetssikring individ
- ✓ Kvalitetssikring population
- ✓ Identificerer sårbare patienter
- ✓ Håndterer multisygdom
- ✓ Overblik for både behandler og patient
- ✓ Platform for tværsektionelt samarbejde
- ✓ Faciliterer sektorovergange



Patient Sygehus Læge

Yderligere information:

Konsulent
Berit Lassen
blassen@dak-e.dk

www.dak-e.dk

Millioner vil blive hjulpet med

Telesundhed

Bliv inspireret på stand
nr. 14

viewcare

Smarter Care

TRANSFORMATION AF SUNDHEDSSEKTOREN



Shared Care	Det digitale hospital	Big Data
Sporbarhed	Mobility	IBM Watson



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



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



Du skal ikke spare penge med it – du skal tjene penge

Hvad enten du ønsker at bruge teknologien til at få mere ud af dine budgetter eller til at understøtte dine patienter og dit personale, er vi klar til at være din sparringspartner. Det arbejder vores mere end 120 danske sundhedsfaglige specialister med for en række sundhedsaktører i ind- og udland.

Hos CGI hjælper vi dig med at indføre sundheds-it, der virker efter hensigten. Til tiden, i den ønskede kvalitet og inden for budgetterne.

Kig forbi vores stand nr. 17
på E-Sundhedsobservatoriet 2014.
Eller besøg os på cgi.dk.



Når din hverdag ændrer sig, følger vores sundhedsløsninger med.
Gerne helt ud til borgernes eget hjem.



Er du fanget i kompleksitetsfælden?
Stop op og få overblikket tilbage.

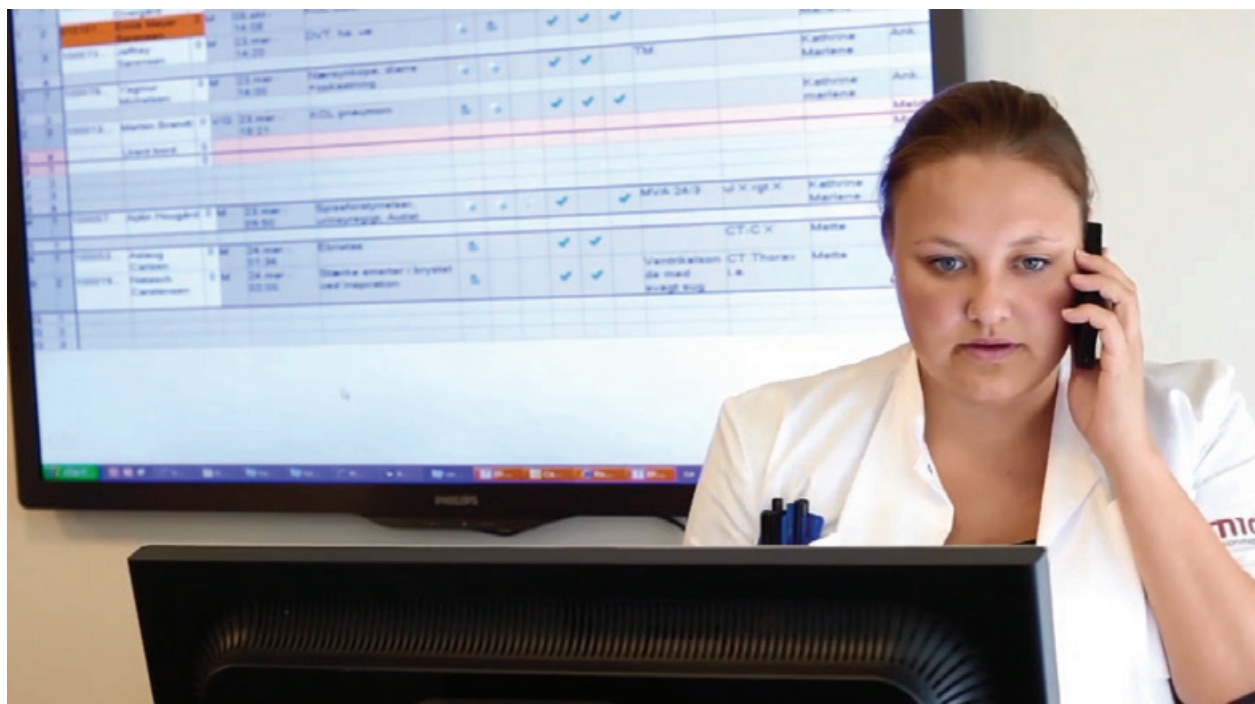


Den optimale leverage:
Lokal indsigt – global styrke

Experience the commitment®

CGI er grundlagt i 1976 og er en global udbyder af it og forretningsprocesser. Vores 68.000 medarbejdere i 40 lande leverer forretningsrådgivning, systemintegration og outsourcing services af høj kvalitet. Vi tager udgangspunkt i kundens forretningsstrategi for at opnå de bedste resultater, og vi leverer til tiden og inden for budget. Derfor er vi blandt branchens bedste.

Inden for sundhedsområdet kan 120 medarbejdere i Danmark og mere end 1000 på verdensplan inspirere dig til at realisere målsætninger understøttet af sundheds-it. 20 % af medarbejderne har en sundhedsfaglig baggrund som bl.a. laborant, bioanalytiker, læge, lægesekretær eller sygeplejeske. Vi har leveret it til sektoren i mere end 25 år.



Kompleksitet? Intet problem!

Bookplan er den effektive og moderne bookingløsning, som anvendes på 40% af danske hospitaler. Kom ind på vores stand og se hvordan

- sekretærer, læger og sygeplejersker anvender **Bookplans tværgående booking** til at planlægge sammenhængende patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse
- det kliniske personale nemt får **overblik over dagsprogram og status** på patienten undervejs gennem behandlingen
- patienterne på centrallaboratorierne i Horsens og Herning **kan bestille tid** og dermed undgå ventetid
- Bookplans nye Smartbook grænseflade gør booking **effektivt og nemt**

Bookplan er et højt specialiseret standardmodul. Standardmodulet integreres effektivt i hospitalets/regionens sundheds IT-plattform.

Bookplan leveres i en dansk og en international version. Bookplan sælges i udvalgte lande herunder Tyskland, England, Sverige og Finland.



Læs mere på: www.bookplan.dk

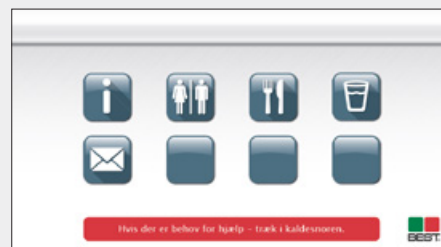
SERVICEKALD

Måltrettede kald sikrer at behovet er kendt
- så kaldet går til den rette person!

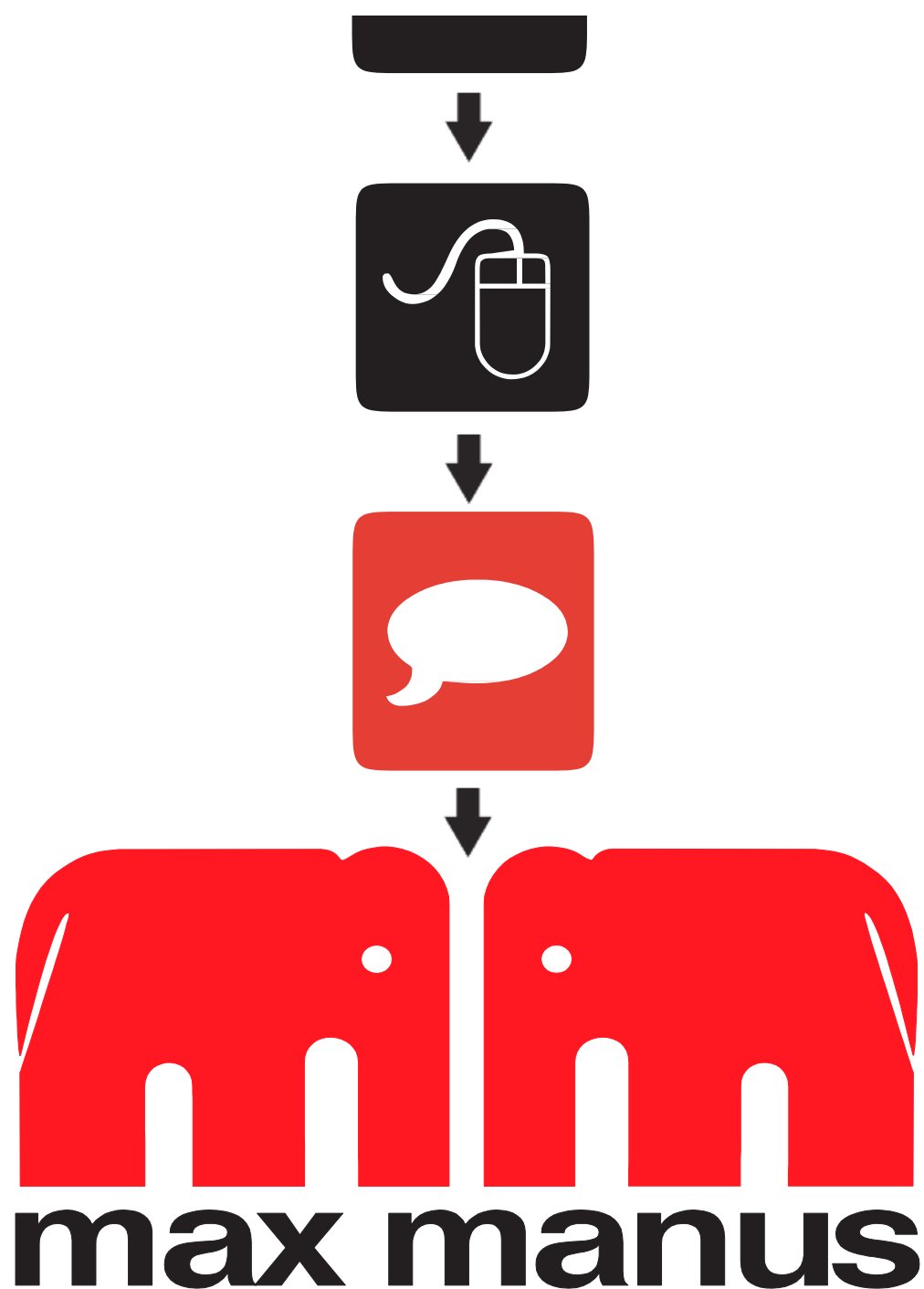


Besøg os på
stand 19 og
hør mere om
mulighederne

- ✓ Skab direkte relation mellem plejer og patient
- ✓ Entydige kaldeknapper så kald går til rette person
 - 📧 "Mad/vand-knap" til SOSU
 - 👤 "Pilleknap" til sygeplejerske
- ✓ Personalet informeres på forhånd om formål med kald
- ✓ Patienter kan skrive i fritekst om behov direkte til personalet
- ✓ Mulighed for at tale med patienten via systemet
- ✓ Patienter får hurtigere og mere behovsrettet hjælp



CARE-CALL A/S • www.care-call.dk • 87 89 90 00 • salg@care-call.dk



Let's speech-enable healthcare!

www.maxmanus.dk

Mød os på standen og på speakers corner

NYE VEJE, NYE MULIGHEDER - DIGITAL VELFÆRD

MØD OS PÅ KMD'S STAND 21
OG HØR MERE OM:

- Borgerplatform
- Telesundhed
- Sengestueløsninger
- Vagtplansløsninger
- Sikkerhedsløsninger
- Business Intelligence





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 22 og 23 på E-sundhedsobservatoriet den 2.-3. oktober 2014

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

N E T P L A N  C A R E
- viden er vores vare



Viden er alt vi har

Uafhængig rådgivning om valg af **VELFÆRDSTEKNOLOGI**.
Vi hjælper jer med at vælge den løsning, der er bedst for jer.
Vores vare er viden, så I kan levere livskvalitet og moderne velfærd.

Når det gælder:

- **STRATEGISK VALG OG INDKØB,**
- opbygning af **FORRETNINGSMODEL OG BUSINESS CASES,**
- empirisk baseret rådgivning om valg af **BRUGERUDSTYR.**

N E T P L A N 

Netplan Care | Hedeager 3 | 8200 Aarhus N | Tlf.: 2790 3044 | www.netplan.dk



At brænde cd'er til udveksling af billeder tager tid og koster penge.
Og du kan ikke tillade dig at spilde hverken tid eller penge.
Nu kan dine patienter snart hjælpe dig.

VUE BETYDER EMPOWERMENT.

Med MyVue kan patienterne selv holde styr på deres egne radiologiske undersøgelser – se deres undersøgelsesoplysninger via en sikker portal og give adgang til henvisende læger, specialister og andre sundhedsfaglige professionelle.

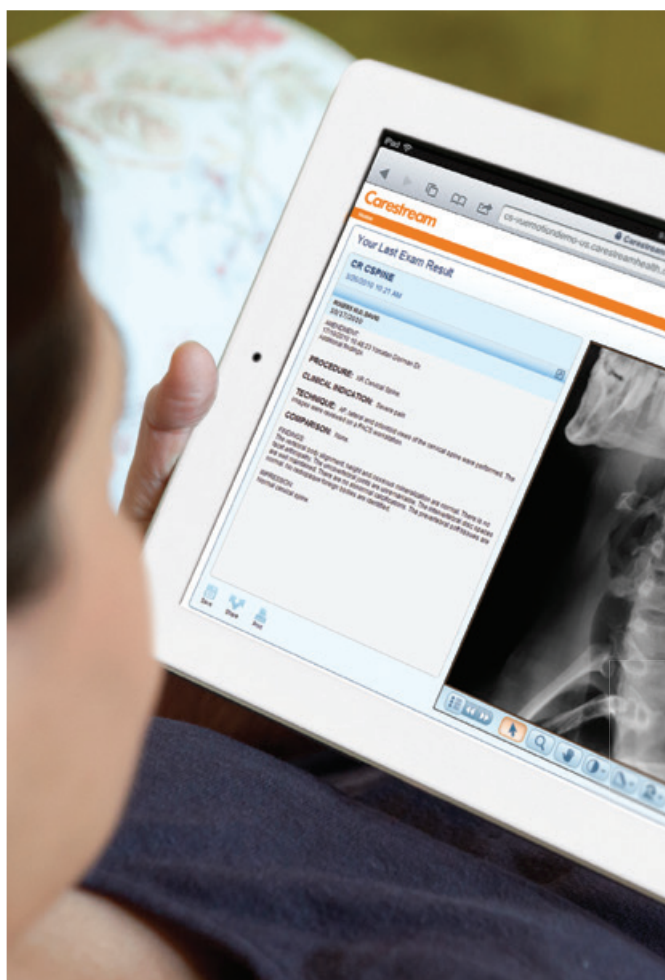
Dette betyder mindre tidsspild til brændning af cd'er, dvd'er eller film.
Det kan hjælpe med at reducere omkostninger og fremskynde arbejdsgangen. Dette samtidigt med, at du inddrager patienterne i deres egen behandling.



INNOVATION. EMPOWERING TECHNOLOGY.
carestream.com/myvue



Carestream



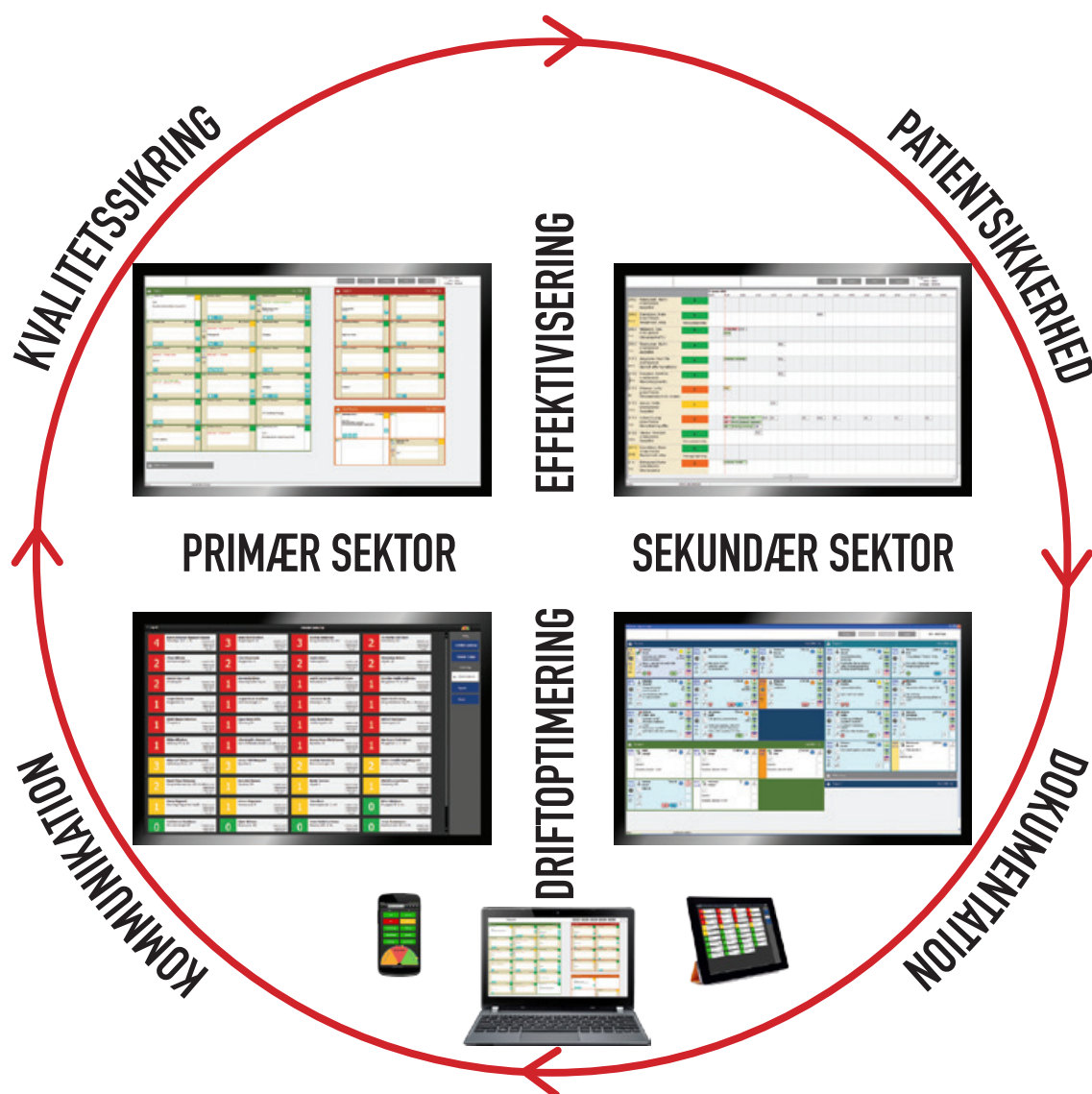
BILLEDUDVEK- SLINGENS FREMTID BEGYNDER MED PATIENTEN.

Vue EMPOWERMENT ER VIGTIGT.

© Carestream Health, Inc., 2014.



OVERBLIK GIVER BEDRE RESULTATER



Oplev vores løsninger på stand 26

Pallas Informatik A/S · Allerød Stationsvej 2 D · 3450 Allerød · www.pallas.dk · caretime.pallas.dk



Imatis i Danmark

Vi er en markedsledende leverandør af rådgivning og teknologiske løsninger til sundhedsområdet. Vores teknologier bidrager til at give patienter, borgere, og sundhedspersonalet et «realtime» overblik, der bla. øger patientsikkerheden, øger patientinvolvering, forbedre overbliksvision mellem Regioner og kommuner, samt øger beslutningsstøtten for sundhedspersonalet.

Senest har Imatis udvidet det globale Healthcare samarbejde med Ernst & Young, til også at omfatte Danmark.

Vort bidrag til hospitalerne

Vores sundhedsteknologier anvendes på hele hospitalet, akutmodtagelse, sengeafdelinger, ambulatorier, og diagnosticerende afdelinger. Vi understøtter ligeledes kommunikationen med funktionsområderne som eksempelvis portører, teknisk personel og serviceassistenter.

Hurtigt overblik over vores webbaserede teknologier

- **Visi** bruges til at skabe overblik og kommunikation på tværs af alle afdelinger i hele patientforløbet, og løsningen kan enkelt integreres til blandt andet EPJ, lab.system, blodbank, røntgen m. flere.
- **Porta** anvendes til ankomstregistrering, og giver sundhedspersonalet overblik over ankomne patienterne, og løsningen understøtter samtidig patienternes mulighed for at anvende check-in terminaler
- **Mobilix** er en portal af meldingstjenester, som giver alle understøttende servicefunktioner en registrerings- & logistikløsning, og hvor klinikere kan booke ønskede services. Samtidig skaber Mobilix overblik over status på bestilte opgaver for både klinikkerne og servicepersonalet.
Mobilix portalen kan integreres til alle tekniske installationer, eksempelvis nursecall, hjertestops alarmer m.m.
- **Ludus** er en patientportal som via en fysisk patientterminal tilbyder patienten muligheden for at kunne til vælge kommunikation med omverdenen og det klinisk personale, samt til vælge tv-kanaler, video mm.



Kom og besøg os på stand nr. 27, hvor vores løsninger vises.

Imatis har i 2014 udvidet deres sundhedsløsninger til også at omfatte det kommunale marked.

Hør mere om dette **torsdag d. 2/10 kl. 13** i "Parallelsession E1: Nordisk e-sundhed - del 1".

Anund Rannestad, fagchef- og leder af Sektion for Innovation, Helse Stavanger HF, beretter om igangværende projekt: "Omfattende og driftssikker telemedicinsk hjemmemonitoreringsløsning baseret på Cloud-teknologi"

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Aabech	Anna Kirstine M.	It-systemkonsulent	Odense Universitetshospital
Aaen	Karin	Teknisk projektleder	Odense Universitetshospital
Aagesen	Michael	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Aasmoe	Ole	Konsulent	Varde Kommune
Aasvang	Camilla Kvanner	Udviklingssygeplejerske	Helsingør Hjemmepleje
Aaviksoo	Ain	MD, MPH, Head of Estonian eHealth Task Force	The Estonian eHealth Task Force
Abildgaard	Per	Konsulent	MedCom
Ahrenkiel	Stephanie Bernth	Konsulent	MedCom
Alvseike	Hilde	Rådgiver/ prosjektleder	Helse Stavanger HF
Andersen	Lykke Burmølle	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland
Andersen	Jens Rastrup		sundhed.dk
Andersen	Morten	Fuldmægtig	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Andersen	Karoline		Region Nordjylland
Andersen	Pia	Sygeplejerske	Bispebjerg Hospital, NetKOL
Andersen	Helle	It-projektleder	Odense Universitetshospital
Andersen	Jens	Senior projektleder	National Sundheds it
Andersen	Claus Kj.	Senior Architect	Systematic
Andersen	Stig Kjær	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Andersen	Steffen Juhl	Director	CGI
Andersen	Rikke Saltoft	Chefkonsulent	National Sundheds It
Andersen	Oscar Vingtoft	Programmør	Epital Health
Andreassen	Aase	Projektleder	Sygehus Lillebælt
Andresen	Morten	VP Product, Founder	Imatis AS
Ankjær	Michael	Certificeret salgschef	IBM
Arge	Turid	Aðalstjóri/Departementchef	Heilsumálaráðið/Sundhedsministeriet på Færøerne
Bach	Malene Østergaard	Account Manager	IBM
Balle	Helle	Projektleder	National Sundheds it
Ballegaard	Stinne Aaløkke	Seniorprojektleder	KORA
Bang	Henrik	Chef	Region Sjælland
Barcobello-Jensen	Gabriella	Jordemoder	Herlev Hospital
Bardram	Jakob E.	Professor	IT Universitetet i København
Bartholdy	Christina Silseth	It-konsulent	Forsvarets Sundhedstjeneste
Beierholt	Tania	Systemforvalter	Region Hovedstaden
Bennetzen	Rikke Sommer	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, CIMT
Bentsen	Charlotte	Projektchef	Integrated Care
Berg	Karin Lomborg	Direktør	Nextpuzzle
Bergmansen	Jeanette	Ledende lægesekretær	Region Sjælland, Psykiatrien Syd
Bering	Helle	Projektleder	Region Nordjylland, Præhospital Beredskab
Bertelsen	Lars	Faglig konsulent	Dansk Sygeplejeråd
Bertelsen	Pernille	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Besserman-Svendsen	Anja	Markedschef	Rehfeld Partners
Biering-Madsen	Thorkild	Client Executive	CGI Danmark A/S
Bille	Britt Lehrmann	Konsulent	Region Syddanmark, Klinisk It psykiatrien
Birch	Peter	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Bitsch	Karina		CGI
Bjerrehøj	Bjørn	Specialkonsulent	Odense Universitetshospital, DOIT - Dirftsoprimering og IT

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Bjerrum	Hanne	EPJ-koordinator	Region Syddanmark, Psykiatrien
Blom	Karina Fischer	Udviklingsjordemoder	Herlev Hospital
Boelt	Ellen	Klinikchef	Sygehus Vendsyssel
Boëtius	Christel	Chefkonsulent	Nextpuzzle
Boilesen	Anne	Konsulent hos SAS Institute	SAS Institute
Bondorf	Susie Wagner	Senior projektchef	Welfare Tech
Botin	Lars	Lektor	Aalborg Universitet
Bramsen	Nikolaj Holm	Account Manager	Systematic A/S
Brandt	Martin Bagger	Enhedsleder	National Sundheds-it
Brinck	Claus	It-kundeansvarlig på AUH	Region Midtjylland
Brink	Lars Michael	Principal Consultant	NNIT A/S
Brøndbjerg	Anne Mette	Akademiker	National Sundheds-it
Bruun-Rasmussen	Morten	Direktør	MEDIQ - Medicinsk Informatik og Kvalitetsudvikling
Brændstrup	Anni Møller	Overassistent	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Brøndum	Eva	Forskningssygeplejerske	Hvidovre Hospital, NetKOL
Brøndum	Stig	Seniorprojektleder	Hjerteforeningen
Bugge	Claus	Koordinerende projektleder	Aarhus Universitetshospital
Bygholm	Ann	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
bækholm	Niels Bjerring	Salgsansvarlig, Telesundhed	KMD
Bøg	Mette Frydensbjerg	AC-fuldmægtig	Odense Universitetshospital, Afd. for kvalitet og forskning/MTV
Bøgebjerg	Peder	Direktør	Lif
Bøgelund-Andersen	Bjarne	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Bøgsted	Kim	It-forretningskonsulent	Viborg Kommune
Bøsling	Jacob		Sundhedsstyrelsen
Christensen	Joy	Healthcare Division Manager	Pallas Informatik
Capion	Lisa	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital, NetKOL
Carlsen	Mette Helles	Sundheds-it konsulent	Hospitalsenhed Midt
Carlsen	Marianne	Kontorchef	Hjørring Kommune
Carlsen	Helge Præstgaard	Projektleder	Region Syddanmark, P-VIT
Carøe	Jesper Grankær		Trifork Public A/S
Christensen	Annette Guldeldt	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Driftsoptimering og IT
Christensen	Kent Dencker	Overlæge	Aalborg Universitetssygehus, Himmerland
Christensen	Bente	Projektleder Telesundhed, televefærd, digitalisering	Kolding Kommune
Christensen	Kristina	It-udviklingskonsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Christensen	Louise Rus	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Christensen	Henrik Sonne	Projektleder	Odense Universitetshospital
Christensen	Torben Høy	Program Manager	CSC Scandihealth
Christensen	Anita	Salg & Marketing Direktør	CompuGroup Medical
Christensen	Keld	BDM	Lyngsoe Systems A/S
Christiansen	Conni	Chefkonsulent	Region Hovedstaden - CSU
Christiansen	Flemming	Direktør	National Sundheds-it
Christiansen	Kirsten Ravn	Konsulent	MedCom
Christoffersen	Nicholas	Fuldmægtig	National Sundheds-it
Clausen	Thomas Dalsgaard	Afdelingslæge	Region Hovedstaden
Clausen	Pia Gulbech	Sygeplejerske og klinisk it-ansvarlig	Holstebro Sygehus
Cramon	Hanne	Sygeplejerske, klinisk it-ansvarlig	Hospitalsenheden Vest, Akutafdelingen

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Dahl	Simon Christian	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Dalgaard	Torben	Vicedirektør	Region Hovedstaden, Center for It, Medico og Telefoni
Dallerup	Julia	Konsulent	Region Hovedstaden
Dalsgaard	Mette	Seniorkonsulent	Netplan Care
Dalsgaard	Esben Andreas	Chef arkitekt	National Sundheds-it (NSI)
Dam	Pernille	Udviklingskonsulent, cand. scient. san. publ.	Pharmakon - Apotekernes Uddannelsescenter
Dam	Sigbritt	THS-rådgiver/EHR-advisor	Heilsumálaráðið/Sundhedsministeriet på Færøerne
Damgaard	Henriette	EPJ-koordinator	Aarhus Universitetshospital, Onkologisk Afdeling D
Damgaard	Jesta		Cambio Healthcare
Damgaard	Ann	Delprogramleder - Klinisk tværsektorielt	Sundhedsplatformen
Damkær	Michael Hjorth	Sektionsleder	Odense Universitetshospital
Damm	Peter	Business Innovation Manager	Max Manus A/S
Damsgaard	Jakob Illum	Afdelingsdirektør	CGI
Danielsen	Morten Krogh	Director	SAS Institute
Davidson	Berit	DRG-controller	Roskilde Sygehus
de Lemos	Marianne	Projektleder	Region Midtjylland
Degn	Nathali Schaap	Lægesekretær	DL/HK
Dehn	Elisabeth	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, CSU/EKP
Dent	Jeanette	Koordinator	Hospitalsenheden Vest, Klinisk IT kontor
Diedrichsen	Annette	Sundheds-it konsulent	Regionshospitalet Randers
Djurhuus	Malene Louise	Kommunikationskonsulent	CompuGroup Medical
Dombrowsky	Martin	It-konsulent	Grønlands Sundhedsvæsen
Drewes	Birgitte	Afdelingschef	National Sundheds-it
Ehlers	Lars Holger	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Elberg	Pia		Aalborg Universitet
Ellersgaard	Katrine	Seniorkonsulent	Incentive
Engsig	Morten	Fuldmægtig	Region Midtjylland, Kvalitet og Data
Engsig-Karup	Mogens		Region Midtjylland
Enstrøm	Kristian Koch	Konsulent	Region Hovedstaden, Center for It, Medico og Telefoni
Eriksen	Dorte		Capgemini
Eriksen	Mette Roed	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, Klinisk Information og Data, Systemforvaltning, Center for IMT
Eskildsen	Ulla Lund	Projektleder, konsulent	KL
Eydinsdottir	Hervør	THS-rådgiver/EHR-advisor	Heilsumálaráðið/Sundhedsministeriet Færøerne
Fabrin	Jørgen	Sælger	IBM
Fakir	Lotte	Klinisk it-konsulent	Region Hovedstaden, CIMT
Falkø	Tanja	Projektleder	Odense Universitetshospital, afd. for driftsopt. og IT
Federspiel	Niels Blinkenberg	Seniorkonsulent	Regionernes Sundheds-it, RSI
Fejborg	Anette		Viewcare
Fisker	Brian	Sales and Account Manager	Systematic
Flou	Lene Sømod	Akademisk medarbejder	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Folkmann	Lone	Seniorkonsulent	sundhed.dk
Forberg	Heidi Lundager	Manager	Accenture
Frandsen	Torben Lage	Senior projektleder	Region Hovedstaden, CIMT
Frederiksen	Jannick Rune	Overlæge	Lægeforeningen Hovedstaden
Frederiksen	Anne Mette Bragh	Markedschef	Silverbullet A/S

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Freund-Haugshøj	Tina	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Friis	Thorkild	Teknisk koordinator	Region Syddanmark
Friis	Soile	Formand	Danske Lægesekretærer DL/HK
Fritzel	Anne-Lotte	Sekretariatschef	Roskilde og Køge Sygehuse
Galster	Gert	Sundhedsinformatiker	Region Hovedstaden
Gandrup	Kjeld	Produktchef	CompuGroup Medical
Garbøl	Kristina Lagoni	Senior Consultant	Healthcare DENMARK
Gerdes	Ulrik	Overlæge, dr.med.	Region Syddanmark, Center for Kvalitet
Gerstrand	Michael	Account Manager	Siemens Healthcare
Givskov	Kresten		Siemens A/S
Glitzky	Susanne	It-systemtester, EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Sektion for Projekt og Udvikling
Goul	Anders	Udviklingsdirektør	Systematic
Green	Amanda	Managing Director	Cerner
Green	Allan	Projektleder	Region Hovedstaden, NetKOL
Grevy	Margrethe	Konsulent	KL
Grøn	Bodil	It-projektleder	Fredericia Kommune, Pleje & Sundhed
Grønborg	Rasmus	Student	Danske Regioner
Grøndahl	Susanne	Senior Clinical Adviser	Systematic
Grønvald	Liselotte	Konsulent	Lægeforeningen Hovedstaden
Grøsfjeld	Birgit	Sales Director	Siemens Healthcare
Graae	Anne	Product Manager, KMD Care	KMD
Gustafsson	Hanne	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Guttesen	Gunnva	Projektleder	Landssygehuset
Gøeg	Kirstine Rosenbeck		Aalborg Universitet
Gørtz	Jeppe Sahlholdt	Praktiserende læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Gøthgen	Charlotte Buch	Viceklinikchef, overlæge, MPG	Aalborg Universitetshospital
Haar	Karen Elizabeth Kastberg	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland, It
Hadad	Sami		Viewcare
Halkjær	Merete	Projektleder	Københavns Kommune
Hall	Kirsten	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Hamdorf	Jorn	CCO	Daintel ApS
Hansen	Morten		Region Syddanmark
Hansen	Martin Thor	Teamleder	Danske Regioner
Hansen	Annette	Specialkonsulent i Sundheds-it	Regionshospitalet Randers
Hansen	Mai-Britt Hagen	Product Manager	Odense Universitetshospital
Hansen	Annika Sonne		7n A/S
Hansen	Mogens Flinck	Project Manager	IBM Danmark
Hansen	Pia	Konsulent	Odense Universitetshospital, Budget og Data
Hansen	Margit	Udviklingskonsulent	Kolding Kommune
Hansen	Finn Roth	Datakonsulent	Region Hovedstaden, Center f. Sundhed
Hansen	Peter Ingemann		IT-Produkter
Hansen	Mia Katrine Højland	Projektkonsulent	Odense Universitetshospital, Afdelingen for Driftsoptimering og IT
Hansen	Jacob Boye	Chief Executive Officer	CareCom A/S
Hansen	Brian Stenskrøg	It-sikkerhedskoordinator	Region Nordjylland
Happel	Marianne Ørbech	Principal Consultant	NNIT

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Harajchi	David Berg	Konsulent	Rehfeld Partners
Harbo	Mette	Chefkonsulent	Danske Regioner
Harbo	Mikkel	Director, Product Management	Systematic A/S
Hardahl	Christian	Seniorkonsulent	SAS Institute A/S
Hassing	Alis Helmer	Konsulent	Region Syddanmark Syddansk Sundhedsinnovation
Hauge	Lene	Senior Clinical Adviser	Systematic A/S
Havbo	Tatiana	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Hedevang	Karina Hasager	Konsulent	MedCom
Heide	Tina Archard	Projektschef	TeleCare Nord
Heidtmann	Conny	Projektleder	SDU, RoboCluster
Hein	Michael	Administrerende direktør	CompuGroup Medical
Heinrich	Susanne	It-konsulent / projektleder	Region Syddanmark, Psykiatrien, Administrationen
Hellebek	Annemarie Hvidberg	Enhedschef	Region Hovedstaden, CSU/EKP
Hellstern-Hauerslev	Charlotte	Industry solutions and services Manager	Accenture
Henriksen	Hans Erik	Direktør	Healthcare DENMARK
Henriksen	Svend Holm	Chefkonsulent	Region Syddanmark, SDSI
Hernig	Steen Hernik	It-projektleder	National Sundheds It
Hiltmar	Jette	Projektleder	IBM
Hintze	Anne Elise	RIS/PACS-koordinator	Region Sjælland, Næstved Sygehus
Hjorth	Mads	It-arkitekt	National Sundheds-it
Hofmeister	Søren	Direktør	Viewcare
Holde	Marie Schelde	Projektleder	Rigsrevisionen
Holdt	Marianne	Sektionschef	Region Hovedstaden, CIMT
Holgaard	Tina		IT-Produkter. patientjournal produkter
Holm	Frans	Advisory Solution Architect	SAS Institute A/S
Horup	Ronnie	EPJ konsulent	Odense Universitetshospital
Hulbæk	Lars	Direktør	MedCom
Hvidberg	Jens	Chefkonsulent	National Sundheds-it
Hvolris	Claus Henrik	It-konsulent	Region Sjælland
Høegh	Ria Thaarup	Product Manager	CSC Scandihealth
Højberg	Lone	Konsulent	MedCom
Højen	Jens Godik	EPJ chef	Sundhedsministeriet Færøerne
Højen	Anne Randorff	Videnskabelig assistent	Aalborg Universitet
Højgaard	Hannah	Telemedicinsk konsulent	Grønlands Sundhedsvæsen
Højholt	Pernille Mejer	Projektleder	Region Nordjylland, Koncern IT
Højvang	Marie	Industry Marketing Manager	Systematic A/S
Høstgaard	Anna Marie Balling	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Høyer	Jacob	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Ibsen	Henrik	CEO	Silverbullet A/S
Illum	Peder	Konsulent	MedCom
Ingevold	Eva Bjørnhøj	Konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Isachsen	Claus	Specialkonsulent	Region Hovedstadens Center for IMT
Isaksen	Birgitte	Key Account Manager	Max Manus A/S
Jacobsen	Kim Walther	Lektor, it-vejleder	VIA University College Sygeplejerskeuddannelsen i Randers
Jacobsen	Mads Nyholm	Kontorchef	Rigsrevisionen
Jakobsen	Henriette	Chefkonsulent	Odense Kommune

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Jakobsen	Ann	Klinisk farmaceut	Region Nordjylland, Sygehusapoteket
Jart	Thyra	Business Line Manager, Telesundhed	KMD A/S
Jeberg	Kirsten Ann	Klinisk it-specialist	Region Hovedstaden, CIMT
Jensen	Jeanette	Konsulent	MedCom
Jensen	Per Veng	It- og datakonsulent	Region Hovedstaden
Jensen	Peter Munch	Specialkonsulent	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Jensen	Birgitte Krøyer	Klinisk it-konsulent	Hospitalenheden Vest
Jensen	Gitte Sønderby	It-konsulent	Region Syddanmark
Jensen	Lena Sundby	PA	Københavns Universitet
Jensen	Hanne Damgaard	It-konsulent	Region Midtjylland - Nære Sundhedstilbud
Jensen	Merete Hartun	Konsulent	MedCom
Jensen	Kim Wagner	Salgschef	Pallas Informatik A/S
Jensen	Sanne		Region Hovedstaden
Jensen	Bente Hjørnholm	KIT-ansvarlig/lægeseekretær	Hospitalsenheden Vest
Jensen	Bente	Forretningsudvikler	KMD A/S
Jensen	Mette	Projektkonsulent	RePro - DoIT
Jensen	Sine	Seniorrådgiver	Forbrugerrådet
Jensen	Rune Hagel Skaarup	Studentermødthjælp	Aalborg Universitet
Jensen	Jimmi	It-medarbejder	Aalborg Universitet
Jensen	Henrik Bjerregaard		MedCom
Jensen	Annika	It-systemtester	Afd. for Driftoptimering og IT
Jeppesen	Birgit Bækmann	Konsulent	Aarhus Kommune, Digitalisering, Sundhed og Omsorg
Jepsen	Alice Skaarup	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Jespersen	Henrik	Group Senior Vice President	Systematic A/S
Johannsen	Finn Elkjær	Overlæge, speciallæge i reumatologi	Furesø-reumatologerne/idrætsklinikken BBH
Johansen	Liselotte	Sundhedsfaglig koordinator	Assens Kommune
Johansson	Mikael		Strateg, Marknad & Kommunikation, Inera
Josefsen	Sofie	EPJ-konsulent	Departementet for Sundhed og Infrastruktur, Grønlands Selvstyre
Juel	Pia Reinhardt	Sekretær	MedCom
Juhl	Allan	Divisional Director Nordic Health Care	SAS Institute, A/S
Juul	Per	Salgschef	Atea A/S
Juul Andreasen	Henrik		Region Syddanmark
Jørgensen	Claus Bo	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Jørgensen	Jari Friis	CEO	Symmetric
Jørgensen	Susanne Tolstrup	EPJ-koordinator	Børne- og ungdomspsykiatri Kolding
Jørgensen	Pernille Feldt	Sygeplejerske	Hospitaleenheden Vest, ØNH-Holstebro
Jørgensen	Trine		Cambio
Jørgensen	Patrick	Studentermødthjælp	Aalborg Universitet
Jørgensen	Per Crüger	Release Manager	Region Syddanmark, DoIT
Kalsen	Christian		Cetrea
Kættenhøj	Lisbeth	Regional projektleder	Udenrigsministeriet, Invest in Denmark
Kayser	Lars	Lektor	Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab
Kelstrup	Louise		Capgemini
Kent	Annelise Kjølsest		Professionshøjskolen Metropol
Kerzel	Anders	Kundechef	KMD

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Kiil	Mette Holmkær	AC-fuldmægtig	Region Midtjylland /Psykiatri og Social
Kirkegaard	Peter	Direktør	CARE-CALL A/S
Kirkvåg	Pernille	Klinisk produktchef	Daintel
Kjeldgaard	Morten	Partner	Netplan
Kjeldsen	Gitte	Project Manager	MedTech Innovation Center
Kjelsgaard	Tommy	Kontorchef	Danske Regioner
Kjær	Mogens	Systemforvaltning	Region Syddanmark
Kjær-Jensen	Vibeke	Konsulent	Region Midtjylland, Kvalitet og Data
Kjærgård	Hanne Mie	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Kleinschmidt	Kent	Lægefaglig chefkonsulent	Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Klindt	Bjarne	It-stabschef	Region Sjælland
Klint	Claus	Direktør	IBM
Knudsen	Bente	It-projektmedarbejder	Fredericia Kommune, Pleje & Sundhed
Knudsen	Børge	Kontorchef, Kunder & Support	Region Midtjylland
Kofoed	Claus Wegener	It-chef	Region Nordjylland, Koncern IT
Kofoed	Lillian	Systemadministrator	Region Sjælland
Kohl	Bjarne	Partner	Epikon A/S
Kolbæk	Amalie Sofie	Sundhedsfaglig konsulent	CGI, Århus
Kold	Jan	Vice President	NNIT
Kolstad	Pia Rostock	Sundheds-it konsulent	Hospitalsenhed Midt
Kolte	Nikolaj	Kontorchef, It-udvikling	Region Midtjylland
Kopke	Pia	Vicedirektør	Region Hovedstaden, Center for It, Medico & Telefoni
Kragh	Annette Ravnholt		IT-Produkter patientjournal produkter
Kristensen	Jørgen Schøler	Lægefaglig direktør	Hospitalsenheden Horsens
Kristensen	Alice	Konsulent	MedCom
Kristensen	Annette	EPJ specialist	Psykiatrisk Center Sct. Hans
Kristensen	Dorte	Projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Margit	Konsulent	Region Midtjylland, P&S
Kristensen	Lena	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Kristensen	Simon Østergaard	Softwareudvikler	Sekoia Assisted Living
Kristensen	Poul Erik	Konsulent	KL
Kristiansen	Lisbeth Røhr	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Krog	Anna-Britt	Projektkoordinator	Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Krogh	Camilla	Konsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Krogh	Marie-Louise	Produktmanager	Odense Universitetshospital
Kromann	Linda	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Kvist	Annette	It-produktchef	Region Midtjylland
Kühnau	Allan	Testmanager	Region Syddanmark
Landgreen	Helle		KMD
Lang	Gert	Key Account Manager	Max Manus A/S
Lanty-Dall	Katrine	Farmaceut	Sundhedsstyrelsen
Larsen	Simon Bo	Senior projektleder	Alexandra Institutet A/S
Larsen	Rikke	It-konsulent	Esbjerg Kommune
Larsen	Tove Tobiesen	Projektleder	Roskilde og Køge Sygehuse
Larsen	Lars Bruun	Projektleder	DAK-E
Larsen	Jane Eis	Projektschef	Devoteam A/S

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Lassen	Dorthe Skou		MedCom
Lassen	Berit	Lægefaglig konsulent	DAK-E
Lauemøller	Flemming	It-chef	Psykatrien i Syddanmark
Lauridsen	Ilse D.	Klinisk it-koordinator	Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling
Laurien	Mette Halkier	Projektleder	Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg
Lauritzen	Peter	Program Manager	IBM
Laursen	Tina Neil	Lægeseekretær	Urinvejskirurgisk Afdeling
Laursen	Tine Ohm	Projektleder	National Sundheds-it
Lee	Anne	Seniorkonsulent	Syddansk Universitet, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning
Lehrmann	Tove	Enhedschef	Region Syddanmark
Lei	Anne Marie	Konsulent	Lægeforeningen
Leiding	Lars Østrup	It-arkitekt	National Sundheds-it
Leksø	Anne Kathrine	Adm. it-koordinator	Region Sjælland, NSR Sygehuse
Lerche	Steffen	Adm. direktør	Cambio Healthcare Systems A/S
Leth	Torben	CEO	Max Manus A/S
Levander	Mats		InterSystems
Lindegård	Simon	International konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Lindholm	Jan	Konsulent	Region Hovedstaden
Lindholm	Henrik		Cambio Healthcare
Lindstrøm	Mette	Teamleder Regionernes Sundheds-it	Danske Regioner
Lund	Else	Afsnitsleder	Hospitalsenhed Midt
Lundvald	Per	Technical Director, Product Development	Max Manus A/S
Lykke	Freddy	CEO	Cetrea A/S
Lyng	Charlotte Dorph	Projektleder	Lyngby-Taarbæk Kommune
Løhndorf	Anne Werner	Chef for web og kommunikation	sundhed.dk
Madsen	Helene Hølmkjær	It-medarbejder	Sygehus Lillebælt - Vejle
Madsen	Annette	Systemforvaltningschef	Region Hovedstaden, CIMT
Madsen	John Stoltze	Projektleder	CGI
Madsen	Michael Due	Konsulent, MBA	MedCom
Majland	Jeanne	Sektionsleder	Sundhedsstyrelsen
Mariegaard	Kerstin	Sygeplejerske, stabsfunktion	Sygehus Vendsyssel
Marinakis	Christianna	Informationsfarmaceut	Dansk Lægemiddel Information A/S
Mark	Esben Bolvig	Studentermehjælp	Aalborg Universitet
Markussen	Anni		Lakeside A/S
Matthiesen	Mie	Konsulent	MedCom
Matzen	Preben	Projektleder	Region Syddanmark
Melson	Flemming	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Mercado	Christian	Teamleder	Odense Universitetshospital, Sektionen for Regionale Projekter
Michaelsen	Charlotte	Fællesregional Systemadministrator FMK	Region Hovedstaden, CIMT
Mikkelsen	Jens Vammen	EPJ-koordinator	Aarhus Universitetshospital, MEA
Mikolajczyk	Zofia	Sygeplejerske	Amager Hospital, NetKOL
Mogensen	Christian Backer	Overlæge, lektor	Sygehus Sønderjylland, Akutcenter
Monberg	Ann-Catrine	Management Consultant Healthcare	NNIT
Mortensen	Peter	Business Development Director	SAS Institute
Mortensen	Pia	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Afd. for Driftsoptimering og IT

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Mortensen	Lena Bundgaard	Seniorkonsulent	Region Midtjylland, It
Mortensen	Mette Kristine Anna Svea	Konsulent	Region Hovedstaden, Center for It, Medico og Telefoni
Mortensen	Flemming Friis	Salgsdirektør	CSC Scandihealth A/S
Muldtofte	Lene Schilling	Teamkoordinator	Region Nordjylland
Mylund	Lone	Projektsats - TeleCare Nord	Region Nordjylland, Sundhed og sammenhæng
Mølbak	Kåre	Afdelingschef, overlæge, dr.med.	Statens Serum Institut
Møller	Jens Kjølsest	Professor, specialechef i Klinisk Mikrobiologi	Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
Mørk	Britta		Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling
Nasser	Allan	Projektleder	Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Neerup	Marianne	Daglig leder	Region Sjælland
Neess	Berit	Sundheds-it konsulent	Sundheds-IT
Newman	Stanton	Professor	City University London
Nicolajsen	Lisbeth Bisgaard	Konsulent	Region Midtjylland, Koncern HR, Organisation, Ledelse og Procesoptimering
Niebuhr	Uffe	Lægefaglig konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Nielsen	Annette Lyneborg	Chefkonsulent	Region Hovedstaden
Nielsen	Karina Skog	Chefkonsulent i NYBYG	Nyt Hospital Herlev
Nielsen	Mette Brøsted	It-projektleder	Esbjerg Kommune
Nielsen	Jørgen Aagren	Direktør	Dansk Lægemiddel Information
Nielsen	Annie Høgh	It-konsulent	Region Midtjylland - Nære Sundhedstilbud
Nielsen	Malene Nørby	Int. Marketing Manager	Healthcare DENMARK
Nielsen	Jesper	Projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Nielsen	Niels Henrik		Atea A/S
Nielsen	Sune Cordua	It-konsulent	Forsvaret
Nielsen	Tommy Mariager	Client Relation Executive	CSC Scandihealth A/S
Nielsen	Peter Lorentz	Partner	Devoteam
Nielsen	Ulla Emquist	Sektionschef	Region Hovedstaden, Center for It, Medico og Telefoni
Nielsen	Mathias Kragh	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Nielsen	Kurt	Klinikchef	Region Nordjylland, Psykiatrien, klinik nord
Nielsen	Per Hostrup	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Nielsen	Jakob Sylvest	Centerchef	Lyngby-Taarbæk Kommune
Nikolajsen	Ruben Skydstofte		Sygehus Lillebælt
Nilsson	Hanne	Klinisk it-konsulent	CIMT
Nilsson	Jakob	Project Manager	CGI Danmark
Niss	Karsten Ulrik	Studielektor	Aalborg Universitet
Noesgaard	Susanne	Projektleder	NSI
Nordgren	Håkan		InterSystems
Nøhr	Mette	Business Line Manager, KMD Care	KMD
Nøhr	Christian	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Nørgaard	Jens Rahbek	Seniorkonsulent	MedCom
Nørregaard	Henrik	It-datakonsulent	Region Hovedstaden
Okholm	Claus	Markedsudviklingschef, Sundhed	Microsoft
Okkels	Inge	Sygeplejerske og klinisk it-ansvarlig	Hospitalsenheden Vest, Herning
Olesen	Ulrik Kähler	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Olesen	Finn	Lektor, Phd	Aarhus Universitet
Olesen	Thomas Sonne	Partner	Lakeside A/S

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Olsen	Karen-Katrine	EPJ-konsulent	Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Olsen	Maria Hammer	EPJ-chef	Departementet for Sundhed og Infrastruktur, Grønland
Palm	Rune	Konsulent	Gribskov Kommune
Pape-Haugaard	Louise	Adjunkt	Aalborg Universitet, Depart. of Health Science and Technology
Pedersen	Ivan Lund	Seniorkonsulent	Sektor for National Sundhed It
Pedersen	Pernille Godballe	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pedersen	Sune	Product Manager	CARE-CALL A/S
Pedersen	Henrik Wind	It-konsulent	Region Midtjylland - Nære Sundhedstilbud
Pedersen	Vivi	Risk Manager	Sygehus Vendsyssel
Pedersen	Susanne Bjerglund	Klinisk it-ansvarlig, sygeplejerske	Hospitalsenheden Vest, Børneafdelingen, RH Herning
Pedersen	Helle		Region Sjælland, IT
Pedersen	Søren Thing	Solution Architect	CSC Scandihealth A/S
Pedersen	Lene		Viewcare
Pedersen	Martin Broch	Direktør	CGI
Persson	Ronnie	International Account Manager	Cetrea A/S
Petersen	Olav Bjørn	Overlæge, lektor	Aarhus Universitetshospital, Gynækologisk-Obstetrisk afd Y
Petersen	Morten Elbæk	Direktør	sundhed.dk
Petersen	Frank	Country Manager	Imatis AS
Petersen	Glenn	Partner	7n A/S
Petersen	Bjarke Thyregod	FMK-konsulent	Region Syddanmark, OUH, DOIT
Petersen	Terji	Deildarstjóri/Afdelingschef	Heilsumálaráðið/Sundhedsministeriet på Færøerne
Petersen	Anette	Udviklingschef	DLI
Petersen	Mads Willads	Enterprise Architect	Sundhedsstyrelsen
Petersen	Jan	Chefkonsulent	MedCom
Petersen	Erling	Programleder P-VIT	Region Syddanmark
Petersen	Lone Stub	Adjunkt	Aalborg Universitet, DaCHI
Petræus	Olga	Product Manager, KMD Care	KMD
Phanareth	Klaus	Formand	Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
Pilgaard	Dorthe	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pinstrup	Thomas Stadil	Sundheds-it chef	Regionshospitalet Randers
Poulsen	Johnny		Sekoia Assisted Living
Quottrup	Michael		Odense Universitetshospital
Raaschou	Jan	Teknisk projektleder	Region Syddanmark
Rannestad	Anund	Head of Innovation	Helse Stavanger HF
Rasmussen	Helen	Konsulent	TeleCare Nord
Rasmussen	Dorthe	Product Specialist	Imatis AS
Rasmussen	Henrik Prinds	Lægefaglig konsulent	DAK-E
Rasmussen	Anita	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital, Sundheds-it
Rasmussen	Jens Peder	Direktør	Systematic a/s
Rasmussen	Henrik Rosenberg	Senior Account Manager	Systematic
Ravn	Trine	Projektleder akuthjælp-app	Region Syddanmark
Ravn	Britta	Centerleder	Region Midtjylland, Center for Telemedicin
Rehfeld	Claus	Adm. Direktør	Rehfeld Partners
Reponen	Jarmo	MD, President	The Finish Society of Telemedicine
Riis	Vibeke	Projektkonsulent	Region Syddanmark, Regionale Projekter

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Riis	Jan	Partner	Lakeside A/S
Rindum	Judith Lørup	Faglig leder, chefkonsulent	Region Hovedstaden
Ring	Henrik	Snr. Information System Architect	CSC Scandihealth A/S
Ringbæk	Thomas	Overlæge	Hvidovre Hospital, NetKOL
Rise	Charlotte Skov	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland
Rizzato	Elisabeth	It-konsulent	Region Sjælland
Roelsgaard	Klaus	Overlæge	Region Midtjylland
Rohde	Mette	Leder Det Kommunale Sundhedsvæsen	Viborg Kommune
Rosenvang	Jakob Celandier	Løsningsarkitekt	Capgemini Sogeti
Rossen	Helle	Projektleder	Sygehus Lillebælt
Rudebeck	Helle	Sundhedsfaglig it-konsulent	Gentofte Kommune
Rytter	Anne Cederlund	Konsulent	Danske Regioner
Rønnedal	Birgitte Søgaard	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Salamon	Benjamin	Partner	Netplan
Sales	Emil	Konsulent	Danske Regioner, RSI
Sandvei	Marianne	Konsulent	Syddansk Universitet, CAST
Schack	Nina Charlotte	Telemedicinkonsulent	Region Syddanmark
Schmidt	Jette Mejdal	Projektleder	Region Syddanmark
Schrøder	Pernille	Projektleder	sundhed.dk
Schwarz	Ulla Skibdal	Systemadministrator	Fredericia Kommune
Schønnemann	Maria Hardt	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Serbian	Simon	Formand	Lægeforeningen
Simonsen	Ellen	Faglig konsulent	Trifork A/S
Simonsen	Vita Mølgaard	Business Analyst and Project Leader	CSC Scandihealth A/S
Skaftø	Henrik	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Skeem	Susanne Mølgaard	Projektleder	Region Nordjylland, Koncern IT
Skjalm	Lasse	Konsulent	Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Digitalisering
Skjoldborg	Winnie Ann	Service Delivery Manager	Region Syddanmark, Regional IT
Skov	Henning	Teknisk projektleder	Odense Universitetshospital, Afd. Driftoptimering og IT
Skovgaard	Nanna	Kontorchef	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Skovrup	Kirsten	Kontorchef	Aalborg Kommune, Ældre- og Handicapforvaltningen
Skytte	Jette Hede	Udviklingskonsulent	Viborg Kommune
Skyttehave	Thomas	It-specialist	Forsvaret
Skårhøj	Maj	Chefkonsulent	Cetrea A/S
Sloth	Carsten	Ledende overlæge	Næstved Sygehus, Radiologisk afdeling
Sneum	Eva Barbara	Udviklingssygeplejerske	Helsingør Kommune
Solmer	Jeppe	Teamleader E-health	Udenrigsministeriet, Invest in Denmark
Solvang	Ketil	Nordic HCIS Sales Specialist	Carestream
Sonne	Morten	Konsulent	Patientombuddet
Sonnichsen	Elisabeth	AC-fuldægtig	Sydvestjysk Sygehus
Spanggaard	Peter	Chefkonsulent	National Sundheds-it
Spicker	Annette	Managing Consultant	Capgemini Sogeti
Stamp	Lene	Konsulent	Cetrea
Stasiak	Tine	Konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Stokholm	Katrine	Seniorkonsulent	Danske Regioner

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Stolshøj	Morten	Large Account Manager	Delfi Technologies A/S
Svaneborg	Vilte	Industry Marketing Manager	Systematic A/S
Svendsen	Jane Sabroe	It-koordinator	Sygehus Lillebælt, It-afdeling
Særkjær	Svend	Afdelingschef	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sølvkjær	Martin	Sektionschef	Region Hovedstaden, CIMT
Søndberg	Marie-Louise Pagh	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital, NetKOL
Sørensen	Marianne Rex	Vicedirektør	Lægeforeningen
Sørensen	Mads Orehøj		IBM
Sørensen	Kim Brun	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Sørensen	Marianne	Fuldmægtig	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Sørensen	Jakob Fonager	Healthcare Consultant	CSC Scandihealth A/S
Sørensen	Uffe Ross	It-arkitekt	Region Hovedstaden, CIMT
Sørensen	Nanna Skovgaard	Konsulent	Region Midtjylland, Center for Telemedicin
Terp	Malene	Ph.d. studerende	Aalborg Universitetshospital - psykiatrien
Tesgaard	Carsten	Konsulentchef	7n A/S
Thiel	Lone Kaalund	Kontorchef	Region Nordjylland
Thielke	Mette	Senior Consultant Healthcare	CGI
Thomhav	Ophelia Dragenberg	Marketing Koordinator	Delfi Technologies A/S
Thomsen	Tina Kragh	It-projektleder	Region Syddanmark, Sygehus Lillebælt
Thomsen	Morten	Digitaliseringskonsulent	KL
Thomsen	Tina Hareskov	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Thomsen	Flemming Bent	Group Senior Vice President	Systematic A/S
Thomsen	Inge		Cambio Healthcare
Thomsen	Janus Laust	Direktør, lektor	Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E)
Thomsen	Lisbeth Risager	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Thorwid	Johan	Chief Product Officer	Cambio Healthcare Systems
Thrane	Louise	Informationsfarmaceut	medicin.dk
Thuesen	Hanne	It-konsulent	Region Syddanmark, Psykiatrien
Thuesen	Morten Lyhne	Chefkonsulent	Region Syddanmark
Thye	Michael	Kundeansvarlig	Region Midtjylland
Thyssen	Malte Harbou	Konsulent	Danske Regioner
Thøgersen	Mette	Product Manager	Region Syddanmark
Thøgersen	Marie Høgh	Leder	København Kommune
Toftlund	Palle		Cambio Healthcare
Tornbjerg	Kristina	Studentermødthjælp	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Torp	Peter Mikael	Læge	Region Sjælland, Psykiatrien
Torrild	Ole	Client Relationship Executive	CSC Scandihealth A/S
Toth	Michael	Director	Cerner
Tran	Maria	Program Coordinator	Cerner
Túgvustein	Naina	Vicedirektør	Landssygehuset
Tynan	Lone	Projektleder	Odense Universitetshospital, DOIT, Regionale Projekter
Uhre	Søren	AC-fuldmægtig	Region Syddanmark
Ulrik	Anne-Marie	Cheflæge	Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Vedel	Katrine	It-konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Vejlgaard	Lars	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Vestergaard-Madsen	Steen	Chefkonsulent	Region Midtjylland - Nære Sundhedstilbud

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Vigh	Christian	Country Sales Manager	Carestream
Vinding	Kristoffer Kofod	Forskningsassistent og projektleder eGastro	Herlev Hospital
Vingtoft	Søren	Ekstern lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Vinther	Niels	Chefkonsulent	KMD A/S
Voldstedlund	Marianne	Miba projektleder	Statens Serum Institut
Vridsgård	Katja	Kontorassistent	Psykiatrisk Center Sct. Hans
Wacker	Ken Deber	Konsulent	MedCom
Wanscher	Christina E.	International koordinator	Syddansk Sundhedsinnovation
Welzel	Andrea	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Wentzer	Helle	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Wessby	Ole Langvad	Direktør	Sekoia ApS
West	Peter		Region Syddanmark
Wieland	Henrik	Ass. Partner, Healthcare Sales Leader, Nordic	IBM
Willumsen	Sidsel	PhD-studerende	Aalborg Universitet
Windfeldt	Thea Boje	Innovationskonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Wisbøl	Pia	It-koordinator MI	Herlev Kommune
Wolf	Esben	Projektchef	Aarhus Kommune
Wulf	Birgitte	Business Manager	IBM
Wøldike	Anne Dorthe	Teamleder	Odense Universitetshospital, DoIT, regionale Projekter
Zakarias	Michael	Project Manager and Solution Architect	CGI Danmark A/S
Zielke	Ole	Projektleder	Hospitalsenheden Vest, Klinisk IT kontor
Ærbo	Lene	Programleder for Fælles Medicinkort	SSI, National Sundheds-it
Ølsgaard	Ghita	Faglig leder	CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

E-sundhedsobservatoriet

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

Stig Kjær Andersen

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

Pernille Bertelsen

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

Christian Nøhr

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

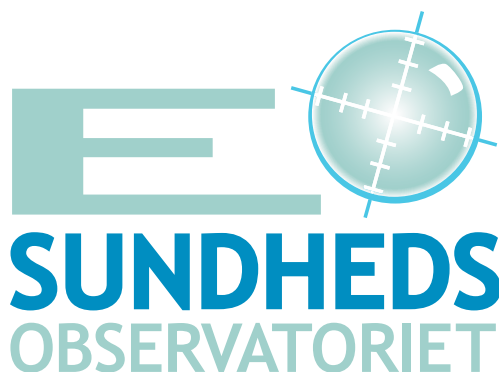
Marianne Sørensen

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

Søren Vingtoft

Ekstern lektor
soren@vingtoft.com

- ▶ NSI, chefkonsulent Martin Bagger Brandt
- ▶ Danske Regioner, chefrådgiver Mette Harbo
- ▶ KL, konsulent Poul Erik Kristensen
- ▶ MedCom, CEO Henrik Bjerregaard
- ▶ sundhed.dk, direktør Morten Elbæk Petersen
- ▶ Danske Patienter, direktør Morten Freil
- ▶ Lægeforeningen, formand for Lægeforeningens sundheds-it netværk, Simon Serbian
- ▶ DSR, konsulent Gunilla Svensmark
- ▶ Lægesekretærforeningen, formand Soile Friis
- ▶ DaCHI leverandørforum, formand Jacob Boye Hansen
- ▶ PL, Praksisleverandørernes forum, v/Michael Munk Jacobsen
- ▶ Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, formand Klaus Phanareth
- ▶ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren
- ▶ Dansk Selskab for Sygehusledelse
- ▶ Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- ▶ Center for IT Innovation, KU, direktør Finn Kensing
- ▶ Forbrugerrådet TÆNK, seniorrådgiver, Sine Jensen



E-sundhedsobservatoriet

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