SUNDHEDS OBSERVATORIUM

ÅRSKONFERENCE 2011

Fokusskift fra sygdom mod sundhed – e-sundhed som løftestang for fornyelse af sundhedsvæsenet

Apps til smartphone og trådløst log-in 2
Velkommen 3
Lokalefordeling 4
Programoversigt 5
Detaljeret program 6

Beskrivelser af oplæggene 9
Plenumsession 1: Konferenceåbning 10
Plenumsession 2: International experience with eHealth systems 12
Parallelsession A1, B1, C1, D1 13
Parallelsession A2, B2, C2, D2 30
Plenumsession 3: Nordic Observations 47
Plenumsession 4: Transforming the Healthcare Sector towards the Future by Individualized eHealth based on Integrated Care and Patient Empowerment 51
Parallelsession A3, B3, C3, D3 55
Plenumsession 5: Perspektiver for e-sundhedsfremtiden 71

Udstilleroversigt 72
Udstillerkatalog 75
Deltagerliste 98

Trådløst log-in:

Brugernavn: e-sundhed2011

Password: e-sundhed2011

Programmet som Apps til smartphones

Konferenceprogrammet findes nu også som Apps til iPhone/iPad, Android og Blackberry. Se: http://www.conference-compass.com/esundhed11/ 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 Apps'en kan du navigere i konferencens program og lave din egen personlige udgave. Du kan sortere efter tidspunkt, emne, oplægholder, eller ordstyrer, og planlægge hvad du vil lytte til og tilføje det til dit personlige program. Du kan også lave dine egne personlige noter, som du kan knytte til specifikke oplæg og leverandører og dele dem med dine kollegaer via Twitter, facebook og e-mail, hvis du har lyst til det. Med den interaktive lokaleplan ved du altid, hvor du skal være.

Kære konferencedeltager,

Sundhedsvæsenet er i dag under et stort og stigende pres – ikke blot i Danmark, men også i hele den vestlige verden. Der er en voksende forekomst af kroniske sygdomme med tilhørende komorbiditet, der i høj grad skal ses i relation til livsstil. Kronisk sygdom beslaglægger over 70% af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Der er store demografiske ændringer i vente. Borgere ønsker fortsat en lige adgang til behandling som et centralt element i den danske velfærdsmodel. Der er behov for større tilgængelighed, øget sammenhæng og høj kvalitet i sundhedsydelserne for det enkelte forløb i en tid, hvor økonomien er vigende. Situationen er kort sagt uholdbar, og det er nødvendigt med grundlæggende fornyelse af sundhedsvæsenet.

Der er behov for et mere borger- og patient-centrisk sundhedsvæsen end det, vi har i dag. Der er behov for en langt bedre forebyggelsesindsats og en mere effektiv adgang til og håndtering af relevante sundhedsydelser for den enkelte, samt at (it)-understøtte og effektivt facilitere borgeres og patienters egenomsorg og egenbehandling. Dette er efterhånden bredt anerkendt blandt politikere og fagfolk som indiskutabelt nødvendigt.

Dette vil kræve en fundamental transformation af vores nuværende sundhedsvæsen. Det store spørgsmål er: Hvordan?

Der er ikke enkle svar herpå, men e-sundhed anses som den enkeltfaktor, der er den væsentligste forudsætning for at kunne gennemføre en sådan fornyelse. E-sundhed, der er den danske oversættelse af e-Health, omfatter samspillet mellem patienter og udbydere af sundhedsydelser, udveksling af information, overførsel af data fra en institution til en anden, indbyrdes kommunikation mellem patienter eller mellem ansatte i sundhedsvæsenet. E-sundhed omfatter også informationsnetværk i sundhedssektoren, ledelsesinformation, elektroniske patientjournaler, telemedicintjenester og personlige "wearables" og bærbare kommunikationssystemer til at overvåge og hjælpe patienter.

E-sundhedsobservatoriets årskonference tilbyder at formidle 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 vil blive præsenteret, diskuteret og perspektiveret ved E-sundhedsobservatoriets årskonference.

Der har i år været en vækst i antal af indsendte forslag til oplæg (107 mod 78 i 2010). Denne vækst vidner om stor aktivitet inden for e-sundhedsfagfeltet og et ønske fra aktørernes side om at formidle disse aktiviteter til fagfæller. Vi er derfor glade for at have modtaget så mange forslag til præsentationer. 48 af de indsendte forslag er efter grundig overvejelse blevet udvalgt til oplæg (i 2010 var det 40). Vi har tilstræbt at rumme så mange oplæg som muligt indenfor de temaer og rammer, vi har haft at arbejde med.

Atter i år er der mulighed for at deltage i diskussionsforum og evaluering på hjemmesiden i tilknytning til de enkelte oplæg. Som noget nyt kan konferenceprogrammet også findes som Apps til smart phones som beskrevet andetsteds her i kataloget.

E-sundhedsobservatoriet ønsker jer en god 2011-konference.

LOKALEFORDELING

	Plenum Sal A-B-C			
PARALLELSESSIONER	**A1** SAL A Status for pejlemærkerne for sundheds-it	**B1** AUDITORIET sundhed.dk	**C1** SAL D-E Samarbejde mellem sektorer	**D1** SAL C Tværsektoriel forløbs-koordinering: Nye platforme og produkter
	A2 SAL A Nationale e-sundhedsinitiativer	**B2** AUDITORIET Patient Empowerment	**C2** SAL D-E E-sundhed i klinikken	**D2** SALON 30+31 Demo
	A3 SAL A Nationale e-sundhedsinitiativer	**B3** AUDITORIET Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter	**C3** SAL D-E E-sundhed i klinikken	**D3** SAL C Elektroniske tavler på akutafdelinger

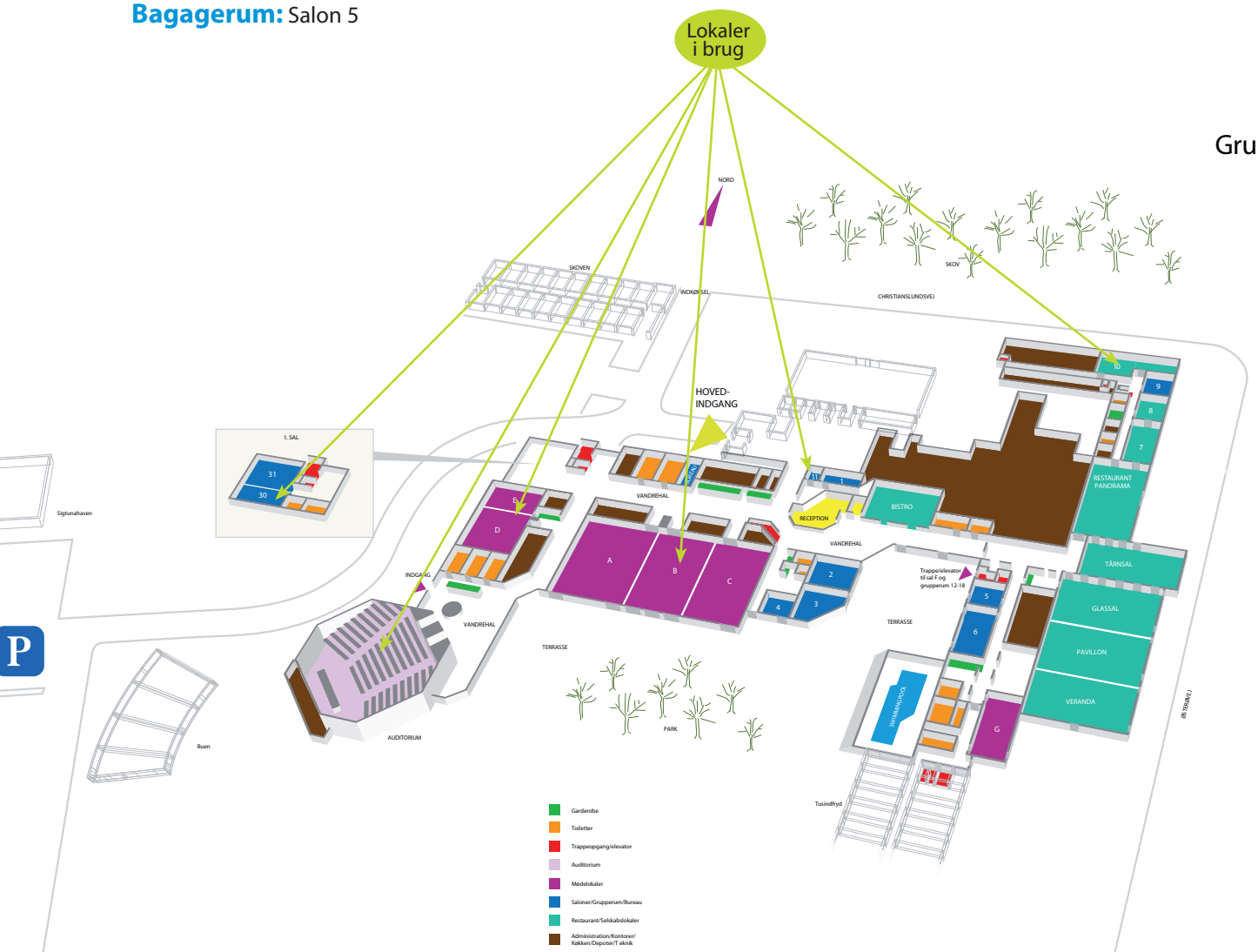
Konferencesekretariatet: Mødebureauet

Speakerroom: Salon 10

Møderum til fri afbenyttelse: Gruppe 11
- du kan reservere rummet på konferencesekretariatet

Bagagerum: Salon 5

Grundplan



Tirsdag den 11. oktober

9:30 — SAL A

Plenumsession 1: Konferenceåbning

Velkommen
lektor Stig Kjær Andersen, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

Regionernes fælles stræben efter at nå de udstukne pejlemærker
RSI-styregruppeformand og regionsdirektør Jens Andersen, Region Sjælland

E-sundhedsobservationer 2011
professor Christian Nøhr og ekstern lektor Søren Vingtoft, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

10:30 — **Kaffepause**

11:00 — SAL A

Plenumsession 2: International experience with eHealth systems

Presentation of VA's eHealth Strategy and the status and perspectives for VistA
by Steve Brown, MS, MD, Veterans Administration, USA

12:00 — **Frokost**

13:00

A1 — SAL A	B1 — AUDITORIET	C1 — SAL D-E	D1 — SAL C
Status for pejlemærkerne for sundheds-it	sundhed.dk	Samarbejde mellem sektorer	Tværsektoriel forløbs-koordinering: Nye platforme og produkter

14:30 — **Kaffepause**

15:00

A2 — SAL A	B2 — AUDITORIET	C2 — SAL D-E	D2 — SALON 30+31
Nationale e-sundhedsinitiativer	Patient Empowerment	E-sundhed i klinikken	Demo

16:30 — **Kaffepause**

17:00 — SAL A

Plenumsession 3: Nordic Observations

EHR-monitor: Implementation and Use of clinical IT-systems in Norway
Arild Faxvaag, M.D., Ph.D. and Leader of The Norwegian Centre for EHR Research, NTNU, Trondheim, Norge

Monitoring eHealth Implementations - case Finland
Hannele Hyppönen, Research Manager, Finnish National Institute for Health and Welfare

Findings and Reflections from a Swedish National Healthcare ICT Survey
Åke Waldius, Senior Researcher, School of Computer Science and Communication, KTH, Sweden

National Monitoring of Health Information Systems Implementation and Use in Denmark
Christian Nøhr, professor, Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

18:00 — **Første konferencedag slutter**

19:00 — **Festmiddag**

Onsdag den 12. oktober

9:00 — SAL A

Plenumsession 4: Transforming the Healthcare Sector towards the Future by Individualized eHealth based on Integrated Care and Patient Empowerment

Healthcare Challenges in the Basque Region and the next generation of Healthcare Management (tentative title)
sundhedsminister og regionschef Jesús Maria Fernández, Baskerlandet, Spanien

Impact of predictive model-directed end-of-life counseling for medicare beneficiaries
Adam Hobgood, MS, Center for Health Research, Healthways, USA

10:30 — **Kaffepause**

11:00

A3 — SAL A	B3 — AUDITORIET	C3 — SAL D-E	D3 — SAL C
Nationale e-sundhedsinitiativer	Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter	E-sundhed i klinikken	Elektroniske tavler på akutafdelinger

12:30 — **Frokost**

13:30 — SAL A

Plenumsession 5: Perspektiver for e-sundhedsfremtiden

E-sundhed i 2015 og 2020 - et bud på, hvad e-sundhed kan gøre for nationen, hvis vi tør
kundechef Ivan Lund Pedersen, NSI

Farvel og på gensyn
professor Christian Nøhr, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

14:30 — **Konferencen slutter**

TIRSDAG DEN 11. OKTOBER

9:30 **Plenumsession 1: Konferenceåbning**

Ordstyrer: Stig Kjær Andersen, E-sundhedsobservatoriet

Velkommen
lektor Stig Kjær Andersen, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

Regionernes fælles stræben efter at nå de udstukne pejlemærker
RSI-styregruppeformand og regionsdirektør Jens Andersen, Region Sjælland

E-sundhedsobservationer 2011
professor Christian Nøhr og ekstern lektor Søren Vingtoft, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

10:30 **Kaffepause**

11:00 **Plenumsession 2: International experience with eHealth systems**

Ordstyrer: Christian Nøhr, E-sundhedsobservatoriet

Presentation of VA's eHealth Strategy and the status and perspectives for VistA
by Steve Brown, MS, MD, Veterans Administration, USA

12:00 **Frokost**

13:00 **A1: Status for pejlemærkerne for sundheds-it** — SAL A

Ordstyrer: Kundechef Ivan Lund Pedersen, NSI

Overordnet status for pejlemærker for sundheds-it
sekretariatschef Heidi Forberg, Regionernes Sundheds-it

Status for pejlemærkerne for sundheds-it:
Den kliniske it-arbejdsplads
it-chef Jørn Sønderup Lodahl, Region Midtjylland

Status for pejlemærkerne for sundheds-it:
Optimering af sygehusdrift vha telemedicin
vicedirektør, dr.med. Torben Mogensen, Hvidovre Hospital

Status for pejlemærkerne for sundheds-it:
Patient empowerment
it-afdelingschef og RSI-styregruppemedlem Lise Marcher, Region Nordjylland

B1: sundhed.dk — AUDITORIET

Ordstyrer: bestyrelsesmedlem Lars Riber, Lægeforeningen udvalget for sundheds-it

sundhed.dk som national platform for patient empowerment
direktør Morten Elbæk Petersen, sundhed.dk

Patienthåndbogen – et redskab til patient empowerment
chefredaktør Torben V. Schroeder, Lægehåndbogen og Patienthåndbogen

Den aktive og engagerede patient som central part i samspil og medspil omkring egne data og viden
lægefaglig udviklingsrådgiver for sundhed.dk og almen medicinsk redaktør for Lægehåndbogen Finn Klamer

Hvad kan man bruge sundhed.dk til, og hvorledes skaber sundhed.dk merværdi for parterne bag portalen?
projektchef Glenn Leervad-Bjørn, sundhed.dk

14:30 **Kaffepause**

15:00 **A2: Nationale e-sundhedsinitiativer** — SAL A

Ordstyrer: Seniorkonsulent Kristoffer Lange, Danske Regioner

Hvor langt er Fælles Medicinkort fra at give effekt for patienterne?
projektleder Helle Balle, National Sundheds IT

Sundhedsjournalen og Nationalt Patient Indeks - to dele af en fælles løsning
projektleder Jens Hvidberg, National Sundheds IT
og seniorkonsulent Jens Rabæk Nørgaard, MedCom

National sundheds-it-infrastruktur – status og visioner
Enterprice arkitekt Esben Graven Poulsen, National Sundheds IT

18 mio. euro til forsøg med deling af patientresumé og recepter på tværs i Europa - hvad får Danmark og danskerne ud af det?
projektleder Anni Buhr, National Sundheds IT

B2: Patient Empowerment — AUDITORIET

Ordstyrer: Formand Soile Friis, Lægesekretærforeningen

Selvbetjening i sundhedsvæsenet - webbooking
sundhedssystemkoordinator Anette Mundbjerg, Hospitalsenheden Horsens

Sms-påmindelser til patienter. NemSMS – hvor svært kan det være?
specialkonsulent Jørgen Mikkelsen, Koncern IT, Region Hovedstaden

Lad patienterne hjælpe
sundhedspolitisk medarbejder Sine Jensen, Forbrugerrådet

Empowerment af patienter: patienter som sikkerhedsbarriere
specialkonsulent Kitta Lawton, Koncern IT, Region Hovedstaden

16:30 **Kaffepause**

17:00 **Plenumsession 3: Nordic Observations**

Ordstyrer: Søren Vingtoft, E-sundhedsobservatoriet

EHR-monitor: Implementation and Use of clinical IT-systems in Norway
Arild Faxvaag, M.D., Ph.D. and Leader of The Norwegian Centre for EHR Research, NTNU, Trondheim, Norge

Monitoring eHealth Implementations - case Finland
Hannele Hyppönen, Research Manager, Finnish National Institute for Health and Welfare

Findings and Reflections from a Swedish National Healthcare ICT Survey
Åke Waldius, Senior Researcher, School of Computer Science and Communication, KTH, Sweden

National Monitoring of Health Information Systems Implementation and Use in Denmark
Christian Nøhr, professor, Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

18:00 **Første konferencedag slutter**

19:00 **Festmiddag**

SAL A

SAL A

C1: Samarbejde mellem sektorer

SAL D-E

Ordstyrer: Konsulent Poul Erik Kristensen, KL

Slip borgeren løs på egne data!
direktør Jens Peder Rasmussen, Systematic A/S

Et it-system havde nok reddet min far
forfatter, journalist, WHO patientambassadør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed Jacob Egevang, EGEVANG

Rehabilitering skaber sammenhæng - et pilotprojekt mellem Region Syddanmark og Odense Kommune for patienter med en senhjerneskade
konsulent, projektleder Birgitte Cecilie Espensen, Hjerneskaderådgivningen

e-Sundhed i Danmark og Norge - tiltag, virkemidler og effekter
partner Kjell Arne Grøtting, Devoteam daVinci, Norge

D1: Tværsektoriel forløbskoordinering: Nye platforme og produkter

SAL C

Ordstyrer: CEO, Henrik Bjerregaard, MedCom

It-understøttelse af forløbsprogrammer: En foranalyse
it-arkitekt, specialkonsulent Anders Skovbo Christensen, Koncern IT, Region Hovedstaden

Shared Care Platform
Healthcare Industry Leader Henrik Wieland, IBM Danmark ApS

Digital sammenhæng og helhed for den kroniske patient
Solution Manager Henrik Povl Eriksen, CSC Scandihealth

Udfordringer i udveksling af data/information – KMD CareConnect som integrationsplatform ved tværsektorielt samarbejde omkring et patientforløb
afdelingschef Morten Fly, KMD, Integrationsservices til Sundhedssektoren

Active Healthcare Management - et paradigmeskifte fra helbredelse mod forebyggelser med patienten i centrum
Nordic Policy Automation & Master Data Management Sales Specialist Leif Rasmussen, ORACLE Denmark

C2: E-sundhed i klinikken

SAL D-E

Ordstyrer: Konsulent Gunilla Svensmark, DSR

Udvikling af et nyt it-system til styring af Region Hovedstadens kvalitetsdokumenter
læge, informatiker Knut Bernstein, MEDIQ

Beslutningsunderstøttelse i klinikken: digitale behandlingsprotokoller på intensivområdet
overlæge Jens Schiebeck, Intensivafdeling V, Odense Universitetshospital

Animering af arbejdsprocesser som middel til optimering af procesflow
Principal Krister Svanberg, Capgemini Sverige

It-nødadgang til vitale patientdata i Region Hovedstaden
projektleder Susanne Munck, Projektafdelingen, Koncern IT, Region Hovedstaden

D2: Demo

SALON 30+31

Ordstyrer: Formand Klaus Phanareth, Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin

Gør din journal endnu mere struktureret
MD Carina Zetterberg, Obstetrics and Gynaecology, Örebro Universitetshospital

Health Information Exchange and Shared Care Demo
senior it-arkitekt Jesper Vejs, IBM Danmark

Columna – anvendelse af journaldata til klinisk forskning, ledelsesinformation og kommunikation med andre sektorer
Senior Clinical Advisor Pia Wichman Madsen, Systematic

Critical Information System, CIS by Daintel, til intensiv og anæstesi
overlæge Torben Steensgaard Andersen, Intensivafdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle

Integration til FMK - en løsning designet med vægt på brugervenlighed, sikkerhed og kliniske arbejdsgange
sundhedsfaglig konsulent Charlotte Hellstern-Hauerslev, IBM Healthcare

SAL A

9:00

Plenumsession 4: Transforming the Healthcare Sector towards the Future by Individualized eHealth based on Integrated Care and Patient Empowerment

SAL A

Ordstyrer: Søren Vingtoft, E-sundhedsobservatoriet

Healthcare Challenges in the Basque Region and the next generation of Healthcare Management (tentative title)
sundhedsminister og regionschef Jesús Maria Fernández, Baskerlandet, Spanien

Impact of predictive model-directed end-of-life counseling for medicare beneficiaries
Adam Hobgood, MS, Center for Health Research, Healthways, USA

10:30 **Kaffepause**

11:00

A3: Nationale e-sundhedsinitiativer

SAL A

Ordstyrer: Næstformand Kenneth Seerup Jørgensen, Dansk Selskab for Sygehusledelse

Effektiv SystemAdgang fra tanke over pilotafprøvning til implementering
projektleder Pia Daugbjerg,
Koncern IT, Region Hovedstaden

Den lykkelige kliniker - hurtig adgang og overblik
it-chef Martin Sølvkjær, Bispebjerg Hospital

E-kommunikation understøtter sundhedsaftaler 2011 - 2014
projektkonsulent Dorthe Skou Lassen,
Kommuneprojekter, MedCom

VistA - den grimme ælling: Erfaringer og brugeroplevelser med et udenlandsk patientsystem
konsulent Jari Friis Jørgensen, Symmetric Consulting

B3: Brugerperspektiver på e-sundhedsprojekter

AUDITORIET

Ordstyrer: Direktør Finn Kensing, Center for IT-Innovation KU

Selvbetjening til kronikerne - kan de? vil de?
projektleder Søren Thaulow, Region Sjælland

Hvilke udfordringer står man overfor, når man skal udskifte et EPJ-system, som har fungeret tilfredsstillende i mange år, med et nyt EPJ-system?
projektleder Lone Tynan, Afdeling for Driftoptimering og IT, Odense Universitetshopital og Svendborg Sygehus

Klinikernes visioner om fremtidens mobile device - via en brugerinddragende rapid prototyping proces
innovationskonsulent Mads Stampe Frederiksen,
Center for Sundhedsinnovation, Region Hovedstaden

Ni ting, du ikke vil have i din brugerflade
ph.d.-studerende Gert Galster, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

C3: E-sundhed i klinikken

SAL D-E

Ordstyrer: Formand Pia Elberg, Dansk Selskab for Medicisk Informatik

Udarbejdelse af fælles standardplaner for praktiserende reumatologiske speciallæger i Danmark
praktiserende speciallæge i reumatologi
Finn Johansen, Furesø reumatologerne

Skræddersyet forebyggelse og behandling forudsætter velfungerende netværk af forskningsbiobanker
it-arktikekt Jan Milter Ehlers, Logica Danmark A/S

Det Lærende Hospital – om læringspotentialer, organisationsudvikling, brugersupport og it-stewards i Region Nordjylland
ph.d.-studerende Lone Stub Petersen,
Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

Hvordan regionen kan understøtte implementering af nye it-værktøjer hos de praktiserende læger
projektleder Tove Charlotte Nielsen,
Region Syddanmark, Sundhed

D3: Elektroniske tavler på akutafdelinger

SAL C

Ordstyrer: Jacob Boye Hansen, formand for CHI-Leverandørforum

Effekten af elektroniske overblikstavler på akutafdelinger
lektor Morten Hertzum, Roskilde Universitet

Kvalitet og overblik i forbindelse med visitation af Region Sjællands skadepatienter
ledende oversygeplejerske Poul Mossin,
Akutafdelingen, Køge Sygehus, Region Sjælland

Integration mellem præhospitaljournal, overblik- og logistiktavler samt den elektroniske patientjournal - nu i drift
afdelingssygeplejerske Tina Futterup, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Region Nordjylland

Patientflow-system til understøttelse af patientforløbet på hospitalet
Project Manager Gitte Kjeldsen, MedTech Innovation Center

12:30 **Frokost**

13:30

Plenumsession 5: Perspektiver for e-sundhedsfremtiden

SAL A

Ordstyrer: Pernille Bertelsen, E-sundhedsobservatoriet

E-sundhed i 2015 og 2020 - et bud på, hvad e-sundhed kan gøre for nationen, hvis vi tør
kundechef Ivan Lund Pedersen, NSI

Farvel og på gensyn
professor Christian Nøhr, Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet

14:30 **Konferencen slutter**

I lighed med sidste år har E-sundhedsobservatoriet bedt aktive sundhedsinformatikaktører om at indsende skriftlige forslag til oplæg på konferencens parallelsessioner. Vi fik i maj måned 107 forslag, som vi vil benytte lejligheden til at takke for. Efter en grundig gennemgang af dem alle, udvalgte vi de 48, der er plads til på konferencen. Disse forslag udfylder nu rammerne for de temaer, vi sammen med referencegruppen skitserede på et møde i foråret som relevante for årets konference. I nærværende publikation har vi samlet de indsendte og u-redigerede beskrivelser af oplæggene, dels i erkendelse af det talte ords flygtighed, og dels som en faglig guide, så man har et bedre grundlag til at vælge, hvilke præsentationer man vil følge.

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

På www.e-sundhedsobservatoriet.dk/program har du mulighed for at evaluere de enkelte oplæg samt finde slides fra oplægget umiddelbart efter, at det er afholdt. På samme hjemmeside kan du også stille supplerende spørgsmål og komme med dine egne kommentarer og erfaringer til oplægget, og således indgå i en gensidig erfaringsudveksling med oplægsholderen og andre, der er fagligt interesseret i emnet.

Vi håber, at du vil benytte dig af denne mulighed, og at vi dermed kan igangsætte nogle interessante faglige debatter og understøtte erfaringsudvekslingen på konferencen.

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

God læselyst!
E-sundhedsobservatoriet 2011

Regionernes fælles stræben efter at nå de udstukne pejlemærker

Oplægsholder:
Jens Andersen, Region Sjælland, <ja@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1: Regionerne er trukket i arbejdstøjet
2: Vi er nået langt på kort tid
3: Men arbejdet er ikke gjort med 24 pejlemærker

Beskrivelse:

Regionerne er trukket i arbejdstøjet

RSI blev etableret i foråret 2010, hvor de strategiske linjer blev lagt og de 24 pejlemærker blev lanceret. Siden da har regionerne i et tæt samarbejde påtaget sig ansvaret for at følge op på pejlemærkerne. Det er konkret udmøntet ved, at regionerne har søsat en lang række projekter, som skal medvirke til at løfte sundheds-it på de danske hospitaler. Alle projekter er forankret i regionernes eksisterende organisationer tæt på de forretningsmæssige behov.

RSI er med andre ord gået fra skrivebordet og har nu trukket i arbejdstøjet. Det er en ny fase, som tester robusthed i det regionale samarbejde, og hvor det vil blive nødvendigt at foretage svære prioriteringer på tværs af regionerne. Det er også en fase, hvor der gøres erfaringer og betales lærepenge, som vil indebære, at elementer i RSI-samarbejdet skal justeres, sådan at de ambitiøse mål fortsat kan indfris.

Vi er nået langt på kort tid

Regionerne har i RSI-samarbejdet haft fokus på at nå i mål med pejlemærkerne til tiden. Dette for at skabe troværdighed omkring regionernes fælles commitment til opgaven.

På nuværende tidspunkt er 11 pejlemærker gennemført som planlagt og kun et er forsinket.

Men arbejdet er ikke gjort med de 24 pejlemærker

Regionerne har taget et klart ansvar for at konsolidere, drive og udvikle sundheds-it på hospitalerne. Med RSI har regionerne samtidig vist, at vi agter at løfte dette ansvar via et tæt og forpligtende samarbejde.

Arbejdet er dog ikke gjort med de 24 pejlemærker. Der vil fortsat være et stort forbedringspotentiale for sundheds-it på hospitalerne, når pejlemærkerne er gennemført. Derfor vil det fremover lægge RSI på sinde, at dette forbedringspotentiale realiseres til gavn for patienter og sundhedspersonale.

Målet er ikke nået med de 24 pejlemærker: Der skal sættes nye pejlemærker for 2014 og frem. Det er afgørende, at de nye pejlemærker formuleres med udgangspunkt i hospitalernes forretningsmæssige behov.

I det fremadrettede arbejde skal regionerne og RSI fortsat medvirketil at it-understøtte de tværsektorielle sammenhænge i sundhedsvæsnet. Den indsats skal naturligvis ske i et tæt samarbejde sundhedsvæsenets øvrige aktører, herunder fagorganisationer, stat og kommuner dog med respekt for, at staten har et særligt ansvar for tværsektoriel sundheds-it.

E-sundhedsobservationer 2011

Oplægsholder:
Christian Nøhr, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet, <cn@plan.aau.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Søren vingtoft, Aalborg Universitiet, <soren@vingtoft.com>

Hovedbudskaber:

1: Hvordan forholder klinikerne sig til udviklingen og brugen af sundheds-it-systemer?
2: Hvordan kan man karakterisere e-sundhedsinnovationsmiljøet i Danmark?
3: Hvordan får vi en strategisk strømpil for behovsdrevet e-sundhedsudvikling i Danmark?

Beskrivelse:
For andet år har E-sundhedsobservatoriet gennem en spørgeskemaundersøgelse til et udsnit af klinikere kortlagt anvendelsen af sundheds-it-systemer i Danmark. I år har vi også inkluderet lægesekretærerne, da de udgør en væsentlig del af brugerne af sundheds-it-systemer.

Undersøgelsen udforsker klinikernes anvendelse af it-systemet: antallet af log-ins i løbet af en arbejdsdag, antal brugernavne og passwords, hvor lang tid de bruger hver med computeren, hvilke sundheds-it-systemer de bruger, og hvor ofte de bruger dem. For at kunne give input til strategisk 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 holdning til udviklingen og virkningerne af sundheds-informationssystemer på en fem-punkts skala.

I dette oplæg vil vi udelukkende fokusere på den sidste del af undersøgelsen: klinikernes holdninger til den udvikling de er en del af. Sidste års opgørelse viste en forskel mellem de enkelte regioner, så det vil blive interessant at se, hvad dette års analyse vil vise. Undersøgelsen vil indeholde det helt opdaterede billede, idet den løber næsten helt frem til konferencen.

Den anden halvdel af de observationer, der er foretaget i året, har fokus på e-sundhedsinnovation. Med øget forekomst af kroniske sygdomme, voksende ældrebefolkning og vigende økonomi er sundhedsvæsenet underlagt et accelererende pres, der stiller krav til øget effektivitet. Det er tvivlsomt, om klassiske driftsoptimeringer alene kan gøre det på den lidt længere bane. Det er E-sundhedsobservatoriets opfattelse, at disse udfordringer kræver behovsdrevet innovation med en tilhørende evne til at omsætte innovation til driftsløsninger i et omfang, der ikke er set tidligere i sundhedsvæsenet. Et interessant bud på håndteringen af denne problemstilling ses i det disruptive innovationsparadigme[i] [ii], som har inspireret E-sundhedsobservatoriet til at igangsætte udviklingen af et "e-sundheds-innovationsmeter", der karakteriserer og kvantificerer innovationsomfanget iblandt de 107 indsendte forslag til oplæg på denne årskonference. Dette vil blive præsenteret på konferencen.

---

[i] Christensen C.C., Grossman J.H., Hwang, J: ”The Innovator’s Prescription: A Disruptive Solution for Health Care”, McGraw-Hill 2009

[ii] Christensen, C,C.: ”The Innovator’s Dilemma”, Harvard Business School Press 2005

Presentation of VA's eHealth Strategy and the status and perspectives for VistA

Oplægsholder:
Steve Brown, MS, MD, Veterans Administration, USA

Abstract:
The United States Department of Veterans Affairs (VA) operates one of the country's largest health care systems with 152 hospitals, over 1000 outpatient facilities and six million active patients. VistA, VA's comprehensive nationwide electronic health record system supports operations nationwide and has proven a transformational asset. Dr. Brown will provide a historical overview and current status of the VistA EHR system, review VA's personal health record known as MyHealtheVet, and describe several important VA health information sharing activities. Finally, three important new for VA electronic health record initiatives will be discussed.

Overordnet status for pejlemærkerne for sundheds-it

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

Hovedbudskaber:

1: Vi er nået langt på kort tid
2: Vi er åbne omkring fremdrift
3: Vi hviler ikke på laurbærrene: Nye mål skal sættes

Beskrivelse:

Vi er nået langt på kort tid

Regionerne har i RSI-samarbejdet haft fokus på at nå i mål med pejlemærkerne til tiden. Dette for at skabe troværdighed omkring regionernes fælles commitment til opgaven.

Indtil nu har vi nået deadlines, og vi er også kommet ganske langt: På nuværende tidspunkt er 11 ud af 24 pejlemærker gennemført. Eksempler herpå er Patienthåndbogen, e-journal til både klinikere og borgere og strategier for telemedicin og patient empowerment.

Derudover har vi etableret en governancestruktur, som inkluderer hvordan vi organiserer, styrer og finansierer vores projekter. Vi har etableret porteføljestyring og vi er i gang med at finde frem til en god model for drift og videreudvikling af vores fælles løsninger.

Vi er åbne omkring fremdrift

Regionerne er åbne om fremdriften på pejlemærkerne: På www.regioner.dk/rsi er der en opdateret status for alle pejlemærker samt de øvrige fællesregionale projekter, der er sat i gang. RSI's styregruppe mødes månedligt for at sikre, at projekterne har den fornødne fremdrift.

Vi er forsinket med pejlemærket "Regionerne vil gennemføre et storskalaprojekt vedr. it-understøttelse af en udvalgt kronikergruppe". Der har været flere alternativer til at løse pejlemærket, og valget er faldet på Region Nordjyllands storstilede projekt, der omfatter 2.000 KOL-patienter og samtlige kommuner, sygehuse og lægepraksis i regionen. Når projektet er succesfuldt implementeret i regionen, vil det blive overført til de øvrige regioner.

Vi hviler ikke på laurbærrene: Nye mål skal sættes

Regionerne har fortsat 13 pejlemærker, der skal følges til dørs lige så ansvarsfuldt som de første 11.

I regionerne er vi dog bevidste om, at arbejdet ikke er gjort med 24 pejlemærker. Det betyder, at vi skal sætte nye pejlemærker for 2014 og frem. Det er afgørende, at de nye pejlemærker formuleres med udgangspunkt i hospitalernes forretningsmæssige behov.

Status for pejlemærkerne for sundheds-it: Den kliniske it-arbejdsplads

Oplægsholder:
Jørn Lodahl, Region Midjylland, <joern.lodahl@stab.rm.dk>

Hovedbudskaber:

1: En strategi for en konsolidering af elektronisk patient journal i Region Midtjylland, herunder den politiske og administrative del.
2: En handlingsplan for udrulningen af den elektroniske patient journal i Region Midtjylland, herunder de organisatoriske, finansieringsmuligheder og tekniske barrierer.
3: En fælles elektronisk patient journal for regionen og den kliniske it arbejdsplads.

Beskrivelse:
Oplægget vil indeholde en præsentation af hovedelementerne i regionens strategi for sundheds it og hvordan sammenhænget er mellem den nationale strategi til den regionale strategi på området. Oplægget vil herudover indeholde hvilke tiltag og initiativer der er foretaget i tæt samarbejde mellem flere afdelinger og hospitaler til en fælles konsolideringsstrategi for den elektroniske patient journal i Region Midtjylland samt hvorledes udrulningsplanerne kan gennemføres på et enkelt år.

Der er fokus på såvel organisation, strukturer og arbejdsgange og ikke mindst hvorledes en succesfuld implementering på et testhospital kan videreføres i en rullende aggressiv plan for en samlet konsolidering samt, at der samtidig arbejdes med fokus på udvikling og tiltag til den kliniske arbejdsplads. Der vil i oplægget blive lagt vægt på de forskellige forhold der er i en implementeringsfase.

Status for pejlemærkerne for sundheds-it: Optimering af sygehusdrift vha telemedicin

Oplægsholder:
Torben Mogensen, Hvidovre Hospital, <torben.mogensen@hvh.regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Telemedicin skal bruges over en bred front for at gøre det lettere for vores medarbejdere
2: Telemedicin er ikke nogen nem løsning
3: Telemedicin kræver store ændringer af vores organisationer

Beskrivelse:
Regionernes Sundheds-it (RSI) har opstillet et pejlemærke vedr. "Regionerne udarbejder en strategi for, hvordan telemedicinske løsninger skal optimere hospitalsdriften". Pejlemærket havde dead-line i foråret 2011, hvorefter den blev godkendt af RSI's styregruppe og af Danske Regioners bestyrelse.

Oplægget vil beskrive de 5 hovedområder med i alt 24 anbefalinger, som den fællesregionale telemedicinstrategi peger på. Det vil fremgå, at telemedicin både er en organisatorisk og teknisk udfordring. Hvis telemedicin skal implementeres kræver det, at tankegangen hos både IT-folk og det kliniske personale ændres. Der er ikke nogen snuptagsløsninger. Kravet om, at telemedicin skal medføre øget effektivitet, vil forstærke presset på organisationsændringer.

Omvendt er der ingen tvivl om, at telemedicin vil kunne bidrage betydeligt til samarbejde både internationalt og nationalt, så patienterne opnår bedre patientforløb og højere kvalitet. Faren ligger i, at telemedicin vil øge omkostningerne og serviceniveauet uden at effektivisere driften. Det kan medføre, at patienterne opnår større tilfredshed men at det ikke medføre større sundhed i samfundet.

Ovenstående problemstillinger vil blive diskuteret med udgangspunkt i de drøftelser, der har været omkring storskalaprojekt vedrørende KOL. Men også områder som præhospitalsbrug, samarbejde med udlandet, telemedicin i psykiatri vil blive berørt i oplægget.

Status for pejlemærkerne for sundheds-it - patient empowerment

Oplægsholder:
Lise Marcher, Region Nordjylland, <lise.marcher@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1: It-understøttelse af Patient Empowerment – en strategi for it som redskab til at forbedre patienters mestring af egen sygdom
2: Fra forskningsprojekt til "real life". Hovedelementerne i det nordjyske kronikerfuldskalaprojekt, som løfter hjemmemonitorering fra forskningsprojekt til implementering i normal drift
3: Fra skåltale til handling. Hvorfor et nordjysk projekt bliver en national samarbejdsøvelse og foregangsprojekt nationalt og internationalt

Beskrivelse:
Regionernes Sundheds-it (RSI) har opstillet et pejlemærke vedr. "De fem regioner vil udarbejde en fælles strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser". Pejlemærket havde dead-line i foråret 2011, hvorefter den er blevet godkendt af RSI's styregruppe og af Danske Regioners bestyrelse

Oplægget vil indeholde en præsentation af hovedelementerne i den fællesregionale strategi for Patient Empowerment, og hvordan it-understøttet samarbejde på tværs af sektorer bidrager til patient empowerment.

Strategien vil blive eksemplificeret ved en præsentation af hovedelementerne i det nordjyske fuldskalakronikerprojekt, som handler om at genskabe resultater fra forskningsprojektet Telekat i normal arbejdsmæssig kontekst. Projektet er et fuldskalaprojekt, som omfatter 2.000 patienter samt alle kommuner, sygehuse og lægepraksis i Nordjylland. Projektet er foregangsprojekt, og adskiller sig fra andre projekter på området, både nationalt og internationalt, ved at efterprøve effekter fra et lille projekt i fuld skala og drift.

Fokus er på strukturer og arbejdsgange blandt aktørerne omkring den kroniske patient, og hvordan it kan tilbyde nye muligheder for tværsektorielt samarbejde og inddragelse af patienter med det formål at øge patient empowerment.

Oplægget vil desuden adressere, hvorfor et nordjysk initiativ nødvendiggør bredt samarbejde, ikke blot på tværs af sektorer, men også med en lang række nationale og tværregionale instanser og institutioner, og hvilke problemstillinger der er i dette.

sundhed.dk som national platform for patient empowerment

Oplægsholder:
Morten Elbæk Petersen, sundhed.dk, <mep@sundhed.dk>

Hovedbudskaber:

1: sundhed.dk udgør et unikt afsæt for patient empowerment på nationalt niveau
2: sundhed.dk- afsættet skal suppleres med sundhedsfaglig parathed og fokus på patienthåndbogen
3: sundhed.dk-afsættet skal suppleres med funktionalitet, der skaber engagement og medforfatterskab hos kronikere og andre relevante patientgrupper

Beskrivelse:
sundhed.dk udgør et unikt afsæt for patient empowement i Danmark. Sundhed.dk tilbyder således en række funktionaliteter og løsninger som med en generisk log-on løsning giver alle mulighed for at se egne personaliserede data såsom e-journal, egne sygehusbehandlinger, medicinprofilen og en række andre løsninger. Disse løsninger kan bruges i sammenhæng med det indhold og den information, som skaber gennemsigtighed i form af data, sundhedstilbudenes beliggenhed, tilgængelighed, kvalitet, ventetid, patienttilfredshed mv. Disse muligheder har givet til stadighed øget trafik og i 2010 og 2011 et øget antal der logger sig ind og ser egne data. En væsentlig forbedring af patientens mulighed for at forberede sit møde med sundhedsvæsnet fås ved introduktionen af den fælles patient- og lægehåndbog med nationale cetificerede informationer for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Herved er taget endnu et skridt i en retning, hvor sundhed.dk vil ændres fra at være afsenderorienteret til at være et engagerende værktøj, hvor patienterne selv tilføjer værdi og indgår i sammenhænge med behandlere og andre ligesindede patienter i eksempelvis patientnetværkene på sundhed.dk, som nu er øget i antal. Der skal således etableres muligheder og løsninger, hvor brugerne selv bidrager med observationer og data.

Information og tjenester sparer fysiske konsultationer, fordi interenettet ofte er første stop, når patienterne bliver opmærksomme på et problem. Patienterne sparer tid i forløbet via udveksling af data, og personlige data bruges reelt af borgerne til at indgå i samarbejde. Tidligere tiders frygt for at kun kritiske patienter ville bruge adgangen til egne data er gjort til skamme, og mange finder i journalnoterne information, som de har glemt eller er kommet i tvivl om.

De sundhedsfaglige skal i højere grad udnytte, at man har det samme skærmbillede og de samme kliniske oplysninger fra journalerne, som patienterne har. Herved kommer vi længst muligt i bestræbelserne på at frisætte patienternes egne ressourcer og derved aflaste sundhedsvæsnet mest muligt.

Patienthåndbogen – et redskab til patient empowerment

Oplægsholder:
Torben V. Schroeder, Chefredaktør, professor, overlæge, dr. med., Lægehåndbogen og Patienthåndbogen , <tvs@dadlnet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Birgitte Lolan Ravn, Lægehåndbogen/Patienthåndbogen, Lægeforeningen, <blr@dadl.dk>

Hovedbudskaber:

1: Patienthåndbogen tilbyder borgerne troværdig og let tilgængelig information om sundhed og sygdom.
2: Patienthåndbogen understøtter borgernes egenomsorg – herunder hensigtsmæssig lægesøgning.
3: Sammen med Lægehåndbogen sikrer Patienthåndbogen et fælles informationsgrundlag lægen og borgeren imellem.

Beskrivelse:
Patienthåndbogen udgør den borgerrettede del af Lægehåndbogen og er et online, gratis, ikke-reklamefinansieret opslagsværk om sundhed og sygdom. Lægehåndbogen er målrettet alle landets praktiserende læger og deres patienter, og Patienthåndbogen er målrettet patienter og borgere, der har brug for troværdig viden om sundhed og sygdom både i forhold til symptomer, diagnoser, undersøgelser, behandling og forebyggelse.

Det er Danske Regioner og de fem regioner, der ejer både Patienthåndbogen og Lægehåndbogen, begge opslagsværker er tilgængelige via Den fælles offentlige sundhedsportal – www.sundhed.dk (http://www.sundhed.dk/) . Danske Regioner indgik i april 2008 en aftale med Norsk Helseinformatik (NHI) om retten til at oversætte og tilpasse indholdet fra Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) til danske forhold. Selve tilpasningen og opdateringen er gennemført af en lægefaglig redaktion med over 60 sundhedsfaglige redaktører, nedsat af Lægeforeningen.

Lægehåndbogen blev færdig den 1. april 2011 og indeholder ca. 6000 artikler og 2000 illustrationer. Ca. halvdelen af indholdet i Lægehåndbogen er målrettet borgere, og de borgerrettede artikler er dermed også gjort tilgængelige i egen brugergrænseflade den 1. september 2011 i Patienthåndbogen.

Motivation
Allerede tidligt i Lægehåndbogens etableringsforløb blev det bl.a. på baggrund af brugerundersøgelser klargjort, at borgerne kunne have vanskeligt ved at orientere sig i indholdet i Lægehåndbogen og finde den information, som var målrettet dem. Dette skyldes, at Lægehåndbogens primære målgruppe er alle landets praktiserende læger, hvor struktur og præsentation primært henvender sig til personer med sundhedsfaglig baggrund. Med afsæt i ovenstående valgte Danske Regioner, at der skulle etableres en brugergrænseflade målrettet borgerne, så det blev nemmere for borgerne at finde den ønskede information om både sundhed og sygdom.

Etableringen af Patienthåndbogen er således et pejlemærke – der skal bidrage til og støtte borgerne i at være aktive patienter og engagerede brugere af sundhedsydelser. Der er tale om et informationstilbud, der giver den enkelte borger mulighed for at få viden, der støtter varetagelsen af eget helbred og sygdomsmestring – patient empowerment. Samtidig er der givet en service og et redskab, som giver almen praksis og dets patienter et fælles informationsgrundlag, der bygger på troværdig viden af høj faglig kvalitet.

Oplægget
Oplægget om Patienthåndbogen vil tage afsæt i den redaktionelle procedure, der har været forbundet med at etablere både Patienthåndbogen og Lægehåndbogen. Det beskrives, hvordan processen er blevet styret – både i forhold til den danske tilpasning og den igangværende og løbende opdatering, samt hvilke sundhedsfaglige krav og retningslinjer, der har været – og er – styrende for det redaktionelle arbejde. Ligeledes vil det blive gennemgået, hvordan Patienthåndbogen anvendes af brugerne samt den brugerfeedback, der indtil videre er indsamlet via brugerundersøgelser mv.

Den aktive og engagerede patient som central part i samspil og medspil omkring egne data og viden

Oplægsholder:
Finn Klamer, Sundhed.dk og Lægehåndbogen, <fkl@sundhed.dk>

Hovedbudskaber:

1: Inddragelse af patienten i en mere aktiv rolle vil gennem nye dialogmuligheder både forbedre kvaliteten i behandlingen og skabe ressourcemæssige gevinster
2: Eksisterende muligheder i samspil og medspil omhandler ikke blot patientdata, men også personrelateret sundhedsfaglig information og vil dermed kunne være med til at forhindre "unødige konsultationer"
3: Fokus på både kronikere og raske borgeres muligheder nu og i fremtiden vil kræve målrettede informationer omkring egenomsorg og forebyggelse knyttet til den personlige dataprofil

Beskrivelse:
Den politiske accept og bestræbelserne for en fælles national kommunikations- og informationsgrænseflade i sundhedsvæsenet er i vid udstrækning realiseret i *Den fælles offentlige sundhedsportal – sundhed.dk*

Med portalens kombinationsmuligheder for deling af data i det lukkede rum og information i et fælles rum med borgeren samt sparring mellem sundhedsfaglige og borgere gennem *en fælles patient- og lægehåndbog* med troværdige leksikale informationer af høj kvalitet for borgere og sundhedsfaglige i en fælles kontekst på sundhed.dk, er et årelangt ønske på vej til at blive indfriet.

Både set fra en professionel som fra en borger vinkel kan portalen nu i endnu højere grad leve op til et af sine grundprincipper, i den aktuelle sammenhæng: En fælles offentlig sundhedsportal med en fælles patienthåndbog

Motivation:
I samfundsudviklingen, hvor borgerne har adgang og anvender moderne kommunikationsteknologi og medieudnyttelse, har sundhedsvæsenet enestående muligheder for at udnytte og udbygge eksisterende nationale platforme til gavn for borgeren som patient og som rask.

Brugertalsanalyser viser voksende og nu meget stor interesse for at se egne data på sundhed.dk og tilsvarende er besøgstallet på lægehåndbogen/patienhåndbogen nærmest eksplosivt stigende.

En pointe er her, at der både er teknologisk, infrastrukturel og indholdsmæssig grundlag for national udrulning af en udnyttelig fællesnævner omkring regionale og lokale tiltag gennem patient-lægehåndbog samspillet.

Set fra en sundhedsfaglig vinkel giver dataadgang uden informationsadgang ikke tilstrækkelig mening for borgeren/patienten, og det unikke nye er, at vi med introduktion af patienthåndbogen og lægehåndbogen kan skabe den synergi, der ligger i, at ikke kun de professionelle, men også borgeren, har adgang til ”datarelateret informationsindhold”

Oplægget:
Muligheder og kvaliteter ved borgerens/patientens adgang til deling af egne personificerede data med relevante professionelle i sundhed.dk’s beskyttede rum og specielt de nye unikke muligheder for sammenbinding af data med tilhørende relevant, valideret information i patient-lægehåndbogen i en kontekst hvor sundhedsprofessionelle artikler og borgerartikler er afstemte, beskrives.

I oplægget visualiseres, hvordan borgeren/patienten i de kommende år vil kunne få en mere aktiv og medbestemmende rolle, både når det handler om sygdom og om forebyggelse.

Praktiske funktionaliteter vedr. anvendelse af samspilsfunktioner mellem portalen og patient-læge-håndbogen på både flow- og konkret infosøgning vil være med til at synliggøre de fremtidige muligheder.

Hvad kan man bruge sundhed.dk til og hvorledes skaber sundhed.dk merværdi for parterne bag portalen?

Oplægsholder:
Glenn Leervad-Bjørn, Sundhed.dk , <glb@sundhed.dk>

Hovedbudskaber:

1: At sætte fokus på, hvad folk, der arbejder med sundheds-it i regionerne, staten eller kommunerne kan bruge sundhed.dk til – og hvordan sundhed.dk kan tænkes med i projekterne
2: At fortælle om sundhed.dk's præciserede fokus, herunder hvad det går ud på og hvordan det påvirker samarbejdet om portalen?
3: At sætte fokus på, hvordan arbejdsdelingen mellem parterne og portalens sekretariat er, og hvordan det afspejler sig i det daglige samarbejde

Beskrivelse:
Den politiske accept og bestræbelserne for en fælles national kommunikations- og informationsgrænseflade i sundhedsvæsenet er i vid udstrækning realiseret ved etableringen af *Den fælles offentlige sundhedsportal – sundhed.dk*

Sundhed.dk har efterhånden 8 år på bagen, og der er opbygget mange gode historier og derfor forventninger om mere godt indhold og flere gode løsninger på portalen. Sundhed.dk-sekretariatet møder også mere eller mindre eksplicitte fordomme om portalen og det tværgående samarbejde mellem Regioner, staten og kommunerne, der fundamentet for portalen. Langt fra alle historier, forventninger og fordomme er lige korrekte.

Oplægget sætter derfor fokus på at fortælle, hvad portalen faktuelt kan og kan bruges til, samt hvorledes der herigennem skabes merværdi for parterne bag portalen og for samfundet.

Motivation:
Sundhed.dk har i de seneste to år været igennem en stor forandringsproces, hvor portalens infrastruktur er blevet genetableret og hvor organisationen er styrket i takt med nye opgaver og udfordringer. Sundhed.dk's styregruppe har vedtaget et mere skærpet og præcist fokus for portalens virke og initieret, at sundhed.dk i højere grad kan skalere sin kapacitet til at køre flere projekter parallelt. Oveni kommer, at sundhed.dk snart kan sige goddag til et nyt CMS og en ny og meget mere tidssvarende brugergrænseflade.

Sundhed.dk og samarbejdet om portalen er med andre ord ikke den samme historie, som var gældende for 3 år siden. Der er derfor behov for at fortælle den nye historie og synliggøre de muligheder og gevinster, der kan høstes af sundhedsvæsenet ved at anvende sundhed.dk, som den er tiltænkt – nemlig som *Den fælles offentlige Sundhedsportal.*

Oplægget:
Det beskrives indledningsvis hvilken rolle sundhed.dk spiller i det fælles offentlige samarbejde om etableringen og udviklingen af sundheds-it i Danmark.

Endvidere beskrives det, hvorledes parterne bag portalen kan opnå en konkret merværdi og gevinst ved at tænke sundhed.dk og sundheds.dk-sekretariatet med i deres sundheds-it-projekter, ikke mindst ved opfyldelsen af RSI's pejlemærker vedr. kronikere, telemedicin, patient empowerment og sundhedsjournal.

Oplægget går tæt på, hvad det er for et præciseret fokus, parterne har ønsket, at sundhed.dk's skal have for den resterende strategiperiode frem mod slutningen af 2012 samt hvad det konkret betyder for samarbejdet om etableringen af nye løsninger på sundhed.dk, herunder hvorledes sundhed.dk-sekretariatet har igangsat en række initiativer, der har til formål at øge kapaciteten til at etablere løsninger på portalen.

Oplægget illustrerer tillige, hvorledes samarbejdet om etableringen af en løsning foregår i praksis – og hvordan potentielle projekter kan prioriteres til etablering på portalen.

Slip borgeren løs på egne data!

Oplægsholder:
Jens Peder Rasmussen, Systematic A/S, <jens.peder.rasmussen@systematic.com>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Jørgen Schøler Kristensen, Hospitalsenheden Horsens, Region Midtjylland, <joerkris@rm.dk>
Ivan Kjær Lauridsen, Aarhus Kommune, <ijk@aarhus.dk>
Jens Peder Rasmussen, Systematic A/S, <jens.peder.rasmussen@systematic.com>

Hovedbudskaber:

1: Slip borgeren løs på egne data!
2: Forbedret videndeling mellem sektorer og borgere er en forudsætning for et personcentreret, effektivt, sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen
3: Fremtiden kræver nytænkning

Beskrivelse:

Introduktion

Fremtidens samarbejdende sundhedsvæsen vil møde et krav fra den enkelte borger om et udbygget og effektivt samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og den enkelte borger. Samtidig vil den demografiske og den økonomiske udvikling være en væsentlig driver i at øge fokus på forebyggelse, større grad af borgerinddragelse og egenomsorg med henblik på at få så meget sundhed som muligt for pengene.

Oplæget er et samarbejde mellem Region Midtjylland, Aarhus Kommune og Systematic. Oplæget vil blive præsenteret af alle ovennævnte med henblik på at sikre forskellige perspektiver.

Motivation:

Situationen i borgerens sundhedsbehandling på tværs af sektorer er ikke optimal. Det sammenhængende forebyggelses- og behandlingsforløb på vanskeliggøres af manglende informationsdeling mellem de sundhedsprofessionelle og ikke mindst på manglende mulighed for borgerens egen medvirken i at skabe et sammenhængende og konsistent billede af helbredstilstanden.

Oplæg:

Region Midtjylland, Århus kommune og Systematic arbejder på at sikre en væsentlig forbedret videndeling på tværs af sektorgrænserne. Som et led i dette arbejdes der målrettet på at få borger/patient perspektivet mere i fokus. Mottoet ”Slip Patienten løs på egne data” diskuteres som et middel til at opnå en større grad af borgermedinddragelse, fokus på forebyggelse og egenomsorg. Vi belyser således problemstillingen set dels fra et Hospitalspersektiv, et kommunalt perspektiv samt fra et IT understøttende perspektiv.

For at komplettere billedet ønsker vi at inddrage borger/patientperspektivet, hvorfor vi inviterer en borger/patient med i vort oplæg for at belyse borgerens/patients ønsker og behov for viden om egen situation og adgang til egne data.

Et it-system havde nok reddet min far

Oplægsholder:
Jacob Egevang, EGEVANG, <jacob@egevang.net>

Hovedbudskaber:

1: En konkret historie om en borger, der døde, fordi vores sundheds-it var utilstrækkeligt og mangelfuldt.
2: EPJ bør også handle om kommunikation og tilgængelighed mellem Alarmcentralen og ambulancereddere.
3: Patienter og udvalgte pårørende bør have adgang til fremtidens EPJ - både for at læse de professionelles notater, og for selv at skrive i en særskilt del af systemet.

Beskrivelse:
Som pårørende til en person, hvis død i 2008 i primærsektoren sandsynligvis kunne være forhindret, hvis Danmark havde haft en velfungerende EPJ, er jeg blevet WHO-patientambassadør (Dansk Selskab for Patientsikkerhed). Jeg har som sådan en interesse i og arbejder for, at Danmarks sundhedsvæsen forbedres på flere punkter, blandt andet ift. EPJ, for at de utilsigtede hændelser, min far blev udsat for, fremover kan forhindres.

PROBLEM
Min far havde i de sidste tre dage af sit liv voldsomme rygsmerter og mistede bevidstheden flere gange. Som familie var vi i løbet af de tre dage op til min fars død i kontakt med sundhesvæsnet syv gange - 112, vagtlæge og egen læge. Ingen valgte at undersøge min far eller bringe ham til hospitalsundersøgelse, fordi alle blindt vurderede, at han havde fået hold i ryggen, og at dette var årsag til besvimelserne. Det viste sig ikke at være tilfældet, for på fjerdedagen døde min far af en sprængt hovedpulsåre. Den havde presset på nervebanerne langs rygsøjlen, hvilket havde forårsaget de voldsomme smerter og bevidsthedstab.

Problemet i et større perspektiv er:
1) At central viden går tabt mellem sektorer og mellem de enkelte sundhedsprofessionelle.
Sundhedsvæsnet vidste, om man så må sige, at min levede med en forstørret hovedpulsåre. Otte år før sin død fik min far konstateret dette, men informationen om det, der skulle vise sig at være et forstadie til hans død, blev arkiveret på et pap-journalkort i et arkivskab hos min fars egen læge. Det var altså kun en tilfældig røntgenlæge og min fars egen læge, der havde denne afgørende information. Og informationen blev ikke delt med andre sundhedsprofessionelle. Ingen af de syv gange min familie var i kontakt med sundhedsvæsnet i løbet af de tre fatale dage, fandt nogen på at læse min fars analoge journal i lægens arkivskab. Havde vi haft EPJ, ville sundhedsvæsnet alle syv gange, vi kontaktede dem, have haft mulighed for at tilgå den afgørende information, der sandsynligvis havde reddet min fars liv.

2) At risikoen for menneskelige kommunikationsfejl pt. er for stor og koster liv.
To gange ringede min mor til Alarmcentralen og fortalte om smerterne og ikke mindst om bevidsthedstabene. Denne meget vigtige information blev ikke videregivet til de to ambulanchold, der tilså min far i de afgørende dage. Min mor var ekstremt bekymret og meget forvirret, begge gange redderne ankom til boligen og fik ikke fortalt dem, det samme hun havde fortalt Alarmcentralen, nemlig at min far havde været besvimet flere gange. Derfor vurderede ambulanceredderne, at min far bare havde ondt i ryggen. HVIS Alarmcentralen havde informeret redderne om bevidsthedstabene, ville redderne have bragt min far til hospitalsundersøgelse. Det har de pågældende reddere efterfølgende selv givet udtryk for. Alarmcentralen viderebragte ikke informationen. Denne menneskelige fejl kunne et it-system have rådet bod på; HVIS ambulanceredderne på vej til min fars adresse via et velfungerende it-system kunne aflytte min mors opkald til Alarmcentralen, så havde de i begge tilfælde højt og tydeligt hørt min mor fortælle, at min far havde været besvimet flere gange, og således bragt ham til undersøgelse/operation på hospitalet. Det havde sandsynligvis reddet min fars liv.

Jeg har som WHO-patientambassadør holdt foredrag med udgangspunkt i forholdene omkring min fars død i knap to år. Jeg lægger vægt på og er i stand til at sætte de personlige oplevelser i et større og lærende perspektiv. Derudover er jeg som journalist og forfatter skolet i at vinkle mine historier. Således har jeg blandt andet holdt foredrag om min fars død og læringen af den for europæiske læger på University of Manchester, for sosu-studerende i Næstved og for en patientforening på Frederiksberg.

Rehabilitering skaber sammenhæng - et pilotprojekt mellem Region Syddanmark og Odense Kommune for patienter med en senhjerneskade

Oplægsholder: Birgitte Cecilie Espensen, Hjerneskaderådgivningen, <bces@odense.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet: Mette Boll, OUH, <mette.boll@ouh.regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

1: Der er bred enighed fra de fagprofessionelle i, hvilken viden der er vigtig at formidle videre for at skabe et sammenhængende rehabiliteringsforløb for patienter med en senhjerneskade.

2: IT kommunikation på tværs af region og kommuner er fremtiden, hvis man ønsker effektivitet og sammenhæng i patienternes rehabiliteringsforløb.

3: Tværsektorielt samarbejde er en forudsætning for et sammenhængende rehabiliteringsforløb for patienter med senhjerneskade.

Beskrivelse:

Introduktion: Ved Sygekassernes Helsefonds årlige prisuddeling i 2009 modtog Region Syddanmark og Odense Kommunen 2. prisen. Temaet for prisopgaven var "Det optimale sammenhængende rehabiliteringsforløb – hvem, hvad, hvordan? Og hvorledes implementeres det i praksis?" Nærværende pilotprojekt har til formål at udfolde en del af 2. prisens forslag om udvikling af en elektronisk rehabiliteringsplan, som et bud på at sikre sammenhæng og koordination i rehabiliteringsforløbet.

På sygehuset dokumenteres den tværfaglige indsats i patientjournalen, med henblik på at undersøge, udrede og imødekomme patientens behandlings-, pleje- og genoptræningsbehov. Ved udskrivelsen sendes en lægelige epikrise til patientens egen læge, en udskrivningsrapport til kommunens hjemmepleje samt en genoptræningsplan til kommunens træningsenhed. Dermed spredes informationer ift. patientens videre rehabilitering ud på flere forskellige instanser i primærsektoren, hvilket gør den efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi meget vanskelig.

En af leverancerne i projektet er at afdække muligheden for at samle og afsende de tværfaglige informationer som et elektronisk rehabiliteringsnotat til kommunen med udgangspunkt i den elektroniske patientjournal. Udviklingen af et rehabiliteringsnotat vil således skabe muligheden for den nødvendige kommunikation i overgangen mellem behandlingen på sygehuset og det samlede rehabiliteringsforløb i kommunen. Rehabiliteringsnotatet skal tegne et tværfagligt perspektiv med input fra en bred vifte af sundhedsprofessionelle på sygehuset, til gavn for en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats i kommunalt regi.

Rehabiliteringsnotatet vil således være et redskab til at sikre helhed og koordination af væsentlig information fra sygehus til kommune. Rehabiliteringsnotatet danner grundlag for rehabiliteringsplanen, som igangsættes og udmøntes i kommunen. Rehabiliteringsplanen skal afspejle borgernes mål, angive tidsrammen for målet samt midlerne, hvorved målet kan opnås. Endvidere skal rehabiliteringsplanen sikre koordinationen og kommunikationen på tværs af kommunens forvaltninger og afdelinger. Derved sikres det, at det ikke er patienten selv eller de pårørende, der skal skabe sammenhæng i det komplekse rehabiliteringsforløb.

Motivation: Hjerneskaderehabiltering, MTV-rapport 2011 påpeger, at der er behov for koordination på tværs af sektorer samt i de kommunale forvaltninger. Endvidere har Hjerneskadeforeningen, Hjernesagen og andre patientforeninger i en længere periode ønsket, at der blev udviklet en rehabiliteringsplan til gavn for patienterne [1] (http://2011.e-sundhedsobservatoriet.dk/#_ftn1). Problemstillingen vedrører en række patientgrupper, og i særlig grad patienter, der har erhvervet en hjerneskade. Da denne patientgruppe ofte rammes både fysisk, psykisk og socialt, har de behov for en flerstrenget indsats både på sygehuset, ved overgangen fra sygehus til kommune og i kommunen. Patienterne har således et rehabiliteringsbehov. Pilotprojektet vil tage udgangspunkt i denne målgruppe.

Oplægget: Med udgangspunkt i det igangværende projekt mellem Region Syddanmark og Odense kommune - Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng – videreformidles de erfaringer, som projekt har givet indtil nuværende tidspunkt. Projektets baggrund, praktisk eksempel på rehabiliteringsnotat samt tværsektoriel IT-løsning formidles. Endvidere belyses rehabiliteringsplanens udmøntning i et kommunalt perspektiv på tværs af forvaltninger.

---

[1] (http://2011.e-sundhedsobservatoriet.dk/#_ftnref1) http://www.hjernesagen.dk/det-mener-hjernesagen/henvendelser-til-politikere/lad-os-fa-indfort-en-rehabiliteringsplan-til-hjerneskaderamte/?searchterm=rehabiliteringsplan

e-Sundhed i Danmark og Norge - tiltag, virkemidler og effekter

Oplægsholder:
Kjell Arne Grøtting, UNICOnsult, Norge, <KjellArne.Grotting@devoteam.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Herbert Jessen, Morten Thomsen, Devoteam Consulting A/S, <mth@devoteam.dk>

Hovedbudskaber:

1: Hvilke e-sundheds initiativer giver effekt - på hvilken måte?
2: Hva kjennetegner norske og danske e-sundheds initiativer gennem de siste 10 år?
3: Hva er årsakene til at viktige løsninger har kommet vesentlig tidligere i gang Danmark enn i Norge? Hvilke mulige risiki ligger i Danmarks pragmatiske tilnærming?

Beskrivelse:
Ved at analysere hovedtrækkene i udviklingen af e-Sundhed i Danmark og Norge gennem de sidste 10 år, vil vi sammenligne tiltag og virkemidler. Vi vil opsummere hvilke effekter tiltagene har haft for klinikere, patienter og myndigheder. Ved at sammenligne udviklingen i disse to nordiske lande, som strukturmæssigt ligner hinanden meget, håber vi, at det vil kunne give inspiration til udviklingen af e-Sundhedsløsninger i begge lande. Med indlægget vil vi fokusere på at skabe klarhed over hvilke e-Sundhedsinitiativer giver hvilke effekter i forhold til samarbejdet mellem sektorerne i sundhedssektoren.

De første tiltag handlede om at få digitaliseret arbejdsredskaberne for klinikerne, hvorefter behovet for at kunne udveksle informationer opstod og ikke mindst behovet for, at kunne udveksle standardiserede oplysninger. I dag er udviklingen drevet af et fokus på hvordan vi undgår, at klinikere skal registre de samme oplysninger mere end en gang, og hvordan vi sikrer, at klinikerne altid har adgang til opdaterede relevante oplysninger om patienter.

It-tiltag som standardiserede Medcom beskeder, det Fælles Medicinkort, Receptserveren, e-Journal, det Centrale Tilskudsregister og Landspatientregisteret er i Danmark alle tiltag, som på den ene eller anden side har medvirket til at skabe samarbejde mellem sektorerne. De har dog hver især på forskellige måder understøttet dette samarbejde og i indlægget vil komme ind på hvordan og sammenligne med Norske it-tiltag.

I Danmark har vi efterhånden forsøgt at understøtte sammenhæng i sundhedssektoren vha. mange forskellige it-tiltag. I Norge har man foretaget en mere struktureret tilgang til at understøtte sammenhænge. Det store spørgsmål er hvilke tilgange i sidste ende, der er til gavn for patienter, læger, sygeplejersker og andre klinikere.

Devoteam Consulting i Danmark og Devoteam daVinci i Norge (tidligere daVinci Consulting), har gennem de sidste 10 år haft centrale rådgivningsopgaver indenfor udviklingen af IKT i de to lande. Oplægget vil være baseret på disse erfaringer.

It-understøttelse af forløbsprogrammer: en foranalyse

Oplægsholder:
Anders Skovbo Christensen, Koncern IT, Region Hovedstaden, <anders.christensen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Søren Vingtoft, Koncern IT, Region Hovedstaden, <soren.vingtoft@regionh.dk>
Klaus Phanareth, Telemdicinsk Forskningsenhed, Frederiksberg Hospital, <klaus.phanareth@gmail.com>
Ole Snorgård, Hvidovre Hospital, <ole.snorgaard@hvh.regionh.dk>
Merete Halkjær, Københavns Kommune, <J819@suf.kk.dk>
Peter Schultz-Larsen, <psl@dadlnet.dk>
Jette Kidholm, Koncern IT, Region Hovedstaden, <jette.kidholm@regionh.dk>
Anne Frølich, Region hovedstaden, <anne.frolich@dadlnet.dk>
Judith Lørup Rindum, Koncern IT, Region Hovedstaden, <judith.lorup.rindum@regionh.dk>
Birgitte Rühmann, Koncern IT, Region Hovedstaden, <birgitte.ruhmann@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Understøttelse af forløbsprogrammer kræver entydig it-mæssig strukturering af enkelte sundhedsfaglige indsatser
2: Patientcentrering af sundhedsvæsenet kræver tværsektorielt transparente ydelser og tværsektoriel telemedicin
3: Organisering af det tværsektorielle koordinationsarbejde er en udfordring. Hvilken organisering rummer den store effektivisering, som kan hjælpe til med de demografiske udfordringer?

Beskrivelse:
De fleste af den vestlige verdens lande står med sundhedssystemer som er truet af den demografiske udvikling og eksplosionen af livsstilssygdomme. De kroniske lidelser dækker i dag med variationer godt 70% af sundhedsvæsenernes omsætning. Hvis ikke der gøres noget radikalt, er selve det skattefinansierede sundhedsvæsen i den form, vi kender i dag, truet på sin eksistens. ”It understøttelse af forløbsprogrammer” er et projekt i Region Hovedstadens kronikerprogram. Projektet har været gennem en forundersøgelsesfase som har afdækket behov og fokusering for indsatsen, ved at afdække formål, relevans, gevinst-, og løsningsmuligheder. Ud fra ambitionen om at løsningen kan have en mulighed for at medvirke til at sundhedsvæsenet kan imødegå den demografiske og livsstilsmæssige trussel, diskuteres nødvendigheden af it understøttelse af tværsektorielle forløb iht ønsker om behandlingscompliance, opgaveglidning, sektoropblødning og koordination.

Herudover har det været nødvendigt at sikre at projektets genstandsfelt er så unikt som muligt i forhold til andre indsatser i det nationale billede, samt at indsatsen alligevel passer sammen med andre projekter. Således har undersøgelsen bevæget sig rundt i projekter og produkter til understøttelse af kronikerbehandling, til telemedicin og i tværsektorielle løsninger. Både i det nationale it landskab og i projekter i dag dækkes det tværsektorielle element i høj grad ved en kombination af portalløsninger og deling og standardisering af data. Samtidig vokser telemedicinske løsninger frem, til understøttelse af direkte kommunikation og datatransport behandlere imellem, eller mellem behandler og patient. Et hovedresultat er at der i *det samlede løsningsbillede er et missing link i understøttelsen af koordinatorrollen*. Det fokuseres omkring 1) Forløbet til at indeholde en elektronisk version af forløbsprogrammet, 2) Planen til at oprette og vedligeholde forløbet til den enkelte patient, og 3) Ydelsen som grundmetafor for den sundhedsfaglige indsats.

Men organiseringen er en udfordring – tovholdere og forløbskoordinatorer skal kunne beskrives sektorneutralt, samtidig med at deres roller som udgangspunkt er dårligt beskrevet. Projektet er fortsat i gang, med udvikling af en demonstrator baseret på CRM teknologi. Denne teknologi er i anvendelse flere steder i Europa og USA, samt løser og har løst tilsvarende opgaver i andre brancher i ca 20 år. Systemtypen er standard i både kommerciel og open source sammenhænge.

Shared Care Platform

Oplægsholder:
Henrik Wieland, IBM Danmark Aps , <hew@dk.ibm.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Jesper Vejs, Senior IT Arkitekt IBM Danmark Aps (jesper.vejs@dk.ibm.com), IBM Danmark Aps , <jesper.vejs@dk.ibm.com>

Hovedbudskaber:

1: Etablering af 360o overblik over kroniker forløb, ydelser og patientplan
2: Praktisk implementering gennem åbne arkitekturer, der sikrer fælles grundlag for udvikling af løsninger til understøttelse af komorbiditet
3: Fleksibilitet i beskrivelsen af regler, hændelser og aktiviteter i sygdomspakkerne på tværs af it-systemer samt integration med eksisterende systemer

Beskrivelse:
Der præsenteres en løsning for informations- og vidensdeling med henblik på at kunne koordinere den individualiserede, tværsektorielle sygdomspakke effektivt i samspillet mellem patienten, tovholderen/forløbskoordinatoren og andre relevante sundhedsfaglige aktører fra primær- og sekundærsektorerne.

Motivation
Behandlingen af kronikere kræver en stadig større økonomisk indsats, hvorfor sygdomspakkernes effekt vil være afhængig af evnen til at dele den information, der sikrer tidlig diagnosticering, effektiv opfølgning og fleksibel håndtering ved ændringer.

Oplægget
Oplægget vil tage udgangspunkt i IBM's eksisterende kronikerløsninger, som sikrer intelligent datafangst i de it-systemer der allerede anvendes af praksis, speciallæger, hospitaler og kommuner.

Oplægget præsenterer et koordinationsmodul, som gennem standardiserede it-værktøjer etablerer grundlaget for at beskrive sygdomspakkerne, samt den arkitektur der gør det muligt at implementere en praktisk løsning, der integrerer med eksisterende løsninger. Koordinationskomponent består således af følgende hovedelementer:

- Intuitive værktøjer som muliggør at sundhedsfaglige personer kan beskrive forløbsplaner elektronisk gennem anvendelse af processer, aktiviteter, regler og hændelser
- Simuleringsfaciliteter der gør muligt at analysere procesmæssige konsekvenser inden der foretages ændringer af regler for forløb, ydelser eller planer
- En hændelsesbaseret løsning som i samarbejde med det tværsektorielle systemlandskab opsamler, analyserer og dynamisk agerer baseret på regler, der relateres til patientens plan, standardiserede ydelsespakker og forløbsbeskrivelser.
- En åben web-baseret brugergrænseflade med tværsektoriel og rollebaseret adgang, hvor flere leverandører kan bidrage til løsningen.

Der vil blive præsenteret en model for, hvordan et 360^{o} patientoverblik kan tilvejebringes gennem en rollebaseret sikkerhedsmodel, der sikrer at alle grupper af brugere tildeles de fornødne adgangsrettigheder og sikrer den nødvendige datasikkerhed.

Oplægget vil endvidere inddrage anvendelsen af it-løsninger og telemedicin som anvendes af patienten og/eller pårørende og hvordan regler for en proaktiv overvågning vil øge kvaliteten af patientbehandlingen og reducere antallet af indlæggelser, som derved bidrager til at reducere omkostningerne til behandling af kronikere.

Digital sammenhæng og helhed for den kroniske patient

Oplægsholder: Henrik Povl Eriksen, CSC Scandihealth, <heriksen@csc.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet: Hans Kåre Pallesen, CSC Scandihealth A/S, <hpallese@csc.com>

Hovedbudskaber:

1: Tværsektoriel samarb. om kroniske patienter i "sundhedstrekanten" udfordrer delt. IT anv. og kræver et paradigmeskifte! Kommunikation og dataudveksling ifm forløbspgm skal grundlæggende ændres.
2: Der er behov for Lancering af en ny fælles platform forløbstænkning på tværs af mange systemer og sektorer.
3: Udgangspkt for en ny fælles tværsektoriel kronikerløsning er berigelse af nuværende meddelelser med intelligent adressering (fx flere modt., videresendelse) og klinisk berigelse med yderligere info.

Beskrivelse:
CSC Scandihealth (CSC) har som leverandør til hospitaler og kommuner mange års erfaringer i at løse udfordringer omk. tværsektoriel kommunikation og samarb. på tværs af mange IT løsn. Mens understøttelsen af nye MedCom beskeder til stadighed beriger informationsstrømmen, bliver det også stadigt sværere at holde styr på "tråden" i den kommunikation der sker. Samtidig er behovet for udveksling af data og kommunikation om den enkelte patient stærkt stigende, og med de nye tværsektorielle opg. om den kroniske patient vil dette behov stige og involvere hele sundhedsvæsenet. Der er behov for en ny fælles tværsektoriel løsn. der understøtter samarb. om den kroniske patient i sammenhæng med de mange forsk. IT-løsn., der er impl. i alle dele af sundhedsvæsenet (regioner, hospitaler, i kommuner og i almen praksis). Der er med andre ord behov for et paradigmeskifte ifht. kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter, samt etablering af en platform der kan understøtte et sådant skifte. Et sådant paradigmeskifte involverer tillige løsn. af, at data og kommunikation skal sættes i sammenhæng til tværsektorielle forløbsprogrammer for den kroniske patient. Endeligt at den kroniske patients ressourcer bringes i anv. i alle dele af forløbet.

Paradigmeskifte og etablering af platform
CSC's nye platform tager sit afsæt i et sådant paradigmeskifte. Den eksisterende kommunikation er den simple udveksling af data uden en fælles kontekst eller reference model, hvor den nye platform tager udgangspunkt i en fælles kontekst og et vedtaget emne – fx "patienten/borgeren" og "indlæggelses forløb". Konversationsparadigmet sikrer, at man kan følge "flowet" af beskeder mellem fx kommune og hospital, som en samlet konversation i modsætning til blot at afsende og modtage beskeder uden en sikker sammenhæng eller "rød tråd". "E-mail" kan bruges som analogi og en række af de features som platformen understøtter, kan genfindes i netop mail-systemerne

- Sikker sammenhæng mellem e-mails gennem begrebet "tråd"
- Mulighed for svar og videresendelse til en eller flere modtagere eller kopi-modtagere

For at kunne understøtte konversationsbegrebet, indføres en platform, som dels persisterer meddelelserne dels beriger disse med den nødvendige ekstra information omkring konversationssammenhængene. Herudover tilføres platformen faciliteter til opsætning og styring af aftalte forløbsprogrammer, således at de involverede aktører inkl. den enkelte patient har relevant dataadgang i en forløbsorienteret kontekst. Væsentligt er det, at der tilmed skabes grundlag for at borgeren/patienten kan være en aktiv part i hele forløbet og på tværs af sektorer.

Åben platform
CSC's platform skal ses som en berigelse af eksisterende MedCom std for tværsektoriel kommunikation og ikke som et alternativ til disse. Alle grænseflader til platformen er "åbne" og er tilgængelige for benyttelse af alle leverandører. Løsn. indeholder desuden en "omstillings-central", der sikrer at kommunikation til og fra platformen via den eksisterende MedCom/VANS infrastruktur efterlades intakt.
Understøttede std

- MedCom std – basis for udveksling af information
- HL7 - supplerende information, hvor nødvendigt
- ebXML – bærende af beskeder, samt berigelse med adressering mv.

Udbredelse ud over fagsystemerne
Som en del af løsn. indgår et letvægts webmodul, der understøtter såvel praksislægen som borgerens behov for at se kommunikation vist som en kronologisk ordnet fremstilling. Formålet med et web-modul er:

- Større accept og udbrede på praksis-siden. Adgang fx via Sundhed.dk
- Give patienten adgang til at se elektronisk kommunikation omkring sig selv, via Sundhed.dk

Udfordringer i udveksling af data/information – KMD CareConnect som integrationsplatform ved tværsektorielt samarbejde omkring et patientforløb

Oplægsholder: Morten Fly, KMD, <fly@kmd.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Bente Jensen, KMD, <ben@kmd.dk>
Ivan Cheng, KMD, <ich@kmd.dk>
Bolette Friis Jensen, KMD, <bof@kmd.dk>

Hovedbudskaber:

1: En fælles integrations-platform til videndeling og kommunikation sikrer at relevante data stilles til rådighed for borger og sundhedsprofessionelle.
2: En fælles integrations-platform forankret i sundhedsdatanettet sikrer integration mellem journal-systemer, nationale services og en eller flere portalløsninger.
3: Koordinering af behandlingsindsatsen løftes tværprofessionelt ved at stille data til rådighed gennem en fælles integrations-platform.

Beskrivelse:
Mange projekter har demonstreret nytteværdien af et tværsektorielt samarbejde omkring kronikerforløbene. Og mange projekter har fremhævet manglende eller svag infrastruktur som en væsentlig barriere for det tværsektorielle samarbejde. Infrastruktur skal forstås bredt, da det omfatter emner fra datamodeller, sign on løsninger, standarder og applikationer til præsentation af data, for blot at nævne nogle.

Som et resultat af KMD's deltagelse i Telekat projektet er der udviklet en integrations-platform, som er tværgående, løst koblet og leverandøruafhængig. Gennem samarbejdsaftaler med system- og udstyrsleverandører sikres at borgerens data leveres struktureret i forhold til de sundhedsprofessionelles fagsystemer og ydermere giver mulighed for præsentation af data på Internetbaseret portal.

KMD ønsker med dette indlæg om KMD CareConnect at give et bud på hvordan en integrations-platform, der anvender MedCom standarder, sundhedsdatanettet og opslag i nationale datakilder, kan løfte en væsentlig del af integrations-opgaven.

Hvilke data fra KMD CareConnect, der skal gøres tilgængelig for borger og sundhedsprofessionelle afgøres udfra et regelsæt baseret på datamodel, flowdiagrammer og tekniske muligheder hos fag-systemerne.

Behandlingen af kronisk syge borgere er en tværsektorielt opgave, hvor behandlings- og plejeansvaret er delt op på en række instanser. I et behandlingsforløb deltager ofte praktiserende læge, sygehus, hjemmepleje, behandlere, sundhedscentre og kommune. Undervejs kan det være svært for borgere og behandlere at håndtere overleveringen af den nødvendige information mellem aktørerne. Adgangen til relevant og opdateret information vil give de sundhedsfaglige behandlere mulighed for at levere en større kvalitet i behandlingen ved både at have et bedre overblik og ved at kunne få en bedre indsigt i borgerens sygdom og behandling. Borgeren vil få en større viden om sin egen sygdom og selv have mere indflydelse på behandlingen. Behandlere og borger vil indrapportere information/målinger til KMD CareConnect og dermed bidrage til den viden og information, som er tilgængelig.

Motivation:
Borger, sundheds- og plejepersonale, læger, behandlere, sygehuse og kommuner har behov for et fælles knudepunkt som sikrer og fremmer informations- og vidensdelingen. Det giver en bedre sammenhæng mellem aktørerne fra de forskellige sektorer i forbindelse med udredning, diagnosticering, behandling, rehabilitering og pleje. Forløbskoordinatorer får et værktøj, som giver det samlede overblik og adgang til alle detaljer. Borgeren får større tryghed gennem større indsigt/overblik og borgeren får en bedre mulighed for, mere aktivt, at deltage i udformningen og gennemførelsen af behandlingsforløbet. Region/kommune får i CareConnect mulighed for at implementere valgt datamodel og flowdiagrammer til styring af informations- og vidensdeling.

Oplægget:
Der tages udgangspunkt i et kroniker-behandlingsforløb, som gennemgås for at præsentere funktionaliteten i KMD CareConnect. Der vil i oplægget blive redegjort for hvordan eksisterende og fremtidige investeringer i fagsystemer, sundhedsdatanettet og portaler kan genbruges ved inddragelse af KMD CareConnect i telemedicinske løsninger. Der vil også blive redegjort for hvordan data kan beriges ved opslag i nationale datakilder. I gennemgangen vil foredragsholderen komme ind på de enkelte aktørers roller og de konkrete fordele de opnår.

Active Healthcare Management - et paradigmeskifte fra helbredelse mod forebyggelser med patienten i centrum

Oplægsholder:
Leif Rasmussen, ORACLE Denmark, <leif.rasmussen@oracle.com>

Hovedbudskaber:

1: Ved skifte fokus fra reaktiv til aktiv healthcare management med understøttelse af ICT løsninger forandrer det billedet fra pation til kunde med andre opgaver til følge
2: Få et tværorganisatorisk transperant billede af patienten og administrer på tværs af faggrænser
3: Få styr på kronisk syge gennem en målrettet CRM proces

Beskrivelse:
På en standardiseret ICT platform implementerer den Baskiske provins med 2.5 mio. indbyggere en ny sundhedsplatform, der skal samle alle aktiviteter og pateintrettede initiativer til een sammenhængende løsning der sætter patienten i centrum. En løsning der understøtter den tværorganisatoriske beh! anling som specielt det kroniske område nyder godt af. En overgang fra en reaktiv behandling til en aktiv behandling af patienter, hvor nye ICT værktøjer gør det både hurtigere, bedre og billigere at gennemføre en patient kontakt og behandling.

Baggrunden var en analyse at der i 2020 vill være en fordobling af udgifter til specielt kronisk syge og derfor var man tvunget til at gøre noget radikalt til at forandre den trend der var i sundhedsudgifterne specielt med anvendelse af ICT. En analyse viste, at langt det største problem var at anvende allerede fungerende systemrer og data på tværs af fagområder og oragnisationer til et sammenhænde patientforlø der har patienten i centrum og ikke sygdommen – specielt da kronikkere typisk har mere end een sygdom med sit eget behandlingsmønster.

På indlægget vil Oracle redegøre hvordan en standard platform understøtter initiative på en langt mere effektiv måde end dedikerede systermer gennem anvendelse af industristandard løsninger. Hvordan en standard industriplatform er langt mere kost effektiv end hidtidige specialiserede løsninger.

Hvor langt er Fælles Medicinkort fra at give effekt for patienterne?

Oplægsholder:
Helle Balle, National Sundheds IT, <hbal@nsi.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Lene Ærbo, National Sundheds IT, <lae@nsi.dk>
Ivan Pedersen, National Sundheds IT, <ilp@nsi.dk>
Birgitte Drewes, Forretningsunderstøttelse & IT, Lægemiddelstyrelsen, <bid@dkma.dk>
Thomas Sonne Olesen, Lakeside, <tso@lakeside.dk>

Hovedbudskaber:

1: FMK anvendelsen er igang, hør hvornår "ketsup effekten" sætter ind
2: Der er barrierer lokalt for ibrugtagningen af FMK, hør hvordan man lokalt og centralt forsøger at overvinde dem
3: FMK gøres klar til den kommunale sektor - og der er ønsker om udvidelser i fremtiden - hør om hvilke der ligger i pipeline

Beskrivelse:
FMK er tidens største satsning på at skabe adgang til fælles nationale patientdata som er integreret direkte i systemerne og arbejdsgangene i de lokale systemer. Der er afsat et 3 cifferet millionbeløb til udvikling, test og implementering hvilket gør det naturligt at der på en nationel konference om sundheds-IT gives en opdateret status på udbredelsen og anvendelsen af FMK servicen.

- Færre fejl og mere korrekt medicinering med det Fælles MedicinKort
- FMK Sparer tid
- FMK kan integreres og bruges inde fra fagsystemerne
- Høj oppetid og hurtige svar - FMK bruger den fælles, nationale infrastruktur
- Billigere løsninger - nemmere og enklere integration med FMK via web-service snitflader
- Sikrere anvendelse - FMK kræver digital signatur og håndhæver sikker adgang

Det Fælles Medicinkort er et register, hvor alle danskeres aktuelle medicin bliver registreret. Sundhedspersonalet kan i deres eget system – via FMK – få adgang til patientens aktuelle medicinering. Alle justeringer af medicin i eget system opdateres online i FMK og bidrager derigennem til en mere korrekt og sikker medicinering af patienterne.

Borgeren kan få adgang til sit medicinkort via sundhed.dk.

De lokale faglige, teknologiske og organisatoriske barrierer for daglig brug af FMK blandt alt det kliniske personale på sygehuse og almen praksis belyses. I oplægget vil de vigtigste barrierer som man arbejder på at overkomme samt de utallige solstråle historier fra implementeringen blive fremdraget.

Få svar på spørgsmålene:

- Hvornår kommer FMK til "mit" område.
- Hvad kan jeg som lokal projekteder, superbruger eller almindelig kliniker gøre for at FMK bliver en gevinst for mig og dermed en gevinst for patientsikkerheden

Sundhedsjournalen og Nationalt Patient Indeks - to dele af en fælles løsning

Oplægsholder:
Jens Hvidberg, National Sundheds IT, <jhv@nsi.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Jens Rahbek Nørgaard, Medcom, <jrn@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1: Hør hvordan Medcom og NSI i tæt samarbejder sikrer at både statens og regionernes pejlemærker nås i 2013
2: Hør hvordan klinikerne vha. Sundhedsjournalen kan få adgang til eksterne data når de modtager en ukendt patient
3: Hør hvordan patientindekset som national infrastruktur giver en sikker og hurtig adgang til data fra flere kilder

Beskrivelse:
Nationalt patientindeks har været omtalt i de sidste 3 strategier for sundheds IT i Danmark, uden at der er opnået en entydig konsensus om hvad løsningen indeholdt.

Nogle mener det er den samlede nationale EPJ, andre mener den borgerens adgang til sine data på sundhed.dk, arkitekterne mener det er ren infrastruktur, klinikerne har sagt det skal være "resumet" af patientens sygehistorie - meningerne har været mange.

I 2010 introducerede RSI så begrebet "en national sundhedsjournal" som en videreudvikling af e-journal, mange har siden spurgt om det nu var afløsningen for NPI tankerne.

Regionerne og Staten er nu nået til enighed om hvordan de to koncepter passes sammen så de giver mest værdi ved teknisk og praktisk at betragte det som to dele af den samlede løsning. Der er enighed om at indekset skaber adgang for borgere og sundhedsprofessionelle ved at vise data fra en række produktionssystemer.

Der lægges som udgangspunkt vægt på i så vid udstrækning som muligt at bygge videre på eksisterende/kørende løsninger, med henblik på den mest effektive ressourceanvendelse i forbindelse med etableringen af indekset.

NPI vil udgøre et centralt element i forhold til at understøtte det regionale pejlemærke om etablering af en National Sundhedsjournal, da NPI tilvejebringer adgang til data om patienten fra forskellige datakilder via et indeks, og dermed muliggør visningen af patientdata. Derfor sikres tæt koordination mellem arbejdet med Sundhedsjournalen og NPI.

Organisatorisk og financielt er det stadig to projekter, men som arbejder meget tæt sammen ift. fx. arkitektur, udbud og styring.

Oplægget vil forsøge at bibringe tilhørerne et overblik over den samlede løsning og hvordan den tænkes etableret i en række trin.

Problem
både nationalt patientindeks og National Sundhedsjournal er koncepter der giver meget forskellige associationer hos tilhørerne - indlægget skal være med til at gøre begreberne tydeligere afgrænsede og sætte begge projekter i perspektiv ift. den samlede Sundheds-IT udvikling i Danmark

National Sundheds IT Infrastruktur – status og visioner

Oplægsholder:
Esben Graven Poulsen, National Sundheds IT, <esg@nsi.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Lene Ærbo, National Sundheds IT, <lae@nsi.dk>
Jakob F. Gormsen, National Sundheds IT, <jfg@nsi.dk>
Esben Dalsgaard, National Sundheds IT, <ead@nsi.dk>
Pia Jespersen, National Sundheds IT, <phj@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1: Status og visioner for den Nationale Sundheds IT Infrastruktur
2: Få et overblik over den nationale sundheds IT infrastruktur og de services den i dag kan tilbyde sundhedsvæsenets parter
3: Governance, der sikre opdatering og udbygning af NSP, uden at det går ud over stabiliteten

Beskrivelse:
Den Nationale Sundheds IT infrastruktur er blevet udbygget gennem de seneste år og omfatter nu også den Nationale Service Platform, som blev sat i drift i 2010. Den Nationale Sundheds IT infrastruktur er til rådighed for hele sundhedsvæsenet, som derigennem kan opnå en enkel og sikker adgang til nationale services, fælles Komponenter og fælles stamdatabaser.

Den Nationale Service Platform (NSP) er en kommunikationsservice der sikrer en stabil drift, en høj tilgængelighed og muligheden for at gøre services tilgængelige med svartidsgaranti end-2-end. Platformen giver også mulighed for anvendelse af blandt andet fælles identifikationsservices og afkoblingsløsninger.
Den Nationale Sundheds IT infrastruktur omfatter

- IT-Standarder der sikre interoperabillitet
- Programmeringsbiblioteker, der stilles til rådighed for centrale- og decentrale løsninger
- Den Nationale Serviceplatform (NSP) med tilhørende infrastrukturkomponenter
- Stamdatabaser, som eksempelvis 'autorisationsregistreret' og 'doseringsforslag'
- Central monitorerings- og log faciliteter, der sikrer en løbende overvågning af platformen
- 24/7 Servicedesk til NSP-platformen, som fungerer som 2nd line i forhold til Kundens egen 1st line Servicedesk
- En governance model, der sikre at man kan opdatere og udbygge NSP, uden at det går ud over stabiliteten af infrastrukturen
- Via NSP'en stilles sundhedsservices til rådighed for hele sundhedsvæsenet, hvor Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinations register er de første service på NSP'en

Ved at anvende den nationale infrastruktur med dens komponenter og programmeringsbiblioteker opnår man store gevinster – både i de decentrale- og centrale løsninger. Gevinsterne omfatter både større sikkerhed for korrekt kommunikation mellem systemerne og reduceret udviklingstid, fordi der er tale om genbrug af velafprøvede biblioteker. Samtidig opnås en fælles besparelse i sundhedsvæsenet da man ved at udvikle efter samme model, også kan genbruge viden og erfaringer hos systemudviklerne. Endelig betyder den NSI's support af den nationale sundhedsinfrastruktur, at nye projekter ikke selv skal etablere egne aftaler omkring support, hotline, fejlfinding osv.

18 mio euro til forsøg med deling patientresumé og recepter på tværs i Europa - hvad får Danmark og danskerne ud af det ?

Oplægsholder:
Anni Buhr, National Sundheds IT, <abu@nsi.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Rasmus Melgaard, National Sundheds IT, <rme@nsi.dk>
Mie Matthiesen, National Sundheds IT, <mima@nsi.dk>
Pia Jespersen, National Sundheds IT, <phj@nsi.dk>
Kell Greibe, Sundhedsstyrelsen, <keg@sst.dk>

Hovedbudskaber:

1: Danmark er godt på vej til at opfylde direktivet om grænseoverskridende sundhedsydelser.
2: epSOS har givet erfaringer med datamodeller og terminologier, men også med juridisk og organisatorisk interoperabilitet
3: Hvornår er det du i praksis kan få hjælp af epSOS projektet og det nationale kontaktpunkt?

Beskrivelse:
epSOS (European Patients - Smart Open Service) er en storskalapilot finansieret af EU-Kommissionen og de deltagende lande. Piloten afprøver hvordan man kan udveksle patientresuméer og recepter på tværs af landegrænser. I fællesskab definerer og specificerer deltagerlandene hvordan udvekslingen af sundhedsoplysningerne skal foregå, herefter implementerer deltagerlandene den nationale del af epSOS-piloten.

Erfaringerne er mange både af teknisk, indholdsmæssigt, organisatorisk og juridisk karakter. Specielt de tekniske i forhold til valg af standarder til sikker og stabil sammenkobling af lokal infrastruktur med et andet lands infrastruktur, har givet erfaringer til hvordan et nationalt patientindeks kan opbygges og hvilke standarder der kan (og bør) bruges i tilknytning hertil. Det nationale kontaktpunkt er et konkret stykke software som er blevet udviklet i epSOS projektet hvoraf dele forventes at kunne genanvendes når det nationale patientindeks skal bygges.

Indlægget vil svare på spørgsmål som:
1. Hvad får Danmark og danskerne ud af at deltage i epSOS?
2. Hvordan får vi teknikken til at hænge sammen så der rent faktisk kan sendes oplysninger mellem epSOS-landene?
3. Hvordan oversætter vi recepter og patientresumeer så de kan forstås i Spanien og Tjekkiet?
4. Hvad med bekendtgørelser, persondataloven, EU-direktiver – hvordan ser det juridiske fundament for epSOS ud?
5. Hvad kommer der efter epSOS: Hvordan skal Danmark opfylde "Directive 2011/24/EU on the application of patient's rights in cross-border healthcare" når det er implementeret i dansk lov. Hvad er det konkret vi skal kunne?

Selvbetjening i sundhedsvæsenet - webbooking

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Henriette Kaae, Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Horsens, <Henriette.kaae@horsens.rm.dk>
Thomas Hahn, Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Horsens, <Thomas.hahn@horsens.rm.dk>
Gitte Kjeldsen, MedTech Innovation Ceter, <gk@mtic.dk>
Jakob Andersen, Capgemini, <jakob.andersen@capgemini.com>

Hovedbudskaber:

1: Webbooking - forventningen om selvbetjeningen i sundhedsvæsenet kan imødekommes ved at give patienter mulighed for selv at booke tid i form af ændring af aftaletidspunkt
2: Webbooking - giver administrative og ressourcemæssige gevinster for hospitalet, fordi der ikke skal bruges tid på at besvare telefonopkald og ændre tider.
3: Webbooking - Vil der blive færre udeblivelser fordi patienterne selv kan ændre deres tider?

Beskrivelse:
Borgeren er fra mange sammenhænge efterhånden vant til digital selvbetjening: Indberetning til SKAT, anvendelse af netbank, bestilling af lægebesøg, bøger, biografbilletter mm. foretages digitalt over nettet. Anvendelsen af Nem-Login har vundet stort indpas – tjenester kan i dag tilgås fra enhver pc med adgang til internettet. Så hvorfor skal sundhedsvæsenet være anderledes. Hvorfor kan patienterne ikke selv booke en tid? Hospitalsenheden Horsens har igennem det sidste halve år kørt et demonstrationsprojekt, hvor de åbner op for patienternes adgang til selvbetjening. I første omgang i form af, selv at kunne ændre de tidspunkter som de har fået tildelt i ambulatoriet. Endvidere kan patienterne se alle andre aftaler, såvel tidligere aftaler, men også andre aftaler som der ikke nødvendig kan flyttes med. Patienterne kan der udover ud for hver enkel aftale hente indkaldelsesbrevet og evt. informationsmateriale som er sendt til patienten ved indkaldelsen til aftalen. Ændringerne der måtte ske fra såvel patienternes side som fra de sundheds professionelles side er altid synkront. Det er således altid aktuelle data der fremsøges af Webbooking modulet. Udviklingen af webbooking modulet er sket i tæt samarbejde med de sundhedsprofessionelle der arbejder med hospitalets booking system i dagligdagen samt leverandøren af samme system. Et system der i øvrigt anvendes i hele Region Midt.

Motivation: En effektiv service over for patienterne er en væsentlig faktor i deres tilfredshed, at ringe i bestemte telefontider og vente lang tid i telefonen for at ændre en tid for en aftale på hospitalet er ikke ligefrem indbegrebet af god service – specielt ikke når man de fleste andre steder er gået over til selvbetjening. Webbooking projektet i Horsens er et af de første større forsøg med selvbetjening i Danmark og det er væsentligt at samle op på erfaringerne herfra. Både hvad angår patienter og hvad angår de administrative lettelser der kan opnås på hospitalet. Potentialet indenfor webbooking er stort. Hvad nu hvis vagtlægen midt om natten i stedet for at indlægge en patient akut – i stedet kunne booke en subakut tid i medicinsk ambulatorium den følgende formiddag, det kunne formentlig hindre mange uhensigtsmæssige indlæggelser, der både er belastende for patienten og sundhedsvæsenet. Afdelinger der benytter sig af webbooking funktionaliteten kan naturligvis konfigurere hvilke opgaver/aftaler det skal være muligt for patienterne flytte og evt. booke. Patienterne er parate til at bruge webbooking, det er vi helt sikre på. Spørgsmålet kan være om vagtlægerne parate til at anvende denne form for teknologi? Bliver det blot endnu en teknologi de skal forholde sig til? Skal det være muligt samtidig med at den subakutte tid bestilles også at bestille den transport der skal køre patienten til ambulatoriet, og kan der samtidig gives besked til den primære sektor der måske varetager plejen af patienten? Hænger systemerne sammen elektronisk således det giver en god mening for de alle involverede patienten, primær og sekundær sektor så er vi kommet et rigtig langt stykke af vejen.

Oplægget: Oplægget beskriver erfaringer samt den evaluering- og effektmåling der er planlagt fra Hospitalsenheden Horsens. En evaluering og effektmåling der omhandler såvel dataudtræk, registrering af opkald og tidsforbrug hos sekretærerne samt interview af patienter der har anvendt webbooking.

Sms-påmindelser til patienter. NemSMS – hvor svært kan det være?

Oplægsholder:
Jørgen Mikkelsen, Region Hovedstaden Koncern IT, <joergen.mikkelsen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Sanne Jensen, Region Hovedstaden Koncern IT, <sanne@regionh.dk>
Birthe Hermansen, Region Hovedstaden Koncern IT, <birthe.hermansen@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Sammenblandingen af en simpel teknologi (sms), der er accepteret af mange og en nyere teknologi (NemID), som ikke anvendes af alle ældre, og ikke kan anvendes af unge under 15 år, giver en række udfor
2: Sammenhængen med den nye nationale sms-service og det tidligere e-boks er ekstrem kompleks. Dette gør formidlingen til patienter og personale til en ikke ubetydelig opgave
3: NemSMS til patienter har udfordret gældende lovgivning og krav til dokumentation.

Beskrivelse:
NemSMS er en del af et nationalt initiativ til modernisering af kommunikationen mellem borgere og det offentlige. Region Hovedstaden har været flagskib i det nationale projekt, og har udviklet en sms-service, der omfatter påmindelser til patienter ved ambulante aftaler. Løsningen giver også mulighed for at foretage en tilmelding til servicen, for de borgere der ikke selv er i stand til dette. Sms-påmindelser anvendes allerede i dag indenfor mange private virksomheder, eksempelvis frisører, tandlæger, fysioterapeuter m. fl. Kravene til private virksomheder er ikke omfattet af de samme krav som til det offentlige. Eksempelvis bliver man ikke nødvendigvis altid spurgt om man vil have en sms fra en privat virksomhed.

Tilmeldingen via borger.dk kræver NemID eller en digital signatur. Det betyder at unge under 15 år ikke selv kan tilmelde sig, og andre der ikke har adgang til internettet skal have hjælp til at tilmelde sig via personalet på hospitalet.

En primær forudsætning for, at patienterne kan modtage sms'er fra hospitalet, er, at de har tilmeldt sig servicen på borger.dk. Der ligger derfor en stor opgave i at give så megen information som muligt til patienterne, men også til personalet der står for at informere patienterne. Der har været flere forskellige nationale initiativer til at informere om NemID, Digital post og borger.dk, men ingen af disse har omfattet information om NemSMS. Det er derfor op til de offentlige myndigheder lokalt selv at sikre et bredt informationsmateriale rettet både mod patienterne og personalet. Det betyder at regionen både skal informere om sms-påmindelser i Region Hovedstaden, men også om det nationale koncept om NemSMS. Sms-påmindelserne er i dag alene et tilbud til patienten. Bør påmindelser til patienter være et krav, såfremt det viser sig at være en stor økonomisk gevinst, ved at der bliver færre udeblivelser?

Servicen omfatter som udgangspunkt alle regionens afsnit (ca. 6500). I regionens løsning er det muligt at imødekomme patientens ønsker specifikt til et bestemt afsnit eller booking. Det formodes, at der som patient vil være forskel på at modtage en sms fra et diabetes ambulatorium og fra et alkohol ambulatorium. Erfaringsgrundlaget på dette område er endnu meget sparsomt. Det kan diskuteres hvilke muligheder for sms-ønsker, der bør stilles til rådighed ved tilmelding til sms-påmindelser ved ambulante aftaler på hospitalet.

Indholdet i en sms meddelelse har været diskuteret i Datatilsynet og medierne over en længere periode. Hensynet til få patienter betød, at man i starten kun kunne sende en sms uden et reelt indhold om mødested. Datatilsynet har behandlet sagen, og Datarådet har besluttet at fravige de sikkerhedskrav, som følger af tilsynets generelle sikkerhedsvejledning.

Hvordan sikres det at lovgivningen og de tilhørende vejledninger ikke er hæmmende for moderniseringen af kommunikationen mellem borgere og myndigheder? Det er et krav at indhente og dokumentere samtykke ved en tilmelding, herunder at sikre sig, at det er den rigtige person, som afgiver oplysninger og samtykket. Hvilke krav bør der stilles til dokumentation i forbindelse med tilmelding til sms-påmindelser?

Motivationen for at holde dette oplæg er at udfordre den traditionelle tankegang og lovgivning ved anvendelse af den elektroniske kommunikation. Det regionale projekt er selv blevet udfordret i forbindelse med regionens deltagelse som flagskib i det nationale projekt under Økonomistyrelsen.

Lad patienterne hjælpe

Oplægsholder:
Sine Jensen, Forbrugerrådet, <sj@fbr.dk>

Hovedbudskaber:

1: Patienter og pårørende skal have fuld adgang til journalerne - online, når det passer dem.
2: Patienter og pårørende skal have mulighed for at kommentere i journalerne - jeg vil præsenteret flere uha-historier, hvor sundhedsvæsnet ikke lyttede til patienterne.
3: Sundhedsvæsnet har ikke råd til at lade være med at lade patienterne bidrage langt mere end det muligt i dag. Vi skal undgå fejl og derfor skal patienterne inddrages på en helt ny måde.

Beskrivelse:
Efter flere års erfaringer i Patientklagesystemet, står det lysende klart for mig, at brugerne af sundhedsvæsnet skal og kan inddrages langt mere i deres behandlinger end det sker i dag. Patienter og pårørende har en stor viden, som slet ikke bliver anvendt i tilstrækkelig grad i dag. Alt for mange oplever, at sundhedsvæsnet ikke lytter på deres særlige historier, og bruger den viden, som de kommer med.

Jeg mener, at de nuværende journalsystemer skal tænkes helt anderledes og det vigtigt, at slutbrugerne er med i processen af udviklingen af systemerne og slutbrugerne er patienterne. Vores sundhedsvæsen bliver mere og mere fragmenteret i takt med, at specialisering sker og den eneste person som er gennemgående i alle systemer er sjovt nok patienten. Vi ved, at der er mange penge at spare ved at undgå fejl og vi ved at det særligt er mellem sektorerne at fejlene sker, men den som har størst interesse i at journalen er korrekt er patienten er aldrig med i processen med skrivning af journalen.

Derfor bliver man nødt til at inddrage patienten i journaliseringen på helt anderledes måde end det sker i dag.

Jeg vil fortælle to forskellige patienthistorier, hvor anderledes journalføring med inddragelse af patienterne kunne have medført et anderledes forløb og jeg er ikke et øjeblik i tvivl om at inddragelse af patienter og pårørende i disse to tilfælde ville kunne have sparet menneskeliv.

- en hjertepatient som aldrig modtog grundigt kardilogisk tilsyn

- en leverpatient, hvor der aldrig blev indhentet tidligere journaler

Vi har momentum, hvor der udvikles elektroniske patientjournaler på livet løs i kommuner og regioner, men uden inddragelse af patienter og pårørende. Jeg mener ikke, at vi har råd til at lade være. Patienterne har værdifulde oplysninger, der skal bruges til at forbedre behandlingerne og patienterne kan være til at opdage fejl, men det kræver at de har fuld online adgang og ikke mindst adgang til at rette og kommentere, når de ser forkerte oplysninger.

Empowerment af patienter: patienter som sikkerhedsbarriere

Oplægsholder:
Kitta Lawton, Koncern IT, Region Hovedstaden, <kitta.lawton@regionh.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Peter Skjøt, Enheden for patientsikkerhed, <peter.skjoet@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Patienters behov for information om deres medicin og medicinens effekt
2: Den empowered patient og den informerede dialog
3: It-understøttelse af patientinformation

Beskrivelse:
I forbindelse med det europæiske forskningsprojekt Patient Safety through Intelligent Procedures har vi gennem to interviewrunder spurgt AK-patienter om deres behov for information om medicinering. I første runde interviewede vi indlagte patienter om deres konkrete erfaringer med information om medicinering og behov som ikke var tilgodeset i den information. På baggrund af blandt andet resultaterne af første interview, blev der udviklet to prototyper til patientinformation. Begge applikationer har til formål at give patienten viden om potentielle utilsigtede hændelser i forbindelse med deres medicinering. I den anden interviewrunde udførte ambulatoriepatienter opgaver i disse applikationer, og vi interviewede dem efterfølgende med henblik på vurdering af brugbarheden af applikationerne.

At give de interviewede patienter et system at navigere rundt i før interview, viste sig at være en stor fordel i forhold til hvor konkret information de kunne give os om deres behov for information. Interviewene viste os, at patienterne vil informeres, og gerne med en kompleks information. Det ene prototype er en webapplikation udviklet til patienten som er indlagt. Via en webside kan patienten tilgå egne oplysninger om laboratoriesvar og medicinering. Yderligere giver applikationen adgang til advarsler som genereres på baggrund af sammenstillingen af laboratoriesvar og medicinliste. Den anden prototype er en applikation udviklet til ambulatoriepatienten og fungerer på en smartphone. Denne applikation er forbeholdt patienten der skal til at indtage et nyt præparat. Patienten scanner stregkoden på præparatets æske, indtaster sin alder, afkrydser sine diagnoser og hvilke laboratoriemålinger der er foretaget. På baggrund af disse oplysninger genererer applikationen eventuelle advarsler.

Oplægget vil tage udgangspunkt i de to interviewrunder og præsentere hovedresultaterne. Vi vil diskutere de fordele og ulemper ved de to prototyper og ud fra disse diskutere hvordan it kan være medvirkende til empowerment af patienten.

Udvikling af et nyt it-system til styring af Region Hovedstadens kvalitetsdokumenter

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Dorte Lerche, Region Hovedstaden/Koncern Plan og Udvikling, <dorte.lerche@regionh.dk>
Marina Boch Milbrat, Region Hovedstaden/Koncern Plan og Udvikling, <marina.boch.milbrat@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: It-systemer til styring af kliniske retningslinjer (dokumentstyringssystemer) er et væsentligt grundlag for den sundhedsfaglige kvalitet
2: Krav om dokumentstyring indgår i den danske kvalitetsmodel, men de første surveys har vist, at flere sygehuse har problemer med at opfylde kravene til dokumentstyring.
3: Region Hovedstaden har udviklet et dokumentstyringssystem, hvor der er lagt vægt på at skabe et brugervenligt system, som også støtter de organisatoriske elementer – clinical governance.

Beskrivelse:
Et dokumentstyringssystem skal sikre at personalet let kan finde relevante og opdaterede kliniske vejledninger. Den danske kvalitetsmodel (DDKM) stiller minimumskrav til dokumenternes indhold, og sygehusene skal desuden beskrive, hvordan arbejdet med de retningsgivende dokumenter skal foregå. For eksempel skal dokumenterne skal være godkendt af relevante personer og dokumenterne skal versionsstyres på en sikker måde.

De første akkrediteringssurveys har vist, at flere sygehuse har problemer med at opfylde DDKMs krav til dokumentstyring. Resultaterne tyder på, at både brugermæssige, tekniske og organisatoriske elementer spiller ind.

Motivation
Region Hovedstaden har haft dokumentstyringssystemer i flere år, og har på baggrund af disse erfaringer, udviklet et 2. generations dokumentstyringssystem. Erfaringerne fra udvikling af systemer, kan være nyttige for de øvrige regioner.

Region Hovedstaden har lagt vægt på, at dokumenterne skal være lette at finde for slutbrugerne. Systemet indeholder en intuitiv brugergrænseflade, men også en avancerede søgemuligheder for den øvede bruger. Region Hovedstaden har desuden lagt vægt på, at systemet skal understøtte alle arbejdsgange ved dokumenthåndtering, og der findes derfor omfattende funktioner til oprettelse, høring, godkendelse og publicering af dokumenter.

Udviklingen er foregået med brugerdeltagelse og i flere faser ved brug af prototyping.

Oplægget
Oplægget tager udgangspunkt i DDKM, og gennemgår behovet for dokumentstyring og kravene til et dokumentstyringssystem.

Herefter gennemgås Region Hovedstadens syn på, hvordan et dokumentstyringssystem skal udformes. Der vises bl.a. eksempler på hvordan der sikres let adgang til de gældende dokumenter, hvordan der sikres en høj kvalitet i indholdet og hvordan regionens clinical governance understøttes gennem en transparent forfatter- og høringsproces. Endvidere beskrives kort den brugerinddragende udviklingsproces.

Til sidst perspektiveres til den fremtidige brug af kliniske retningslinjer – herunder højere strukturering af retningslinjerne, en tættere kobling til EPJ og beslutningsstøtte, samt mulighederne for at samarbejde arbejde med retningslinjer på tværs af regionerne og på nationalt plan.

Beslutningsunderstøttelse i klinikken: digitale behandlingsprotokoller på intensivområdet

Oplægsholder:
Jens Schiebeck, Intensivafdeling V, Odense Universitetshospital, <Jens.Schierbeck@ouh.regionsyddanmark.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Patrick Hulsen, Daintel, <ph@daintel.com >

Hovedbudskaber:

1: Nationale behandlingsprotokoller på intensivområdet blev i 2011 en realitet da 50 procent af alle intensivafdelinger i 3 regioner fik adgang til fælles behandlingsprotokoller,
2: Behandlingsprotokoller som udvikles lokalt men styres centralt kan sikre, at 95 procent af al medicinering følger protokoller og dermed øger patientsikkerheden og behandlingskvaliteten,
3: Danmark kan blive foregangsland for rationel og evidensbaseret anvendelse af lægemidler gennem bred anvendelse af behandlingsprotokoller på intensivområdet

Beskrivelse:
Potentialet for at løfte kvaliteten og dokumentationen af behandlingen i sundhedssystemet er en fortsat udfordring: Det tager i gennemsnit 8-9 år fra ny evidensbaseret praksis – 'best clinical practice' er etableret til den anvendes bredt og selv efter 13 år er mere end 30 procent fortsat ikke udbredt. Mere end halvdelen af alle danske intensivafdelinger i Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland har nu adgang til fælles digitale behandlingsprotokoller som er integreret i et medicinmodul med beslutningsunderstøttelse. Dette giver afdelingerne mulighed for at ordinere og administrere lægemidler på baggrund klinisk validerede behandlingsprotokoller, der afspejler 'best clinical practice' indenfor intensivområdet.

Overlæge Jens Schiebeck præsenterer arbejdet med at udvikle behandlingsprotokollerne, hvordan de anvendes på intensivafdelingen, fordelene i det daglige kliniske arbejde og perspektiverne for protokolleret behandling, både internationalt og indenfor andre specialer.

Motivation:
Kliniske data af høj kvalitet fra velfungerende IT systemer åbner store muligheder for at løfte behandlingskvaliteten betydeligt gennem evidensbaseret lægegerning. Samtidig åbner kombinationen af kliniske og administrative data, muligheder for løbende at forbedre den enkelte afdelings produktivitet uden at gå på kompromis med behandlingskvaliteten.

Det er en klar udfordring for både klinikere og ledelsen på afdelings- hospitals- og regionsniveau at udnytte disse data på en måde, som integreres i den daglige kliniske arbejde.

Oplægget:
Overlæge Jens Schierbeck fra Intensivafdeling V på Odense Universitetshospital har i de sidste 3 år arbejdet på at udvikle medicinske behandlingsprotokoller, som i dag anvendes til den daglige medicinering på næsten halvdelen af de danske intensivsenge i Regions Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland. På disse afdelinger kan op til 95 procent af al behandling ordineres og administreres gennem anvendelse af de kliniske protokoller. Jens Schierbeck vil i sin præsentation komme ind på:

- Hvordan behandlingsprotokollerne er udviklet i samarbejde med et Medical Advisory Board, hvor klinikere fra et bredt udsnit af landet intensivafdelinger deltager,
- Hvordan de kliniske protokoller anvendes i det daglige arbejde
- Hvordan de kliniske protokoller opdateres lokalt og styres centralt
- Hvilke fordele og ulemper der er ved anvendelse af automatiserede medicinske protokoller
- Hvad er perspektiverne for medicinske protokoller nationalt og internationalt og i forhold til andre specialer

Jens Schierbeck vil desuden beskrive hvordan automatiserede protokoller kan anvendes til at gennemføre kliniske afprøvning på afdelingen og dermed generere ny klinisk viden om de enkelte lægemidler og deres effekt på forskellige patientgrupper.

Animering af arbejdsprocesser som middel til optimering af procesflow

Oplægsholder:
Krister Svanberg, Capgemini Sverige, <krister.svanberg@capgemini.com>

Hovedbudskaber:

1: Studie af arbejdsprocesser gennem animation giver et solidt grundlag for at vurdere hvorledes disse kan forenkles og optimeres – een animation siger mere en mange tykke rapporter
2: Animationen er et vigtigt redskab i dialogen med klinisk personale og ledelse
3: Data for animation findes tilgængelige i de systemer som anvendes og animationen kan skabes automatisk ved at udtrække data fra logfiler og historiktabeller på tværs af relevante IT systemer.

Beskrivelse:
For at få den fulde gevinst ved indførelsen af IT systemer analyserer og vurderer man arbejdsgangene for at finde frem til steder hvor man kan standardisere og forenkle. Til dette formål anvendes interviews, observationsskemaer og spørgeskemaer. Disse teknikker har imidlertid det problem, at de dels tilvejebringer oplysninger om arbejdsgangene sådan som de ansatte tror de er, dels ikke er i stand til at kvantificere processerne. I en række projekter i Sverige og Holland har man arbejdet med en måde at animere processerne ved hjælp af de data som skabes i processerne.

Motivation

Med det konstante pres for at spare omkostninger og samtidig forbedre patientplejen er forenkling i fokus på hospitalerne. Men hvordan forenkler man en process? For at kunne gøre det, er det essentielt at kende alle de forskellige flows og variationer for processen for at finde frem til den nye måde at gøre tingene på. Capgemini har i forbindelse med en række projekter for svenske amter og hollandske provinser udviklet en metode til at animere arbejdsgange. Erfaringerne viser, at animationen giver de involverede parter et klart billede af de nuværende arbejdsgange som basis for beslutningen om hvor der er forbedringspotentiale og hvorledes arbejdsgangene bør omformes.

Oplægget

Med udgangspunkt i et konkret projekt i Region Skåne demonstrerer indlægget hvorledes det med enkelte midler er muligt at animere arbejdsprocesser. Ved hjælp af animationen vises det, hvordan flowet er i den analyserede arbejdsgang med de forskellige variationer som forekommer. Animeringen danner udgangspunkt for dialogen med brugere i kliniken og på ledelselsesniveau, om hvorledes arbejdsgangene kan forenkles.

It-nødadgang til vitale patientdata i Region Hovedstaden

Oplægsholder:
Susanne Munck, Projektafdelingen, Koncern IT Region Hovedstaden, <susanne.munck@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Sissel Elsman, Kunderelationer, Koncern IT, Region Hovedstaden, <sissel.elsman@regionh.dk>
Mikael Zebbelin Poulsen, Projektafdelingen, Koncen IT, Region Hovedstaden, <mikael.zebbelin@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Nødweb i Region Hovedstaden – Et koncept for it-nødadgang til patientdata, således at adgang til vitale data sikres under forskellige IT-nebrudsscenarier uden behov for papirjournalen.
2: Forretningsbehovet - Hvorfor har Region Hovedstaden indført Nødweb-løsningen?
3: Hvilke erfaringer har Region Hovedstaden gjort hidtil? – herunder overvejelser og valg i forbindelse med design af løsningen.

Beskrivelse:
Mindre afhængihed til papirjournalen eller muligheden for helt at afskaffe den, er en væsentlig faktor til forbedring af de kliniske arbejdsgange. Selv med de mange elektroniske journalsystemer der benyttes i dag, kan papirjournalen stadig være nødvendig, som backup eller nødadgang til vitale patientdata, hvis de primære journalsystemer bliver utilgængelige. Det kan være under it-nedbrud eller andre it-katastofescenarier.

Motivationen for dette oplæg er at fortælle om Nødweb - den løsning på IT-nødadgang Region Hovedstadens har valgt, for at fjerne afhængighed af papirjournalen som backup eller nødadgang. Samtidig er det ønsket at oplæget støtter en generel dialog og videndeling omkring forretningsbehov og løsningsmuligheder indenfor området nødadgang til journaldata.

Da Region Hovedstaden for flere år siden gik papirløst på medicinområdet, ønskede man at sikre tilgængelighed af aktuelle medicindata og cave, hvis medicinsystemet EPM pludselig skulle blive utilgængeligt. Nødweb blev valg som den løsning, der bedst kunne understøtte datatilgængelighed, og dermed patientsikkerhed, under systemnedbrud. Nødweb-løsningen sikrer at vitale patientdata er lokalt tilgængelige, ved kontinuerligt at replikere data ud til lokale nødwebservere på alle hospitaler. Mister et hospital adgang til f.eks. EPM, kan man i stedet tilgå aktuelle medicindata på nødweb via et simpelt web-interface. Er netværket nede er der dedikerede nødprint-pc'ere og -printere koblet direkte til den lokale server, så der kan iværksættes nødprint til hele hospitalet.

Da regionen i 2010 begyndte at implementere papirløse arbejdsgange på notatområdet, blev nødwebkonceptet udvidet til at indeholde notatdata og KISO-skemaer. Udvidelse til andre typer vitale patientdata er på tegnebordet. Som løsningen ser ud i dag, understøttes en lang række it-katastrofescenarier idet data er lokalt tilgængelige, men til gengæld understøtter løsningen kun en begrænset datamængde og funktionalitet. F.eks. er det ikke muligt at inddatere nye data i nødweb – der gives kun læseadgang til eksisterende data. Flere afvejninger har været centrale i design af nødweb-løsningen:

- hvilke nedbrudsscenarier skal understøttes
- teknologisk kompleksitet og datamængder
- patientsikkerhed, hvilke patientgrupper skal understøttes?, definition af vitale patientdata
- hvilke forretningsbehov skal understøttes; patientsikkerhed, drift?
- brugervenlighed i en krisesituation
- informationssikkerhed vs. patientsikkerhed

I de år nødweb har eksisteret er der gjort flere erfaringer med nødweb, og konceptet er løbende tilpasset forretningens behov. F.eks. er der lavet flere ændringer af både brugergrænseflade og nødprocedurer. Systemet skal være så intuitivt og enkelt, at det kan anvendes i en potentielt stresset situation uden forudgående undervisning.

Oplæget vil fokusere på at beskrive Nødweb-konceptet og løsningen, hvilke kriterier der ligger tilgrund for designet og de erfaringer der er gjort med Nødweb.

Gør din journal endnu mere struktureret

Oplægsholder:
Carina Zetterberg, Örebro Universitetshospital, <carina.zetterberg@orebroll.se>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Simon Kohrtz, Tieto A/S, <simon.kohrtz@tieto.com>
Darko Loncar, Tieto A/S, <darko.loncar@tieto.com>

Hovedbudskaber:

1: Vi inddaterer i vores journaler, men her er et eksemple på hvorledes de data vi inddatere kan gøres endnu mere struktureret end journalsystemerne lægger op til.
2: Det er ikke nødvendigt at bede din leverandør om at opgradere / opdatere journalsystemet. Med det viste værktøj kan I selv skabe de ændringer der skal til.
3: det er vigtigt at informationen lagres struktureret, således at det er muligt at måle på de indtastede data.

Beskrivelse:
Örebro Läns Landsting (herefter bare kaldet Örebro) har indlejret KMS i deres EPJsystem ved hjælp af et nyudviklet tillægsmodul til KMS kaldet "Integreret dataindtastning". Örebros formål med indlejringen er at opnå fuldstændig frihed til at kunne tilpasse deres EPJ-løsning efter de behov som de enkelte specialer har for at udføre såkaldt hårdt struktureret elektronisk journalisering.

Orebros EPJ-losning (kaldet "Varddokumentation" eller i daglig tale bare "Dokumentation") er en klassisk client-server-losning bestaende af en fed klient og en server.

Bade klient og server er integreret med en rakke andre sundhedsapplikationer, hvoraf de vasentligste er Orebros PAS og deres kliniske portal kaldet "Klinisk Portal". Orebro gik i produktion med deres EPJ-losning i december 2008. Foruden almindelig handtering af patienter, forlob, kontakter, organisation, diagnoser og lignende, baserer losningen sig pa udfyldelse af skemaer - eller dokumenter som det kaldes i losningen. Dokumenter kan vare alt fra indkaldelsesbreve og almindelige journalkontinuationer til sarlige formularer til forsikringsselskaber. Alle disse dokumenter ligger hardkodet i deres EPJ-losning.

For en lang rakke dokumenttyper har Orebro fundet, at de har behov for meget avancerede, elektroniske dokumenter, som er specialtilpasset den bagvedliggende arbejdsgang og tilhorende nomenklatur (fx for et specifikt sygdomsomrade). Det galder fx for dokumenter for operationsplanlagninger, operationsbeskrivelser, anastesibeskrivelser og ambulatoriebesog. Det primare formal med de specialtilpassede dokumenter er i sa udstrakt grad som muligt at basere journalindtastningen pa brug af standardfraser, specifikke sogeord og valg fra lister og klassifikationer. Sagt med andre ord at eliminere fritekst i den elektroniske journal.

Herudover skal de avancerede dokumenter opfylde folgende behov:
- Avanceret validering af indtastet data, bade under indtastning og ved statusandringer (gemning, indlevering etc.)
- Mulighed for beslutningsstotte i forbindelse med indtastning
- Automatisk beregning af resultater baseret på det indtastede
- Mulighed for dataudtræk på tværs af patienter
- Mulighed for fremtidig automatiseret overførsel af indtastede data til nationale kvalitetsregistre og lignende

Endvidere ser Örebro et behov for selv at kunne definere og udforme disse dokumenter, uden at være afhængig af ydelser fra leverandøren, og uden at være tvunget til at skulle opgradere deres løsning hver gang der skal introduceres nye dokumenter eller ændringer til eksisterende. Alle ovenstående behov kan opfyldes af KMS. Det er imidlertid også Örebros ønske, at det daglige arbejde med disse specialtilpassede dokumenter skal foregå helt transparent for slutbrugeren. Slutbrugeren skal altså ikke opleve at arbejde i et andet system end det eksisterende EPJ-system. De specialtilpassede dokumenter skal sameksistere på lige fod med de eksisterende EPJ-dokumenter, og anvendes på samme måde som disse. For at imødekomme sidstnævnte har Tieto udviklet et tillægsmodul til KMS kaldet "Integreret dataindtastning". Denne løsning vil vi gerne demonstrere.

Health Information Exchange and Shared Care Demo

Oplægsholder:
Jesper Vejs, IBM Danmark Aps, <jesper.vejs@dk.ibm.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Flemming Bo Hansen, IBM Danmark Aps, <flemming.hansen@dk.ibm.com>

Hovedbudskaber:

1: Demonstration af "Health Information Exchange" med deling af information på tværs af sektorer
2: Patientforløb og transition fra akut til post-akut opfølgning gennem anvendelse af Shared Care platform
3: Anvendelse af mobil applikation på en SmartPhone til indrapportering af værdier for vitale funktioner

Beskrivelse:
Der demonstreres en løsning med hospitalet som den primære aktør, men med integration til primær sektor og inddragelse af telemedicinsk udstyr i hjemmet.

Motivation
Områderne for behandling af kronikere og lignende patientgrupper samt telemedicin er strategisk vigtige for vores kunder. Vi er ikke i tvivl om, at en del af svaret på fremtidens sundhedsvæsen skal findes i intelligente løsninger omkring netop disse områder.

Vi arbejder derfor med en ambitiøs og åben løsningsarkitektur, som dels indeholder eksisterende og modne komponenter og dels kan danne fundamentet for nye fremtidige moduler. Løsningen vil kunne håndtere forløbsprogrammer tilpasset den enkelte bruger og brugerens normale systemer. Løsningen vil ligeledes kunne håndtere komorbiditet og lignende relevante forhold.

Behandlingen af kronikere kræver en stadig større økonomisk indsats, hvorfor sygdomspakkernes effekt vil være afhængig af evnen til at dele den information, der sikrer tidlig diagnosticering, effektiv opfølgning og fleksibel håndtering ved ændringer.

Oplægget
Demonstrationen vil gennemføre følgende forløb:

1. Ved udskrivelse fra hospitalet generes der en "udskrivelses rapport" som gøres tilgængelig for aktørerne i den videre patientbehandling.
2. Patienten kontrollerer sine vitale funktioner gennem anvendelsen af standardiseret telemedicinsk udstyr.
3. Patienten overfører med sin SmartPhone data til fjernovervågnings service.
4. Forløbskoordinator orienteres af fjernovervågningsløsningen om at aflæse målinger og vurdere patienttilstanden.
5. Forløbskoordinatoren beslutter at indkalde patienten til praksisklinikken for at undgå potentielle komplikationer.
6. Fjernovervågningsløsningen benyttes til at genere en standardiseret helbredsrapport med patientens værdier på vitale funktioner.
7. Den praktiserende læge gennemser helbredsrapporter ved at logge ind på fjernovervågningsløsningen.
8. Patienten går ind på sin patientportal og kan følge egne målinger samt holde sig orienteret om aftaler og anden information relateret til sin helbredssituation.

Columna – anvendelse af journaldata til klinisk forskning, ledelsesinformation og kommunikation med andre sektorer

Oplægsholder:
Pia Wichman Madsen, Systematic, <pia.wichmann.madsen@systematic.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Christian Jeppesen, Systematic, <christian.jeppesen@systematic.com>

Hovedbudskaber:

1: Patientdata i de elektroniske patientjournaler rummer en stor kilde til viden, der kan bruges til forskning, kvalitetssikring og ledelse, under forudsætning af at de er dokumenteret struktureret
2: Med strukturerede data i EPJ er forudsætningen for genbrug af data til stede, men hvordan foregår i praksis? Se eksempler på det i Columna
3: Hvilke udfordringer er der ved at genbruge, selv højt strukturerede og klassificerede data og hvilke løsninger findes på det? Hør Systematics bud på det

Beskrivelse:
At patientjournaler rummer meget information og viden, der ikke kun er nyttig i forhold til den enkelte patient, men også centralt ift. at skabe viden der kan anvendes til forskning for andre patienter og for at planlægge og drifte sundhedsvæsenet på den mest effektive måde, er der ikke megen tvivl om. De mange forskellige kliniske databaser og administrative systemer, der forsøger at samle alle disse patientdata op, vidner om behovet. Det kræver tid og fokus fra klinikerne at levere disse data, og der er derfor et stort ønske om, på en nemmere måde at kunne hente disse data fra EPJ. Et at de helt oprindelige krav til Columna var derfor, udover at være en patientjournal , der sikrede effektive arbejdsgange og patientsikkerhed, også skulle kunne levere data der kan anvendes til forskning, kvalitetssikring og ledelsesinformation. Det har været et godt og vigtigt krav, men også indimellem et ret besværligt krav. At bryde tekst og information som normalt skrives i flydende, fri tekst op i atomer og klassificere informationen har ikke været en triviel opgave. Udfordringerne har været meget forskelligartede:

- faglige og tværfaglige diskussioner omkring begreber og betydning af begreber
- mangel på tilstrækkelig gode klassifikationssystemer
- sikre brugervenlighed og hastighed i registrering af strukturerede og klassificerede oplysninger i Columna
- mangel på færdigudviklet sundhedsfagligt indhold
- sikre overskuelighed og læsevenlighed af de strukturerede information i Columna

Gennem fastholdelse af ideen om genbrugelige data, er det lykkedes at udvikle og sætte en EPJ-løsning i drift, som på én gang understøtter opsamling af patientdata, der er så strukturerede at de kan trækkes ud og genbruges i andre sammenhænge end alene som daglig patientjournal og samtidig sikrer at EPJ er brugervenlig og understøtter det primære formål med en EPJ - nemlig at udgøre det daglige arbejdsredskab for klinikere i behandling og pleje af patienter. Columna understøtter en fortsat dynamisk udvikling af det sundhedsfaglige indhold, som sikrer at klinikerne får den journal de har brug for det daglige arbejde med patienterne, men også at den fremtidige brug af data til forskning, kvalitetssikring og ledelse sikres. Denne præsentation af Columna fokuserer på hvordan de data der indtastes i EPJ i forbindelse med den daglige patientbehandling på sygehusene, automatisk genbruges til forskellige formål. Med udgangspunkt i eksempler fra Columna demonstreres hvordan dokumentation fra den daglige klinik automatisk indgår i andre sammenhænge og dermed sparer tid til registrering og højner datakvalitet. Der vises eksempler på genanvendelse af data til indberetning til kliniske databaser, til udarbejdelse af genoptræningsplaner, til dataudtræk til ledelsesinformation mm. Præsentationen vil indeholde Systematics erfaringer med genbrug af data. På trods af at Columna i udstrakt grad er baseret på strukturerede data og dermed har det helt rigtige grundlag for at kunne gennemføre automatisk genbrug af data, har der været udfordringer i rent praktisk at etablere genbrug af data. Disse udfordringer har været af såvel teknisk karakter som arbejdsflow-mæssige afklaringer. Endelig indeholder præsentationen også overvejelser omkring business cases i at anvende EPJ systemer og data til disse formål.

Critical Information System, CIS by Daintel, til intensiv og anæstesi

Oplægsholder:
Torben Steensgaard Andersen, Intensivafdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle,
<Torben.Steensgaard.Andersen@slb.regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

1: Critical Information System, CIS by Daintel, er en komplet IT suite der imødekommer de krav som intensivafdelingerne har til et IT system
2: Ved at fokusere snævert på intensivafdelingernes behov kan CIS tilbyde en bredde i funktionalitet og dybde i integration af data, som er enestående.
3: Et IT system, hvis innovation tager udgangspunkt i en specialafdelings behov, letter implementeringen og reducerer behovet for omlægning af arbejdsgangen betydeligt

Beskrivelse:
Introduktion:

I takt med at Regionerne konsoliderer de store EPJ systemer bliver behovet for investering i, og konsolidering af, IT systemer til en række specialafdelinger, tydeligere.

Critical Information System, CIS by Daintel, er et godt eksempel på et dansk udviklet specialsystem til intensivafdelinger, der på kort tid har vundet indpas i tre regioner.

Takket være et snævert fokus på de specifikke behov på intensiv, kan CIS tilbyde en høj grad af automatisering og integration af alle væsentlige funktioner som kræves af et IT system til intensiv.

CIS er udviklet i som et specialsystem til intensivafdelinger. Gennem et tæt samarbejde med et bredt udsnit af klinikere fra danske intensivafdelinger er CIS tilpasset de specifikke krav, som intensivafdelinger stiller til et velfungerende IT system.

Med separate moduler for journalisering, medicininering, datamanagement(PDM) og Business Intelligence opfylder CIS alle behov for et integreret IT system til en moderne intensiv afdeling. Samtidig sikres en ukompliceret og enstrenget integration til de brede EPJ systemer i overensstemmelse med den danske kvalitetsmodel.

Oplægget:

Overlæge Torben Steensgaard Andersen fra Intensiv på Sygehus Lillebælt, Vejle giver en kritisk gennemgang af de væsentligste funktioner i CIS:

- Et journalmodul, som er tilpasset de store datamængder på intensiv, og viser patientdata i en behandlingsrelevant kontekst.
- Et medicinmodul med beslutningsstøtte baseret på klinisk validerede protokoller, som sikrer overblik over den komplekse medicinering på intensiv.
- Et PDM system, der understøtter al teknisk medicinsk udstyr på intensivafdelingen og viser patient- og behandlingsdata i en opsætning, der er tilpasset den enkelte patients kontekst og den konkrete behandling,
- Et Business Intelligence System med alle patient- og behandlingsdata samt direkte adgang til brugervenligt analysemodul som muliggør løbende analyse af væsentlige behandlings-, outcome-, patientsikkerheds- og kvalitetsparametre.

Torben Stensgaard Andersen vil desuden præsentere en række erfaringer fra implementeringen af CIS på de 2 intensivafdelinger på Sygehus Lillebælt, Vejle og Kolding.

Integration til FMK - en løsning designet med vægt på brugervenlighed, sikkerhed og kliniske arbejdsgange

Oplægsholder:
Charlotte Hellstern-Hauerslev, IBM Healthcare, <chh@dk.ibm.com>

Hovedbudskaber:

1: Integration til et eksisterende medicinmodul med høj vægt på brugervenlighed, designet i tæt samarbejde mellem udviklere og slutbrugere
2: En løsning der i høj grad tager hensyn til de komplekse kliniske arbejdsgange fex. De forskellige behov på sengeafsnit og ambulatorier
3: En løsning designet til at højne patientsikkerheden

Beskrivelse:
Introduktion:

Fælles MedicinKort (FMK) er en løsning, der tager udgangspunkt i identificerede krav som "allestedsnærværende adgang til information (data)", "fleksible sundheds-it-løsninger", "interoperable it-systemer" m.m.. Integration mellem hospitaler og praksislægers eksisterende medicinmoduler skal skabe sikkerhed for såvel borgere som behandlere for, at det altid er tydeligt, hvilken medicinsk behandling borgeren modtager.

Kravet om en idriftsat integration til FMK med udgangen af 2011, satte en naturlig deadline for udvikingsprojektet. Således stillet overfor en klar deadline, klare nationale krav til funktionalitet samt en række brugerønsker, igangsatte IBM og Region Hovedstaden i slutningen af 2011 et agilt samarbejde efter Scrum-metoden for at udvikle integration til Regionens eksisterende medicinmodul EPM.

Motivation:

Ikke så få udviklingsprojekter indenfor sundheds-IT fejler grundet manglende fælles forståelse for de komplekse kliniske arbejdsprocesser, men de udfordringer, IT-leverandøren står overfor igennem et udviklingsforløb, er også ofte ganske ukendte for kunden. Region Hovedstaden ønskede en integration til FMK, der levede op til de nationale krav, men som ikke mindst honorerede brugernes ønsker om en nem, intuitiv og sikker måde at afstemme patienternes medicin på. Ved brug af Scrum-metoden, der har involveret aktiv deltagelse i hele processen fra alle lige fra projektledelse til udviklere og et panel af slutbrugere samt brug af Regionens ITX-laboratorium, er det lykkedes at udvikle en løsning, der lever op til ovenstående forventninger.

Oplæg:

Integration af FMK til EPM forventes sat i pilotdrift i efteråret 2011 på udvalgte hospitalsafsnit i Region Hovedstaden. Løsningen demonstreres i produktionslignende miljø, med henblik på at anskueliggøre de tiltag, der er valgt for at lette klinikerens arbejdsgange, når der skal afstemmes medicin i forbindelse med indlæggelse, udskrivelse og ambulant behandling.

Højdepunkter fra den agile samarbejdsproces gennemgås, og fordele og ulemper ved metoden berøres.

EHR-monitor: Implementation and use of clinical IT-systems in Norway

Oplægsholder:
Arild Faxvaag, The Norwegian Centre for EHR Research, NTNU, Trondheim, Norge, <arild.faxvaag@ntnu.no>

Hovedbudskaber:

1: The work of GPs is tightly intervowen with the use of the EHR system, whereas clinicians in hospitals and nursing homes use the EHR system for fewer clinical tasks.
2: Clinicians report that today's access control mechanisms have a negative impact on the clinical work in hospitals and nuring homes.
3: Government-sponsored programs for implementation of eMessages have effect. Increasingly, lab reports, referral and discharge letters are increasingly being sent via the Norwegian Healthcare network.

Beskrivelse:
Norway began monitoring HIS implementations in 2008 [1, 2]. The first study revealed that most institutions had implemented an EHR –system but that it took 15 years from the first EHR systems were introduced until 90% of the actors used the systems. A new survey was conducted in 2010[3]. In this second study we collected more data on the experiences of clinician users, conducted a stakeholder analysis and presented the results with the perspectives of the various stakeholders. We will present data on a) clinical use of EHR systems, b) clincians' experiences with using EHR-system access control mechanisms, c) data on electronic collaboration and electronic messaging, d) the use of EHR data for management, quality control and research, e) the transition towards working in a paperless environment, and f) IT support.

References:

1. Heimly V, Grimsmo A, Henningsen TP, Faxvaag A. Diffusion and use of Electronic Health Record systems in Norway. Stud Health Technol Inform. 2010;160(Pt 1):381-5.
2. EPJ-monitor 2008 (Norwegian). Available from http://www.nsep.no/publikasjoner/EPJ%20Monitor%202008.pdf
3. EPJ-monitor 2010 (Norwegian) Available from http://hiwiki.idi.ntnu.no/images/c/c5/EPJ-monitor-2010-v1.2.pdf

Monitoring eHealth Implementations - case Finland

Oplægsholder:
Hannele Hyppönen, Finnish National Institute for Health and Welfare (THL), Finland, <hannele.hypponen@thl.fi>

Hovedbudskaber:

1: Four national reports on eHealth implementations are published on 2010 situation: eHealth systems adoption, eWelfare systems adoption, eHealth systems quality and eHealth projects (development)
2: A national eHealth evaluation framework was generated in 2008. All reports are based on this. They use survey methods. Register-based impact monitoring is being planned
3: Key professional systems are widely used, but usability needs to be developed. eHealth projects and implementations for patients systems are local, without interoperability

Beskrivelse:
Description:

In 2008 a Finnish framework for national monitoring of eHealth systems was generated in collaboration with universities and service providers. It covered **adoption** criteria, **impact** criteria (c.f. Health Technology Assessment model), **system and information quality** criteria (IS success model) and **development** criteria (ISO 9241-210 model).

Adoption rates of different eHealth systems had already been surveyed biannually since 2003, eWelfare systems since 2010. It is targeted to the Chief Medical Officers in care organisations. The key adoption rates will be presented of EPR/Social care information systems, exchange of client information between organisations, data safeguarding and client eHealth systems.

Development of patient eHealth systems was monitored for the first time in 2010. The survey covered 75 nationally funded projects. Data categories included funding, collaboration network, systems being developed, outcomes, impacts and needs for national steering. Key results will be presented, and are used in a national collaboration project.

eHealth **system and information quality** and experienced **impacts** survey was conducted as a joint venture between the THL, Medical Association and Aalto University. It was targeted to all practicing doctors in Finland. It covered questions related to user experience on system quality, information quality, support service quality and experienced impacts of the main eHealth systems. Key results of this survey from the viewpoint of different legacy system users will be presented. As one impact, development of register-based impact indicators has been started.

In an EFMI-supported workshop in MIE2011 conference focussed on minimum international indicators for eHealth monitoring. The workshop led to establishment of EFMI-EVAL WG activity on generating joint indicators for eHealth systems. This work links directly to implementation of the Finnish evaluation plan and monitoring eHealth implementations in other countries.

Findings and reflections from a Swedish National Healthcare ICT Survey

Oplægsholder:
Åke Walldius, School of Computer Science and Communication, KTH, Sweden, <aakew@csc.kth.se>

Hovedbudskaber:

1: In a survey of Swedish health care workers satisfaction with their ICT-systems, three out of four agree that the systems support their work tasks, but 46% does not agree that the systems have helped r
2: Only 29% of the users are satisfied with the way they may participate in the introduction of new systems
3: When asked how much time they would save if systems functioned effectively, doctors estimate that they could save 56 minutes per day

Beskrivelse:

A Swedish National Health ICT Survey (NHIS) was carried out by the UsersAward developent company in 2004 and amounted to the first comprehensive investigation of who worked with what kind of ICT in the Swedish health care sector and how satisfied they were with their ICT support. In 2010, a similar but more comprehensive survey has been carried out, sponsored by VINNOVA (Swedish Governmental Agency for Innovation Systems), the health care employer organisation (SKL, Swedish Association of Local Authorities and Regions), and the four professional health care societies and unions (Swedish Medical Association, Swedish Association of Health Professionals, SKTF/Publicly and privately employed salaried employees and Swedish Municipal Workers' Union). The survey covers 1,368 respondents from all four major professions and it was conducted in cooperation with SCB (Statistics Sweden).

The healthcare personnel's experiences of their ICT tools today are much more uniform between different professions and between different healthcare settings than in 2004. Several factors have probably contributed to this, such as that county and regional development of ICT has been guided by clear IT strategies, more appropriate regulations facilitating systems integration and not least that the users' demands for better IT systems have led to more integrated, more complete but also to fewer brands of patient record systems than in 2004. Three out of four of the personnel in the survey agree that ICT systems facilitate their work. But the results also show that there are problems with technology, design and use that respondents believe reduce patient safety and efficiency. The users are particularly critical to their lack of influence on the introduction and on-going development of ICT tools. Only 29% of all users are satisfied with user participation during the introduction of new systems, and just over 30% of the systems are monitored and adapted to new demands and needs on an on-going basis. This leads to poor functioning of systems and to waste of time for both personnel and patients.

National Monitoring of Health Information Systems Implementation and Use

Oplægsholder:
Christian Nøhr, Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet, <cn@plan.aau.dk>

Hovedbudskaber:

1: How are clinicians in Denmark using health IT systems?
2: What progress has been made since last year?
3: How do Denmark perform in relation to the other Nordic countries?

Beskrivelse:

The Danish EHR-observatory has monitored the HIS implementation from 1999 to 2006. Basic measurements of EHR coverage were obtained in six consecutive years [1]. Since 2006 regular monitoring has been absent, but public institutions and private consultants have produced a number of status reports. There is however no consistent measures or datasets to enable comparison or progress evaluation. The status reports indicate the importance of independence of monitoring activities from stakeholder interest.

The last two years the eHealth Observatory and the Virtual Centre for Health Informatics (V-CHI) have completed a survey among Danish clinicians about their daily use of health IT systems. This years survey also includes the medical secretaries.

The survey explores the clinicians actual IT system use: number of log-ins during a workday, number of usernames and passwords, how long time they spend every day on computer use, which information systems they used, and how frequently they used them. To provide input for future strategically initiatives the users were also asked what kind of clinical information they would like to share with other health professions. In a last section of the survey the users indicated their attitude to the development and impact of health information systems on a five-point likert-type scale.

The survey will run until a few days before the conference to enable the presentation of the most current figures.

Healthcare Challenges in the Basque Region and the next generation of Healthcare Management

Oplægsholder:
sundhedsminister og regionschef Jesús Maria Fernández, Baskerlandet, Spanien

General information of Basque Country and its Health System
The Basque Country is a Spanish region in the western Pyrenees with a population of 2.2 million inhabitants. Healthcare services in Euskadi (The Basque Country) are principally provided by the Basque Health Service (Osakidetza), a public entity which comprises 18 hospitals and 309 health centres.

Healthcare Challenges in the Basque Region
The Basque Region shares common challenges with the rest of European most developed health services: containing the growth of public health expenditures under strict fiscal consolidation policies while servicing an ever increasing demand; addressing quality, safety and adequacy gaps in health services. In addition, the Basque Country, one of European regions with the highest proportion of elderly population, addresses an increasing incidence of chronic pathologies.

The next generation of healthcare management in the Basque Country
The current health System is designed and structured to comply with an epidemiological model focused mainly on acute interventions which do not correspond to today's needs. There is a lack of integration between the health system and social services. Faced with the increase in chronic illnesses it is necessary to transform the current system towards one which deals effectively with the new patterns, one which offers continuity of care, prevents complications and unnecessary care and thus reduces costs. For all this reasons, the response to the needs of people suffering from chronic illnesses has become the principal challenge faced by the Basque Health System.

Primary care, hospitals and social services have to find more collaborative and better coordinated approaches. It is in this collaboration in which advances are to be found for chronic patients and in which wide margins for efficiency improvements can be identified which will enable the sustainability of the health system.

Investment is required in an information strategy and the technology to make it possible, it is necessary to use new approaches to educate patients to manage their illness, to continue to promote evidenced-based medicine, and also to integrate primary care, hospital care and social care.

The path towards progress in this area requires a change in the existing conceptual frameworks, within which curing and caring, take place, and one which is clearly outlined in the current health and social policies. The individuals and their environment, their health and their needs have become the central focus of the System at the expense of merely treating the illness.

The presentation will describe the main actions taken since 2009 by the new Basque Health Department to contain healthcare cost in the short term. However along this short-term plan, a global strategy for chronic diseases has been developed and it's being implemented.

The Strategy is based on five pillar policies:

- Adoption of a population health outlook, stratified and proactive population health management and reduction of inequalities in health matters.

→

The objective is to improve the health of the entire population and reduce the potential level of health inequality. This focus will also enable the analysis of the complexity and comorbidity levels of the population, and its segmentation with the aim of targetting resources to cover the different needs in a tailored and proactive way. The prevention and care for chronic illnesses must respond to the needs of the people from all backgrounds, both cultural and linguistic; of every age, from children to the elderly; from all socio-economic classes; from all areas, both rural and urban, and with no disparity between men and women.
The result of this policy will be to identify the "target" groups of patients for certain interventions. This requires both a stratification of the population according to their clinical risk and their health and socio-health needs, and also the association of each level of stratification and patient typologies with the kind of interventions that evidence has proven to be effective for chronically ill patients. Eventually, this will all be integrated in information systems and in the daily clinical duties of the medical professionals, thereby personalising the treatment received by each patient.

- Prioritisation of health promotion and the prevention of illness.
The objective is to create a framework of action, including proactive prevention measures and health promotion actions with regard to chronic illnesses, aimed at the different levels of the population pyramid: both for the healthy and for those persons with risk factors, as well as those who are already suffering from one or more chronic illnesses, but always emphasising an integral population approach.

Resulting from this policy will be an integrated set of prevention and health promotion actions of proven effectiveness, both at primary and secondary level, aimed at target groups of patients according to the results of the stratification. These actions should significantly reduce the prevalence of chronic illnesses and the deterioration in health of those patients who suffer from them.

- Promoting the active role of the citizens, encouraging their responsibility in the management of their disease and in patient autonomy.

On the one hand, with self-care on the part of the chronic patients and their carers, as an essential lever to reach personalised based care with the necessary support of the health care system at all levels. Self-care requires the active participation of the patients and their carers in administering healthcare and in the process of making informed decisions which are agreed on with the doctor, the patient and the carer. On the other hand, it requires their active participation in their own health promotion and the prevention of the appearance and development of chronic illnesses.

The specific result will be an array of interventions and tools which will enable selfmanagement and promote the accountability of patients with regard to their own condition.

- To guarantee continuous care through the promotion of a multidisciplinary care programme, co-ordinated and integrated between the different services, care levels and sectors.

Integration and continuity in the provision of care are essential elements with which to guarantee that the necessary services are received at the right time and in the right way, optimizing health results and improving the experience of "the journey through the system", in a process which begins with initial prevention and goes beyond the worsening of a chronic illness until the point at which rehabilitation permits the citizen to resume a normal life. The result would become evident in all those mechanisms, roles, social - health care agreements, clinical procedures/protocols/paths and tools which are necessary to guarantee continuity of care for the chronic patient between the different people and organizations involved, both health and social, and in particular during the transitions between different levels of service. In a practical way, virtual multidisciplinary teams would be set up which would share information and diagnoses in a transparent fashion. The eventual consequence for the citizen would be care which was better adapted to their needs and their situation within the cycle of the illness (from prevention to rehabilitation), a product of the integrated vision of the information and the reduction of the number of unneces-

→

sary interactions, caused by the lack of coordination between care levels, while the health professionals and social workers take on new roles which will enable them to focus on improving the health and the situation of the patients, and to avoid repetitive work and carrying out tasks of minor added value.

- To adapt the health interventions to the needs and priorities of the patient and the efficiency of the system.

To develop a patient centred system which chooses the optimum health intervention from a wide range and adapts it for the chronic patient in each situation, taking into account the needs and priorities of the person the needs and priorities of the patient and the needs of the Health Care System itself, For example: the introduction of the possibility of interacting virtually with the system in order to obtain a more practical and quicker response: an increase in emphasis on rehabilitation actions with innovative rehabilitation programmes (e.g. collaboration with sports centres), electronic prescription which avoids the need to make trips to health centres to pick up long-term treatment prescriptions, home based hospitalization or in sub-acute hospitals for all patients whenever it is medically compatible, lessening the impact of care on a person's life as well as reducing the cost for the System (e.g. a bed in a hospital for acute treatment can cost twice as much as one in a sub-acute hospital, without providing the chronic patient with a lower level of care due to the diagnosis).

In practical terms, it includes the substitution of face-to-face interventions for remote or automatic interventions whenever possible, adapting the level of care (e.g. beds for acute patients, beds for long stay, home hospitalization), promoting rehabilitation and preventive interventions and reducing unnecessary visits. The eventual impact will be greater satisfaction levels both for patients and for professionals, greater quality of life, better health results and comparatively lower costs.

To accelerate the transformation process we have launched 14 strategic projects.
Most of these projects require the incorporation of new technologies.
1. Risk profiling and Stratification of patients
2. Prevention and promotion for chronic conditions
3. Patient activation and Self-care
4. Empowering Chronic Patient Communities, and use of Web 2.0 technologies
5. Unified Electronic Clinical Record: Osabide Global
6. Integrated health care
7. Developing sub-acute hospitals
8. Advanced nursing competences
9. Social and Health Services Collaboration
10. Financing and Contracting health services
11.OSAREAN: Multi-Channel Service Centre
12.Developing e-pharmacy and e-prescription
13.Centre for Research and Innovation on Chronicity
14.Bottom-up Innovation by clinical professionals

We will describe and discuss progress in this Strategy focusing on the following
dimensions:
> Integration of care and organizations
> Patient activation
> E-health solutions: electronic clinical record, e-prescription and multichannel health service centre
> Nursing Advanced roles

Identifying high-risk patients and implementing preventative actions

Oplægsholder:
Adam Hobgood, Healthways, <adam.hobgood@healthways.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Peter Mortensen, SAS Institute, <peter.mortensen@sdk.sas.com>

Hovedbudskaber:

1: How does Healthways use predictive models to identify high-risk patients and what can predictive models be used for.
2: How does Healthways organize and implement preventative actions.
3: How does Healthways evaluate the preventative actions and improve their care-programs.

Beskrivelse:
Healthways provides disease and care management to more than 35 million health-plan members in all 50 states in the United States, the District of Columbia, Guam and Puerto Rico. The company has > 1000 employees including nurses and health coaches in 11 US-based care enhancement centers and 3 international ones, who collect data and provide clinical support to health-plan members and their physicians.

Healthways knows that a key to successful disease management is the correct identification of those members in greatest need of care. Healthways reduces costs and helps to improve member health outcomes by predicting who is at most risk for developing specific health problems. In doing so, Healthways is able to coordinate intervention plans that address care designed to avoid complications down the road.

At Healthways we want to develop predictive models that not only identify and classify members who are at risk, but also anticipate who is at the highest risk for specific diseases and complications and then determine which of those are most likely to comply with recommended standards of care. Most of all we want to predict their likelihood of success with Healthways support programs.

An example of how Healthways has worked with identifying members at risk is in the project “Impact of Predictive Model-Directed End-of-Life Counseling for Medicare Beneficiaries” (published in the American Journal of Managed Care vol. 16 nr. 5). The objective of the project was to validate a predictive model for identifying Medicare Beneficiaries, who needed end-of-life care planning and to determine the impact on cost and hospice care of a telephonic counseling program. The results from the project was, that the predictive model was highly accurate and that end-of-life counseling can reach a majority of individuals needing support and can reduce cost by facilitating election of less intensive care.

In the presentation Healthways experiences and results with identifying high-risk patients and implementing preventative actions will be illustrated by a number of examples.

Effektiv SystemAdgang fra tanke over pilotafprøvning til implementering

Oplægsholder:
Pia Daugbjerg, Region Hovedstaden Koncern IT, <pda@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Carolien Stuhr, Region Hovedstaden Koncern IT, <carolien.stuhr@regionh.dk>
Morten Møllegaard, Region Hovedstaden Koncern IT, <morten.moellegaard@regionh.dk>
Kitta Lawton, Region Hovedstaden Koncern IT, <kitta.lawton@regionh.dk>
Jan Christiansen, Region Hovedstaden Koncern IT, <jan.christiansen@regionh.dk>
Louis Hertz, Region Hovedstaden Koncern IT, <louis.hertz@regionh.dk>
Alfred Peter Madsen, Region Hovedstaden Koncern IT, <alfred.peter.madsen@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Tidsforbrug før/efter indførelsen af Effektiv SystemAdgang
2: Hvilken og hvordan anvendes teknologien i løsningen
3: Udfordringer ved pilotafprøvningerne samt implementeringen af Effektiv SystemAdgang i klinikken

Beskrivelse:
Effektiv SystemAdgang (ESA) er en løsning, som giver det sundhedsfaglige personale en hurtigere og lettere adgang til de forskellige it-systemer, som indgår i deres daglige arbejde.

ESA er en kombination af to funktioner:

- Single Sign On (SSO), der husker brugernes brugernavne og adgangskoder til alle it-systemerne. Herved skal brugerne kun logge på ESA-løsningen for at have adgang til systemerne.
- Sessionsbevarelse, der husker sessioner og "fortsæt hvor du slap" funktion, hvor sessioner kan forlades og genoptages – enten på samme- eller en anden arbejdsstation.

Der er på regionsbasis udvalgt mere end 40 systemer, der som basispakke knyttes til løsningen. Yderligere er det valgt at tilknytte LibreOffice som standard kontor-pakke på ESA klienterne. En af de besparende faktorer i ESA-løsningen, er, at man kan bruge tynde klienter, som kan afløse en del pc'er, eller opsættes som supplement. Tynde klienter har længere levetid end pc'er, bruger mindre strøm og er billig i anskaffelse.

Motivation:
Effektiv SystemAdgang er et af Regionernes Sundheds-It pejlemærker. Fire pilotafprøvningen er sket i et samarbejde mellem Region Nord og Region Hovedstaden.

Implementeringen af den valgte løsning har taget sin start i Region Hovedstaden, hvor 25.500 klinikere bliver potentielle brugere af løsningen.

Projektet er en historie om klinikeres krav til it, hvor der ikke blot peges på single sign on som det klinikerne efterspørger. "Løsningen" sætter også fokus på den nuværende interaktion mellem it og fx it-sikkerhed, hvor vilkår i nuværende praksis umuliggøre en fornuftig klinisk hverdag. Effektiv SystemAdgang er en ambitiøs og holistisk løsning, der er dedikeret til hospitalsmiljøet. Løsningen inddrager hospitalernes erfaringer og behov og kan være med til at sikre en klar strategisk retning.

Oplægget:
Med udgangspunkt i Region Hovedstaden´s projekt Effektiv SystemAdgang videre formidles de erfaringer og udfordringer, der har været i forbindelse med gennemførelsen af pilotafprøvningen samt foreløbige erfaringer fra implementeringen af løsningen.

Endvidere præsenteres løsningens dele og der gøres status på de opnåede resultater i effektvurderingen herunder hvor meget tid der forventes at spares.

Den lykkelige kliniker - hurtig adgang og overblik

Oplægsholder:
Martin Sølvkjær, Bispebjerg Hospital, <ms@dadlnet.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Jari Friis Jørgensen, Symmetric Consulting, <Jari@symmetric.dk>

Hovedbudskaber:

1: Afslutning på ABT projekt, "Hurtig adgang for mobile klinikere" viser at klinikerens liv ikke er IT-mæssigt håbløst.
2: Det er muligt at etablere en stabil løsning, der giver hurtig login, mulighed for at bevæge sig rundt med fortsæt-hvor-du-slap funktionalitet og single-sign-on
3: Den ønskede effekt på halvering af klinikeres tid på login, start af programmer, login i programmer kan opnås - klinikere behøver ikke at spilde tiden

Beskrivelse:
Der har været en del polemik over klinikeres ventetid på computere og adgang til patientdata. Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler ansøgte i 2009 ABT-fonden om midler til et demonstrationsprojekt, med det formål afklare om det er muligt at halvere spildtiden og lette adgangen. Projektet er nu afsluttet og de konkrete erfaringer med projektet deles samtidig med at vi præsenterer projektets måleresultater og anskueliggør hvordan elementerne bidrager til en tilfredsstillende løsning, der er realistisk at implementere.

Vi præsenterer data fra evalueringerne, der er indsamlet ved før-under-eftermålinger af både kvantitativ og kvalitativ art. Desuden præsenteres problemstillinger og fordele ved denne slags løsninger samt bud på i hvor høj grad de kan implementeres. Processen og kompleksiteten for at nå til løsningen gennemgås for at illustrere hvor meget bagvedliggende aktivitet, der kræves for at sikre 2 sekunders login. Projektet har anvendt en kortbaseret løsning - en såkaldt tynd klient - som giver mulighed for få sekunders login til din eksisterende, igangværende aktivitet, fortsæt-hvor-du-slap funktionalitet, og single-sign-on.

Bagved dette ligger en såkaldt virtualiseret platform, som betyder, at den computer, du arbejder på, er fysisk placeret i et serverrum. Dette gør det muligt at anvende fortsæt-hvor-du-slap funktionaliteten og single-sign-on på alle typer klientplatforme, og er dermed ikke begrænset
til tynde klienter. I den kliniske arbejdsplads er regionens væsentligste kliniske systemer, herunder patientjournal, medicinsystem og billeddiagnostik. OPUS (CSC) fungerer som portal, der fastholder patienten mellem flere oplysningstyper om patienten, og derved bidrager til at skabe et stigende overblik. Vi har således fokus på at etablere en personlig forbindelse frem for personlig computer til de relevante patientoplysninger.

Vi har påvist stor tilfredshed med systemet, når driftsstabilitet er til stede. Ved start brugte læger daglig i værste tilfælde 70 min om dagen på login aktiviteter. Dette kunne i idealsituationen nedsættes til hhv. 44 min ved brug af almindelige PC'ere og 3 min ved anvendelse af tynde klienter med chip-kort. Tilsvarende for sygeplejersker ved start 45 min og slut hhv 29 min og 3 min. For SoSU personale ved start 33 min og slut hhv 21 min og 3 min. Potentialet er forskelligt for de 2 hospitaler og valg af løsninger.

En fremtidig udfordring er at sikre at systemer ikke har autologoff inde i løsningen, da dette vil forstyrre den ideelle tilgang til patientoplysninger på grund af genstart af systemer, genlogin og genfremfinding af patienten.

Hurtig adgang og overblik etableres ikke ved en enkelt teknologi, men ved sammenhængen af hensigtsmæssige og helst eksisterende teknologier.
Vores projekt viser at der er et betydeligt potentiale for at skåne klinikere for besvær med adgang til kliniske oplysninger.

E-kommunikation understøtter sundhedsaftaler 2011- 2014

Oplægsholder:
Dorthe Skou Lassen, Kommune projekter, MedCom, <dsl@medcom.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Jeanette Jensen, Kommune projekter, MedCom, <JEJ@medcom.dk>
Lars Vibild, Kommune projekter, MedCom, <LVI@medcom.dk>

Hovedbudskaber:

1: Ved brug af e-kommunikation skal funktionsevne indenfor pleje beskrives i et fælles skema med anvendelse af fælles metode for plejepersonalet på sygehuse og i den kommunale hjemmepleje
2: Sundhedsaftalerne omkring indlæggelse og udskrivelse fordrer at plejepersonalet kan kommunikere flere sundhedsfaglige data hurtigt og effektivt på baggrund af fælles sprog baseret på ICF
3: MedComs standarder til e-kommunikation testes og pilotimplementeres i 3 regioner og 11 kommuner og udbredes i løbet af 2011-2012. Samtlige regioner og kommuner vedtager strategier for e-kommunikati

Beskrivelse:
E-kommunikation udbygges vedvarende mellem sundhedsvæsnets parter, 2. generation af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er på vej til at blive implementeret. Dette har medført at MedComs kommunikationsstandarder for hjemmepleje-sygehus kommunikation fra år 2002 blev forældede, standarderne omkring indlæggelse og udskrivelse er derfor blevet opdateret på både indholdsmæssigt og teknisk niveau. En national sundhedsfaglig arbejdsgruppe formulerede krav og ønsker om, at plejepersonalet på sygehusene og i den kommunale hjemmepleje både skal anvende et mere fælles sprog, samt beskrive funktionsevne for plejepersonale på en mere struktureret måde end udelukkende fri tekst. Som et helt nyt tiltag blev parterne enige om at anvende et fælles skema for funktionsevne med baggrund i kommunernes fælles begrebs og klassifikationssystem "Fælles Sprog II", som er udviklet efter principper i ICF, International Classification of Function. Endvidere opfatter nogle parter varsling om udskrivelse som en forældet handling, der var derfor ønske om at e-kommunikation kan understøtte "flydende", patientcentrede forløb frem for formelle regler omkring udskrivelse. Endvidere ønskede arbejdsgruppen at give den kommunale hjemmepleje mulighed for proaktivt at vide, om en indlagt borger blev registeret færdigbehandlet på hospitalet uden at blive hjemtaget af kommune, da dette har økonomiske konsekvenser for kommunen. Aktuelt kan kommunen først få data om færdigbehandlede borger via LPR, hvor data om færdigbehandling behandles i forhold til afregning og ikke som understøttelse af sundhedsfagligt samarbejde.

Motivation: Både regioner og kommuner møder i disse år nationale krav til at samarbejde mere målrettet og dokumentere den indsats som ydes. Sundhedsaftalerne, den kommende handlingsplan for den ældre medicinske patient, de kortere indlæggelsestider, flere ambulante forløb og kronikker tiltag fordrer, at parterne indenfor sundhedsvæsnet øger samarbejdet og foretager en hensigtsmæssig opgavefordeling, samtidig med at patienten/borgeren ikke må opleve kvalitetssvigt ved skift mellem sektorer. MedComs opgave er at understøtte sundhedsvæsnets parter i at kommunikere let og effektivt, samtidig med parterne kan udveksle de nødvendige sundhedsfaglige informationer. Det er første gang at det sundhedsfaglige indhold i MedComs kommunikationsstandarder har så omfattende en påvirkning af den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige arbejdsgange, det er formålet at formidle formål, proces og erfaringer med dette arbejde. Der er på hospitalerne ansat 58.469 indenfor social- og sundhedspersonale og i kommunerne ansat 64.970 indenfor social- og sundhedspersonale, som i større eller mindre grad udveksler informationer på tværs af sektorer.

Indlægget: I indlægget præsenteres de nye tiltag og de udfordringer som tiltagene medfører i det sundhedsfaglige samarbejde på tværs af sektorer, når tiltagene implementeres i forbindelse med brugen af e-kommunikation. Tiltagene er fokuseret på brugen af fælles sprog med en lettere struktureret beskrivelse af funktionsevne. Der gives en status på implementering og erfaringer med de nye tiltag som er opnået per 1. oktober 2011. Endvidere orienteres der kort om skift til xml format i kommunikationsstandarderne og konsekvenserne af dette skift.

VistA - den grimme ælling: Erfaringer og brugeroplevelser med et udenlandsk patientsystem

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

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Martin Sølvkjær, Bispebjerg Hospital, <ms@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1: Det kan lade sig gøre at implementere en udenlandsk Open Source patientjournal i en dansk klinik
2: Brugerinddragelse i udvikling, implementering og drift er væsentligt for, tilfredse brugere og at de deltager aktivt i den videre udvikling af systemet i forbindelse med funktioner og skabeloner
3: At læger selv registrerer elektronisk, har ikke medført længere behandlingstider

Beskrivelse:
VistA er en Open Source patientjournal som er udviklet i USA af den offentlige organisation, Veterans Affairs (VA), hvor det anvendes både i den primære og sekundære sundhedssektor. Analyser indikerer at VA har brugt mange midler og ressourcer på systemet, har opnået høj gennemslagskraft (næsten 100%) og fået en betydelig fordel ved ibrugtagning af systemet. Fordelene er både på effektivitets- og kvalitetsparametre.

I en sammenligning mellem flere systemer, blev VistA udvalgt som det bedste bud på et fleksibelt, velfungerende værktøj til at løse behovene i en venereaklinik, som servicerer borgere både anonymt og personhenførbart. Efter oversættelse, tilpasninger, opsætning og visse basale integrationer er systemet taget i brug i ambulatoriet. Forholdene omkring dette vil blive præsenteret, samt en konkret sammenligning med erfaringer fra USA.

Motivation
Evaluering har vist høj grad af ibrugtagning, tilfredshed og optimering af klinikkens drift. Projektet har vist at systemkomplekset, VistA, er et godt bud på et udenlandsk system, der er muligt at tilpasse til danske forhold. Vi mener således, at VistA er et godt tværgående system baseret på analyser i USA, danske brugeroplevelser, tidsmålinger, tilpasningsmuligheder og fleksibilitet. Der er gode argumenter for en udvidelse af piloten til større områder, herunder i samarbejdet med primær sektor. Vi ønsker at præsentere disse argumenter samt konkrete erfaringer ved anvendelsen af VistA. Det er nu ikke længere et "projekt" men et system i drift.

Oplæg
Der tages i oplægget udgangspunkt i de praktiske erfaringer med brugerinddragelse i VistA implementering og drift samt konkrete brugererfaringer 1 år+ efter driftsopstart. Udgangspunktet for oplægget vil være projektforløbet, evalueringen af VistA Venerea samt situationen i dag. Herunder sammenligning med erfaringer fra USA - perspektiveret til danske forhold.

Før, under og efter implementeringen er der blevet foretaget en evaluering af VistA Venerea som har vist at:

- Klinikken har fået frigivet mandskabsressourcer svarende til 5-7 timer dagligt
- Klinikkens produktion er uændret – den gennemsnitlige behandlingstid er 6 minutter
- Patienternes tilfredshed med klinikken er uændret.
- Systemet understøtter klinikkens arbejdsgange, er nemt at lære og nemt at huske

Disse forhold vi blive uddybet og sat i relation til de øvrige erfaringer i forsøg på at give et bud på hvad VistA Venerea har vist der er brugbart for e-sundheds initiativer generelt.

Selvbetjening til Kronikerne - kan de? vil de?

Oplægsholder:
Søren Thaulow, Region Sjælland, <soth@regionsjaelland.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Marie SP Elberling, Region Sjælland, <msce@regionsjaelland.dk>
Morten Nielsen, Region Sjælland, <monie@regionsjaelland.dk>

Hovedbudskaber:

1: Hvad er kronikerens behov og ønske til selvbetjening i sundhedssektoren?
2: Hvem kan have gavn af en selvbetjeningsportal, og hvordan?
3: Hvordan laver man en selvbetjeningsløsning folk gider bruge mere end to gange?

Beskrivelse:
Introduktion

Region Sjælland har besluttet at udvikle et tilbud til den stabile kroniker, med mulighed for at monitorere eget helbred i en dagbog. Dagbogen kan deles med relevante sundhedsprofessionelle. Portalen indeholder faciliteter til opsamling af måledata, indtastning af dagbogsnotater, integration til sociale medier, information i tekst og video samt integration til relevante sundhedsdata.

En grundlæggende forudsætning for opbygning og indhold af portalen, er borgerens behov. Målet med portalen er give borgeren mulighed for at tage ansvaret for eget helbred - patient empowerment.

Motivation

Der er etableret en lang række telemedicinske projekter, med det formål, at lave udlægning, fjernundersøgelser, videokonferencer og lignende. Fælles for stort set alle projekterne er, at de tager udgangspunkt i en klinisk virkelighed, og søger telemedicinske løsninger til systemets håndtering af den syge borger.

Kronikerportalen søger gennem en række spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppe interviews af patientforeninger og borgere, at definere krav og behov til en selvbetjeningsløsning. Vi er startet med en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt 500 borgere med lidelser inden for dibetes, hjerte- kar sygdomme, KOL og astma, for bland andet at afdække compliance og teknisk modenhed. Er der forskel på kronikergrupperne, eller har alle det samme behov, og den samme motivation?

Oplægget

Oplægget vil med udgangspunkt i resultatet af fokusgrupperne interviewene, diskutere muligheder, styrker og svagheder ved en selvbetjeningsportal for kronikere.

Er der interesse for at holde øje med eget helbred. Er der forskel på kronikere og aldersgrupper.
Hvad er det borgeren ønsker, hvis det skal være interessant, og hvad vi vil tilbyde for at opfylde det ønske?
Hvad siger klinikeren? Hvilken fordel kan han have af en aktiv patient?

Visionen for kronikerportalen var emne på sidste års konference. Vi vil give en status på, hvor langt vi er kommet i forhold til denne vision, og om der er ændret på målsætning og indhold.

Hvilke udfordringer står man overfor, når man skal udskfite et EPJ-system, som har fungeret tilfredsstillende i mange år, med et nyt EPJ-system?

Oplægsholder:
Lone Tynan, Afdeling for Driftoptimering og IT, Odense Universitetshopital og Svendborg Sygehus, <lone.tynan@ouh.regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

1: Medarbejdere, som skal skifte fra et EPJ-system til et andet, har brug for lige så meget tid til uddannelse, som hvis man går fra papir til EPJ
2: Klinikerne skal være med til at definere og beskrive nødvendige arbejdsgangsændringer i relation til det nye EPJ-system.
3: Det er væsentligt hele tiden at have fokus på muligheder i det nye system og ikke begrænsninger.

Beskrivelse:
Efter at have implementeret den elektroníske patientjournal COSMIC på alle afdelinger på Odense Universitetshospital, hvor udfordringen var at gå fra papir til epj, er udfordringen nu, at implementere COSMIC på alle øvrige afdelinger på Fyn, som i en årrække har anvendt epj-systemet MediCare. Det drejer sig om sygehusenhederne i Ringe, Svendborg, Nyborg, Fåborg, Ærø og Psykiatriafdelingerne i Svendborg og Middelfart. Ialt ca. 2000 brugere.

Umiddelbart skulle man tro, at det var nemmere at implementere et nyt epj-system til brugere, som er vant til digtiale arbejdsgange, og at man kan skrue ned for undervisningstiden for de enkelte medarbejdere, da de er vant til at tilgå et elektronisk system.

Men selvom klinikerne starter på et helt andet vidensniveau, når der drøftes systemunderstøttelse af arbejdsgange, samt defineres krav til opsætninger i systemet, end klinikere, som ikke har været vant til et EPJ-system, så har mange af de kliniske brugere svært ved at abstrahere fra funktioner og arbejdsgange i det gamle system, og de bruger meget af undervisningstiden på at aflære funktioner fra det gamle system.

En del klinikere er så fastlåst i funktionaliteter og arbejdsgange, som de har været glade for i det gamle system, at det kræver en særdeles stor og målrettet indsats at få vendt denne modstand og skabt motivation og konstruktive forberedende processer i afdelingerne.

Motivation: Alle regioner er igang med at harmonisere indenfor de kliniske IT-systemer på sygehusene. Dette gør, at flere EPJ og PAS systemer på sygehusene må lade livet og f.eks. et nyt fælles epj-system implementeres i hele regionen. Det er vigtigt at lære af de erfaringer, der gøres på dette område, da der er stor risiko for, at der "spares på" implementeringsaktiviteter, såsom undervisning, i den tro, at det ikke kræver så meget at skifte fra en EPJ til en anden.

Oplægget: Med udgangspunkt i evalueringen af pilotimplementeringen i Ringe, og den efterfølgende implementering på de øvrige sygehusenheder, videreformidles de erfaringer, der er gjort i projektet i forhold til udfordingen med at skifte epj-system.

Der vil i indlægget specielt være fokus på, hvad det betyder at skulle aflære et system, og hvorfor det tager så mange af brugerens ressourcer, når de er til undervisning.

Hvordan får man vendt brugernes fokus på alle "hullerne i systemet" til at fokusere på de gode ting, som systemet har. Og til konstruktivt at indgå i en proces med at beskrive eventuelle GAPS i systemet?

Hvorledes inddrages ledelsesniveauet målrettet i forhold til at gå foran og holde fanen højt?

Klinikernes visioner om fremtidens mobile device - via en brugerinddragende rapid prototyping proces

Oplægsholder:
Mads Stampe Frederiksen, Center for Sundhedsinnovation, Region Hovedstaden, <mads.frederiksen@regionh.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Christian Koerner, Koncern IT, Region Hovedstaden, <christian.koerner@regionh.dk>
Werner Sperschneider, Center for Sundhedsinnovation, Region Hovedstaden, <werner.sperschneider@regionh.dk>

Hovedbudskaber:

1: Co-creation processer (herunder Interaktionsdesign) med klinikere indenfor sundhedsIT kan give værdifulde og hurtige input til både produktudviklings- og udbudsprocesser
2: Åbne brugerinddragende processer sikrer, at man ikke stirre sig blind på én bestemt teknologisk løsning, men at der også tænkes mere bredt, samt i de kliniske arbejdsprocesser.
3: Åbne brugerdrevne processer bør suppleres ved fx anvendelse af technology foresights /trend seminar for at sætte brugerbehov i perspektiv

Beskrivelse:
Koncern IT i Region Hovedstaden står overfor, at skulle udskifte forældede PDA´ere samt se på mulighederne for nye mobile devices for klinikerne på Hospitalerne i regionen. Koncern IT ønskede at arbejdede mere brugercentreret i processen frem mod et identificering af et nyt device og inddragede derfor Region Hovedstadens Center for Sundhedsinnovation i processen. Center for Sundhedsinnovation gennemførte i den forbindelse et etno-raid (hurtig entografisk undersøgelse af klinisk praksis) samt en rapid prototyping proces (hurtig formgivende proces, hvor koncepter bliver beskrevet med anvendelse af fysiske artefakter) , hvor et større antal klinikere har været involveret i dels behovsafdækningen i klinikken, skabelsen af prototyper til fremtidens mobile device, samt test i klinikken via simulation. Den indsigt processen har givet, anvender Koncern IT nu til at forberede infrastrukturen til mobile devices samt til at gå i dialog med leverandører om krav og udbud af bl.a. mobile devices.

***Motivation*:** Klinikernes komplekse arbejdsprocesser fordrer en dyb indsigt i deres hverdag og behov, når der skal udvikles eller indkøbes sundhedsIT. Traditionelt set udvikles og indkøbes sundhedsIT i en proces afkoblet fra en dybere nuanceret forståelse af klinikernes behov og praksis. Endvidere involveres klinikerne traditionelt set ikke i starten af udviklingsprocessen indenfor sundhedsIT. Klinikerinvolvering sker typisk ved at relativt få klinikere fx ansat i lokale IT afdelinger indgår i indkøb eller tilpasning af prototyper af sundhedsIT eller ved usability test på et mindre antal klinikere i en afdeling. Inddragelse af klinikere (brugere) behøver ikke tage lang tid eller være vanskellig at gennemføre. Den indsigt, som genereres ved denne type brugercentrerede processer kan ikke genereres ved fx almindelige interviews og fokusgrupper, særligt fordi man ikke på samme måde kan høste gevinsten af interaktionen imellem faggrupper og specialeområder. Tilgangen til både analyse af observationer i klinikken samt generering af nye prototyper har været ProMenTek (Proces Menneske Teknologi), hvor man sikrer, at der analyseres på hele den kliniske opgavevaretagelse og ikke kun på den teknologi, man har i fokus. Ved åbne brugerdrevne processer, er der både en fare for at stirre sig blind på den nuværende praksis eller at udvikle for vidtløftige utopiske ideer. For at styre processer som disse, er det derfor værdifuldt at koble dem med technology foresigts eller aktiviteter i mindre skala, der kan angive indenfor hvilken teknologisk ramme brugerne kan udvikle indenfor. Det er i dette tilfælde foretaget via et trendseminar med førende eksperter i Danmark.

***Indlægget*:** Indægget vil føre tilhøreren igennem den brugerdrevne proces med særligt fokus på 4 aktiviteter i processen:

1. Rammesætning af undersøgelsen i klinikken via et trend seminar med førende teknologiske eksperter
2. Behovsafdækning i klinikken (brugerinddragelse)
3. Rapid-prototyping med klinikere (interaktionsdesign)
4. Re-design /prototype test i klinikken via simulationsscenarier (simulation af anvendelse)

Der vil blive anvendt filmklip fra aktiviteterne til at understøtte pointerne i indlægget. Ligeledes kan link til youtube video om processen anvendes som teaser for indlægget LINK: http://youtu.be/kH2TuOyNuAs (http://youtu.be/kH2TuOyNuAs)

Ni ting, du ikke vil have i din brugerflade

Oplægsholder:
Gert Galster, Aalborg Universitetet, Institut for Medicin og Sundhedsvidenskab, <info@sundit.dk>

Hovedbudskaber:

1: Brugerfladen er et vigtigt arbejdsredskab. Det kan betale sig gøre den god.
2: Undgå registreringsekstase! Unødig registrering er kun i bedste fald blot spild.
3: Brugerdrevet betyder netop det: brugerdrevet.

Beskrivelse:

Introduktion

Brugerinddragelse i it-udvikling har længe været god latin. Gennem brugerinddragelse kan man sikre, at it-systemet vil kunne understøtte brugernes arbejdsflow, og at brugerne har realistiske forventninger til det kommende it-system. Ofte er det dog vanskeligt for brugerne at forholde sig til it-udviklernes abstrakte beskrivelse af det kommende it-system – det er langt lettere at forholde sig til skærmbilleder og synlige funktionaliteter. Prototyper, hvor man med større eller mindre grad af funktionalitet simulerer det færdige it-system, har derfor en fremtrædende plads i brugerdrevet it-udvikling – til dialog om systemets forskellige funktionaliteter, men først og fremmest til dialog om brugerfladens design.

Motivation

I forbindelse med klinisk dokumentation er brugerfladen det centrale arbejdsværktøj. Der er mange eksempler på forvirrende og vanskelige brugerflader, som er mere til besvær end til gavn, og som brugerne udfylder på skrømt bare for at kunne komme videre med deres arbejde. Så hvordan udvikler man den gode, intuitive og let anvendelige brugerflade, som understøtter det daglige arbejde, og som resulterer i den ønskede dokumentation i en god kvalitet? At designe brugerflader til klinisk dokumentation indbærer en afvejning af en lang række faktorer, og der vil i brugerdrevet udvikling af grænseflader optræde flere, modsat rettede hensyn, fx:

- Hvordan skal balancen være mellem struktur og fritekst?
- Er det smart med tvungen udfyldelse af felter? Eller forud-udfyldte felter?
- Hvor meget skal dokumenteres? Og med hvilken nøjagtighed?
- Hvem er det, der dokumenteres for? Og hvilken slags oplysninger?
- Hvad hvis patienten ikke "passer til" brugerfladen?
- Skal der være forskel på "ikke til stede" og "ikke undersøgt"?
- Hvordan indbygger man akkrediteringsstandarder?
- etc.

Alle disse spørgsmål skal helst gå op i en højere enhed. Vejen til den gode brugerflade er brolagt med iterationer og afprøvninger, og der er ikke en simpel kogebog. Men det hjælper dog lidt at vide, hvad man ikke skal gøre.

Oplægget

Med udgangspunkt i erfaringer fra praktisk arbejde med mockup-baseret udvikling af brugerflader til klinisk dokumentation gennemgås en række forskellige problemstillinger og nogle almindeligt forekommende fælder og faldgruber. Der vil være særligt fokus på, hvad krav til kvalitetsmonitorering og fortolkningen af disse krav betyder for kliniske brugerflader.

Udarbejdelse af fælles standardplaner for praktiserende reumatologiske speciallæger i Danmark

Oplægsholder:
Finn Johansen, Furesø reumatologerne, <f.e.johannsen@dadlnet.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Ghita Ølsgaard, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, <ghioel@rm.dk>
Bjørn Christau, Furesø reumatologerne, <Christau@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1: Fælles standardplaner vil medvirke til ensartet fælles niveau for undersøgelse og behandling af reumatologiske patienter i privatpraksis
2: Standardplanerne udvikles i et fagligt fællesskab
3: De udarbejdede standardplaner evalueres efter audit metode der består af tre faser

Beskrivelse:
I dag skriver lægerne i "fritekst" i deres elektroniske patientjournaler. Hvis man vil kvalitetssikre og ensarte behandlingen vil det være en fordel, at man indenfor et speciale benytter de samme standardplaner til at beskrive patientundersøgelse og behandling. Disse standardplaner skal bygge på de retningslinjer m.m. der forefindes indenfor området. Dette kan medvirke til et ensartet fælles højt niveau for undersøgelse og behandling uanset, hvilken speciallæge man opsøger. Ved brug af standardplaner vil det dels muliggøre at sende data til forskellige databaser, og dels at måle kvaliteten, idet der i standardplanerne kan ligge målbare parametre.

Indenfor reumatologien anvendes diagnosekoderne meget uensartet. Standardplanerne skal indeholde diagnosekodninger, således at det kan blive muligt, at sammenligne patientforløb og resultater på tværs.

Formålet: Formålet med projektet er at udarbejde og teste overordnede standardplaner for undersøgelse og behandling indbefattende samtlige diagnoser indenfor det reumatologiske speciale (15 stk), i forhold til at sikre og systematisere samt lette arbejdsgange i det daglige arbejde.

Udarbejdelse af standardplaner:
Standardplanerne udarbejdes med baggrund i det baggrundsmateriale, der er indhentet fra de forskellige speciallægepraksis. Baggrundsmateriale er eks. referenceprogrammer, konsensus rapporter, kliniske guidelines, artikler og lærebogsmateriale. Projektgruppen identificerer forskelle og ensartetheder i det indhentede materiale og det bruges som grundlag for udarbejdelse af standardplanerne. De udarbejdede standardplaner sendes til høring på årsmøde for Dansk Reumatologisk Selskab. Dette for at sikre, at alle interesserede reumatologer deltager i processen og får indflydelse på resultatet.

Evaluering af de udarbejdede standardplaner:
Standardplanerne evalueres på en workshop bestående af de to projektlæger og seks indkaldte speciallæger, såkaldte *brugere..* Brugerne skal repræsenteres af to nynedsatte speciallæger, to ældre speciallæger og to uddannelseslæger (sidst i uddannelsen). Evalueringen vil tage form af et efteruddannelseskursus. Evalueringen foregår i tre faser:

1. Undervisning
2. Rollespil
3. Audit

De to læger fra projektgruppen forestår det faglige på workshopdagen., hvor konsulenten forestår dokumentationen af audit til brug i den sammenfattende evaluering. Projektgruppen udarbejder en analyse på workshoppen efterfølgende. På baggrund af denne vil de reviderede standardplaner udarbejdes.

Oplægget:
Oplægget vil tage udgangspunkt i projektet. Der vil blivet præsenteret og gennemgået en af de udarbejdede standardplaner. Evalueringens metoden vil uddybende blive præsenteret.

Skræddersyet forebyggelse og behandling forudsætter velfungerende netværk af forskningsbiobanker

Oplægsholder:
Jan Milter Ehlers, Logica Danmark A/S, <jan.milter.ehlers@logica.com>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Estrid Høgdall, Herlev Hospital , <hogdall@dadlnet.dk>

Hovedbudskaber:

1: Forskningsbiobanker accellererer udviklingen af diagnostik og skræddersyede forebyggelses- og behandlingsmetoder ved at hypoteser og nye analysemetoder kan afprøves på allerede indsamlet biologisk m
2: Med ensartet materialebehandling og dataregistrering på tværs af forskningsprojekter, kan projekterne udnytte hinandens materiale og data.
3: Der er behov for it-understøttelse, som sikrer at indsamlet materiale kan genfindes og udveksles mellem forskningsprojekter. Samarbejdet om Dansk CancerBiobank er et sådant eksempel.

Beskrivelse:
Kortlægningen af det menneskelige genom har ført til mere forskning i genetisk betingede sygdomme, og udviklingen af skræddersyede behandlinger og forebyggelsesmetoder til bestemte patientgrupper eller endda hver enkelt patient. Udviklingen er imidlertid stærkt afhængig af at der forskes i sammenhængen mellem gener og sygdomme, og det kræver adgang til store epidemiologiske studier og biologiske prøver fra velbeskrevne patient kohorter. En sådan forskning fordrer biobanker idet forskerne ellers må igennem en langvarig materialeindsamlingsproces, når de vil efterprøve deres hypoteser, idet de normalt kun får prøver når egnede patienterne møder op til diagnosticering eller behandling.

Med adgang til en eller flere biobanker, hvor forskeren kan anmode om allerede indsamlede prøver ud fra fx materialetype, sygdomsstadie og demografisk baggrund, kan forskeren langt hurtigere få materiale til at afprøve sin hypotese, og flytte sig til et højere niveau. Derfor vokser antallet af biobanker hastigt i disse år.

Der er imidilertid et stort behov for at ensarte processerne for materialebehandling og dataregistrering på tværs af indsamlingsstederne, hvis forskerne skal kunne anvende hinandens data og materiale.

Dansk CancerBiobank er et eksempel på et samarbejde, hvor cancerforskere fra en række sygehuse i Danmark er enedes om disse processer og har etableret et fælles register, hvor de registrerer alle indsamlede materialer og patientbaggrunden. Dermed kan de udnytte hinandens materialer og data.

Logica har udviklet den software som Dansk Cancerbiobank bruger til at håndtere de mange prøver og tilhørende patientdata. Det er en løsning som understøtter klassificering af prøverne på et ensartet grundlag, samt nem berigelse med oplysninger fra bl.a. Patobank og CPR-registret. Løsningen tilbyder rige søgemuligheder når man skal udvælge prøver til et projekt og understøtter udveksling af prøver og tilhørende data mellem forskellige forskerteams på tværs af landet.

Denne løsning er nu under udvikling som software as a service (cloud-computing) til små og mellemstore forskningsbiobanker, så forskere indenfor andre felter kan få de samme fordele som de danske cancerforskere. Den nye service vil have større fokus på samarbejde mellem forskergrupper, og vil bl.a. indeholde en søgefacilitet, hvor man kan se hvilke typer prøver andre tilsluttede biobanker indsamler, hvorved man kan opdage potentielle samarbejdspartnere.

Det Lærende Hospital – om læringspotentialer, organisationsudvikling, brugersupport og it-stewards i Region Nordjylland

Oplægsholder:
Lone Stub Petersen, Institut for Planlægning, Aalborg Universitet, <lonep@plan.aau.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Lone Kaalund Thiel, Region Nordjylland, <lone.kaalund.thiel@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1: Gennem et casestudie af brugersupport i Region Nordjylland påpeges vigtigheden af læring og redesign af såvel organisationspraksisser som informations systemer.
2: Med et begreb om it-stewarding udfoldes en model for redesign og læring i forhold til it systemer på sygehusene.
3: Der er behov for yderligere forskning i potentialer og udvikling af modeller for it relateret læring og redesign af arbejdspraksisser på sygehuse hvis e-sundhed skal på den strategiske dagsorden.

Beskrivelse:
Introduktion:

Når man taler om forandring og it kommer dette ofte til at handle om de udviklings og implementerings strategier og de store strategiske planer, men forandring med rod i den kliniske praksis og i det lokale ofte glemmes. Der er mange lokale agenter for forandring i sundhedsvæsnet, men it er endnu ikke kommet ind som et naturligt element når man taler organisationsforandringer og praksis udvikling. For at it kan spille en større rolle og sættes på dagsordenen i talen om bedre arbejdsgange og procedurer på sygehusene og derved gøre e-sundheds til løftestang for fornyelse kræver det at der e'et kommer ind i sundheds debatten.

Motivation:

Hvis e-sundhed skal være en integreret del af udviklingen af praksis og procedurer på de danske sygehuse er det nødvendigt at sikre forankring og innovation såvel oppe fra som nedefra. For at fordre udviklingen mod mere it understøttelse er det vigtigt at have forandringsagenter der både har den kliniske praksis og de teknologiske muligheder i sigte. Det er nødvendigt aktivt at understøtte en dynamisk udvikling og tilpasning af informations teknologier og systemer i og til klinisk praksis. Der mangler operationaliserbare modeller for dette område. Dette indlæg vil give et bud på en model hvor læring og redesign kan sættes på dagsordenen i den kliniske praksis.

Oplægget:

Igennem et case studie af brugersupport i Region Nordjylland vil læring og redesign blive fremstillet som centrale begreber i forhold til udviklingen af it understøttelsen af klinisk praksis. Med udgangspunkt i casen udfoldes et begreb om og model for it stewarding (et engelsk begreb der blandt andet dækker over det at en person administrere en gruppes interesser på et bestemt område). Etienne Wenger et als definition af en teknologi steward er "en person med nok erfaring vedrørende hvordan fællesskabet fungere til at forstå dets teknologiske behov, og nok erfaring med eller interesse i teknologi til at tage lederskab i forhold til at adressere disse behov. En klinisk it steward forstås i denne sammenhæng som en personer der på forskellige niveauer varetager it interesser i forhold til den kliniske praksis. Det er en sundheds it professionel der ved nok om kliniks praksis og om informations systemer til at kunne udforske muligheder for it understøttelse af arbejdspraksis. It stewarding præsenteres som en mulig model til at bringe it innovation og læring tættere på den kliniske praksis.

Hvordan regionen kan understøtte implementering af nye it-værktøjer hos de praktiserende læger

Oplægsholder:
Tove Charlotte Nielsen, Region Syddanmark, Sundhed, <Tove.C.Nielsen@regionsyddanmark.dk>

Øvrig deltager i projektet/initiativet:
Tove Charlotte Nielsen, Region Syddanmark, Afdelingen for kommunesamarbejdet, <tove.c.nielsen@regionsyddanmark.dk>

Hovedbudskaber:

1: Hvad kan der gøres for at understøtte implementeringen af de nye IT-krav hos de praktiserende læger?
2: Hvilke implementeringsmetoder virker, når nye IT-værktøjer skal tages i brug i praksis i en travl hverdag?
3: Hvad skal der lægges særligt fokus på, og hvad kræver ekstra opmærksomhed, når man påbegynder implementering af FMK i praksis?

Beskrivelse:
Der er med de seneste landsoverenskomster for praktiserende læger og speciallæger sat turbo på implementering og ibrugtagning af diverse IT-værktøjer i de kommende år. Det gælder eksempelvis FMK, som skal være i drift med udgangen af 2011 i både almen og speciallægepraksis. ICPC-kodning og datafangst med deadline pr. 31.03.13 i almen praksis. FMK - det fælles medicinkort - et længe ønsket system, som skal være med til at sikre bedre patientbehandling og forhåbentligt undgår fejlmedicinering. Men inden det kan give nytte, skal de forskellige instanser tage det i brug. At udbrede brugen af FMK betyder en noget anderledes måde at arbejde på og kræver dermed ændrede arbejdsgange for læger og klinikpersonale. Dertil kommer, at en række nye begreber skal læres og forstås. Ibrugtagning af systemerne hos almen praksis og speciallæger kræver derfor en betydelig indsats med teknisk installation af løsningen inklusiv adgang til sundhedsdatanettet, SDN, funktionstest på klinikken og undervisning af hele klinikkens personale i brugen samt opfølgning og hjælp med problemløsning og korrekt brug af løsningen. ICPC-diagnosekodning. Nogle har været igang i flere år, men nu skal alle tage det i anvendelse. I Regionen har der de sidst par år været etableret et ICPC-team, der udarbejder information om og underviser i anvendelsen af ICPC. Datafangst skal tages ianvendelse i forhold til de 6 største kronikergrupper. Hvordan skal implementeringen af alle disse - for mange nye - værktøjer lykkes i en ofte travl og kompleks hverdag i en praksis, hvor det kan være svært at finde tid og overskud til selv at komme i gang med de nye tekniske udfordringer? Og dette samtidig med at der stilles øgede krav til praksis som tovholder i forhold til såvel kronikerforløb som patientforløb i det hele taget. For at imødekomme ovenstående har Region Syddanmark sammen med Praksisudvalget set på, hvad der fra regionens side kan gøres for at lette og smidiggøre implementeringsprocessen bedst muligt. Der er etableret en fælles plan for at komme godt i gang og udarbejdet en implementeringsmodel indeholdende forskellige initiativer til at iværksætte og understøtte bl.a. de nye IT-mæssige aftaler i overenskomsten samt stille diverse tilbud til rådighed, som praksis kan benytte sig af. Herunder bl.a.: - Sådan kommer du i gang med Fælles Medicinkort , ICPC og Datafangst - Hvad kan min praksis få hjælp til? - Hvem kan jeg kontakte? - Hvad kan datakonsulenterne hjælpe med? Hvad virker, når man implementerer, og hvilke erfaringer har vi draget indtil nu?

Effekten af elektroniske overblikstavler på akutafdelinger

Oplægsholder:
Morten Hertzum, Roskilde Universitet, <mhz@ruc.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Jesper Simonsen, Roskilde Universitet, <simonsen@ruc.dk>
Rasmus Rasmussen, Roskilde Universitet, <rasmura@ruc.dk>
Benedicte Fleron, Roskilde Universitet, <bff@ruc.dk>

Hovedbudskaber:

1: Klinikere på akutafdelinger oplever at have bedre overblik med elektroniske overblikstavler
2: Muligheden for decentral adgang til informationen på de elektroniske tavler fra afdelingens øvrige computere er omdiskuteret, da det kan svække den fælles koordination
3: Der synes at skulle arbejdes systematisk med både teknisk udvikling og organisatorisk implementering for at opnå de ønskede effekter af elektroniske overblikstavler

Beskrivelse:
Introduktion: Det er en vigtig og krævende opgave for klinikere at bevare et overblik over patienter og arbejdsopgaver, ikke mindst på akutafdelinger hvor patienterne er i kort tid og stort antal. Overbliksdannelse er både et spørgsmål om at have den rigtige information til rådighed og om at den præsenteres på den rigtige måde. Derfor rummer elektroniske overblikstavler store muligheder, men samtidig skal de designes omhyggeligt for at udgøre en forbedring i forhold til de eksisterende whiteboards med manuelt opdaterede nøgleinformationer om patienterne. Med udgangspunkt i et igangværende projekt, hvor elektroniske overblikstavler designes, indføres og evalueres på de fire akutafdelinger i Region Sjælland, beskrives erfaringerne med de elektroniske overblikstavler og resultaterne af de gennemførte effektmålinger.

Metode: Effektmålingerne består af førmålinger af brugen af de manuelle whiteboards inden indførelsen af de elektroniske overblikstavler og eftermålinger af brugen af de elektroniske overblikstavler efter klinikerne har brugt dem i flere måneder. Målingerne omfatter (a) klinikernes tilfredshed og oplevelse af overblik med de elektroniske tavler, (b) sygeplejerskernes mentale arbejdsbelastning fx i rollen som koordinerende sygeplejerske, (c) omfanget af brugen af kliniske IT-systemer på patientstuerne, (d) klinikernes fordeling af deres tid mellem fællesarealerne ved de elektroniske overblikstavler og patientstuerne og (e) støjniveauet i fællesarealerne ved de elektroniske overblikstavler.

Oplægget: De sidste eftermålinger gennemføres i maj og september, så oplægget vil give et helt friskt billede af de effekter, der er opnået med de elektroniske overblikstavler og af de effekter der tilstræbes men endnu ikke er opnået og derfor skal arbejdes videre med i det fortsatte arbejde med den tekniske udvikling og organisatoriske implementering af de elektroniske overblikstavler. To foreløbige resultater er, at klinikerne oplever øget overblik med de elektroniske overblikstavler, og at lokale omstændigheder på de enkelte akutafdelinger synes at spille en stor rolle for om tavlerne giver positiv effekt.

Kvalitet og overblik i forbindelse med visitation af Region Sjællands skadepatienter

Oplægsholder:
Poul Mossin, Akutafdelingen, Køge Sygehus, Region Sjælland, <pmoi@regionsjaelland.dk>

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Anette Dahl Høm, Virksomhedsudvikling, Koncern IT, Region Sjælland, <adho@regionsjaelland.dk>
Ulrich L. Andersen , Akutafdelingen Nykøbing Falster Sygehus, Region Sjælland , <ula@regionsjaelland.dk >

Hovedbudskaber:

1: Brugen af elektronisk overblikstavle på Akutafdelingerne udvides til også at omfatte telefonisk visitation til Regionens skadestuefunktioner
2: Elektroniske tavler giver mulighed for Regionalt overblik i forbindelse med visiteret adgang til skadestuefunktion.
3: Elektroniske overblikstavler bruges som dokumentationsværktøj i forbindelse med telefonisk visitation, med mulighed for let adgang til statistik.

Beskrivelse:
Introduktion:

Kommunikation og overblik har altid været vigtigt. Med "skabelsen" af elektroniske overblikstavler i Region Sjælland (som led i forskningsprojektet Klinisk Overblik), er der kommet muligheder for overblik, ikke bare i den enkelte afdeling, men også over flere afdelinger samtidigt. Kommunikation som ellers stort set har været forbeholdt telefoni, kan nu ikke bare ske elektronisk, men på en måde der gør, at man kan få informationerne både centralt ved blot at se på en tavle på væggen og decentralt på enhver PC, uden at datasikkerheden er truet.

Motivation:

Adgangen til Region Sjællands skadestuefunktioner bliver i efteråret 2011 ændret fra fri adgang som selvhenvender til at blive telefonvisiteret af en sundhedsperson.

Dette stiller krav til dels at have et dokumentationsværktøj til de mange telefonopkald, men også at have let adgang for visitationsfunktionen til at melde patient og relevante oplysninger til de enkelte skadestuefunktioner.

Da Akutafdelingerne i Region Sjælland i forvejen bruger elektroniske overblikstavler med logning af data, var det oplagt at se på, om denne kunne bruges i denne sammenhæng.

Oplægget:

Som baggrundsforståelse, en kort gennemgang af tavlefunktionen i Akutafdelingerne.

Hvordan systemet kan bruges i forbindelse med dokumentation af data i forbindelse med telefonvisitation uden dobbeltregistrering.

Hvordan de elektroniske tavler kan bruges til at styre belastningen mellem skadestuefunktionerne i Regionen.

Statistiske udtræk fra tavlerne, hvilke typer patienter henvises til hvad?

Integration mellem præhospitaljournal, overblik- og logistiktavler samt den elektroniske patientjournal - nu i drift

Oplægsholder:
Tina Futtrup, Århus Universitetshospital, Ålborg Sygehus, Region Nordjylland, <tif@rn.dk>

Hovedbudskaber:

1: Deling af logistikdata på tværs af faggrupper skaber bedre koordinering
2: Synlig ressourcestyring optimerer brugen af de tilgængelige ressourcer
3: Der er indlysende gevinster for klinikken ved at integrere præhospitale behandlingsdata i den elektroniske patientjournal

Beskrivelse:
It-understøttelse til regionens Akutmodtagelser har nu været i drift på Aalborg Sygehus siden januar 2011. Løsningen håndterer de kliniske krav til information om patientens tidligere og nuværende sygdomsforløb.

Løsningen understøtter både behovet for at samle behandlingsdata og skabe logistisk overblik over ressourcer og patienter i og på vej til Akutmodtagelsen.

Behandlingsdata understøttes ved,
- at sende relevante patientdata til lægebilen
- at sende information om, at patienten er på vej, med mulighed for at følge patienten tilstand på vej til Akutmodtagelsen
- at give mulighed for at følge patientens triagegrad fra det præhospitale til udskrivelse
- at præsenterer de præhospitale vitale værdier sammenstillet med vitale værdier opsamlet i akutmodtagelsen og i den eventuelle senere indlæggelses- og ambulante forløb.
- at samle hele patientens forløb fra den indkommende melding fra vagtcentralen, behandling i ambulancen/lægebilen og i Akutmodtagelsen samt i den efterfølgende forløb.

Logistikdata understøtter løsningen ved,
- at vise status for afdelingens ressource, herunder lokale og personale
- at vise henvendelsesårsag samt patientdata på ventende patienter
- at vise hvilke patienter, som er på vej til Akutmodtagelsen med visning af behandlingsdata
- at statusvisning af lægebehandling, tilsyn, laboratorie- og røntgenprøver samt anden status som er relevant for det enkelte patientforløb.
- at vise speciale tilknytning, hvilket gør det nemt for tilsyns lægerne at finde patienten

It-løsningen tager sit udgangspunkt i de eksisterende kliniske it-systemer samt regionens samlede strategi for den kliniske it-arbejdsplads, således den elektroniske dataoverførelse af den enkeltes patients data i ambulancen og i Akutmodtagelsen samt i den eventuelle efterfølgende indlæggelse og efterbehandling sikres.

Oplægget vil fokusere på den gevinst it-understøttelsen har givet på akutmodtagelsen, med udgangspunkt i patientforløb og med en klinisk vinkel.

Patientflow-system til undersøttelse af patientforløbet på hospitalet

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:
Thomas Riisgaard Hansen, Cetrea A/S, <thomasr@c3a.com>
Ove Gaardboe, Hospitalsenheden Horsens, <ove.gaardboe@horsens.rm.dk>
Susanne Buch Winther, Hospitalsenheden Horsens, <susanne.buch.winther@horsens.rm.dk>

Hovedbudskaber:

1: Patientflowsystemt giver medarbejdere og ledere mulighed for det samme opdaterede realtidsoverblik over patienter, arbejdsopgaver, patientforløb og ressourceanvendelse hos alle på samme tid
2: Patientflowsystemet er tilgængelig på enhver tænkelig device og der er indarbejdet integrationer til de mest relevante medicotekniske og sundheds-IT systemer
3: Patientflowsystemet binder patientforløbet sammen mellem afdelinger og giver en bedre planlægning

Beskrivelse:
Introduktion

Nogle af udfordringerne i dagens hospitalsvæsen er a) at skabe et hurtigt og sikkert patientforløb for patienterne, så de hurtigt og sikkert bliver diagnosticeret, behandlet og udskrevet og 2) at give medarbejderne et fælles overblik over patienterne og deres individuelle forløb og status på de forskellige opgaver, samt hvilke opgaver, der har været udført, resultaterne af disse – og hvilke opgaver, der er planlagt og hvornår de skal udføres 3) at give medarbejderne mulighed for at arbejde koncentreret uden for mange afbrydelser fra kollegaer og samarbejdspartnere 4) at give medarbejderne mulighed for at at koordinere alle opgaverne omkring patienten mellem de forskellige fagpersoner og afdelinger. Cetrea har igennem et tæt samarbejde med hospitalet og klinikerne udviklet et patientflow system, som imødekommer medarbejdernes og ledelsens behov for et realtidsopdateret patientflow system, der giver medarbejderne overblik, mulighed for let og hurtigt at koordinere, samt at kommunikere ved hjælp af mange forskellige devices. Andre virksomheder er blevet inddraget, så alle behovene for integrationer og devices blev imødekommet blandt andet telefoni, FMK og EPJ. Systemet er ligeledes i stand til at inddrage tracking oplysninger, så medarbejdernes placering på afdelingen kan videregives på storskærme, hvorved medarbejderne sparer forgæves skridt og kan se, om lægen kan forstyrres, hvilket giver et roligere arbejdsmiljø. Endvidere kan man bestille serviceassistenter via systemet og angive triageringsgrad, der hurtigt giver overblik.

Motivation

Erfaringerne fra et forskningsprojekt på Hospitalsenheden Horsens, hvor man fik udviklet et patientflow system til OP og DKC gav inspiration til at udvikle et tilsvarende system til en akutafdeling (– og efterfølgende en medicinsk afdeling). Udviklingen er sket i samarbejdet mellem hospitalets forskellige fagprofessionelle medarbejdere og flere private erhvervsvirksomheder (Cetrea A/S, Ascom A/S, Trifork A/S, Systematic A/S), hvorefter demonstrationen af it løsningens fordele for akutafdelingen blev støttet af ABT-fonden. Evalueringen af demonstrationsprojektet har vist mange fordele, som vil kunne komme enhver akutafdeling til gavn.

Oplægget

Med udgangspunktet i et demonstrationsprojekt, som har været støttet af ABT-fonden gennemgås den teknologiske løsning, som er blevet implementeret på Akutafdelingen på Hospitalsenheden Horsens. Evalueringen af ABT-fondsprojektet gennemgås i forhold til de resultater, der er opnået på arbejdsforhold, øget produktion og bedre patientsikkerhed.

E-sundhed i 2015 og 2020 - et bud på, hvad e-sundhed kan gøre for nationen, hvis vi tør

Oplægsholder:
Ivan Lund Pedersen, National Sundheds IT, <ilp@nsi.dk>

Hovedbudskaber:

1: Den nuværende it-udvikling i den offentlige sektor "tager trappen" og udvikler sig trinvist – måske bliver vi nødt til, på en række områder, at "tage elevatoren" til fremtidens it-koncepter
2: Hvilke områder bør tage elevatoren, og hvad er det, som blokerer for, at sundhedsvæsenet udvikler sig i etager i stedet for i trin? – det vil oplægget forsøge at komme med bud på
3: Som oplæg til høring vil indlægget også præsentere to af NSI nyeste produkter - den nye nationale telemedicinstrategi og det nationale katalog over standarder

Beskrivelse:
Kronikerbølge, fedmeepidemi, specialistmangel og omkostningsniveauet er nogle af de store udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen, som fremhæves i strategier og analyser.

Svaret på udfordringerne er blandt andet centralisering af specialisterne på supersygehuse, optimerede patientforløb vha. forløbsprogrammer og pakkeforløb og så selvfølgelig en sammenhængende it-infrastruktur. En it-infrastruktur der giver "E-health" og består af konsoliderede EPJ-løsninger, telemedicinske løsninger, der sammenbinder patienter med specialisterne, og nationale services der muliggør deling af data på tværs af sundhedsvæsenet.

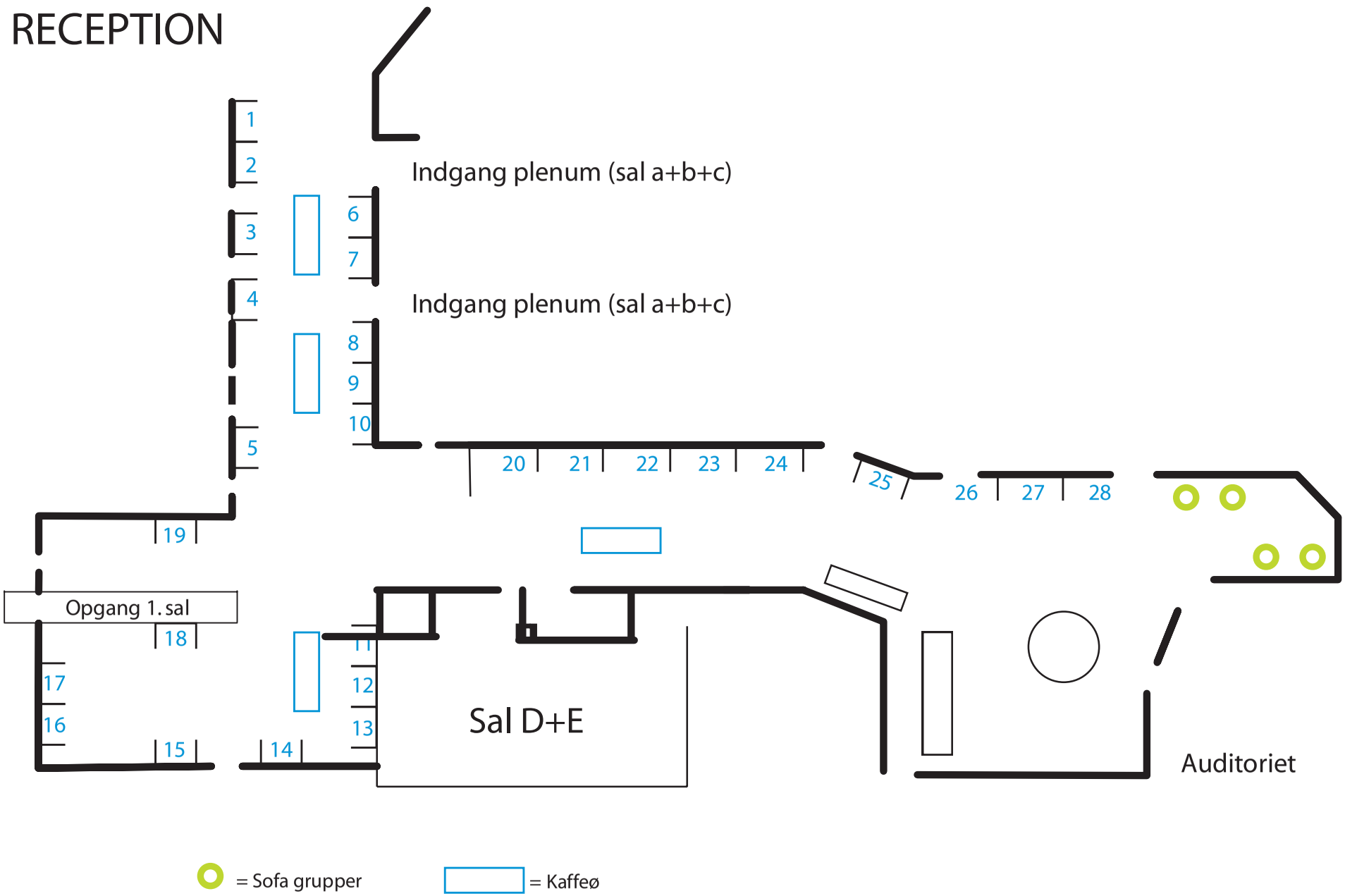
E-health er ikke kun en MULIGHED, det bliver en NØDVENDIGHED, men hvordan kommer vi derhen?

Hvis vi blot forlænger vores ændringshastighed lineært ud i fremtiden, så møder vi ikke udfordringerne, og vi risikerer et endnu større gab imellem forventninger og de konkrete oplevelser, som patienterne og de professionelle ønsker.

Det drejer sig om hastigheden, hvormed vi indfører adgangen til nye dataservices, hastigheden hvormed vi erstatter et gammelt system med et nyt, og hastigheden hvormed vi omsætter teknologiske muligheder til konkrete produkter og ydelser.

Kort sagt det går for langsomt, men svaret er måske ikke bare at gøre det, vi gør i dag hurtigere, men at vi radikalt skifter fremgangsmåde på en række områder for at opnå en markant større effekt.

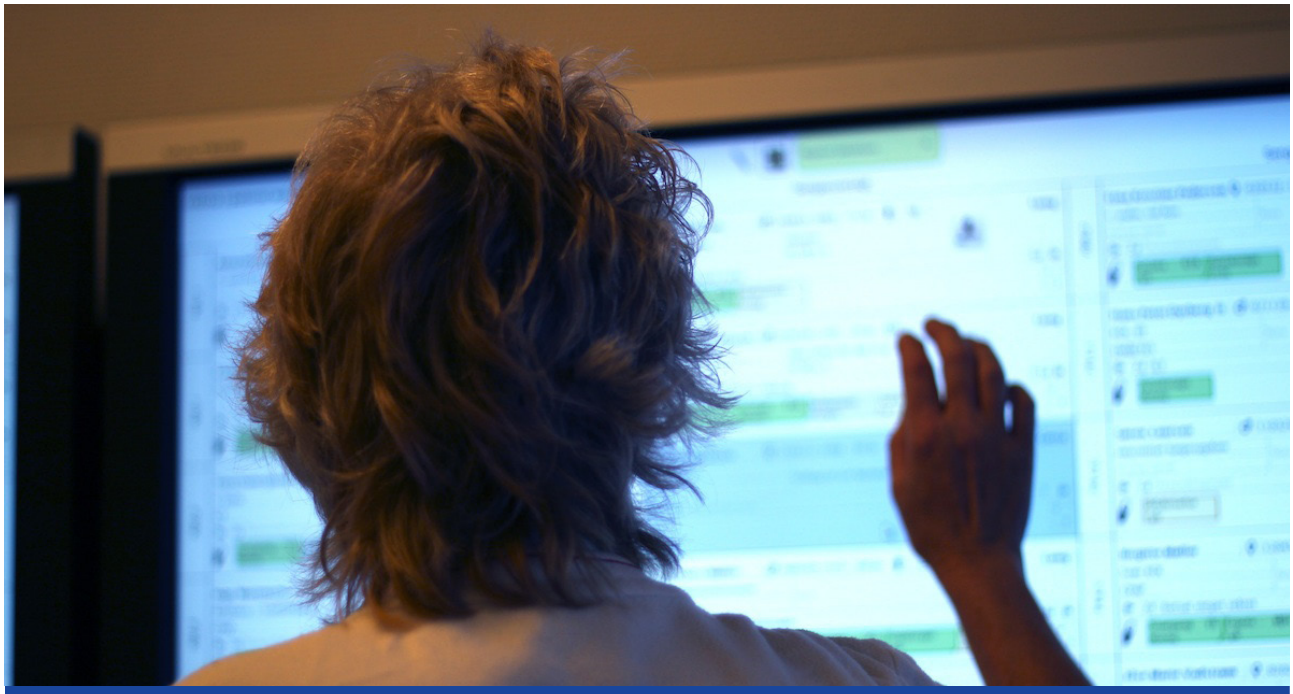
Spørgsmålet er om vi kan, og hvis vi kan, om vi tør?


RECEPTION
1
2
Indgang plenum (sal a+b+c)
6
3
7
4
Indgang plenum (sal a+b+c)
8
9
10
5
20
21
22
23
24
25
26
27
28
19
Opgang 1. sal
18
17
16
15
14
11
12
13
Sal D+E
Auditoriet
= Sofa grupper
= Kaffeø

STANDE	Nummer
Ascom	2
Capgemini	12
care-call	11
Cetrea	1
CompuGroup Medical	15 og 16
CSC Scandihealth	20 og 21
Daintel	3
DIPS ASA	22
Epic	19
HIMMS Europe	28
IBM	17 og 18
Imatis	14
Imprivata	27
InterSystems	13
KMD	23 og 24
Logica	9
Max Manus	6
MedCom	8
NNE Pharmaplan	26
Sensor Medical	5
Symfoni	25
Systematic	10
Tieto Denmark	4
Trifork	7

MØDELOKALER

	Salon
Epic	2
DIPS ASA	3



Højere produktivitet, bedre behandling, forbedret arbejdsmiljø, større patientsikkerhed, højere effektivitet:

Cetrea Patient Ward™

Vink farvel til utydelige whiteboards, dårlig koordinering, et hav af noter spredt ud over afdelingen, forvirrede opkald, komplikerede systemer...

Cetrea Patient Ward revolutionerer arbejdsflow'et på sengeafdelingerne ved at give klinikerne det totale overblik over patienter, deres behandling og andre relaterede opgaver, samt ressourcer som personale og senge.

Ledelsen og administration får et kraftfuldt, men simpelt, analyseredskab, hvor alle aspekter af arbejdsflow'et på afdelingen kan visualiseres i grafer og tabeller. På denne måde er det lettere end nogensinde at optimere allokeringen af ressourcer og personale ud fra historiske data fra afdelingen.

Cetrea Patient Ward er en del af Cetrea clinical logistics koncept og er derfor integreret med både Cetrea Emergency og Cetrea Surgical.

Overblik, koordination & kommunikation

www.cetrea.com

ÉN PLATFORM SAMLER ALLE PATIENTKALD

Med Ascom Patient Server kan du give sengeafdelingen det bedste arbejdsflow

Udfordringen er ofte, at hver afdeling har særlige behov – og hvert behov har forskellige løsninger. Nu kan du samle jeres systemer – uanset fabrikat – på én banebrydende IP-baseret platform, der enkelt håndterer patientkald, alarmer, ressourceallokering, transporter med mere og kan integreres med Cetrea Patient Ward, Carestream Web RIS, OPUS arbejdsplads og Active Directory. Resultatet er et optimeret arbejdsflow, hvor personalet sparer tid og skridt, mens ledelsen får et stærkt værktøj til udvikling af afdelingen.

Det begynder med dialog
Kom forbi Stand 2 og hør hvordan I kan få glæde af Ascom Patient Server og fremtidens intelligente sengeafdeling.

Ascom Danmark A/S
T+45 70 23 38 83 | F +45 70 23 38 82
info@ascom.dk | www.ascom.dk

ascom

CIS er nu Danmarks største specialsystem til intensivafdelinger

CIS bliver i 2011
klar til anæstesi
- kom og se på stand 3.

CIS BY DAINTEL

Daintel er leverandør af kliniske special IT løsninger til Critical Care - Anæstesi og Intensiv.
Tlf: 70 27 44 70 **www.daintel.com** info@daintel.com

Mød os på **stand 4**

tieto.dk

Findes der fordele med at strukturere journalerne?

Der findes flere.

En komplet strukturering af den elektroniske patientjournal øger datakvaliteten, og muliggør direkte overførsel af journalinformationer til kvalitetsregistre og nationale patientoversigter. Strukturerede journaler giver øget læsbarhed og lettere søgning, er ressourcebesparende samtidigt med at det øger patientsikerheden. Flere fordele på samme tid.

Det har de allerede fundet ud af i Sverige, hvor Universitetssygehuset i Örebro anvender Tietos løsning for struktureret journal; " Endeligt har vi fået et værktøj, som giver os mulighed for sikre, enklere og mindre ressourcekrævende dokumentation."

Tieto Healthcare leverer IT løsninger som frigør mere tid til pleje og omsorg.

Se mere på **tieto.dk/healthcare**

Knowledge. Passion. Results.

tieto

Sensor Medical A/S

YOUR MEDICAL COMPUTING PARTNER

Sensor Medical er leverandør af computerustyr til hospitals- og dentalsektoren samt til øvrige dele af sundhedssektoren. Vi har en stærk position som en af de førende virksomheder på det nordiske marked for medico godkendte løsninger.

Læs mere om vores omfattende sortiment på vores hjemmeside.

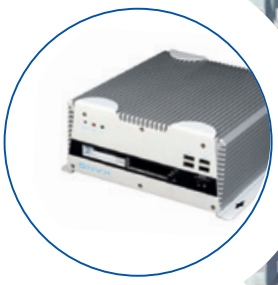
Patientterminal

Panel PC

Endoskopi

Talbet PC

Box PC



www.sensormedical.dk

BEDRE SUNDHED GENNEM TEKNOLOGI

Talegenkendelse -

hvor som helst, når som helst!

Er du træt af at være bundet til din PC ?

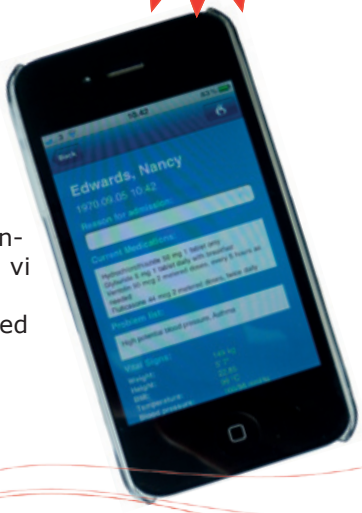
Max Manus tilbyder nu også talegenkendelse på iPhone, iPad og Android.

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

Mød os på standnr. 6

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

- navigation i journalen via tale
- integration i alle tekstfelter
- korrektur via tale
- nem indlæring
- mulighed for kobling til SNOMED CT® eller SKS koder



Er du klar til fremtidens dokumentation af patient-behandling ?

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

Klinikerens mobile arbejdsplads

Mobile klinikere - mobile data

En fælles, åben, platform som sikrer single sign-on og deling af patientkontekst

Fælles platform

- Single Sign-on
- Digital signatur /NemID
- Aktuel patient
- Aktuelt forløb

Apps fra mange leverandører

- Logistik
- Patientdata
- Mail, kalender
- Diktering
- Patientkald
- Opslagsværker

Mød Trifork på stand 7

software pilots
TRIFORK.

MedCom – fokus på udbredelse

På MedCom's stand kan du høre mere om vore 6 projektlinier som der aktuelt arbejdes med i den nuværende MedCom 7 periode som dækker perioden 2010-2011.
Her fortæller vi om projekternes indhold, planer, udbredelsesaktiviteter og vi viser den aktuelle udbredelse af projekterne.
Vi fortæller også hvorledes MedCom 7 projektlinjerne passer ind i RSI's pejlemærker, overenskomsterne mellem regionerne og almen praksis/speciallægepraksis og økonomiforhandlingerne mellem Regeringen og Danske Regioner. Vi fortæller også om vores deltagelse på kronikerområdet og planerne for MedCom 8 og hører gerne dine input hertil.

Projektlinje 1. Telemedicin

Telesårvurdering
Teletolkning

Projektlinje 2. Kommuneprojekter

Hjemmepleje-sygehus-projekt
Udbredelsesaktiviteter på genoptræningsområdet
Udbredelse af elektronisk udveksling af LÆ-blanketter
Fødselsanmeldelse til kommunal sundhedstjeneste

Projektlinje 3. FMK i primærsektoren

Fælles Medicinkort

Projektlinje 4. E-journal

E-journal, P-journal og Sundhedsjournal

Projektlinje 5. Praksis og laboratorieprojekter

P1. Udbredelse af PLO-XML-formatet
P2. Udvikling og udbredelse af pakkehenvisninger
P3. Udbredelse af EDI/XML-partnerskabsoplysninger
P4. EKG-standardisering
P5. Indførelse af nationalt erstatningspersonnummer – EPNR/ECPR
P6. Kommunikation mellem myndigheder og praktiserende læger

Projektlinje 6. Internationale projekter og aktiviteter

Kom og besøg MedCom på stand 8.

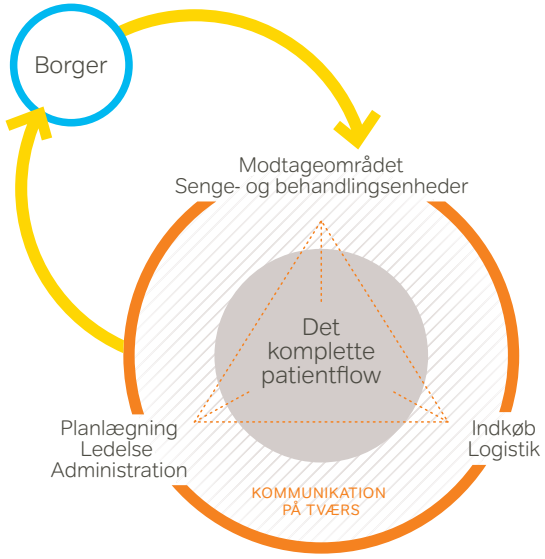
MØD OS PÅ STAND NR. 9
Læs mere på www.logica.dk

logica
be brilliant together

Fundament og fornyelse

Elektroniske patientjournaler, patientadministrative systemer, systemer til produktionsplanlægning og til indkøb og logistik. It-fundamentet er på plads, men hvordan kommer man videre og udnytter teknologien bedst i fremtiden?

Kig forbi vores stand og hør vores bud på de muligheder og fornyelser, der kan skabe en helhedsorienteret og bred it-understøttelse baseret på det fundament, der er.



TÆNK HELHEDSORIENTERET OG DET KOMPLETTE PATIENTFLOW

It, der er med til at effektivisere arbejdsgangene på og omkring hospitalet og med patienten i fokus. Og it, der forbedrer kommunikationen på tværs af sektorer og mellem borgere og de forskellige sundhedsudbydere.

Lyder det interessant? Læg vejen forbi standen og hør om nogle af de seneste initiativer.

LOGICA I SUNDHEDSSEKTOREN

Vi arbejder for at indfri visionen om 'Sundhed for livet'. Tanken er at bruge it, så den enkelte borger kan tage ansvar for egen sundhed. Samtidig skal vores løsninger understøtte det kliniske personale på landets sygehuse i en bedre og mere effektiv behandling.

Logica
Lautrupvang 10
2750 Ballerup
T : 44 78 40 00

www.logica.dk

Logica er en international virksomhed med 41.000 medarbejdere inden for teknologi- og virksomhedsservice. Vi leverer rådgivning, system-integration og outsourcing til kunder over hele verden, heriblandt mange af Europas største virksomheder. Logica skaber værdi for sine kunder ved succesfuld integration af mennesker, forretning og teknologi. Vi forpligter os til langvarigt samarbejde og giver innovative svar på vores kunders forretningsbehov via indsigt og forståelse. Logica er børsnoteret på London Stock Exchange og Euronext (Amsterdam) (LSE: LOG; Euronext: LOG). Find yderligere information på www.logica.dk

ARGENTINA / AUSTRALIEN / BELGIEN / BRASILIEN / CANADA / CHILE / COLOMBIA / DANMARK / EGYPTEN / ESTLAND / FILIPPINERNE / FINLAND / FORENEDE ARABISKE EMIRATER / FRANKRIG / HOLLAND / HONG KONG / INDIEN / INDONESIEN / KUWAIT / LUXEMBOURG / MALAYSIA / MAROKKO / NORGE / PERU / POLEN / PORTUGAL / RUSLAND / SAUDI ARABIEN / SCHWEIZ / SINGAPORE / SLOVAKIET / SPANIEN / STORBRITANNIEN / SVERIGE / TAIWAN / TJEKKIET / TYSKLAND / UKRAINE / UNGARN / USA / VENEZUELA

Simplifying critical decision making

SYSTEMATIC COLUMNA

Danmarks førende sundheds-platform

www.systematic.com

Sideløbende med den succesfulde udrulning i Region Midtjylland udvikler vi nye og spændende features i Columna. Kig forbi stand 10 og hør mere.

Slip patienterne løs på egne data
Systematic har konceptet klart, når det gælder om at øge patientens involvering i egen behandling – og samtidig få relevante data og informationer i forhold til den lægelige behandling.

Sådan bliver du beslutningsdygtig på farten
Mobile løsninger gør det enkelt og hurtigt at få overblik over patientjournalens mange oplysninger. Med en mobil udgave af Columna kan klinikere registrere resultater, se prøvesvar og læse journaler.

Opsporer kritiske sygdomme tidligt
Med avanceret forretningslogik hjælper Columna klinikere til at observere og måle patienterne ens. Ud fra vitale værdier som for eksempel temperatur, blodtryk og puls beregner Columna en score, som angiver patientens tilstand. Det gør det nemt at følge udviklingen – også når patienten flytter mellem afdelinger – og ikke mindst at iværksætte de rigtige behandlingstiltag.

Columna hjælper med planerne – og udførelsen
Columnas *patientplan* tilbyder et godt overblik over alle aktiviteter, der er planlagt for en enkelt patient – på tværs af sygdomsforløb, afdelinger og faggrupper. Med Columnas *standardplaner* kan foruddefinerede behandlingsforløb hurtigt sættes i værk – hvad enten de skal foregå på hospitalet, eller når patienten kommer hjem (for eksempel med en genoptræningsplan) – og give klinikerne beslutningsstøtte undervejs.

Overblik i journalen – rollebaseret, naturligvis
Overblik over patientens data er forudsætningen for at træffe de rigtige valg for patienten. I Columna kan forskellige personalegrupper på de enkelte afdelinger og afsnit hver især og efter netop deres behov skræddersy overbliksbilleder over patientens journal.

Columna binder det hele sammen
Columna er designet til udvidelser og integration. Vi viser, hvordan Columna sømløst er integreret med eksempelvis bookingsystem og parakliniske systemer, hvilket giver brugerne en oplevelse af ét sammenhængende system.

SYSTEMATIC

Sikker akutalarmering på hospitaler sparer liv
Kom og se på stand 11

I foråret var der i medierne en voldsom debat om, at alarmfejl i telefon- og kommunikationsudstyret på de danske hospitaler koster mange liv ved hjertestop og Hvidovre Hospital var fremhævet som et at de steder, hvor der er problemer.
Kom og se på vores stand 11, hvordan Hvidovre Hospital har løst problematikken med en meget sikker løsning, når der skal tilkaldes specialister til kritiske situationer. Løsningen kan håndtere mange former for kritiske alarmer som f.eks. hjertestop, sectio, akut dårligt barn og traumekald.

Besøg os og få demonstreret BEST mobile client®

Se den unikke software for innovativ kaldehåndtering via mobiltelefon.
En uundværlig og omkostningseffektiv løsning som er både fleksibel og sikker. BEST Mobile Client® indgår som en fritstående software i BEST Software Suite.
Løsningen giver mange fordele og er uovertruffen indenfor tydeliggørelse af information, smidighed og brugervenlighed. Den fleksible løsning kan tilpasses individuelt og kan således opfylde alle tænkelige behov.
Installationen er enkel og softwaren passer til de fleste mobiltelefoner og kan integreres med systemer fra BEST.

Oplev MediStream fra BEWATEC der igen har vundet designpris

Igen i år har Bewatec vundet "red dot design award" prisen, denne gang med den nye IP baserede terminal. Det slanke og smukke design var naturligvis af afgørende betydning for tildelingen af denne fornemme pris, men apparatet er desuden meget rengøringsvenligt og enkelt at betjene selv for den ældre patientgruppe.
Med MediStream leverer Bewatec den første fulde IP-løsning for TV, radio, internet, telefon og Power over Ethernet (PoE). Den nye MediStream er specielt konstrueret til at modtage IP-TV og IP-radio via et multicast netværk og er udstyret med en integreret medieafspiller til afspilning af billede, lyd og videofiler. Enheden kan betjenes intuitivt ved hjælp af membrantastaturet eller en touch screen og det er passivt kølet uden ventilator.
Terminalerne kan konfigureres centralt og giver en ideel og omkostningseffektiv adgang til fremtidens underholdningsudstyr på hospitaler.

Yderligere oplysninger:
care-call a/s
Nydamsvej 49
8362 Hørning
Tlf. 87 89 90 00
www.care-call.dk
info@care-call.dk

Capgemini
CONSULTING.TECHNOLOGY.OUTSOURCING

Bookplan er den avancerede planlægnings- og bookingløsning til hospitalerne.

Bookplan optimerer ressourceudnyttelsen og forbedrer overblikket i det daglige arbejde på tværs af afdelinger.

Bookplan er udviklet i tæt samarbejde med hospitalerne i Damark. Det tætte samarbejde har frembragt nye innovative løsninger i Bookplan til understøttelse af arbejdsgangene på de enkelte afdelinger.

DELTAG I DEN SPÆNDENDE BOOKPLAN KONKURRENCE OG VIND EN IPAD

Kom og se en række af de nye funktioner i Bookplan:

- Webbooking
  Patienter booker selv deres tid
- Outlook integration
  Dagens program komplet med møder, behandlings program mv. samlet et sted
- Tværgående booking
  Booking på tværs af hospitaler
- Chat
  Hurtig og sikker kommunikation, der sikrer at mobilen ikke ringer

bookplan

Breakthrough Solutions
for Connected Care

For successful healthcare delivery today your environment needs to be connected. InterSystems is a global software technology leader with headquarters in Cambridge, Massachusetts, and offices in 23 countries. InterSystems provides breakthrough solutions for connected care.

A great example of how InterSystems is enabling connected healthcare is the NPÖ - the Swedish National Patient Summary. Contact us to discover more about the project and the opportunities it offers not just on a national and regional level, but also at a local and hospital level.

Learn how our software for connected healthcare seamlessly integrates information inside and outside the hospital, streamlines clinical and administrative business processes and enables improved management.

InterSystems

InterSystems.fi

InterSystems.se

InterSystems BV Finland | Kone Building | Keilasatama 3 | FIN-02150 Espoo | Finland | Tel: +358 9 2510 7151

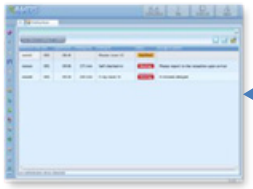
InterSystems AB Sweden | +44 (0) 1753 829648

imatis
Healthcare Information at Your Fingertips

Connecting People, Processes, Information and Systems

Imatis Visi – Electronic Whiteboard – from waitingroom to Emergency Department and Wards. Optimize and secure patient flow and information throughout the whole stay.

Imatis Visi – available on any device – anywhere - when you need it.



Overview in waiting rooms and doctors office

Imatis Porta – self - check-in at Policlinics and Emergency departments

SMS remainders and messages to patients

Imatis Ludus - Bedside Portal for information, communication and entertainment

Visit us at stand 14.

www.imatis.com

CompuGroup Medical: velfungerende it-løsninger til primære og sekundære sundhedssektorer verden over.

I år vil vi vise to af vore velfungerende internationale produkter, som er udviklet i tæt samarbejde med skandinaviske brugere.

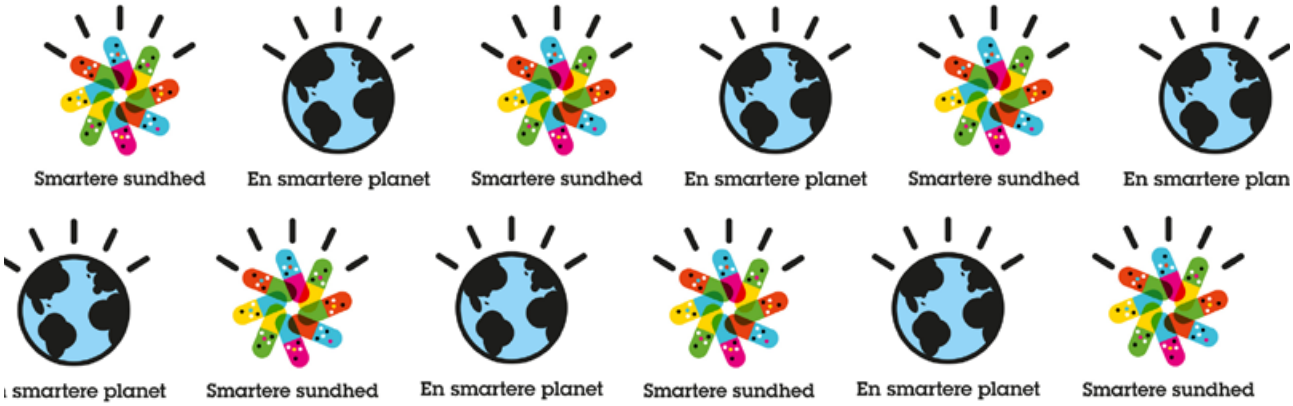
TakeCare

- Et moderne og driftsikkert EPJ-system for regioner og andre udbydere af sundhedsydelser.
- Samler både den primære og den sekundære sektor i én løsning.
- Et brugervenligt single-sign-on system med kun én EPJ per patient.
- Alle brugere af systemet kan let og sikkert åbne og bruge EPJ-systemet.
- TakeCare i Stockholm: 37.000 aktive brugere, 2.700.000 journaler og 2.400 enheder.

CGM Analytix

- Et brugervenligt laboratoriesystem som samler klinisk kemi, mikrobiologi og histopatologi / cytologi i ét samlet system.
- Kan skræddersys efter den enkelte facilitets størrelse og behov.
- Kører med succes i bl.a. Norge, Sverige, Danmark, Rusland, England, Ukraine og Malaysia.
- CGM Analytix på Nye Aahus Sykehus i Oslo: Her koordineres medicinsk biokemi, immunologi, transfusion medicin og medicinsk mikrobiologi.

CGM CompuGroup Medical



En smartere sundhedssektor

- på tværs af faggrupper og sektorer

I et smartere sundhedsvæsen er alle relevante medicinske data tilgængelige på tværs af faggrupper og sektorer - fra sygehus, praktiserende læge, hjemmepleje til patienten selv - så sammenhængende patientforløb kan tilrette–lægges bedst muligt.

Smartere Shared Care
Specielt kroniske lidelser kræver en sammenhængende indsats. IBM Shared Care Platform gør det muligt.

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

Smartere koordination af patientforløb
IBM's intelligente løsning gør det muligt automatisk at justere patientens plan og notificere de relevante parter på basis af regler for hændelser.

Smartere tale
IBM Talegenkendelse er en løsning, som gør det muligt at reducere omkostninger for sundhedssektoren og forbedre serviceniveauet for borgeren.

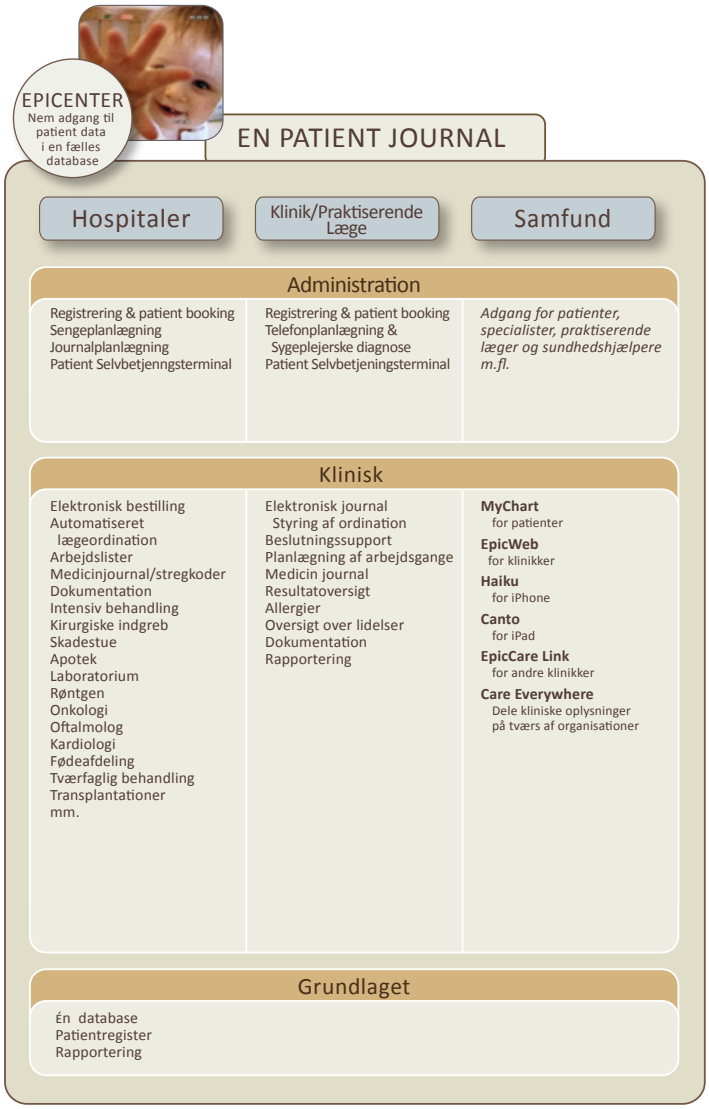
Computerbaseret hjælp til diagnosticering
IBM's supercomputer Watson kan give lægen hjælp til at bearbejde fx. prøveresultater, til at stille de rigtige spørgsmål, når de skal diagnosticere og til at finde frem til den konkrete diagnose og den mest effektive behandling.

IBM

En journal, med alt omkring patienten...

dette har været Epic's filosofi lige siden vi begyndte at designe software for 30 år siden. Vores software er bygget på én enkelt database, hvilket betyder, at der er én enkel medicin liste, enkel allergi liste, enkel problem liste og én enkel patient journal uanset hvor patienten er blevet set i organisationen der benytter Epic. Integreret kliniske moduler betyder mere sikkert patient forløb. Vores kunder har fundet forbedringer med pleje kvaliteten, sikkerhed, og produktivitet samtidigt med lavere omkostninger. For mange af vores kunder har Epic udskiftet op til flere hundrede forskellige systemer med et enkelt, centraliseret system.

Epic's software fører sundhedskvalitets målingerne i U.S.A. Vi er blevet anerkendt af Gartner og KLAS Research som værende førende i vores område. Vores kunder er blevet tilkendegivet flere HIMSS Davies præmier, som er givet for excellent resultater – mere end nogen anden leverandør og flere end 9 ud af 10 af HIMSS Analytics Stadie 7 hospitaler benytter Epic. Vores medarbejder ejede firma servicerer kun et mindre antal store og velansete sundhedsorganisationer med vores fokus på vores kunders succes. Individuelle implementeringer støtter i dag hundrede af faciliteter og tusinder af samtidige brugere med hurtigt respons tid. Vores kunde familie vil, når de er færdige med deres nuværende implementeringer, give sundheds dækning for mere end 100 millioner patienter verden over.



Epic's løsninger udgør rygraden i den kliniske oplysningsdatabase for mange af de største og mest progressive sundhedsorganisationer.

Epic

www.epic.com

Kontor – USA
1979 Milky Way
Verona, Wisconsin 53593
USA
Phone: 608-271-9000
Email: info@epic.com

Kontor – Europa
Pettelaarpark 63
5216 PP 's-Hertogenbosch
The Netherlands
Phone: +31 73 692 7400
Email: info@epic.com

Kontor – Mellemøsten
Al Shatha Tower
Dubai Media City
Dubai, UAE
Email: info@epic.com

SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDS-IT

OG TVÆRSEKTORIELLE FORLØB

CSC

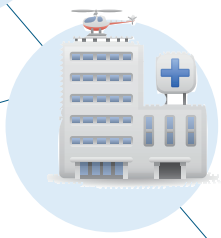
Praktiserende læge

Kommunen
CSC VITAE Suite
- CSC Social
- CSC Omsorg
- CSC Sundhed

Borger/Patient

Telemedicin - CSC eMEDlink
Understøttelse af kroniker-behandling med telemedicin

CSC Clinical Suite
Den samlede journal og akutjournalen



Præhospital Patientjournal
It-understøttelse fra skadested til udskrivning

Talegenkendelse og Digital Diktering
Effektivisering af arbejdsgange og hurtigere tilgang til relevant information

MØD CSC SCANDIHEALTH PÅ STAND 20+21

PÅ E-SUNDHEDSOBSERVATORIET DEN 11. - 12. OKTOBER 2011

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

Vi samarbejder med stærke partnere, blandt andre:

Judex

max manus

UltraGenda® A CSC COMPANY

Cetrea clinical logistics

DIPS ASA

DIPS ASA er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrasjon til sykehusene i Norge. Vi har i dag avtaler med helseforetakene i Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, samt en rekke private institusjoner. Utvikling av programvare for sykehus setter høye krav til brukervennlighet, funksjonalitet og sikkerhet. Derfor samarbeider vi nært med kundene våre for å utvikle og videreutvikle systemene våre. Vårt kvalitetssystem er sertifisert etter NS-EN ISO 9001:2008 standarden. I tillegg er vi sertifisert fra Microsoft som programvarepartner og fra Oracle som partner.

Norge: et ledende eLand med ledende eHelse

Norge er et av verdens mest utviklede land når det gjelder å ta i bruk ny teknologi, og dette gjelder også i helsesektoren. Regjeringen har som mål at Norge skal være blant de fremste landene i verden innenfor ny teknologi, kompetanse og kunnskap.

eHelse er en modell hvor aktørene samarbeider og utnytter potensialet innenfor IKT for å organisere og administrere hele helsetjenesten. Dermed forbedres kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten i helsevesenet. Ved å bidra til å effektivisere helsetjenesten, gi gevinster for sykehusene og bedre helseøkonomien er programvaren DIPS dermed en svært viktig del av løsningen for fremtidens sykehus.

EPJ - en digital revolusjon

Å erstatte den papirbaserte pasientjournalen med et datasystem har revolusjonert hvordan leger, sykepleiere og annet helsepersonell jobber. Med løsninger som DIPS får helsepersonell raskere tilgang til pasientinformasjon, noe som gir bedre grunnlag for utredning og mer effektiv behandling. EPJ er dermed et verktøy for å forenkle og effektivisere hverdagen for sykehusene, og for å heve kvaliteten på pasientbehandlingen.

Ved å bidra til å effektivisere helsetjenesten, gi gevinster for sykehusene og bedre helseøkonomien er DIPS dermed en svært viktig del av løsningen for fremtidens sykehus.

Effektiv helsetjeneste gjennom samhandling

Behandlingsforløpet for en pasient er ofte sammensatt og involverer et betydelig antall aktører innenfor helsetjenesten. Kostnadseffektiv pasientbehandling av høy kvalitet krever god samhandling og informasjonsflyt mellom ulike helsetilbydere. DIPS leverer framtidsrettede løsninger som understøtter behovet for effektivt samarbeid og utveksling av informasjon.

Sikker, elektronisk utveksling av pasientinformasjon mellom sykehus, fastlege og pleie- og omsorgssektoren gjør at helsepersonell får rask tilgang til informasjon som er kritisk for den videre behandlingen. Interaktive bestillings- og svartjenester gir helsetilbydere bedre informasjonsgrunnlag ved vurdering av hvilke helsetjenester pasienten har behov for, og kan redusere antall oppmøter for pasienten. DIPS satser på samhandling, og ligger helt i front når det gjelder nyskapende samhandlingskonsepter for helsesektoren.

DIPS ASA - Jernbaneveien 85 - 8037 Bodø - Norway
www.dips.no Tel: +47 75 59 20 00 Org. nr. 979 543 883

KMD CareConnect
- til alle os, der samarbejder

KMD CARECONNECT

KMD CareConnect er et koncept, der giver sundhedsfaglige parter mulighed for at dele viden om borgere og patienter ved at binde data og processer i de forskellige dele af sundhedsvæsenet sammen med henblik på at skabe et relevant overblik over patientdata.

TVÆRSEKTORIEL ORGANISERING AF SUNDHEDSYDELSER

Både nu og i fremtiden vil der være mangel på arbejdskraft – ikke mindst i sundhedsvæsenet, og vi ser en stigende efterspørgsel efter at kunne sikre borgeren større indsigt i eget sygdomsforløb. Samtidig medfører livsstilssygdomme flere kronikere, hvilket betyder brug af flere ressourcer og behov for nye behandlingstilbud, der ikke altid harmonerer med de eksisterende strukturer.
Når vi samtidig i Danmark ønsker et sundhedsvæsen med et højt niveau inden for behandling og service, vil det være nødvendigt at organisere sundhedsydelserne på en ny måde.
Det virker på den baggrund logisk at udbygge samarbejdet på tværs af stat, regioner, kommuner og private aktører samtidig med, at borgerne inddrages som aktive og ligeværdige partnere i opgaveløsningen.

SAMARBEJDE OMKRING ET PATIENTFORLØB

KMD CareConnect anvendes i et samarbejdsforum, der deler relevante data omkring et sundhedsfagligt forløb. For at sikre sammenhængende informationer på tværs af organisatoriske skel og for at understøtte effektive arbejdsprocesser, er der behov for adgang til, deling af og/eller samstilling af data.
KMD CareConnect skaber sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige parter gennem en fælles platform, som integreres med de sundhedsfaglige systemer og kvalitetsdatabaser.
Data kan præsenteres enten i de systemer, klinikerne anvender i det daglige arbejde eller web-baseret ved anvendelse af nationale standarder og snitflader, fx MEDCOM meddelelser, FMK mfl.

BORGEREN SOM AKTIV OG LIGEVÆRDIG PARTNER

KMD CareConnect sikrer, at borgernes data kan gøres tilgængelig for alle, som arbejder sammen om behandlingen og rehabiliteringen af den enkelte borger, inkl. borgeren selv.
Patienter, pårørende og netværket omkring patienter kan bidrage med væsentlig information og viden om patientens tilstand og forløb ved anvendelsen af KMD CareConnect.

TELEMEDICIN

KMD CareConnect giver mulighed for at udbygge anvend-elsen af behandling og monitorering i eget hjem via telemedicin – hjemmemonitorering, hjemmekonsultation og hjemmebehandling. Med KMD CareConnect kan både borger og sundhedsfagligt personale sikres adgang til relevante data.

KONTAKT

Ønskes der yderligere information om KMD CareConnect, kontakt Bente Jensen: ben@kmd.dk eller telefon 4460 2231.

KONCEPTET UNDERSTØTTER SUNDHEDS-KLYNGER

_Tværsektoriel organisering af sundhedsydelser
_Samarbejde omkring et patientforløb
_Telemedicin
_Inddragelse af borgerne som aktive og ligeværdige partnere

Faktaark KMD CareConnect GGO/160911

Telefon 4460 1000
www.kmd.dk

KMD
IT MED INDSIGT

WEBBASERET DOKUMENT- OG KVALITETSSTYRINGSSYSTEM

- som understøtter akkreditering og certificering

SYMFONI®

FÅR FOLK TIL AT ARBEJDE BEDRE - SAMMEN

REFERENCER

Region Hovedstaden

regionmidtjylland

SYMFONI®
www.symfoni.com

Symfoni Software - Margrethepladsen 3. plan 2 - 8000 Aarhus C - Tlf. +45 7020 5636 - www.symfoni.com

NNE Pharmaplan er et rådgivende ingeniørfirma, som er ejet af Novo Nordisk og har 80 års erfaring med at lave forsknings og produktionsfaciliteter til fra Pharma og Biotech. NNE Pharmaplan har en af landets største automatik/IT afdelinger og er specialister i flow, logistik, sporbarhed, Standardisering, kvalitetssikring og bygning af komplekse facilteter som hospitaler, forsknings- og pharmaseutiske produktions faciliteter.

Vi har en dyb indsigt i procesforløb og optimeringer af flows, vi vil gerne præsentere et værktøj vi anvender til at koordinere produktionen i komplekse faciliteter, hvor personalet ikke kan mødes ansigt til ansigt. Værktøjet som sikrer at alle procedurer sker rettidigt og i rette kvalitet.

NNE Pharmaplan LEAN FLOW systematiserer forløb; enten internt i en afdeling eller mellem afdelinger. Systemet konfigureres til afdelingens specifikke forløb, med de kvalitative kriterier som er definere i afdelingens instruks for den pågældende behandling

Med NNE Pharmaplan LEAN FLOW, visiteres patienten ind i et grundforløb, i form af et flowchart, der indeholder væsentlige udredningsparametre og udredningstrin. Alle væsentlige detaljer kan nu dokumenteres samlet, således, at man kan opsøge informationer om forløbet samlet set ét sted og danne sig et hurtigt overblik over såvel den enkelte patient, en enkelt opgave eller et helt ambulatoriums status. Endvidere kan hurtigt få et overblik over om man overholder alle aftaler med patienter og samarbejdsparter og samtidigt sikre der ikke er processer der ikke er fremdrift i.

Lad os tale om jeres udfordringer, så vil vi gerne dele vores erfaringer - fordi vores metier er ”Enigineering for a Healtier World”,

nne pharmaplan®

Nybrovej 80
2820 Gentofte
Phone 4444 7777
OKY@NNEPHARMAPLAN:COM

STAND 27.

Imprivata® OneSign™ Single Sign-On

Teknologien omkring Single Sign-On (SSO) er ikke ny. En typisk Single Sign-On-løsning har hidtil ofte været tidskrævende, omstændig og omkostningstung at implementere – og ofte levede den ikke op til forventningerne.

Imprivata® OneSign™ Single Sign-On er anderledes!

Imprivata OneSign SSO er en ny måde at tænke Singel Sign-On på. I et og samme produkt hæves brugervenligheden og sikkerheden styrkes.

OneSign er enkel at implementere teknisk, fordi den er non-intrusive. Det betyder, at den ikke kræver, at der ændres i de systemer, som omfattes af komponenten.

Med Imprivata OneSign SSO kan man etablere Single Sign-On på **ALLE** tænkelige applikationer.

Imprivata OneSign er et "None intrusive" system, som ikke ændrer i eksisterende infrastruktur.

Region Hovedstaden har valgt Imprivata til Effektiv SystemAdgang .

Pia Daugbjerg Andresen, *Projektleder for Effektiv SystemAdgang:*

"Region Hovedstaden har valgt Imprivatas Single-Sign On-komponent som en del af det regionale projekt Effektiv SystemAdgang (ESA). OneSign hjælper klinikkerne med en hurtigere og lettere adgang til systemerne ved at automatisere login til de forskellige systemer. "

Hvad får du med Imprivata?

DRAG 'n DROP WIZARD til læring af **ALLE** applikationer – **INGEN** scripting

Understøttelse af **"DESKTOP SHARING" / ROAMING** via Citrix / VMware / Sun

Integration til Best-of-Breed **CONTEXT MANAGEMENT** (via Carefx m.fl.)

Enkel integration med **2-FAKTOR** Authentification (Prox- Smartcards, Biometri og token)

Avanceret værktøj til **RAPPORTERING** (ISO, DS 484)

AUTOMATISERET password politikker

Integration med Best-Of-Breed **PROVISIONING** systemer (via Courion m.fl.)

Solid erfaring med systemer og applikationer i **DANSK**

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Aadgaard	Kamille Siff	Klinisk It-chef	Hvidovre Hospital
Abildgaard	Per	Konsulent	MedCom
Agerbak	Mogens Blomgren	Teamleder	Region Hovedstadens Psykiatri
Alsbæk	Annemette	It-administrator	Hillerød Hospital, ITM-afdelingen
Andersen	Thomas Rønning	Kundeansvarlig	Region Midtjylland
Andersen	Helle	It-projektleder	OUH - DoIT
Andersen	Rikke	Løsningsarkitekt	Logica A/S
Andersen	Jens	RSI-styregruppeformand og regionsdirektør	Region Sjælland
Andersen	Torben Steensgaard	Overlæge	Sygehus Lillebælt, Vejle
Andersen	Stig Kjær	Lektor	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Andersen	Claus Søgaard	Datamanager	Dansk Gynækologisk Cancer Database
Andersen	Carina	Personlig assistent	Københavns Universitet
Andersson	Daniel Hans Svarfvar	Commercial Director	Compugroup Medical
Andreasen	Aase	Projektleder	Sygehus Lillebælt
Andreasen	Bjørn Gregers	AC Fuldmægtig	Region Midtjylland
Andresen	Morten	CEO	Imatis AS
Ankerstjerne	Peter	Senior Key Account Manager	NNIT A/S
Ankjær	Michael	certificeret salgschef	IBM
Antonsen	Christina Egelund	Innovationskonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Arleth	Anette	Konsulent	Avaleo Aps
Askjær	Line	GS-instruktør	Herlev Hospital, It-afdelingen
Bach	Malene Østergaard	Account Manager, Healthcare	IBM Danmark
Baden	Kristian Alstrup	Kontorchef	Region Nordjylland
Balle	Helle	Projektleder	National Sundheds-it
Ballegaard	Stinne Aaløkke	Projektleder, antropolog, ph.d.	Dansk Sundhedsinstitut
Bech	Marlene Nyboe	Projektleder	Rigshospitalet, It-afdelingen
Beck	Lotte	Konsulent	MedCom
Bergsteinsson	Jón Ingi	Teknisk hjælper	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Berner	Lars	Afdelingsleder	Logica A/S
Bernstein	Knut	Læge, Sundhedsinformatker	MEDIQ
Bertelsen	Lars	Faglig konsulent	Dansk Sygeplejeråd
Bertelsen	Stig Lillegaard	Projektleder	Max Manus A/S
Bertelsen	Pernille	Lektor	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Bidstrup	Lene	Ledende lægesekretær	Filadelfia
Biering-Madsen	Thorkild	Salgschef	Logica
Billeschou	Henrik	Project Manager	Cetrea A/S
Binggeli-Winter	Christian	Salgsdirektør	ENversion A/S
Bitsch	Thomas	Konsulent	Region Midtjylland, Sundhedsdataenheden
Bjerre	Bente	AC-fuldmægtig	Region Midtjylland, Kvalitet og Sundhedsdata
Bjerregaard	Leif	Konsulent	Silverbullet A/S
Bjerregaard	Henrik	CEO	MedCom
Bjørnes	Charlotte D.	Adjunkt, PhD	Aalborg Universitet
Boilesen	Anne	Consultant	SAS Institute A/S
Boisen	Michael	Projektleder	Hillerød Hospital

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Boisen	Karin	Seniorkonsulent	Capgemini
Boldsen	Lotte	It-arkitekt	Logica A/S
Boll	Mette Lundkvist	Udviklingsergoterapeut	Odense Universitetshospital
Borggreen	Ditte Victoria	FMK Konsulent	Region Syddanmark
Bramming	Margit Bæk	It-konsulent	Region Hovedstaden, MIT
Brask	Annette	Sektionsleder	Odense Universitetshospital
Breum	Anne	GS-konsulent	Region Hovedstadens Psykiatri
Brinck	Claus		Århus Universitetshospital
Brown	Steve	MS, MD	Veterans Administration, USA
Bruun-Hansen	Mie	Lægesekretær	Region Midtjylland
Bruun-Rasmussen	Morten	Partner	MEDIQ
Brændstrup	Anni Møller	Kontorelev	Institut for Planlægning, Aalborg Universitet
Buchwaldt	Per	Director	Deloitte Business Consulting A/S
Buhr	Anni	Programleder	National Sundheds-it
Bünger	Susanne	It-koordinator	Aalborg Sygehus
Bøgebjerg	Peder	Direktør	Lif
Carøe	Jesper Grankær	Direktør	Trifork
Cheng	Ivan Milsgaard	Forretningsudvikler	KMD
Christau	Bjørn	speciallæge, MPP	FuresøReumatologerne
Christensen	Kent Dencker		Sygehus Himmerland
Christensen	Bente	Projektleder	Kolding Kommune, Sundhedsområdet,
Christensen	Lisa Dahl	Projektchef	Region Hovedstaden, Rigshospitalet
Christensen	Anders Skovbo	It-arkitekt	Region Hovedstaden, Koncern IT
Christensen	Lene	Sundhedsfaglig it-konsulent	Rigshospitalet, Klinisk IT
Christensen	Anita	ledende lægesekretær	Sygehus Vendsyssel, Medicinsk Center
Christiansen	Henrik Bo	Teknologi Rådgiver	Microsoft
Christiansen	Marion Berg	Ekstern lektor	Aalborg Universitet
Christiansson	René	It-konsulent	Hvidovre Hospital
Christoffersen	Lars	Konsulent	Capgemini
Clausen	Thomas Dalsgaard	1. reservelæge	Region Hovedstaden
Clement	Kirsten	Konsulent	Sygehus Sønderjylland
Dalgaard	Torben	IT- og Medikochef	Hvidovre Hospital
Dam	Lilli	Lektor, MPH	VIA University College. Campus Aarhus N
Dam	Sigbritt	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Damgaard	Jesta	Sundhedsfaglig konsulent	Logica A/S
Damm	Peter	Projektchef	Max Manus A/S
Dandanell	Pia Grand Uth	Sundhedsfaglig koordinator	Koncern IT Region Sjælland
Danielsen	Morten Krogh	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Daugbjerg	Pia	Projektleder	Region Hovedstaden
de Lemos	Marianne	Projektleder	Region Midtjylland
Demkjær	Karin Nøhr	Konsulent	MedCom
Dent	Jeanette	EPJ-koordinator	Hospitalsenheden Vest
Dresler	Lene	Klinisk IT-konsulent	Glostrup Hospital
Drewes	Birgitte		Lægemiddelstyrelsen
Dybdahl	lars	Chief Technology Officer	Daintel Aps
Dybdahl	Jan	Salesdirector	CSAM Health AS

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Dyrehauge	Signe	Konsulent	Region Syddanmark
Eberholst	Frey	Applikationsspecialist, Senior Consultant	Cetrea A/S
Egevang	Jacob	Journalist og patientambassadør	Dansk Selskab for Patientsikkerhed/patientambassdør
Egsgaard	Birgitte Nyvang		Region Syddanmark
Ehlers	Jan Milter	it-arkitekt	Logica
Eikholm	Annilisa Klevang	Projektleder	Elektron
Ejsing-Duun	Daniel	Teknisk hjælper	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Elberg	Pia	Formand	Dansk Selskab for Medicinsk Informatik
Elberling	Marie SP	Webdesigner	Region Sjælland
Elbro	Charlotte	It-konsulent	Herlev Hospital
Eliasen	Vicky	It-koordinator	Ishøj Kommune
Elkjær-Nielsen	Jørgen	Key Account Manager	CSC Scandihealth
Ellehave	Britt	IT Helpdesk chef	Koncern IT Region Sjælland
Eriksen	Henrik Povl	Solution Manager	CSC Scandihealth A/S
Espensen	Birgitte Cecilie	Konsulent, Projektleder	Hjerneskaderådgivningen
Eyðinsdóttir	Hervør	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Fabricius	Berit	Projektleder	Region Nordjylland
Fahnøe	Anette Buch	Ledende lægesekretær	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Falk	Bente	Konsulent	Region Syddanmark
Faxvaag	Arild	Associate Professor and Leader	The Norwegian Centre for EHR Research, NTNU, Trondheim, Norge
Femerling	Gitte	It-koordinator	Hillerød Kommune
Fernández	Jesús Maria	Sundhedsminister og regionschef	Baskerlandet
Fisker	Brian	Program Manager	Systematic A/S
Fleron	Benedicte	PhD-studerende	Roskilde Universitet
Flolid	Irene	BDM	Imatis AS
Flou	Lene Sømod	Forskningssekretær	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Fly	Morten	Afdelingschef	KMD A/S
Flycht	Lise	Konsulent	Rigshospitalets It-afdeling
Forberg	Heidi	Chef	Regionernes Sundheds-it
Fransen	Pia Borup	Klinisk It-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Frederiksen	Mads Stampe	Innovationskonsulent	Region Hovedstaden, Center for Sundhedsinnovation
Frederiksen	Helle	It-koordinator	Aalborg Sygehus
Frellsen	Mads Bo	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Friis	Soile	Formand	Lægesekretærforeningen
From	Marianne	It-chef	Region Hovedstaden, Rigshospitalet
From	Gustav	Overlæge	Akutafdelingen, Slagelse Sygehus
Front	Per Ole	Administrationschef	Region Hovedstaden/IMT
Frostholm	Nina	Specialkonsulent	Frederiksberg Hospital
Futtrup	Tina	Afdelingssygeplejerske	Aalborg Sygehus
Gade	John	R&D Manager	Judex A/S
Galsgaard	Inge-Margrethe	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern-IT
Galster	Gert	PhD-studerende	Aalborg Universitet
Garbo	Kirsten Elisabeth	EPJ konsulent	Odense Universtitetshospital

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Geertsen	Lone	Ledende oversygeplejerske	Hospitalsenheden Vest
Georgieva	Gabriela Lyubenova	It-konsulent	Herlev Hospital, IT afd.
Gerstrand	Michael	KEY Account Manager	Max Manus A/S
Girich	Lars	Sales Director	Capgemini - PUBLIC
Graven	Esben	Enterprise Arkitekt	National Sundheds-it
Gregersen	Magnus	Communication Coordinator	Compugroup Medical
Grønbæk	Karen	EPJ-uddannelseskoordinator	IT-Århus. EPJ-produkter
Grøndahl	Susanne	Senior Clinical Adviser	Systematic A/S
Grøsfjeld	Birgit	Salgsdirektør	Siemens Healthcare
Grøtting	Kjell Arne	Partner	UniConsult AS
Gudmundsen	Jette	Kvalitets- og proceskonsulent	Faxe Kommune
Gundsø	Henrik	Adm. Direktør	C4U Technologies
Guttesen	Gunnvá	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Gøtzsche	Mette	Konsulent	Logica A/S
Haagensen	Lone	Kvalitetskonsulent	Holbæk Sygehus
Hallgreen	Lone	Special konsulent	Region Hovedstaden, Koncern IT
Halvorsen	Morten	Afd. leder Projekt & Uddannelse	Max Manus A/S
Hammer	Ditte Marie	Teamleder	Region Hovedstadens Psykiatri
Hansen	Ole Filip	Senior sundheds-it konsulent	Region Midtjylland, It-afd.
Hansen	Erik Viuff	It-chef	Filadelfia
Hansen	Finn Roth	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Hansen	Dan Arnum	Projektchef	Silverbullet A/S
Hansen	Annika Sonne	Project Manager, MI	CareCom A/S
Hansen	Lone Dorthe	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Hansen	Lars Falk	It-supportchef	Hvidovre Hospital
Hansen	Karina Reimer	FMK-projektleder, klinisk farmaceut	Region Sjælland Sygehusapotek
Hansen	Martin Thor	Chefrådgiver	Regionernes Sundheds-it
Hansen	Morten	Product manager	Region Syddanmark
Hansen	Thomas Riisgaard	Produktdirektør	Cetrea A/S
Hansen	Marie-Elisabeth	Business Development Manager, Public & Healthcare	Logica A/S
Hansen	Jacob Boye	Formand	CHI-Leverandørforum
Hansen	Stine Winther	Lægesekretær	Steno Diabetes Center
Hansen	Henrik Juul	IT- og kvalitetskoordinator	Steno Diabetes Center A/S
Hansen	Finn Kvist	EPJ-system-konsulent	IT-Århus. EPJ-produkter
Hansen	Peter Ingemann	EPJ-system-konsulent	IT-Århus. EPJ Produkter
Hansen	Jens Henrik Rauff	Teknisk hjælper	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Hansen	Lise Viskum	Business Analyst	CSC Scandihealth
Hansen	Henriette Sølbeck	Forretningskonsulent	Symfoni
Hardahl	Christian	Consultant	SAS Institute A/S
Hardt-Madsen	Maria	Projektleder	Odense Kommune
Hassing	Alis Helmer	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Hauge	Lene Buch	Senior Clinical Advisor	Systematic A/S
Haumann	Ulrik	Solution Manager	KMD Medtime
Havbo	Tatiana	Account Manager, Healthcare	IBM Danmark
Hedeager	Hanne Kathrine	Systemadministrator	Kolding Kommune, Seniorforvaltningen

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Hedegaard	Karin	It-projektleder	Aalborg Sygehus
Hedevang	Karina Hasager	Konsulent	Region Syddanmark
Heinecke	Claus	Kvalitetskonsulent	Region Sjælland, Sygehus Syd
Heinrich	Susanne	It-konsulent	Region Syd, Psykiatrien
Heissler	Simon	Projektleder	Rigshospitalet
Helander	Carl-Gustaf Rolf	Marketing and Sales Manager	Compugroup Medical
Hellstern-Hauerslev	Charlotte	Project Manager	IBM Healthcare
Henriksen	Ole Steenberg	It-ansvarlig oversygeplejerske	Bispebjerg Hospital
Henriksen	Hans Erik	Adm. direktør	Cetrea A/S
Hermansen	Birthe	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, Koncern IT
Hertzum	Morten	Lektor	Roskilde Universitet
Hesselager	Kirsten	Senior Principal Consultant	SAS Institute A/S
Heuch	Jakob	Key Account Manager	Capgemini
Hiltmar	Jette	Projektleder	IBM
Hjelm-Svennesen	Malene	Sundhedsfaglig IT-konsulent	Rigshospitalet / Klinisk IT
Hobgood	Adam	Translational Research Manager	Center for Health Research, Healthways
Hoff-Jessen	Hanne	Systemkonsulent	Helsingør Kommune
Holdt	Marianne	Sektionsleder	Region Hovedstaden, Koncern IT
Holm	Michael	CEO	Systematic A/S
Hougaard	Jørgen	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Huge	Thomas Hassing	It-sikkerhedskoordinator	Herlev Hospital
Hulbæk	Lars	Souschef	MedCom
Hvidberg	Jens	Chefkonsulent	National Sundheds-it (NSI)
Hynkemejer	Trine	Applikationsspecialist	Cetrea A/S
Hyppönen	Hannele	Research Manager	Finnish National Institute for Health and Welfare
Hägi-Pedersen	Mai-Britt	Sundhedsfagligkonsulent	Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling,
Høiberg	Lone		MedCom
Højen	Britta Godiksen	Konsulent	Københavns Kommune
Højen	Jens Godik	EPJ-chef	Sundhedsministeriet
Højgaard	Mette Jessie	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Høm	Anette Dahl	Projektleder	Region Sjælland
Høstgaard	Anna Marie Balling	Adjunkt	Aalborg University
Høy Berthelsen	Jacob	Strategi- og udviklingsdirektør	ENversion A/S
Ibsen	Henrik	Direktør	Silverbullet A/S
Illum	Peder	Konsulent	MedCom
Ipsen	Charlotte	IT-konsulent	Rigshospitalet
Isaksen	Birgitte	KEY Account Manager	Max Manus A/S
Iwersen	Jesper	Chefkonsulent	Rehfeld Partners
Jacobsen	Kim Walther	Lektor, it-vejleder MI	VIA UC Sygeplejerskeuddannelsen i Randers
Jakobsen	Henriette	Projektleder	Odense Kommune
Jakobsen	Gurli	EPJ-systemplanlægger	Regionshospital Viborg
Jakobsen	Søren	Chefkonsulent, It-projektleder	Statens Serum Institut
Jakobsen	Thomas	Sektionsleder	Region Hovedstaden/Koncern IT
Jensen	Sine	Sundhedspolitisk medarbejder	Forbrugerrådet
Jensen	Bente	Forretningsudvikler	KMD A/S

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Jensen	Mai	EPJ-specialist	Psykiatrisk Center Sct. Hans
Jensen	Per Veng	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Jensen	Hanne Damgaard	Sundhedsfaglig It-konsulent	Region Midtjylland, Nære Sundhedstilbud
Jensen	Peder Klement	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Jensen	Jeanette	Konsulent	MedCom
Jensen	Mette	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Jensen	Bolette Friis	Projektleder	KMD
Jensen	Mariann	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Jensen	Bente	Forretningsudvikler	KMD
Jensen	Bente Hjørnholm	lægesekretær	Anæstesiologisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest
Jensen	Morten Dalsgaard	Service Ansvarlig, Regionerne	Microsoft
Jensen	Peer Eske	Overlæge, MSIT	Hillerød Hospital
Jensen	Lotte Groth	Ph.d.-studerende	Folkesundhed & Kvalitetsudvikling
Jeppesen	Sine Søgaard	Sektionsleder	Lægemiddelstyrelsen
Jeppesen	Kaj	Projektchef	Logica A/S
Jeppesen	Christian	Lead Architect	Systematic A/S
Jespersen	Henrik	Vice President Sales & Marketing	Systematic A/S
Jespersen	Steen Dalsgaard	Chefkonsulent	Sundhedsstyrelsen
Johannsen	Nis	Konsulent	Symmetric
Johansen	Finn	Praktiserende reumatolog	Furesø-Reumatologerne
Johansen	Lene Hvas	It-konsulent	Hvidovre Hospital
Johansen	Thomas Kjærsgaard	Salgschef	IBM
Jonasen	Jan Oksfeldt	Senior Consultant	Capgemini Danmark
Juel	Pia Reinhardt	Sekretær	MedCom
Juhl	Allan	VP of Sales	Cetrea A/S
Juul	Henriette	Marketingschef	Systematic A/S
Jørgensen	Jari Friis	CEO	Symmetric
Jørgensen	Mie Dyrholm	Ledende Klinisk farmaceut	Region Sjælland Sygehusapotek
Jørgensen	Asbjørn	Senior Kundeansvarlig	DIPS ASA
Jørgensen	Claus Bo	Akademisk medarbejder	Lægemiddelstyrelsen
Jørgensen	Kenneth Seerup	Næstformand	Dansk Selskab for Sygehusledelse
Karlsen	Lars Morgan	Seniorkonsulent	DIPS ASA
Kayser	Lars	Lektor	Københavns Universitet
Kelstrup	Louise	Programme Manager Bookplan	Capgemini
Kensing	Finn	Professor	Center for IT Innovation, University of Copenhagen
Kent	Annelise Kjølseth		Professionshøjskolen Metropol
Kerzel	Anders	Kundechef	KMD
Ketager	Therese	Projektkoordinator	Rehfeld Partners
Ketil	Ann	IT Konsulent, kundekonsulent	Koncern IT
Kidholm	Jette	Projektleder	Region Hovedstaden, Koncern IT
Kirkegaard	Peter	Direktør	care-call a/s
Kirkvåg	Pernille		Daintel ApS
Kjeldsen	Gitte	Project Manager	MedTech Innovation Center
Kjelstrøm	Kåre	It-arkitekt & Partner	Silverbullet A/S

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Kjær	Pernille	Klinisk IT-konsulent	Glostrup Hospital
Kjær-Jensen	Vibeke	Konsulent	Region Midtjylland
Kjærsgård	Bitten Fisker	EPJ sygeplejerske	Regionshospitalet Viborg
Klamer	Finn	Lægefaglig udviklingsrådgiver	Sundhed.dk
Klein	Tom	Teamkoordinator	Rigshospitalet
Kleinschmidt	Torben	Teknisk Projektleder	Region Nordjylland
Klemme	Per	Direktionssekretær	IMT
Klinge	Thomas Martin	Chefarkitekt	Capgemini
Klinkby	Ole	Sales Development Manager	NNE Pharmaplan
Klitgaard	Pia Lisbeth	Ledende lægesekretær	Sygehus Vendsyssel
Knudsen	Børge	Kontorchef	Region Midtjylland
Knudsen	Per Simon	Key account manager	TDC
Knudsen	Jacob	Projektleder	Capgemini
Kodahl	Liselotte	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Kohl	Bjarne		Implement Consulting Group
Kohrtz	Simon	Produktchef	Tieto Denmark A/S
Kolstad	Lisbeth	IT Konsulent	Koncern IT Region Sjælland
Kongsted	Dan	CEO	Cervius Medical
Kopke	Pia	Kundechef	IMT virksomheden, Region Hovedstaden
Korsholm	Inge Lise	Senior Systems Engineer	Systematic A/S
Koudal	Susanne	IT Konsulent	Region Sjælland
Kraft	Michael Bjørn	Funktionschef for IT Portefølje	Koncern IT Region Sjælland
Krarup	Lars	Konsulent	Silverbullet
Krell	Linette	EPJ-koordinator	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Jørgen Schøler	Cheflæge	Regionshospitalet Horsens
Kristensen	Annette	EPJ-specialist	Psykiatrisk Center Sct. Hans
Kristensen	Susanne Daugaard	Innovationskonsulent	Hospitalsenheden Horsens
Kristensen	Alice	Konsulent	MedCom
Kristensen	Dorte	EPJ-projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Hanne	It-koordinator	Aalborg Sygehus
Kristensen	Poul Erik	Konsulent	KL
Kruuse	Michael	It-konsulent	Herlev Hospital
Kusk	Kate Catharina	Projektkonsulent	MedCom/KL
Kyneb	Kristian	EPJ-system-konsulent	IT-Århus. EPJ-produkter
Køtlum	Jóanis Erik	Afdelingschef	Sundhedsministeriet
la Cour	Vicky		Rigsrevisionen
Lander	Susanne	Business Analyst	CSC Scandihealth
Lang	Steffen Walders-dorff	Principal Consultant	Capgemini Danmark A/S
Lange	Kristoffer	Seniorkonsulent	Danske Regioner
Lange	Peter	Executive IT-Architect	IBM Danmark
Langskov	Marie	Politisk konsulent	IDA
Larsen	Winnie Nørskov	Chef for Systemer og Data	Hillerød Hospital, ITM afd.
Larsen	Tove Tobiesen	Projektleder	Sygehus Nord, Region Sjælland
Larsen	Bo Gottschalck	Koordinerende Systemadministrator	Region Hovedstaden, Koncern IT

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Larsen	Jane	Sundhedsfaglig EPJ-konsulent	IT-århus. EPJ-produkter
Larsen	Thomas	Salgsdirektør	CSC Scandihealth
Larusen	Jan Nørager	IT Kundeansvarlig	Region Sjælland
Lassen	Sune Brødsgaard	It-konsulent	Herlev Hospital
Lassen	Dorthe Skou	Projektkonsulent	MedCom
Lau	Peter Behrendt	Manager	Rambøll Management Consulting
Lau	Nils	Kvalitetsekspert	Symfoni Software
Lauesen	Mette Hvied		Region Hovedstaden - Koncern IT
Lauridsen	Ivan Kjær	Velfærdsteknologichef	Sundhed og Omsorg
Lauritzen	Dorthe Furstrand	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Lauritzen	Maria Bøgelund	Lægesekretær	Steno Diabetes Center
Laursen	Peter Ljunggren	Key Account Manager	KMD A/S
Lausdahl	Jesper Leck	Direktør	IntraMed A/S
Lawton	Kitta	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, Koncern IT
Ledet	Steen	I-sikkerhedskoordinator	Region Nordjylland
Leervad-Bjørn	Glenn	Enhedschef i projektenheden	Sundhed.dk
Lehm	Morten Christian	Projektleder	IBM danmark Aps
Lehmann-Nielsen	Thomas	KAM	Infinigate
Lehrmann	Tove	Chefkonsulent	Region Syddanmark
Lei	Anne Marie	Konsulent	Lægeforeningen
Lerche	Steffen	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Lerche	Janni	Industry Consultant	CSC Scandihealth
Levander	Mats	Market Development	InterSystems
Lilholt	Lars H.	SFI-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Lind	Carsten	Chef for teknisk IT og Medico	Hillerød Hospital
Lindblom	Jan	Specialkonsulent	Region Hovedstaden
Lindholm	Henrik	Løsningsansvarl. COSMIC-suiten i RSD	Region Syddanmark
Lodahl	Jørn Sønderup	It-chef	Region Midtjylland, It-afdelingen
Loncar	Darko	Sales Manager	Tieto A/S
Lund	Dan	Økonomi direktør	Max Manus A/S
Lundgreen	Anja	It-projektleder	Region Hovedstadens Psykiatri
Lundkvist	Peter	Teamchef	Trifork
Lundsgaard	Therese	Konsulent	Region Hovedstaden
Luthmann	Mette Hjortstrand	IT konsulent	Region Sjælland IT
Lykke	Freddy	Managing Director	CSC Scandihealth
Lynge	Lone	It-konsulent	Region Syd, Psykiatrien
Lyngsø	Elin	AC-fuldmægtig	Region Midtjylland, Kvalitet og Sundhedsdata
Mabeck	Henriette	Seniorprojekt	DSI Dansk Sundhedsinstitut
Madsen	Pia Wichmann	Senior Clinical Advisor	Systematic
Madsen	Poul	Konsulent	Rigshospitalet
Madsen	Torben Lyng	Sale Director	Accenture
Madsen	Helene Hølmkjær	It-medarbejder	Vejle Sygehus
Madsen	Inge	Adjunkt	VIA UC Århus
Madsen	John		Logica A/S
Madsen	Christina Rostgaard	Key account manager	Region Syddanmark

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Maegaard	Ulla	Specialkonsulent	Region Sjælland, Psykiatrien
Majland	Jeanne	Sektionsleder	Lægemiddelstyrelsen
Marcher	Lise	IT-chef	Region Nordjylland
Mejdahl	Eik		ACTE A/S
Mejnertz	Louise	Antropolog	Caretech Innovation / Aarhus University
Melberg	Linda Gyldendal	GS-koordinator	Herlev Hospital, It-afdelingen
Melief	Sophie	Implementation Services	Epic
Metzsch	Michael	Sektionsleder	Hillerød Kommune
Mikkelsen	Jørgen	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, Koncern IT
Mikkelsen	Else Lund	Afsnitsleder	Regionshospitalet Viborg, Sundhedsinformatik
Mikkelsen	Mikael Skov	Direktør	IMT
Mikkelsen	Morten Breum	IT Specialist	IBM Danmark ApS
Miller	Louise	It-konsulent	Herlev Hospital
Milthers	Jesper	Lægefaglig konsuent	NNE Pharmaplan
Mogensen	Torben	Vicedirektør	Hvidovre Hospital
Molsing	Brian	It-systemadministrator	Steno Diabetes Center
Mortensen	Peter	Business Advisor	SAS Institute A/S
Mortensen	Pia	EPJ-konsulent	OUH Odense Universitetshospital
Mortensen	Troels Bierman	Cheif Operations Officer	Daintel Aps
Mossin	Poul	ledende oversygeplejerske	Køge Sygehus
Muldtofte	Lene Schilling	Projektleder	Region Nordjylland
Munck	Susanne Refslund	Projektleder	Region Hovedstaden, Koncern IT
Mundbjerg	Anette	Sundhedssystem koordinator	Hospitalsenheden Horsens
Møller	Marianne	EPJ konsulent	Afdeling for driftsoptimering og It, Odense Universitetshospital
Møller	Helle	Sundhedsfaglig EPJ-konsulent	IT-århus. EPJ-produkter
Møller-Jensen	John	Industry Specialist	CSC Scandihealth
Mørk	Britta	Klinisk It-ansvarlig	Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest
Nasser	Allan	Konsulent	Region Syddanmark
Neumann	Mogens	Sektionsleder	Bispebjerg Hospital
Nicolajsen	Lisbeth Bisgaard	Konsulent	Region Midtjylland, Koncern HR
Nielsen	Tove Charlotte	Projektleder	Region Syddanmark, Sundhed
Nielsen	Lisbeth	Kontorchef	Danske Regioner
Nielsen	Povl Lund	It-konsulent	Filadelfia
Nielsen	Tove Lindhøj	It-konsulent	Hospitalsenheden Horsens
Nielsen	Karina Skog	Chefkonsulent i NYBYG	Herlev Hospital
Nielsen	Annette Kirchheiner	It-konsulent	Region Hovedstaden, Rigshospitalet
Nielsen	Anders Goul	Vice President Business Development & Operations	Systematic A/S
Nielsen	Peter	Kontorchef	Region Midtjylland
Nielsen	Marike	Business development Manager	KMD A/S
Nielsen	Morten	Kommunikationskonsulent	Region Sjælland, Projekt Helbredsprofilen.dk
Nielsen	Mette Brøsted	It-konsulent	Esbjerg Kommune
Nielsen	Hanne Schjøning	Ledende oversygeplejerske	Sygehus Syd, Børneafd.
Nielsen	Mette Fog	Sundhedsfaglig konsulent	Logica A/S
Nielsen	Per Sabro	Cheflæge	Sygehus Vendsyssel

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Nielsen	Jette	SFI-konsulent	Region Nordjylland
Nielsen	Annemette Anker	Afd. leder Kvalitet & IT	Steno Diabetes Center
Nielsen	Jørgen Aagren	Direktør	Dansk Lægemiddel Information
Nielsen	Lars-Oluf	Implementation Executive	Epic
Nilsson	Hanne	Klinisk IT-konsulent	Glostrup Hospital
Nilsson	Jakob	Projektchef	Logica A/S
Niss	Karsten Ulrik		Aalborg Universitet
Nissen	Jette Vestergaard	It-administrator	Hillerød Hospital
Noesgaard	Susanne	Konsulent	MedCom
Nøhr	Christian	Professor	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Nørgaard	Kathrine Hjortnæs	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Nørgaard	Jens Rahbek	Seniorkonsulent	MedCom
Nørgaard	Lasse	Chefkonsulent	Enhed for klinisk kvalitet, KIT
Nørgaard	Ole	Ph.d.-studerende	Københavns Universitet
Nørregaard	Henrik	It-datakonsulent	Region Hovedstaden
Ohlsen	Henrik	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Olesen	Ulrik Kähler	Læge	Lægeforeningen Hovedstaden
Olesen	Thomas Sonne	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Olsbro	Pernille	Programkoordinator	Rigshospitalet, IT-afdelingen
Olsen	Tina Bendix	It-konsulent	Region Sjælland
Olsen	Maria Hammer	EPJ-konsulent	Sundhedsministeriet
Olsen	Lise Marie	Sygeplejerske	Herlev Hospital
Olsson	Johnny	Projektchef	Logica A/S
Olufson	Mariann	It-konsulent	Rigshospitalet It afdelingen
Pallesen	Hans Kåre	Chief Architect	CSC Scandihealth
Panduro	Leif	Bestyrelsesformand	Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
Papadia	Fabio	Marketing and Sales Manager	Compugroup Medical
Parslow	Wayne		CareFx
Pawlowski	Pia	Kvalitetskonsulent	Holbæk Sygehus
Pedersen	Susanne		Region Syddanmark
Pedersen	Sune	Systemkonsulent	care-call a/s
Pedersen	Pernille Margrethe Godballe	Klinisk It-konsulent	Hospitalsenheden Vest, KIT-Kontoret
Pedersen	Lone Marie	It-konsulent	Region Syd, Psykiatrien
Pedersen	Helene Schalde-mose	AC-fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Pedersen	Susanne Bjerglund	Sygeplejerske	Børneafdelingen, Hospitalsenheden Vest
Pedersen	Ivan Lund	Kundechef	National Sundheds-it (NSI)
Pedersen	Birgitte Seierøe	Seniorforretningsarkitekt	Region Hovedstaden, Koncern IT
Pedersen	Hanne Søndergaard	Registreringskonsulent	Sygehus Vendsyssel
Petersen	Morten Elbæk	Direktør	sundhed.dk
Petersen	Frieda	It-konsulent	Herlev Hospital
Petersen	Claus Bo	Productmanager	Region Syddanmark
Petersen	Lone Stub	PhD-studerende	Aalborg Universitet
Petersen	Søren Overgaard	Software Developer	Logica A/S
Petersen	Sille	Project manager	IntraMed A/S

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Petersen	Jan	Chefkonsulent	MedCom International
Petersen	Anette		DLI
Petersen	Erling	Projektleder	Region Syddanmark
Pettersson	Lars Tranberg	IT-chef	Amgros I/S
Phanareth	Klaus	Formand	Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
Pilgaard	Dorthe	KIT-konsulent	Regionshospitalet Herning, KIT kontoret
Poulsen	Thomas	Senior Account Manager	Systematic A/S
Prag	Sidsel-Marie Winther		Implement Consulting Group
Primdahl	Elin Merete	PAS Projektleder	Sygehus Sønderjylland
Rask	Hanne Barkholt	EPJ-sygeplejerske	Regionshospitalet Viborg, Sundhedsinformatik
Rasmussen	Mirjam	It-konsulent	Region Nordjylland. Koncern-IT
Rasmussen	Frits	Plan- og analysechef	Sydvestjysk Sygehus
Rasmussen	Jens Peder	Direktør	Systematic
Rasmussen	Rasmus	PhD-studerende	Roskilde University, CBIT
Rasmussen	Jesper Hedegaard	Teknisk hjælper	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Rasmussen	Leif	Productmanager	Oracle
Rasmussen	Nana	Koordinerende systemadministrator	Koncern IT, Region Hovedstaden
Rasmussen	Martin K.	Afd. bioanalytiker	Afdeling for Kl. Patologi OUH
Rasmussen	Lars Veng	Advisory Project Manager	IBM
Rebien	Lone Kyndby	IT konsulent	Koncern IT- Region Sjælland
Rehfeld	Claus	Adm.direktør	Rehfeld Partners
Riber	Lars	Læge, medl.af bestyrelse	Lægeforeningen
Riis	Vibeke Bjørnsen	EPJ konsulent	Afdeling for Driftsoptimering og It, Odense Universitets Hospital
Riis	Jan	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Rindum	Judith Lørup	Telemedicin/kroniker koordinator	Koncern IT, Region Hovedsatden
Roberts	Sean	Manager, Global Business Development	HIMSS Europe
Rosager	Marianne	Director Telemedicine	CSC Scandihealth
Rosenørn	Søren	Chefkonsulent	Lakeside A/S
Rowedder	Lotte	Business Analyst	CSC Scandihealth
Rudebeck	Helle	It-sundhedsfaglig konsulent	Gentofte Kommune
Rype	Inga	Product Manager	Region Syddanmark, It-staben
Sandstrom	Mats	Country Manager, Nordic	InterSystems
Sandvad	Katrine	Systemledelseskonsulent	Region Hovedstaden, Koncern IT
Sauer	Axel	Salgschef	Logica Danmark A/S
Schierbeck	Jens	Overlæge	Odense Universitetshospital
Schou-Nielsen	Mikkel	Porteføljerådgiver	RSI Regionernes Sundheds-it
Schougaard	Liv Marit Valen	Projektmedarbejder	Hospitalsenheden Vest
Schroeder	Torben V	Chefredaktør og Professor	Lægehåndbogen og Kbh Univeristet
Schroll-Fleischer	Andreas	Konsulent	Implement Consulting Group
Secher	Lene		Region Nordjylland
Seest	John	Key Account Manager	KMD A/S
Sehested	Bodil	Business Analyst	CSC Scandihealth

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Semb	Espen	Project Manager	Imatis
Shee	Marie Louise	Sekretariatsleder	Dansk Gynækologisk Cancer Database
Sigurhansson	Hákon	Administrerende direktør	TM Software - Healthcare
Simonsen	Peter	Afdelingschef	Afdelingen for Kommunesamarbejde, Region Syddanmark
Simonsen	Vita	Industry Consultant	CSC Scandihealth
Skafte	Henrik H.	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Sonnichsen	Elisabeth	AC-fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Stamp	Lene	Konsulent	Cetrea A/S
Steby	Jan Brix	Kundechef	KMD
Steengaard	Rasmus	Key Account Manager	TDC
Strømstad	Jytte Mørch	Lektor, MI	professionshøjskolen Metropol
Stuhr	Carolien Henrika Johanna van Hout	Projektleder	Koncern IT
Svanberg	Krister		Capgemini
Svendsen	Jane Sabroe	It-koordinator	Sygehus Lillebælt
Svendsen	Julia	Konsulent	Sygehus Sønderjylland
Svensmark	Gunilla	Konsulent	DSR
Sølvkjær	Martin	It-chef, læge, Merk.dat., MPA	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Sørensen	Lone Astrup	EPJ-ansvarlig	Hospitalsenhed Vest, Gyn/Obst.
Sørensen	Helle	IT Konsulent	Koncern IT Region Sjælland
Sørensen	Marianne Rex	Vicedirektør	Lægeforeningen
Sørensen	Jakob Fonager	Industry Consultant	CSC Scandihealth
Sørensen	Marianne	AC-fuldmægtig	Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, AAU
Sørensen	Kim Brun	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Sørensen	Johanne Korsdal	Forsknings- og innovationsspecialist	Alexandra Instituttet
Talbot	Arne	It-chef	Herlev Hospital
Terkelsen	Claus	FMK Datakonsulent	Region Syddanmark
Thaisen	Birgitte		Herlev Hospital
Thaulow	Søren	Projektleder	Region Sjælland
Thomsen	Lars Wellmann	Salgsdirektør	Max Manus A/S
Thomsen	Jannie Byrsting	Business Analyst	CSC Scandihealth
Thuesen	Hanne	It-konsulent	Region Syd, Psykiatrien
Tolonen	Emily	Klinisk IT-konsulent	Glostrup Hospital
Torp	Peter	Læge	Region Sjælland, Psykiatrien
Torrild	Ole	Key Account Manager	CSC Scandihealth
Tougaard	Niels-Peter	Projektleder	Sygehus Sønderjylland
Tynan	Lone	Projektleder	OUH Svendborg Sygehus
Tørsleff	Ida	Sektionsleder	Rigshospitalet
Valbæk	Vibeke	Programchef	Region Syddanmark
Valbæk	Vibeke	Programchef for Klinisk IT	Region Syddanmark
Vangsgaard	Charlotte	Ledn. lægesekretær	Psykiatrisk Center København
Vejs	Jesper	Senior It-arkitekt	IBM Danmark ApS
Vestergaard	Susanne Walsted	It-administrator	Hospitalerne i Nordsjælland
Vibjerg	Birgitte	IT Konsulent	Koncern IT Region Sjælland

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

EFTERNAVN	FORNAVN	STILLING	ORGANISATION
Viggers	Rikke	Konsulent	Medcom
Vigh	Christian	Country Sales Manager	Carestream
Villumsen	Sidsel	Klinisk implementeringskonsulent	Cetrea A/S
Vind	Signe	Konsulent	Danske Regioner
Vingtoft	Søren	Ekstern lektor	Aalborg Universitet
Vinther	Kirsten Morre Slot	Stud.cand.it	Logica A/S
Vinther	Niels Heikel	Chefkonsulent	KMD
Voss	Henning	Kvalitetschef	Hospitalsenheden Horsens
Vrang	Carsten	Ledende overlæge	Sygehus Syd, Børneafd.
Wacker	Ken Deber	Sundhedsinformatiker	Rigshospitalet, Karkirurgisk Klinik
Wagner	Suzette	Informationssikkerhedskoordinator	Region Hovedstaden, Koncern IT
Waldius	Åke	Senior Researcher	Center for User Oriented IT Design, Royal Institute of Technology
Waldo	Andreas	Manager, Sweden Strategic Healthcare Projects	InterSystems
Wann-Larsen	Susan	It-konsulent	Herlev Hospital
Wanscher	Christina E.	Chefkonsulent	MedCom
Wengler	Bente	Konsulent	MedCom
Wentzer	Helle Sofie	Projektleder, filosofi og massekommunikation, ph.d.	Dansk Sundhedsinstitut
West	Peter	Projektleder	Region Syddanmark
Westenholz	Anders	Chefkonsulent	KMD A/S
Wieland	Henrik	Healthcare Industry Leader	IBM Denmark
Willumsen	Katrine	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Wulf	Birgitte	Business Manager, Healthcare	IBM Danmark
Wøldike	Anne Dorthe	Konsulent	MedCom
Zakarias	Michael	Projektleder	Logica A/S
Zetterberg	Carina	Överläkare	Universitetssjukhuset Örebro
Zielke	Ole	EPJ-projektleder	Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest
Ølsgaard	Ghita	Sundhedsfaglig konsulent	Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Østerbye	Kim Løve	Regional FMK-Projektleder/ IT-Seniorkonsulent	Region Syddanmark, IT-Udvikling, IT-Staben

Deltagerliste er udskrevet pr. 29.9.2011.

Organisation

E-sundhedsobservatoriet
E-sundhedsobservatoriet udgøres af Virtuelt Center for Sundhedsinformatik på Aalborg Universitet.

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

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

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

Marianne Sørensen
AC-fuldmægtig
email: mars@hst.aau.dk
tlf: 9940 8809

Søren Vingtoft
Ekstern lektor
email: soren@vingtoft.com

Rådgivningsgruppe

- Ivan Lund Pedersen, kundechef, NSI
- Kristoffer Lange, seniorkonsulent, Danske Regioner
- Heidi Forberg, chef for Regionernes Sundheds-it
- Poul Erik Kristensen, konsulent, KL
- Henrik Bjerregaard, CEO, MedCom
- Morten Elbæk Petersen, direktør, sundhed.dk
- Marianne Rex Sørensen, vicedirektør, Lægeforeningen
- Gunilla Svensmark, konsulent, DSR
- Soile Friis, formand, Lægesekretærforeningen
- Jacob Boye Hansen, formand, V-CHI leverandørforum
- Pia Elberg, formand,
  Dansk Selskab for Medicinsk Informatik
- Klaus Phanareth, formand,
  Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
- Leif Panduro, bestyrelsesformand,
  Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
- Kenneth Seerup Jørgensen, næstformand,
  Dansk Selskab for Sygehusledelse
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Finn Kensing, direktør, Center for IT innovation, KU

E-SUNDHEDS OBSERVATORIUM

E-sundhedsobservatoriet
c/o Virtuelt Center for Sundhedsinformatik
Aalborg Universitet
Fibigerstræde 13
9220 Aalborg Øst
Tlf: 9940 8809
E-mail: info@e-sundhedsobservatoriet.dk
www.e-sundhedsobservatoriet.dk