



ÅRSKONFERENCE 2015

6.-7. oktober på Hotel Nyborg Strand

Hvordan skal borgerens e-sundhedsvæsen udvikles for at styrke sammenhængskraften imellem fremtidens borgernære sundhedsservice i kommunerne og den kommende sygehusstruktur?

Velkommen	4
App til smartphones & trådløst log-in	6
Lokalefordeling	7
Programoversigt	8
Skattejagt	9
Detaljeret program	10
 Introduktion af oplæggene	 13
Plenumsession 1: Konferenceåbning	14
Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark	16
Parallelsession A1, B1, C1, D1	19
Parallelsession A2, B2, C2, D2	35
Plenumsession 3: Inspirations from Down Under	55
Plenumsession 4: Skandinaviske highlights	56
Parallelsession A3, B3, C3, D3	58
Plenumsession 5: Sammenhæng i e-sundhedsvæsenet: next step!	74
 Udstilleroversigt	 75
Udstillerkatalog	77
Deltagerliste	95

Kære konferencedeltager

Vi ønsker jer alle velkommen til E-sundhedsobservatoriets årskonference 2015, der som tema i år har ***"Hvordan skal borgerens e-sundhedsvæsen udvikles for at styrke sammenhængskraften imellem fremtidens borgernære sundhedsservice i kommunerne og den kommende sygehusstruktur?"***

E-sundhedsobservatoriets årskonference 2015 formidler et samlet billede af vigtige resultater inden for e-sundhed i primær- og sekundærsektoren – i kommunerne, regionerne, og herunder på sygehusene. Patienter, pårørende, sundhedsfaglige og de ledelsesansvarlige har forskellige behov for information til at understøtte forebyggelse, diagnostik, behandling og pleje. Alle disse aspekter bliver præsenteret, diskuteret og perspektiveret her på E-sundhedsobservatoriets årskonference. Vi har i år valgt at prioritere indlæg, der kommer med konstruktive input til fremtidige initiativer. De inviterede keynote talere og plenumoplægsholdere vil komme med inspiration til, hvordan vi kan styrke den videre udvikling af sundheds-it-systemer i Danmark. Der har i år været indsendt 58 forslag til oplæg. De udvalgte forslag der vil blive præsenteret på årskonferencen, vidner om aktivitet inden for mange faglige aspekter af e-sundhed. 36 af de indsendte forslag er efter bedømmelse blevet udvalgt til oplæg. Efter opfordring fra sidste års deltagere har vi reduceret antallet af parallelsessioner til fire spor, og i år har vi haft mulighed for at genindføre en battle session hvor 8 indlæg vil præsentere og demonstrere deres ideer til konkrete IT løsninger og konkurrere om dommernes og deltagernes gunst. Endvidere har vi, som noget helt nyt og i samarbejde med leverandører, tilrettelagt en "skattejagt" som går ud på at finde svarene på en række spørgsmål om de udstillede produkter. Alle deltagere har fået udleveret et ark med spørgsmål, der kan besvares efter besøg ved standene i udstillingsområdet.

E-sundhedsobservatoriet ønsker jer en god 2015-konference.

Hvordan skal borgerens e-sundhedsvæsen udvikles for at styrke sammenhængskraften imellem fremtidens borgernære sundhedsservice i kommunerne og den kommende sygehusstruktur?

I disse år investeres der i en strategisk modernisering af Danmarks sygehuse. Det giver nye muligheder men stiller også krav til sammenhængskraften i sundhedsvæsenet. E-sundhed spiller en væsentlig rolle i at understøtte denne sammenhængskraft.

Hvad er de overordnede forventninger i befolkningen?

Formentligt at vi får et moderne, let tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen, der er tilpasset den enkelte borgers behov. Et sundhedsvæsen, der reagerer proaktivt over for alle med behov, herunder særligt borgere med kronisk sygdom, den aldersvækkede borger og borgere med akutte tilstandsforværringer. Et sundhedsvæsen, der sikrer den enkelte borger mest mulig selvkontrol og engagement i egen sundhed i samarbejde med sine nærtstående, egen læge, kommunale sundhedsaktører og supersygehusenes højt specialiserede sundhedsprofessionelle. Det kræver, at det samlede sundhedsvæsen dels formår at inddrage og støtte borgerne i varetagelsen af egen sundhedstilstand og dels at kunne "orkestrere", at professionelle sundhedsindsatser udøves bedst muligt. Det vil sige at alt fra opsporing og forebyggelse til egentlig behandling og opfølgning sker på en differentieret måde, der sikrer højst mulig kvalitet og størst mulig lighed i behandling og forebyggelse.

Der er behov for, at det tværgående e-sundhedsvæsen til stadighed udvikles med fokus på at understøtte sammenhænge mellem sektorerne, så det matcher det behov, som skabes i kølvandet af de kommende supersygehuse. Det kræver, at det borgernære sundhedsvæsen er i stand til at håndtere sine primære opgaver i form af opsporing og forebyggelse, behandling og pleje, samtidigt med at det kan håndtere det arbejdspress, der ligger i rehabilitering og skabelse af forløbsammenhæng i den enkelte borgers hverdagsliv.

Der ligger et stort udviklingspotentiale i dette tværgående felt. F.eks. når man begynder at indtænke nye muligheder vha. telesundhed og telemedicin. Skal motivationen styres af driftsoptimerende tænkning, eller skal der være rum til at tænke i organisatorisk redesign? Formentligt er svaret et både og.

Dette års e-sundhedskonference efterlyser visioner og indlæg, der giver ideer til at skabe et helstøbt e-sundhedsvæsen. Et e-sundhedsvæsen, der sikrer optimalt samspil imellem de kommende supersygehuse og det borgernære sundhedsvæsen, så det set fra både borgerens/patientens, de pårørendes og de sundhedsprofessionelles synsvinkler opleves som relevant, nemt, tilgængeligt og ikke mindst professionelt.

App til smartphones & trådløst log-in

Trådløst log-in:

Brugernavn: nyborgstrand

Adgangskode: nyborgstrand

Programmet som app til smartphones

Konferenceprogrammet er også tilgængeligt via en konference-app. I kan se programmet og andre oplysninger og har desuden mulighed for at chatte med oplægsholderne og de andre deltagere. I kan via deltagerlisten sende besked til de deltagere, I ønsker at komme i kontakt med. Er der ændringer eller nye informationer til konferencen, er det blandt andet via app'en I bliver gjort opmærksom på dette. Det vil her også være muligt at stille spørgsmål til oplægsholderne.

Download app'en ConferenceCommunicator til din smartphone:

iPhone, Windows Phone eller Android.



Scan QR koden med din smartphone eller søg ConferenceCommunicator.

Find konferencen: "e-sundheds obs".

Det er også muligt at se programmet i din webbrowser: <http://app.conferencecommunicator.com/>

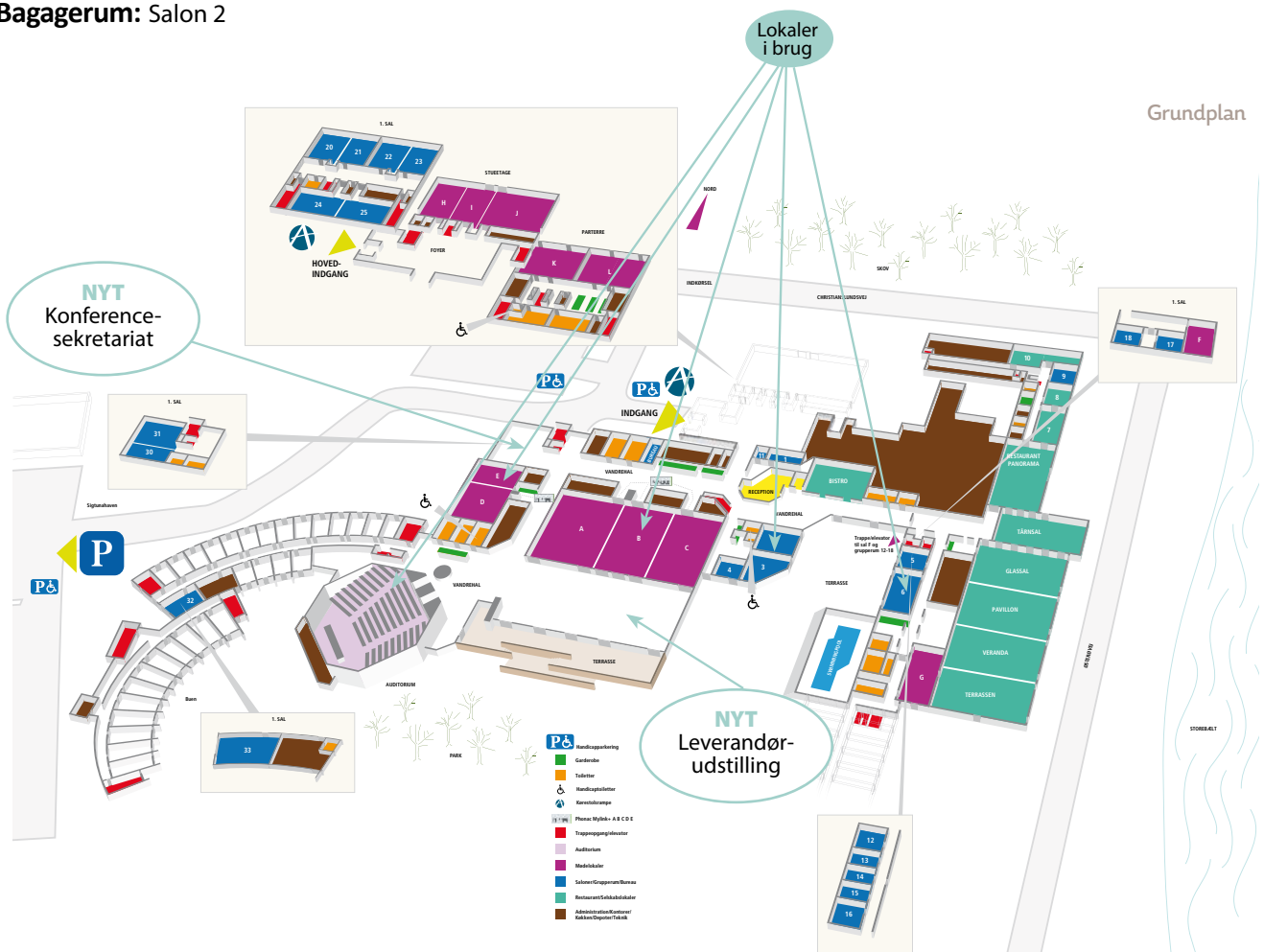
Plenum Sal A-B-C				
PARALLELSESSIONER	A1 Telemedicin fra kommunalt perspektiv SAL C	B1 Sikkerhed i e-sundhed SAL A	C1 Evaluering af e-sundhedsprojekter AUDITORIET	D1 Klinisk e-sundhed SAL D+E
	A2 FMK SAL C	B2 Borgercentriske e-sundhedsmode SAL A	C2 Klinisk logistik AUDITORIET	D2 E-sundhedsbattle SAL D+E
	A3 Telemedicin SAL C	B3 Borgernes e-sundhedskompetencer SAL A	C3 E-sundhed på kryds og tværs AUDITORIET	D3 Systemeksempler SAL D+E

Konferencesekretariatet: I hjørnet (se tegning)

Speakerroom: Salon 6

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

Bagagerum: Salon 2



Tirsdag den 6. oktober

9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning Konferenceåbning Andreas Rudkjøbing, formand, Lægeforeningen Building new e-health services by exploiting social networks Enrico Coiera, professor, Australian Institute of Health Innovation Maquarie University					Sal ABC		
10:40	Kaffepause							
11:10	Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark Borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it Pernille Bertelsen, lektor, DaCHI, Aalborg Universitet Klinikkernes anvendelse af IT systemer i Danmark Christian Nøhr, professor, DaCHI, Aalborg Universitet The My Health Record clinical safety program in Australia Neville Board, Director, eHealth and Medication Safety					Sal ABC		
12:00	Frokost							
13:00	A1 Telemedicin fra kommunalt perspektiv	Sal C	B1 Sikkerhed i e-sundhed	Sal A	C1 Evaluering af e-sundhedsprojekter	Auditoriet	D1 Klinisk e-sundhed	Sal D+E
14:30	Kaffepause							
15:00	A2 FMK	Sal C	B2 Borgercentriske e-sundhedsmode	Sal A	C2 Klinisk logistik	Auditoriet	D2 E-sundhedsbattle	Sal D+E
16:30	Kaffepause							
17:00	Plenumsession 3: Inspirations from Down Under Is bigger better? Addressing the challenges of Care delivery in the 21st Century - A Tasmanian Perspective Paul Turner, associate professor, University of Tasmania					Sal ABC		
18:00	Første konferencedag slutter							
19:00	Festmiddag							

Onsdag den 7. oktober

9:00	Plenumsession 4: Skandinaviske highlights					Sal ABC		
	Sociala utmaningar vid implementering av Informationssystem i svensk hälso- och sjukvård Lina Nilsson, projektkoordinator, Blekinge Institute of Technology							
	Internasjonale erfaringer i nasjonale e-helse prosjekter – hva har Norge lært av andre land i realiseringen av En innbygger – En journal Irene Olaussen, Senior Advisor eHealth, Norwegian Directorate of Health							
10:30	Kaffepause							
11:00	A3 Telemedicin	Sal C	B3 Borgernes e-sundhedskompetencer	Sal A	C3 E-sundhed på kryds og tværs	Auditoriet	D3 Systemeksempler	Sal D+E
12:30	Frokost							
13:30	Plenumsession 5: Sammenhæng i e-sundhedsvæsenet: next step!					Sal ABC		
	Sessionens to indlægsholdere vil give deres refleksioner over de kommende udfordringer og muligheder for e-sundhedsvæsenet. Samtidig vil de prioritere, hvad de mener, der bør arbejdes med ifm. understøttelsen af tværsektoriel forløbssammenhæng. Indlæggene vil være en inspiration til pejlemærker for en hensigtsmæssig symmetri og match imellem det borgernære sundhedsvæsen og det højt specialiserede hospitalsvæsen. Christian Harsløf, afdelingschef, KL's Center for Social og Sundhed Flemming Christiansen, direktør, National Sundheds-it							
14:30	Konferencen slutter							

Nyt tiltag

Som et nyt tiltag i år har vi ladet os inspirere af AMIA, den amerikanske sundhedsinformatik organisation og introducerer derfor "Skattejagt" til dette års konference.

Skattejagten er planlagt således, at de deltagende leverandører, hver har formuleret fire spørgsmål, som er trykt i en folder. Folderen bliver udleveret til konferencedeltagerene, når de tjekker ind d. 6. oktober. Deltagerne skal besøge standene for at finde svar på spørgsmålene. Ved rigtigt svar får deltageren et stempel i sin folder. Når alle spørgsmål er besvaret og der er stemplet fra alle deltagende leverandører, skal deltageren aflevere folderen i sekretariatet.

Til konferencens afslutning vil der blive udtrukket en 1., 2. og 3. præmie samt udtrækningspræmier.

9:30	Plenumsession 1: Konferenceåbning <i>Ordstyrer: Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Konferenceåbning Andreas Rudkjøbing, formand, Lægeforeningen Building new e-health services by exploiting social networks Enrico Coiera, professor, Australian Institute of Health Innovation Maquarie University	Sal ABC
10:40	Kaffepause	
11:10	Plenumsession 2: E-sundhedsobservationer i Danmark <i>Ordstyrer: Søren Vingtoft, ekstern lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it Pernille Bertelsen, lektor, DaCHI, Aalborg Universitet Klinikkernes anvendelse af IT systemer i Danmark Christian Nøhr, professor, DaCHI, Aalborg Universitet The My Health Record clinical safety program in Australia Neville Board, Director, eHealth and Medication Safety	Sal ABC
12:00	Frokost	
13:00	A1: Telemedicin fra kommunalt perspektiv <i>Ordstyrer: Klaus Phanareth, formand, Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin</i> ACCESS-projektet Lone Boysen Lauritzen, projektsygeplejerske, Tønder Kommune Horsens på forkant med sundhed Wenche Svenning, projektleder, Horsens Kommune Kommunale erfaringer indenfor telehomecare til nordjyske patienter med KOL Louise Gorell Mackenhauer, KOL-sygeplejerske, Vesthimmerlands Kommune Erfaringer med at give borgere og pårørende online adgang til kommunale sundheds- og omsorgsdata May-Britt Højgaard, partner, Devoteam og Bodil Grøn, it-ansvarlig, Fredericia Kommune	Sal C
	B1: Sikkerhed i e-sundhed <i>Ordstyrer: Lars Hulbæk, direktør, MedCom</i> Sundhedsjournalens audit-opfølgning og herunder anvendelse af NSP-Behandlingsrelationservice (BRS) Jens Rahbek Nørgaard, chefkonsulent, MedCom - Det danske sundhedsdatanet Kan vi samarbejde digitalt mellem sektorerne og samtidig sikre borgernes integritet og datasikkerhed? Kirsten Skovrup, projektleder og konsulent, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune Deling af data – tendenser i forhold til informationssikkerhed Birgitte Drewes, afdelingschef, Sektor for National Sundheds-it Bud på fremtidens e-sundhedssikkerhedsarkitektur - paradigmer, trusler og muligheder Jan Riis, partner, Lakeside	Sal A
	C1: Evaluering af e-sundhedsprojekter <i>Ordstyrer: Kirstine Rosenbeck Gøeg, videnskabelig assistent, Aalborg Universitet</i> Sammen om velfærdsteknologi Kenneth Mikkelsen, programchef, CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation KPI-drevet projektlevering - vi kan godt, men vi gør det ikke (endnu) Steffen Lerche, adm. direktør, Cambio Healthcare Systems Meningsfuld telemedicinsk hjemmemonitorering for både klinikere og patienter skabes gennem forhandling og involvering Olav Bjørn Petersen, overlæge, Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital og Sarah Maria Rasch, Research and Innovation Specialist, Pervasive Healthcare, Alexandra Institutet Leverandørstrategi og Sundheds-IT - et litteraturstudie Helge Præstgaard Carlsen, projektleder, Sundhedsområdet, Sundheds-IT	Auditoriet
	D1: Klinisk e-sundhed <i>Ordstyrer: Louise Pape-Haugaard, adjunkt, Aalborg Universitet</i> Mit Forløb - patientens tovholder app Marie-Louise Krogh, innovationskonsulent, Odense Universitetshospital, Digital Innovation Det Digitale Sundhedscenter – digital hjælp til selvhjælp til borgere med type 2-diabetes og hjertesygdom Anna-Britt Krog, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark Hospital hjemme for den ældre, akutte medicinske patient. Samarbejde på tværs af sektorgrænser Jens Ulrik Rosholm, overlæge, projektleder, Ger. afd. G, Odense Universitetshospital MiBAAlert, en real time automatisk alert i EPJ ved fund af multiresistente bakterier Bente Olesen, overlæge, ph.d., Klinisk mikrobiologisk afdeling, Herlev Hospital	Sal D+E
14:30	Kaffepause	

15:00

A2: FMK

Sal C

Ordstyrer: Pia Elberg, studielektor, Aalborg Universitet

Fælles Medicinkort – hvordan er hverdagen i samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen?

Lene Ærbo, programleder, Sektor for National Sundheds-it

Fælles Medicinkort – implementering af FMK i hjemmeplejen i 98 kommuner - vi gjorde det!

Poul Erik Kristensen, konsulent, KL

Fælles Medicinkort – FMK lukker borgerne ind i medicinkortet og vaccinationsregistret

Helle Balle, projektleder, National Sundheds-it

Fælles Medicinkort – 7 år efter start - mange udfordringer og gode erfaringer

Anders Brahm, afdelingschef, Sektor for National Sundheds-it

B2: Borgercentriske e-sundhedsmodeller

Sal A

Ordstyrer: Helle Wentzer, adjungeret professor, Aalborg Universitet

Øko-systemet: En forudsætning for tværsektoriel innovation

Esben Wolf, projektchef, Aarhus Kommune, Sundhed & Omsorg

Kliniske- og sundhedøkonomiske effekter af en ægte borgercentrisk e-sundhedsmodel

Klaus Phanareth, klinisk lektor, Københavns Universitet

E-sundhed på tværs – på den rigtige måde

Alis Helmer Hassing, konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark

Hvordan skaber vi tryghed for borgeren med telesundhed?

Erfaringer fra Horsens På Forkant med Sundhed og Fælles servicecenter

Wenche Svenning, projektleder, Hospitalsenheden Horsens og Horsens Kommune

C2: Klinisk logistik

Auditoriet

Ordstyrer: Jacob Boye Hansen, formand, DaCHI leverandørforum

Klinisk Logistik på tværs af sektorerne

Inge Gurli Henriksen, Sundhedsfaglig konsulent, Hospitalsenheden Horsens

Kommunens brug af sundhedsdata

Britta Crone, analyse- og økonomikonsulent, Faxe Kommune, Center for Sundhed & Pleje

Fastetid som effektmål ved overførsel af patienter til operation

Dorte Stilund Jensen, klinisk ansvarlig sygeplejerske for klinisk kommunikationssystem, Operationsafdelingen,

Nykøbing Falster Sygehus

Fra intensiv til sengeafdeling – elektronisk overflytning af viden

Rikke Ulka, klinisk udviklingssygeplejerske, Anæstesiologisk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus

D2: E-sundhedsbattler

Sal D+E

Ordstyrer: Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik og

Søren Vingtoft, ekstern lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Google Glass - fup eller fornuft?

Claus Kjærgaard Andersen, Senior Architect, Systematic A/S

Ny it-løsning bidrager til fleksibilitet i serviceassistenternes hverdag

Mikkel Harbo, Director Business Development and Product Management, Systematic A/S

Klinisk beslutningsstøtte - lynhurtig udvikling fra behov til praksis

Henrik Lindholm, Product Manager, Cambio Healthcare Systems

Visualiseret EPJ - demo og beskrivelse

Søren Lippert, ph.d.-studerende, IT Universitetet i København

Datadeling

Helle Bülow, sygeplejerske, Slagelse Kommune

Prioritering i Det Danske Sundhedsvæsen - hvordan?

Janni Lerche, Industry Expert, NNIT

Tværgående samarbejde og deling af data på en nem og sikker måde

Louise Langelykke, Product Manager, KMD A/S

Tværgående ledelsesinformation - Hvordan kommer vi i gang?

Maria Friis Larsen, direktør, Rehfeld Partners A/S

16:30

Kaffepause

17:00

Plenumsession 3: Inspirations from Down Under

Sal ABC

Ordstyrer: Pernille Bertelsen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik

Is bigger better? Addressing the challenges of Care delivery in the 21st Century - A Tasmanian Perspective

Paul Turner, Associate Professor, University of Tasmania

18:00

Første konferencedag slutter

19:00

Festmiddag

9:00	Plenumsession 4: Skandinaviske highlights <i>Ordstyrer: Stig Kjær Andersen, lektor, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Sociala utmaningar vid implementering av Informationssystem i svensk hälso- och sjukvård Lina Nilsson, projektkoordinator, Blekinge Institute of Technology Internasjonale erfaringer i nasjonale e-helse prosjekter – hva har Norge lært av andre land i realiseringen av Én innbygger – Én journal Irene Olausson, Senior Advisor eHealth, Norwegian Directorate of Health	Sal ABC
10:30	Kaffepause	
11:00	A3: Telemedisin <i>Ordstyrer: Henrik Bjerregaard, seniorkonsulent</i> Remind - en telesundhedsplatform i Psykiatri og Social i Region Midtjylland Marianne de Lemos, projektleder, Psykiatri og Social, Region Midtjylland Hvorfor afslår 50% af KOL patienterne at deltage i et telemedicinsk projekt KIH (NetKOL) Eva Brøndum, projektsygeplejerske, Lungemedicinsk Forskning, Hvidovre Hospital Effektdrevet optimering som alternativ til den Danske Kvalitetsmodel Ulrich Lichtenstein Andersen, uddannelsesoverlæge, Nykøbing Falster Sygehus OpenTele: en open source platform under fælles governance i 4S - muligheder og perspektiver Morten Kyng, professor, Aarhus Universitet	Sal C
	B3: Borgernes e-sundhedskompetencer <i>Ordstyrer: Lone Stub Petersen, adjunkt, Aalborg Universitet</i> Vurdering af e-sundhedskompetence i nuanceret lys for at styrke tilpasning, tilgængelighed og relevans af e-sundhedstilbud for borgeren Dorthe Furstrand, ph.d.-studerende, Kræftens Bekæmpelse Telemedicin og egenomsorg – hvordan lærer patienten med KOL kompetence - eller hvordan bliver kompetence til hos patienter med KOL? Bettan Bagger, ph.d.-studerende, Roskilde Universitet, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning Inspiration til fremtidens e-sundhedsvæsen: Erfaringer fra ældre, 'it-svage' borgeres overgang til Digital Post og offentlig digital selvbetjening Signe Lund Tovgaard, studerende, Aarhus Universitet Kompetence hos borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom Lars Kayser, lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet	Sal A
	C3: E-sundhed på kryds og tværs <i>Ordstyrer: Sidsel Villumsen, ph.d.-studerende, Aalborg Universitet</i> Test på tværs Kenneth Mikkelsen, programchef, CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation Status på afklaringsprojekt vedrørende bedre digitalt samarbejde mellem kommunale plejeenheder, praksis og sygehuse om komplekse, tværgående forløb Tine Ohm Laursen, projektleder, National Sundheds-it "Fra kritisk syg til store mængder sundhedsdata på intensivafdelinger. HealthQ: Nemme og hurtige udtræk og anvendelse af højfrekvente sundhedsdata" Thomas Strøm, overlæge, Odense Universitetshospital ASSESS CT – europæisk vurdering af SNOMED CT's anvendelighed Kirstine Rosenbeck Gøeg, videnskabelig assistent, Aalborg Universitet	Auditoriet
	D3: Systemeksempler <i>Ordstyrer: Karsten Niss, studielektor, Aalborg Universitet</i> Undgå utilsigtede hændelser med rettidig deling af relevante kliniske data Nina Saurbrey, overlæge, Region Hovedstaden og Peter Damm, business innovation manager, Max Manus Danmark A/S FRAPP - Framtida prehospital plattform IT i Stockholms läns landsting Eva Fellenius, projektleder, Stockholm läns landsting Patient Empowerment – korrekt implementering af operationelle løsninger til patientens bedste Jakob Routhe, business consultant, NNIT Hospital Marina Salud - The journey from digitalization to HIMSS 7 and the HIMSS Davies Enterprise Award Juan Manuel LaCalle Martínez, Hospital Marina Salud de Dénia, Spanien	Sal D+E
12:30	Frokost	
13:30	Plenumsession 5: Sammenhæng i e-sundhedsvæsenet: next step! <i>Ordstyrer: Christian Nøhr, professor, Dansk Center for Sundhedsinformatik</i> Sessionens to indlægsholdere vil give deres refleksioner over de kommende udfordringer og muligheder for e-sundhedsvæsenet. Samtidig vil de prioritere, hvad de mener, der bør arbejdes med ifm. understøttelsen af tværsektoriel forløbs-sammenhæng. Indlæggene vil være en inspiration til pejlemærker for en hensigtsmæssig symmetri og match imellem det borgernære sundhedsvæsen og det højtspecialiserede hospitalsvæsen. Christian Harsløf, afdelingschef, KL's Center for Social og Sundhed Flemming Christiansen, direktør, National Sundheds-it	Sal ABC
14:30	Konferencen slutter	

E-sundhedsobservatoriet 2015

I lighed med sidste år har E-sundhedsobservatoriet også i år opfordret sundhedsinformatikaktører til at indsende skriftlige forslag til oplæg på konferencens parallelsessioner. Invitationen udgik den 16 marts. Vi fik i maj måned 58 forslag, som vi vil benytte lejligheden til at takke for. Efter en grundig gennemgang af dem alle, måtte vi vælge de 36 indlæg der er plads til i de fire parallelle spor på konferencen. Disse forslag udfylder nu rammerne for de temaer, der sammen med referencegruppen blev fastlagt i foråret som relevante for årets konference. I nærværende publikation gengives de indsendte og u-redigerede beskrivelser af oplæggene i parallelsessionerne sammen med en beskrivelse af plenum oplæggene. Som deltager i konferencen har du, dels i erkendelse af det talte ords flygtighed, og dels som en faglig guide, et grundlag til at vælge, hvilke præsentationer du vil følge.

Beskrivelserne indeholder 3 budskaber, som foredragsholderen ønsker at formidle og en kort informativ fremstilling af det faglige indhold. Herudover er foredragsholder, øvrige deltagere i initiativet/projektet og e-mail-kontakt nævnt. På www.e-sundhedsobservatoriet.dk/program har du mulighed for at finde slides fra præsentationerne umiddelbart efter, at de er afholdt.

Du har under konferencen mulighed for at navigere rundt i programmet via en konference APP.

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

God læselyst!

E-sundhedsobservatoriet 2015

Konferenceåbning

Oplægsholder:

Andreas Rudkjøbing, formand, Lægeforeningen

Patienten er altid den vigtigste - også i fremtidens sundhedsvæsen

Patienter har forskellige forudsætninger - og for at få det fremtidige sundhedsvæsen til at fungere, er det vigtigt, at de ansatte møder patienten på dennes præmisser og tilpasser behandlingen til den enkelte patient.

Skal patienten anvende sundheds-IT, skal det tilpasses patientens IT-viden og -kunnen, og med tilbud om, at patienter, der ikke er trygge ved IT, kan få hjælp til at bruge det.

Sundheds-IT skal understøtte det kliniske arbejde.

IT-systemerne skal kunne stille relevante kliniske data til rådighed på en brugervenlig måde, og systemerne skal virke, fx i form af tidstro data og beslutningsstøtteværktøjer til valg af behandling.

De ansatte i sundhedsvæsenet har gennem de seneste år oplevet og kritiseret lange ventetider i sundheds-IT-systemer. Den ventetid kunne omsættes til klinisk arbejde.

IT-systemernes indhold skal være relevant og opdateret på tværs af sektorer.

Arbejdsdelingen mellem sygehusvæsenet og det nære sundhedsvæsen kalder på integrerede sundheds-IT-løsninger, hvor behandlere på sygehus, i almen praksis og i kommuner har adgang til samme opdaterede oplysninger, fx FMK.

Få medarbejderne med i udvikling, planlægning og implementering af sundheds-it

Sundheds-it er et middel til at understøtte og højne det kliniske arbejde til gavn for patienterne. Brugernes viden og engagement er afgørende for et godt resultat.

Building new e-health services by exploiting social networks

Oplægsholder:

Enrico Coiera, professor, Australian Institute of Health Innovation Macquarie University

If we wish our future e-health systems to bring together citizens and health service providers, we will need to design systems that reflect the social nature of communities. Social networks provide a powerful way of modelling how citizens respond to health messages, how health behaviors are shaped, and even how some diseases propagate.

Online social network technologies, which exploit such real networks, provide us new mechanisms for measuring citizen beliefs and behaviors, new ways of engaging with the population, and many new types of e-health services. When disease processes have social underpinnings, such as obesity, network technologies themselves can become the therapy. If we truly wish to build e-health services that support citizens in the community as well as link them to hospital and specialist services, then we must also pay respect to the social nature of that relationship.

Borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it

Oplægsholder:

Pernille Bertelsen, lektor, Institut for Planlægning, DaCHI, Aalborg Universitet

Hovedbudskaber:

1. Hvad er status for borgernes kendskab til og anvendelsen af sundheds-it i Danmark anno 2015?
2. Hvad er borgernes konkrete erfaringer med sundheds-it til kommunikation med sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet?
3. Ønsker borgerne at kunne dele egne sundhedsdata med fx pårørende?

Beskrivelse:

I 2013 gennemførte E-sundhedsobservatoriet for første gang en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der kortlagde borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it. I år, 2 år efter, har vi gentaget undersøgelsen, dog i en revideret form. Ikke alle spørgsmål er identiske med undersøgelsen fra 2013 idet bl.a. nye spørgsmål er føjet til.

En formidling af 2013 undersøgelsen kan downloades på http://www.dachi.aau.dk/Publikationer_DaCHI/tech-reports-DaCHI/

Gentagelse af undersøgelsen hvert andet år giver mulighed for at følge udviklingen i borgernes anvendelse af og syn på sundheds-it, og efter nogle år vil vi have data fra en længere periode, der kan sammenlignes nationalt og internationalt. Sammenlignet med den første undersøgelse er den i år udvidet på to områder.

- a) Vi har stillet et antal spørgsmål, der også indgår i nationale undersøgelser af borgeres brug af sundhed-it i henholdsvis Norge og Finland. Det har vi gjort ud fra et ønske om på sigt at blive i stand til at perspektivere data fra Danmark med data fra disse lande. I de nordiske lande er der også blevet skelet til vores første undersøgelse, da de andre lande har designet deres nationale undersøgelser.
- b) Vi har inkluderet spørgsmål om borgeres anvendelse af selvmonitoreringsudstyr (apps, telemonitorering, mm), samt spørgsmål om hvorvidt informanterne støtter/hjælper en ældre, handikappet eller syg person i deres kontakt med sundhedsvæsenet?

Formålet med undersøgelsen er således at tage temperaturen på borgernes kendskab og holdning til sundheds-it samt deres anvendelse af borgernært sundheds-it.

Resultaterne af undersøgelsen foreligger i slutningen af september, og vi vil fortælle om de mest interessante fund.

Klinikkernes anvendelse af IT systemer i Danmark

Oplægsholder:

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

Hovedbudskaber:

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

Beskrivelse:

For sjette år har E-sundhedsobservatoriet gennem en spørgeskemaundersøgelse til et udsnit af klinikere kortlagt anvendelsen af sundheds-it-systemer i Danmark. Både læger, sygeplejersker og lægesekretærer indgår i undersøgelsen.

Undersøgelsen udforsker klinikernes anvendelse af it-systemer: antal brugernavne og passwords, oplevet hurtighed og stabilitet i systemerne mm. For at kunne give input til strategiske initiativer blev brugerne også spurgt om, hvilke kliniske oplysninger de gerne vil dele med andre klinikere i sundhedsvæsenet. I det sidste afsnit af undersøgelsen tilkendegav brugerne deres generelle holdning til udviklingen og virkningerne af sundheds-informationssystemer på en fem-punkts-skala.

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

My Health Record clinical safety program in Australia

Oplægsholder:

Neville Board, Director, eHealth and Medication Safety

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (the Commission) is a national agency that leads and coordinates national improvements in safety and quality in health care across Australia. It supports healthcare professionals, organisations and policy makers who work with patients and carers. The Commission is jointly funded by the federal, state and territory governments of Australia.

Introduction

The My Health Record system shares with other electronic health records (EHRs) the potential to

- ▶ improve continuity of care,
- ▶ improve clinician access to treatment and diagnostic information, leading to better outcomes for consumers,
- ▶ reduce medicine related adverse events,
- ▶ enable a consumer centred approach to health care, and
- ▶ promote the greater portability of consumer health information.

However, growing international evidence identifies how EHRs are also susceptible to certain clinical safety risks, including missing or incorrect data and patient misidentification. In addition, technology-related clinical safety risks can also manifest in EHR implementation. These include data transfer and information display issues, hardware and software failures, and incompatible terminologies. By the very nature of EHRs, such system-related issues have the ability to rapidly impact on a greater magnitude of clinical records in comparison to traditional, paper-based clinical records.

The Australian Government Department of Health is the My Health Record system operator. The National eHealth Transition Authority (NEHTA) develops clinical safety cases as part of the development of each release of the Record, and manages incidents referred by the system operator.

The Commission was appointed to conduct a clinical safety program for the My Health Record system (formerly the called the personally Controlled Electronic Health record or PCEHR), starting with its launch on July 1, 2012.

This presentation will describe the drivers, elements and findings of the clinical safety program over its first three years of operation.

The external clinical safety oversight of the PCEHR system has been undertaken through a mix of strategies comprising:

- ▶ Clinical safety oversight and governance, through a dedicated, advisory group comprising senior clinicians, safety and IT experts, convened by the Commission,
- ▶ Structured clinical safety reviews of specific elements of the PCEHR, conducted twice yearly,
- ▶ London Protocol reviews of a small number of incidents escalated to the Commission
- ▶ Analyses of samples of calls to the Helpline for clinical safety issues

Through these processes, the Commission makes recommendations to the system operator regarding future functionality, design elements and supporting processes to enhance clinical safety.

Neville Board - Director, eHealth and Medication Safety, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

Mr Board's team at the Commission has developed a cumulative antibiogram standard to support the national approach to antimicrobial stewardship, and guides for establishing hospital electronic medication management and discharge systems.

Currently, he is responsible for the Commission Medication Safety and My Health Record clinical safety program. His team is conducting safety reviews and incident reviews, and has developed a clinical incident management framework for the My Health Record program in Australia. They develop national medication charts designed to optimise safety, and are specifying onscreen presentation of medications for clinical information systems.

Neville Board has worked in clinical, management, safety and informatics roles for 30 years, including 6 years leading leprosy and primary care programs in the Brazilian Amazon.

Prashan Malalasekera, Manager, My Health Record Clinical Safety Program, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Prashan manages the Commission's My Health Record Clinical Safety Program, which conducts a range of clinical safety initiatives on behalf of the System Operator (the Department of Health). These activities include clinical safety audits, investigation of clinical incidents and the coordination of a Clinical Safety Oversight Committee (CSOC) to provide expert clinical safety and clinical governance oversight over the My Health Record System.

Prior to taking on this role, Prashan worked for four years with the National e-Health Transition Authority (NEHTA) as a Senior Policy Advisor, providing policy advice and guidance on the PCEHR, the Healthcare Identifiers Service and eMedications Management aspects of NEHTA's work. Prashan has also worked in operational and project management roles with the Cancer Institute NSW and with the United Nations Development Program (UNDP).

ACCESS-projektet

Oplægsholder:

Lone Boysen Lauritzen, projektsygeplejerske, Tønder Kommune

Beskrivelse:

Det hævdes ofte, at sundhedstilbuddene til akutte ældre medicinske patienter er usammenhængende og ukoordinerede. ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) er et fælles sønderjysk projekt mellem Sygehus Sønderjylland, praktiserende læger i sygehusets optageområde og fire kommuner: Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg. Projektets mål var at evaluere forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer med fokus på borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver øjeblikkelig sundhedsfaglig indsats. Hør om Tønder kommunes erfaringer med at tilbyde ældre medicinske patienter akutpladser på to korttidscentre, som alternativ til en akut sygehusindlæggelse. Hvad opnår borgerne med behandlingstilbuddene - og hvad får kommunen ud af det? Hvordan er samarbejdet med læger i almen praksis og på sygehus? Hvordan kan samarbejde og koordinering sikre bedre og mere sammenhængende forløb? Og hvad er det for nogle nye arbejdsvilkår kommunerne får, når borgerens forløb sættes i centrum?

Horsens på forkant med sundhed

Oplægsholder:

Wenche Svenning, projektleder, Horsens kommune, Wenche.Svenning@rm.dk

Beskrivelse:

Oplægget tager udgangspunkt i de erfaringer som Horsens Kommune har fået via projektet "Horsens på forkant med sundhed", som er et samarbejdsprojekt mellem kommunen, Hospitalsenheden Horsens og praktiserende læger. Formålet er, at borgeren bliver bedre til at mestre eget liv og forsvarligt kan behandles i eget hjem i et koordineret tværsektorielt samarbejde. Det centrale spørgsmål er, hvad der skal til, for at telemedicin på tværs af sektorer fungerer i kommunalt regi? Hvordan kan telemedicin give mening i den kommunale virksomhed, hvor borgerne ofte har mange forskellige diagnoser, uklare diagnoser og forskellige symptomer? Hvordan ser den praktiserende læge på samarbejdet? Teknik har fyldt for meget i projektet og organisation for lidt. Endelig er der også fokus på, om en effektevaluering er relevant på et område, der fortsat skal modnes og udvikles?

Kommunale erfaringer indenfor telehomecare til nordjyske patienter med KOL TeleCare Nord

Oplægsholder:

Louise Gorell Mackenhauer, KOL-sygeplejerske, Vesthimmerlands Kommune, logo@vesthimmerland.dk

Øvrige deltagere i projektet:

TeleCare Nord er etableret som et tværsektorielt samarbejde mellem alle de nordjyske kommuner, praktiserende læger, Aalborg Universitet og Region Nordjylland, ikke kun om patienten men med patienten.

Hovedbudskaber:

1. Udfordringerne når opgaverne flytter fra sygehusregi til kommunen og borgernes eget hjem.
 - a. De nye krav til det tværsektorielle samarbejde om patienterne
 - b. De nye krav til de forskellige medarbejdergrupper i kommunen
 - c. Telehomecare som den nye sundhedsfaglige disciplin
2. Borgernes holdning til telehomecare

Baggrund og motivation

Interventionsgruppen i TeleCare Nord blev startet op i kommunerne i slutningen af 2013, og kontrolgruppen fulgte efter i primo 2015. Der er på nuværende tidspunkt over 1100 aktive borger, der tager målinger ugentligt. Der er indsendt over 330.000 målinger i regionen. I Vesthimmerland Kommune, som har 37.590 indbyggere, har vi omkring 100 borgere med i projektet. Det er hjemmesygeplejerskerne i kommunen der aflæser disse målinger, og har den generelle borgerkontakt. "Rullende optag" er forgået med hjælp fra alle medarbejdergrupper gennem tidlig opsporing samt forbyggende besøg fra KOL-sygeplejersken.

Beskrivelse:

Det tværsektorielle samarbejde kommer på prøve, når man skal samarbejde på tværs af sektorerne omkring og med patienten. Det er ikke ny viden. TeleCare Nord har på mange måde været en succes på denne måde, da projektet har været med til at kortlægge, og lukke, nogle af "hullerne" som skulle lukkes. Hvordan er det vi kommunikere på tværs af sektorer, og får den essentielle viden formidlet? Det blev væsentligt, at vi "kendte hinanden" og kendte hinandens arbejdsgange. På den måde opbyggedes en fortrolighed, og en forståelse for hvad den anden har brug for at vide, og hvad der er relevant for hvem og hvornår. Derudover kom der mere tillid parterne imellem ift, at den anden part kunne leve op til de krav der forventedes.

Der blev etableret klynger på tværs af sektorerne, hvor man kunne møde hinanden og diskutere arbejdsgangene. Derudover blev der udvekslet telefonnumre mellem sygeplejerskerne på ambulatorierne og KOL-sygeplejerskerne/hjemmesygeplejerskerne i kommunerne. Dette samarbejde har været til stor gavn for alle. Det tværsektorielle samarbejde med de praktiserende læger har for en del kommuners vedkommende været svært. En del af lægerne har fra starten ikke været med på at støtte op om TeleCare Nord, og derfor har deres viden omkring projektet, og mulighederne heri, været meget begrænsende. Dette har tydeligvis besværliggjort samarbejdet og ikke været til gavn for patienterne. Hertil skal nævnes, at projektet startede op midt i lægekonflikten, og den arv har desværre forfulgt projektet.

Det er ikke kun det tværsektorielle samarbejde, der har været udfordrende. Også ressourcerne i kommunerne har været en udfordring. Når man flytter rundt på kompetencerne og opgaverne ifm. pleje og behandling af de svært kronisk syge patienter, er det væsentligt, at der følger ressourcer med, og at det planlægges nøje, inden opgaverne overdrages. Dertil kommer, at der her er tale om en helt ny sundhedsfaglig disciplin, som skal implementeres. Desuden har man gennem dette tiltag, som ud over patientempowerment handler om forebyggelse, fået fat i en del patienter som kommunerne ikke kendte i forvejen.

Kommunernes oplevelse har fra starten været, at samtlige medarbejdergrupper har manglet kompetencerne til at påtage sig de nye opgaver og dermed leve op til de nye krav, der var stillet. Dette satte gang i udviklingen af dybdegående undervisningsmateriale omkring KOL og Velfærdsteknologi for alle medarbejdergrupper, så de kunne blive klædt bedre på. Der blev uddannet næsten 2800 medarbejdere regionalt. Denne undervisning var en stor succes. Personalet oplevede, at de fik mere opmærksomhed omkring netop denne type patienter, og at de igennem den nyerhvervede viden bedre kunne støtte patienten ift optimal livsførelse og forhøjet livskvalitet. Desuden har det givet stor tilfredshed for medarbejderne, at opleve, hvilken positiv ændring TeleCare Nord gør for patienterne. Hvordan patienterne selv bliver mere opmærksomme på at forebygge indlæggelser; Hvordan deres viden om egen sygdom øges; Hvordan de oplever, at det at træne og bevæge sig dagligt faktisk gør en forskel, og hvordan TeleCare Nord kan skabe tryk og et styrket samarbejde for og med patienten.

Erfaringer med at give borgere og pårørende online-adgang til kommunale sundheds- og omsorgsdata

Oplægsholder:

May-Britt Højgaard, partner, Devoteam, may.britt.hojgaard@devoteam.com

Beskrivelse:

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2014 er det aftalt at gennemføre en analyse af fordelene ved at koble data fra de kommunale EOJ-systemer (elektronisk omsorgsjournal) med sygehusenes journaldata på sundhedsjournalen, sundhed.dk. Baggrunden for analysen er bl.a. et ønske om at skabe mere gennemsigtighed for borgerne omkring deres behandlingsforløb.

I analysen er der indhentet erfaringsdata fra hhv. Fredericia, Haderslev, Odense og Aarhus Kommuner. Der er gennemført interview med 16 medarbejdere, fire borgere og tre pårørende. En overvejende del af erfaringsdata er indhentet fra Fredericia Kommune. Herudover er der gennemført interview med Kræftens Bekæmpelse, Ældre sagen og Diabetes Foreningen, for at afdække erfaringer med involvering af – og digitalt samarbejde med - patienter/borgere og pårørende.

Sundhedsjournalens audit-opfølgning og herunder anvendelse af NSP-Behandlingsrelationsservice (BRS)

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet:

Pia Jespersen, chefkonsulent, National Sundheds-IT, pihj@ssi.dk

Hovedbudskaber:

1. Sundhedsjournalen gennemfører halvårslige audit-workshops og benytter behandlingsrelations servicen til at filtrere opslag mhp auditering af de opslag, hvor der foreligger en svag behandlingsrelation.
2. BRS er en service på National Service Platform. Den kan kvalificere en behandlingsrelation mellem en kliniker og en patient ud fra kendskabet til kliniker-cpr, klinikerorganisation og patientcpr.
3. BRS er et tilbud om validering af behandlingsrelation, som med fordel vil kunne benyttes af, eller supplere eksisterende faciliteter i fagsystemer på sygehuse, i praksis og speciallægepraksis.

Baggrund og motivation:

E-journal har i flere år været en formidler af journaldata fra sygehusenes EPJ-systemer til både KLINIKERE, som i forbindelse med udredning og behandling ønsker at orientere sig om en aktuel patients registreringer i andre regioner og BORGERE, som ønsker at følge med i egen behandling. Med Sundhedsjournalen har man samlet 3 datakilder (e-journal, Laboratorieportalen og FMK), som giver et bredere overblik og patientens aktuelle og historiske data.

Hvert år bliver der foretaget over 1,5 mio. opslag i Sundhedsjournalens datakilder af mere end 50.000 klinikere. Adgangen til disse opslag er reguleret i klinikernes fagsystemer, således at man kun kan opnå adgang til Sundhedsjournalens datakilder via en dokumenteret behandlingsrelation fra eget fagsystem. I tilfælde af at der skulle kunne forekomme et opslag uden en relevant behandlingsrelation har patienten mulighed for at opdage dette i MinLog på sundhed.dk som udstiller alle opslag til Sundhedsjournalens datakilder.

Denne sikkerhedshåndtering kan imidlertid ikke stå alene, og derfor har man i e-journal i flere år afholdt fællesregionale audit workshops, hvor man ud fra stikprøver fra e-journalens logdatabase gennemgår de forskellige opslags relevans. Dette har bl.a. resulteret i flere personalesager – mest kendt er nok fyringen af en kliniker i Region Midt i 2013.

Beskrivelse:

Over det sidste halvandet år har man på de halvårslige audit-workshops sammenlignet behandlingsrelations servicens evne til at kvalificere en behandlingsrelation med den behandlingsrelation man - som auditor – manuelt kunne fastlægge ud fra data fra egne systemer.

Behandlingsrelations servicen (NSP) opsamler data fra LPR, Ydelsesregisteret, Yderregisteret og Henvisningshotellet for at kunne vurdere om der over tid har været en behandlingsrelation mellem en patient og hhv. en praksis-, special- eller sygehuslæge.

I forhold til auditeringen af opslag i Sundhedsjournalens datakilder, har dette betydet at BRS har kunnet kvalificere behandlingsrelationen for op til 80 % af alle opslag i en stikprøve som værende gode. Dette har betydet at auditørerne har kunnet arbejde mere målrettet med de sidste 20 %, hvor der ikke a priori kunne valideres en behandlingsrelation. Der auditeres således mere effektivt, og man har kunnet udvide stikprøvestørrelsen og dermed sandsynligheden for at spotte evt. uautoriseret anvendelse af Sundhedsjournalen. Der arbejdes dog frem mod en yderligere optimering og effektivisering af processerne omkring audit.

Fordelene ved at anvende BRS:

1. BRS' datakilder indeholder tidstro information om behandlingsrelationer for klinikere i praksis, speciallægepraksis og sygehuse.
2. BRS giver mulighed for at filtrere stikprøver for opslag således at ligefremme behandlingsrelationer kan godtgøres maskinelt, mens svære behandlingsrelationer kan efterforskes manuelt.

Ved opslag på Sundhedsjournalen på sundhed.dk anvendes behandlingsrelations servicen allerede til at sikre, at der er en aktuel behandlingsrelation til patienten, og i løbet af efteråret 2015 vil også det fælles Medicinkort begynde at anvende servicen. På sigt forventes det, at man ved at tilkoble nogle flere kilder vil kunne dokumentere behandlingsrelationen for 90-95% af alle opslag på f.eks. sundhedsjournal og FMK. Dette skulle gerne bidrage til at gøre det enklere for klinikerne at tilgå de oplysninger, de har brug for for at behandle patienten.

Indlægget:

I indlægget gøres der kort rede for behandlingsrelations servicens virkemåde. Endvidere gennemgås Sundhedsjournalens auditeringsprocedurer og resultater i almindelighed og BRS anvendelse i særdeleshed. Både auditeringsprincipper og BRS anvendelsen (og muligheden for yderligere valideringskilder) vil blive diskuteret sammen med et forhåbentlig engageret publikum. Det er Danske Regioner, RSI, de 5 regioner, sundhed.dk samt MedCom der står bag Sundhedsjournalen.

Kan vi samarbejde digitalt mellem sektorerne og samtidig sikre borgernes integritet og datasikkerhed?

Oplægsholder:

Kirsten Skovrup, projektleder og konsulent, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune, skovrup@aalborg.dk

Hovedbudskaber

- 1: Hvad gør vi i dag omkring datasikkerhed?
- 2: Hvad bringer fremtiden af udfordringer?

Baggrund

Det er vigtigt for især komplekse forløb, at borgerne og deres pårørende for det første oplever et samarbejdende, velinformeret og koordinerende sundhedsvæsen. For det andet at de sundhedsfagliges deling af data og koordinering af behandling understøtter kvalitet og effekt af sundhedsindsatsen. Det kan vi kun gøre, hvis vi udveksler data med hinanden digitalt. Deri ligger flere problemstillinger i forhold til sikring af borgernes integritet og datasikkerhed.

Indlægget

I indlægget fortælles om praksis for udveksling af data som det foregår i dag mellem kommunen og praktiserende læge/sygehus. Kommunerne er i dag primært reagerende i forhold kommunikationen med sygehusene, men i fremtiden vil kommunerne også blive agerende i takt med opgaveflytning. Fremtiden forventes at bringe en langt større grad af informationsudveksling for at sikre at borgerne oplever et bedre sundhedsvæsen, hvor de ikke konstant skal afgive de samme oplysninger, og hvor der ikke koordineres mellem sektorerne. Hvordan kan vi så samarbejde, koordinere og skaffe viden uden at det vil gå ud over datasikkerheden? Oplægget vil fokusere på kommuners behov, og hvordan kommunerne håndterer datasikkerheden.

Deling af data – tendenser i forhold til informationssikkerhed

Oplægsholder:

Birgitte Drewes, afdelingschef, Sektor for National Sundheds-it, bidr@ssi.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Marchen Camilla Lyngby, Fuldmægtig, Sektor for National Sundheds-it, mcly@ssi.dk

Pia Jespersen, Fuldmægtig, Sektor for National Sundheds-it, pihj@ssi.dk

Hovedbudskaber:

1. Øget samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter øger krav til sikker og forsvarlig databehandling
2. Medarbejderne i sundhedsvæsenet skal sikres den nødvendige viden om informationssikkerhed, så de kan varetage deres arbejdsopgaver på en hensigtsmæssig måde, uden at det går ud over datasikkerheden
3. Der bliver stillet større krav til sundhedsorganisationerne om at kunne dokumentere, hvordan de overholder lovkrav og sikrer den tilstrækkelige datasikkerhed

Baggrund og motivation:

Øget samarbejde mellem parterne i sundhedsvæsenet og med borgerne medfører, at patientoplysninger deles i langt højere grad end tidligere. Det er med til at sætte fokus på, hvordan man juridisk og teknisk kan sikre, at data kun er tilgængelige for de sundhedspersoner, for hvem det er relevant. Samtidig har en række sager om brud på sikkerheden ført til større bevågenhed fra myndigheder og offentligheden, og der er derfor behov for at kunne dokumentere, at adgang til data er lovlig og relevant.

Beskrivelse:

NSI har igangsat en række initiativer, der skal understøtte datasikkerheden. For det første er der i samarbejde med sundhedsvæsenets parter igangsat et arbejde med at revidere den vejledning om informationssikkerhed i sundhedsvæsenet, som blev udgivet i 2008, så den er i overensstemmelse med lovgivning og praksis i dag. Vejledningen skal kunne anvendes af alle parter i sundhedsvæsenet og der er fokus på at sikre, at ledelse og medarbejdere får et værktøj, som er operationelt og let forståeligt.

Herudover arbejder NSI på etablering af et årshjul for opfølgning på adgange til patientdata, f.eks. i LPR og FMK.

FMK bruges som case i oplægget. NSI vil fortælle,

- ▶ Hvordan der følges op på de "trustaftaler", som er indgået med regioner og kommuner om adgang til FMK på baggrund af det lokale brugerstyringssystem.
- ▶ Hvordan der sker kvartalsvis logopfølgning, hvor NSI ser på anomalier i logningen, som bliver undersøgt nærmere, og
- ▶ Hvilke planer der er for ibrugtagningen af behandlingsrelationsservicen for at målrette opfølgningen på brugeradgange, hvor der ikke umiddelbart kan verificeres en aktuel behandlingsrelation.
- ▶ Hvordan konkrete sager om uberettiget adgang håndteres.

Indlægget:

I indlægget gøres der rede for delementerne i den vejledning, der er under udarbejdelse og de tanker, arbejdsgruppen har gjort sig i forhold til at sikre udbredelse af viden om informationssikkerhed til de forskellige målgrupper i sundhedsvæsenet.

Endvidere gennemgås NSIs årshjul for opfølgning på anvendelse af FMK og de trustbaserede aftaler om brugerstyring. Herudover vil der blive redegjort for, hvordan NSI håndterer sager vedr. uretmæssig anvendelse eller misbrug af FMK.

Bud på fremtidens e-sundhedssikkerhedsarkitektur - paradigmer, trusler og muligheder

Oplægsholder:

Jan Riis, partner, Lakeside, Partner, Lakeside A/S, jri@lakeside.dk

Hovedbudskaber:

1. Vi skal fastholde borgerens tillid til sikker omgang med data. Mister vi den, er vi virkeligt i vanskeligheder
2. Der skal opnås en passende balance mellem beskyttelse mod en stigende trussel og hensynet til borgeren og sundhedspersonalet
3. Vær forsigtig! U hensigtsmæssig forvaltning af it-sikkerhed kan få indflydelse på behandlingskvaliteten

It-sikkerhed er naturligvis meget vigtig i et e-sundhedsvæsen. De fleste vil nok kunne forestille sig hvilke konsekvenser et brud på sikkerheden kunne få – nogle scenarier er endog meget alvorlige. Truslerne er stigende – dels fordi "hackerne" bliver mere kompetente, men også fordi data i stigende grad deles og distribueres. Indtil nu har der primært været fokus på de "traditionelle" sikkerhedsegenskaber som brugerstyring (hvem må hvad), kryptering (sikring af konfidentialitet) og integritetssikring (data må ikke uopdaget kunne ændres) – men den seneste tid er der kommet et mere overordnet fokus på privatlivsbeskyttelse. Dette indlæg vil behandle hvordan fokus har skiftet og hvorfor. Og hvad vi i Danmark gør på dette område.

Indlægget:

Hvad er anderledes nu end for 10 år siden?

- Den teknologiske udvikling i hjemmet er hurtigere end på arbejdspladsen à "Bring Your Own Device"
- Sociale medier har ændret vores omgang med private data – men der er forskel på data!
- Trusselsbilledet har ændret sig.

Der sættes ikke længere spørgsmålstege ved, om der er styr på den basale sikkerhed. Der stilles spørgsmål ved antallet af adgange, mængden af spredning, muligheden for lækager. "Rækkevidden" af data.

Flere ønsker mere kontrol med egne data. Muligheden for at sende data til andre eksperter, patientfora, pårørende m.fl. Hvad ved man om mig? Hvem har set mine data? Hvad har de set? Samtykke og (måske især) frasigelsesmuligheder.

Her ligger et dilemma. Hvordan stilles disse adgangsinformationer til rådighed samtidig med at man beskytter sundhedspersonens privatliv?

Paradigmer: "Opt-in" eller "Opt-out". Persondataloven (Opt-in) og Sundhedsloven (delvis Opt-out).

Sammen om velfærdsteknologi

Oplægsholder:

Kenneth Mikkelsen, programchef, CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation, kenneth.mikkelsen@rsyd.dk

Hovedbudskaber:

1. CoLab Denmark skal sikre at brugerne og borgerne får velfærdsteknologiske løsninger af høj kvalitet og tilpasset deres behov.
2. CoLab Denmark får det tværsektorielle samarbejde til at fungere og leverer solide beslutningsgrundlag til sundhedsleverandører, så de kan kvalificere deres egne investeringer i velfærdsteknologiske løsninger
3. CoLab Denmark åbner døren til driften og baner vejen til markedet, forkorter og effektiviserer udviklingstiden for virksomhederne og deres velfærdsteknologiske løsninger.

Baggrund og Motivation:

Der mangler sjældent gode idéer, når der skal udvikles nye sundheds- eller velfærdsløsninger i den offentlige sektor – men meget få bliver til gode løsninger. Tilsvarende har der været etableret mange pilotprojekter, der naturligvis har givet nogle erfaringer – men ikke ret mange driftserfaringer. Det stiller udfordringer, når man står overfor ny teknologi: virker teknologien, vil borgerne bruge den og hvordan forbedrer den evt. borgerens oplevelse?

Det er de spørgsmål CoLab Denmark skal være med til at svare på.

Beskrivelse:

CoLab Denmark skal styrke det velfærdsteknologiske område. Det er en samarbejdsmodel, der kobler det private og det offentlige, både kommuner, sygehuse og almen praksis, i et samarbejde om at udvikle løsninger på de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor. Ud fra grundtanken om at store problemer bedst løses i fællesskab, er der samlet et netværk af aktører på tværs af sektorer med hver deres faglige ekspertise.

Brugerne er helt centrale i konstruktionen, og begrebet omfatter borgere, patienter, pårørende, klinikere og plejepersonale. I CoLab Denmark er de udnævnt til medudviklere og bliver inddraget i udviklingen og kvalificeringen af løsninger for at sikre, at det er deres behov og virkelighed, der er omdrejningspunkt allerede tidligt i processen.

I praksis består CoLab Denmark af 6 lokale enheder fordelt i Region Syddanmark: 5 udviklingsmiljøer og et testmiljø. Herfra driver samarbejdspartnerne udviklingsprocesserne fra idé til implementering. Som noget helt unikt stiller testmiljøet, Plug & Play, en kopi af den danske referencearkitektur til rådighed. Det åbner for test af digitale løsninger i virkelighedsnære miljøer og det kommer både det offentlige og det private til gavn. For virksomheder forkortes og effektiviseres udviklingstiden af deres produkter, mens sundhedsleverandører får et grundigt indblik og et solidt beslutningsgrundlag, hvorpå de kan basere deres investeringer i nye løsninger.

Potentialet for CoLab Denmark rækker ud over det regionale udgangspunkt og understøtter nationale initiativer og strategier på sundhedsområdet.

Indlægget:

I indlægget vil hovedbudskaberne blive uddybet. Udfordringerne og barriererne for udbredelse af velfærdsteknologi vil blive belyst, ligesom modellen for det tværsektorielle samarbejde vil blive beskrevet og eksemplificeret ved 2-3 cases.

KPI-drevet projektimplementering - vi kan godt, men vi gør det ikke (endnu)

Oplægsholder:

Steffen Lerche, adm. direktør, Cambio Healthcare Systems, steffen.lerche@cambio.dk

Hovedbudskaber:

1. Benefits, benefits, benefits: Hvordan vi sikrer at IT-projekter når de satte mål, hvordan vi bestemmer, hvilke mål der er de rigtige, og hvordan vi sikrer, at de rigtige sætter målene og følger dem
2. Tror vi, at vi er anderledes end alle andre brancher, der skal implementere store IT-systemer: Konsekvenserne af en fejlslagen implementering er nok større, men midlerne er de samme
3. Faktorerne der kan spænde ben for succes: Vi kender faktorerne – så hvorfor lykkes vi ikke alligevel?

Vort sundhedsvæsen har efterhånden indført store IT-systemer mange gange. Vi har også lært meget undervejs, men vi er fortsat bagud i forhold til de brancher, der har størst succes med at gennemføre succesfulde IT-projekter, hvor nytteværdien svarer til, eller endog overgår de ambitiøse mål, der opsættes for indførelse af IT.

Selvom der findes politisk bestemte dagsordner, er der grundlæggende ingen tvivl om, hvad regionernes og kommunernes opgaver er, samt hvilke overordnede strømninger, der påvirker forretningen fremadrettet. Spørgsmålet er således om IT-projekter bestemmes ud fra de heraf afledte forretningsmål, eller om det er andre faktorer, der afgør valget af indsatsområder.

Der findes evidens for at udgangspunktet for de mest succesfulde IT-projekter er en stærk ledelsesmæssig forankring og en meget stringent forudgående proces for at fastlægge målsætninger, at gøre disse målbare, at sikre løbende evaluering af disse, og at sikre den fornødne organisering omkring netop denne målstyrede tilgang.

I mange tilfælde er udgangspunktet for at søsætte IT-projekter i sundhedsvæsenet udefrakommende faktorer, eller særlige interesser inden for egen organisation, så som:

- Nationale retningslinjer
- Tekniske krav – krav om nye versioner
- Enkelte afdelinger eller hospitalers særlige interesser

Ser man på de brancher, der profiterer mest af IT, er der ét dominerende gennemgående træk. Nemlig at alle IT-projekter understøtter en veldefineret forretningsstrategi, at det forlods er bestemt hvordan et IT-projekt er forankret i forhold til strategien, at der er stærke retningslinjer til og principper for, hvorledes topledelsen evaluerer på IT-projekter, og at al implementeringsindsats kan måles.

Påstanden i dette oplæg er, at forudsætningerne for at opnå optimale implementeringer er til stede i dansk sundhedsvæsen, men at vi ofte tøver med at gøre det rigtige, fordi der hele tiden er faktorer, som står i vejen.

Meningsfuld telemedicinsk hjemmemonitorering for både klinikere og patienter skabes gennem forhandling og involvering

Oplægsholder:

Olav Bjørn Petersen, overlæge, Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, olavpete@rm.dk

Sarah Maria Rasch, Research and Innovation Specialist, Pervasive Healthcare, Alexandra Instituttet, sarah.maria.rasch@alexandra.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Katrine Bach, Jordemoder, Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, kathbach@rm.dk

Lone Holst, Jordemoder, Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, loneholst@rm.dk

Morten Kyng, Professor dr.scient, Datalogi, Aarhus Universitet, mkyng@cs.au.dk

Hovedbudskaber:

1. Klinisk ekspertise og kompetencer hos patienten udviklet gennem håndtering af en sygdom er begge afgørende for kvaliteten af et telemedicinsk forløb
2. Kvaliteten af telemedicinsk behandling øges, når behandlingen udvikles i samspil mellem borger og behandlere
3. Telemedicinske it-løsninger bør derfor understøtte forhandling mellem borger og behandlere fremfor at tvinge borgeren til at følge forløb fastsat af behandlerne

Baggrund og motivation:

Behandling og monitorering af patienter og borgere gennem telemedicin struktureres som udgangspunkt efter klinisk viden, organisatoriske arbejdsgange, vagtplaner, eksisterende ambulant praksis samt tekniske muligheder. I tillæg overføres størstedelen af patienters målinger automatisk, og patienter har ofte ringe indflydelse på udvikling eller tilpasning af en organisatorisk praksis, ligesom tilpasning til individuelle forhold er begrænset. I denne evaluering stilles der spørgsmål ved denne generiske måde at anvende og tilbyde telemedicinsk behandling og monitorering af patienter på. Og vi peger på betydningen af samarbejde/forhandling i udvikling og implementering af telemedicin.

Beskrivelse:

I tilknytning til projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH) er der gennemført en kvalitativ evaluering, hvor delprojektet om komplicerede graviditeter omfattede 100 gravide i 2013-nu. I tillæg er der gennemført en innovativ evaluering med 9 gravide, der blev fulgt tæt af en antropolog i deres monitoreringsperiode gennem kvalitative interviews, ugentlige telefonsamtaler, in situ interviews, deltagelse i, samt observation af kontroller, scanninger og akutte henvendelser på hospitalet. Innovativ evaluering fokuserer ikke blot på, hvad der fungerer/ikke fungerer men også på, hvad der skal til for at skabe fremadrettet udvikling, hvor tolkning af resultater og forhandlingen af risiko mellem den gravide og klinikeren blev et centralt tema. En forhandling, hvor den gravide blev bevidst om ansvaret ved at hjemmemonitorere samtidig med, at hun blev klædt på til at agere ift. den viden målingerne tilvejebragte. I forhandlingen mellem klinikere og gravide samt via input fra feltarbejde får klinikerne værdifuld indsigt ift. kommunikation og organisering af klinikere rundt om de gravide, så monitoreringsforløbet kontinuerligt kan tilpasses, hvad der giver værdi for den enkelte gravide.

Indlægget

Fremtidig behandling af patienter i det danske sundhedsvæsen, her med udgangspunkt i kvinder, der monitoreres for komplikationer i forbindelse med deres graviditet, bør ikke udelukkende baseres på, hvad klinisk viden om komplikationer og hvad sundhedsvæsenet vurderer er organisatorisk hensigtsmæssigt. For at skabe høj kvalitet bør behandling af patienter også tage udgangspunkt i, hvad der giver mening for den enkelte gravide ift. hendes hverdag. Og en bred implementering af gode, meningsfulde systemer for klinikere og patienter bør baseres på såvel borgernes dagligdag som klinisk viden og organisatorisk optimering.

Baseret på evaluering af vores case argumenterer vi for, at den sikreste løsning på nuværende tidspunkt er, at tilpasse løsninger til patienternes dagsrytme, så de gravide kan lave selvinitierede målinger for at undersøge, om de – og det ufødte barn – har det godt, og for at kunne handle, hvis målingerne viser behov for det. Det er især vigtigt, hvis de tidligere har oplevet ikke at kunne stole på deres krops signaler. De skal f.eks. have mulighed for at måle blodtryk gentagne gange, for herved at finde det laveste tryk, der skal sendes til hospitalet. En sådan forhandling af behandlingsforløbet mellem kliniker og den gravide om den gravides komplicerede graviditet medvirker til, at kvinderne får en forståelse af, hvorfor de monitoreres samt betydningen af de målte data. Forhandling af den gravides nye situation medvirker til, at der med manuel indtastning af måledata fremkommer en meget høj forekomst af ikke-manipulerede målinger, der indsendes til hospitalet. Og det sker netop fordi den gravide får indsigt i egen sygdom, og bedre forstår betydningen af de målinger og monitoreringsforløb hun er en aktiv deltager i – og fordi monitoreringsforløbet er tilpasset hendes individuelle behov. I indlægget vil vi også diskutere, hvad det betyder, når det for den gravide ikke er muligt at gennemføre hjemmemonitorering med acceptabel kvalitet i en periode.

Leverandørstrategi og Sundheds-IT - et litteraturstudie

Oplægsholder:

Helge Præstgaard Carlsen, P-VIT-sekretariatet i Region Syddanmark

Michael Aagesen, OUH i Region Syddanmark

Baggrund:

Der anvendes som bekendt store summer på Sundheds-IT-systemer i Danmark. Forud for beslutninger om at indkøbe et IT-system går – eller bør gå – overvejelser om Leverandørstrategier. Bekender man sig til en Single Vendor-, en Best-of-breed, eller en best-of-suite-strategi? Sådanne overvejelser er naturligvis afgørende for måden, man indretter sin organisation på og for efterfølgende beslutninger om anskaffelse, implementering og drift af systemer. Og dermed for, hvordan og med hvilken effekt de mange penge bliver brugt. Men hvilken strategi er egentlig bedst? Et studie fra Aalborg Universitet udarbejdet af studerende ved Master i Sundhedsinformatik undersøger, hvilken videnskabelig viden, der findes om de tre strategier, og om der findes viden, som kan bidrage til at danne grundlag for valg af Leverandørstrategi. Studiet medtager 837 publicerede artikler.

Mit Forløb - patientens tovholder app

Oplægsholder:

Marie-Louise Krogh, Odense Universitetshospital, Digital Innovation, marie.louise.krogh@rsyd.dk

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Christian Tvede, innovationskonsulent, Odense Universitetshospital, Digital Innovation, christian.tvede@rsyd.dk

Hovedbudskaber:

1. Alle taler om patienten i centrum, her er et konkret initiativ, der gør noget ved det. Med en app, der er nemt tilgængelig og troværdig, kommunikeres om pt's forløb i tekst, illustrationer og videoer
2. Via brugerdreven innovation skabes et relevant indhold for pt. Information kan tilgås før/efter behandling, og der er mulighed for kommunikation via beskeder mellem pt. og behandlende afdeling
3. Apps er den hurtige, agile lillebror til nogle af de store eksisterende systemer, og skal vi hente gevinsterne, som i sidste ende er til patienternes fordel, skal der integreres til de eksisterende

Baggrund og motivation:

Vores mål: At appen bliver patientens tovholder midt i den store strøm af fakta, man skal forholde sig til som patient. At appen bliver patientens foretrukne kilde til information om behandlingsforløb, indkaldelser og dialog med behandlere, herunder registrering og indsendelse af egne målinger. At appen giver bedre overblik over, hvor patienten er i sit forløb, hvad næste skridt er, og hvad patienten skal foretage sig i den forbindelse.

Indlæggelsestiden bliver stadig kortere, og mange indlæggelser bliver nu ambulante forløb. Dette giver patienterne og personalet kort kontaktid, og dermed bliver de informationer, patienten skal have og personalet skal give, meget komprimerede. For at skabe tryghed og en vis forventningsafstemning, skal informationen målrettes. Patienten skal have relevant information i forhold til forløb og den afdeling, de skal behandles på, herved sikres et fælles grundlag for patient og sygehus.

Beskrivelse:

Appen er i brug i 9 afdelinger (flere på vej) på OUH og er under stadig udvikling og udbredelse, mens Digital Innovation, klinikere og patienter eksperimenterer med den rigtige form til at sætte patienten i centrum.

Appen er opbygget i specifikke forløb, der giver patienten den konkrete information om det forløb, der er relevant for dem. Og den kan i sin nuværende form bl.a. bruges til kommunikation/information om patientforløb, patienten kan have dialog med afdelingerne, samt registrere egne data. Snart vil man kunne målrette informationen individuelt til den enkelte patient, og vi arbejder på at opbygge sammenhænge i patientforløbene i appen.

Indlægget:

Demonstration af appen, hvor der vil blive vist eksempler på bl.a. kommunikation, dialog og egne værdier. Samt vist eksempler på integration til eksisterende systemer.

I indlægget vil implementering og de udfordringer vi møder blive belyst. Undersøgelser og tendenser vil blive trukket frem for at perspektivere brugen af apps og hermed være med til at forklare, hvorfor klinikere og patienter er så glade (begejstrede) for at bruge dem.

Det Digitale Sundhedscenter – digital hjælp til selvhjælp til borgere med type 2-diabetes og hjertesygdom

Oplægsholder:

Anna-Britt Krog, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, anna-britt.krog@rsyd.dk

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Margit Thomsen, leder, Center for Sundhedsfremme, math@varde.dk

Hovedbudskaber:

1. Der er udviklet et koncept for Digital Patientuddannelse målrettet borgere med type 2-diabetes, hvor fokus er at øge borgernes mestring og egenomsorg i livet med kronisk sygdom.
2. Konceptet har fire hovedmoduler: At passe på sin krop, at styrke sit sind, at række ud til sit netværk samt at søge vejledning og støtte i dialog med sundhedsprofessionelle.
3. Digital teknologi kan bygge bro til borgernes hverdagsliv og sociale netværk på en langt mere direkte og interaktiv måde, end det er muligt med den traditionelle patientuddannelse.

Baggrund og motivation:

Projektets partnere er kommunerne Varde og Faaborg-Midtfyn, Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og Region Syddanmark repræsenteret ved Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet samt Syddansk Sundhedsinnovation.

Projektet er finansieret via en bevilling fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses partnerskabspulje Sundere liv for alle på 3 mio. kroner.

Visionen for projektet, Det Digitale Sundhedscenter, er at udvikle og integrere digitale løsninger i sundhedscentrenes tilbud. Visionen skal realiseres gennem en række udviklingsprojekter med forskellige indsatsområder og målgrupper, og en systematisk anvendelse af digitale løsninger skal føre til:

- Øget fleksibilitet og tilgængelighed af tilbuddene.
- Fastholdelse af livsstilsændringer ved mere differentierede indsatser og større motivation hos borgerne.
- Ressourceoptimering dels ved at sundhedsprofessionelle håndterer borgere på tværs af kommunegrænser, dels via tilbud med fokus på hjælp til selvhjælp, så en række borgere kan klare det meste selv, og borgerne med størst behov for støtte gives et udvidet tilbud.

Projektet gennemføres i perioden fra 1. januar 2015 til 30. september 2017. Med udgangen af 2015 forventes den digitale patientuddannelse at være færdigdesignet, således at borgere kan inddrages i starten af 2016. I første omgang inddrages borgere med type 2-diabetes.

Indhold:

I oplægget præsenteres et koncept for Digital Patientuddannelse målrettet borgere med type 2-diabetes. Det vil blive beskrevet, hvordan man i projektet med brug af digitale elementer markant nytænker kommunernes tilbud til borgere med kroniske sygdomme. Konceptet er udviklet i samspil med borgere og sundhedsprofessionelle i kommunerne og Diabetesforeningen. Formålet med den digitale patientuddannelse er, at borgerne opnår og fastholder et godt liv med deres kroniske sygdom, og at borgerne lever et liv med stor grad af mental sundhed. For at nå dette har patientuddannelseskonceptet både fokus på sundhedsfaglige emner og emner relateret til den enkelte borgers evne til at håndtere livet med kronisk sygdom.

Samtidig understøtter konceptet borgeren i at inddrage sit eksisterende netværk og opbygge nye netværk, som støtter borgeren i at opnå bedre sygdomshåndtering og handlekompetence. Den digitale patientuddannelse giver mulighed for at invitere venner og pårørende ind i patientuddannelsen, at linke elementer af det digitale forløb til netværk i den fysiske verden og at udveksle erfaringer med andre i samme situation i digitale kommunikationsfora og ved gruppesessioner i det digitale eller fysiske sundhedscenter.

Konceptet adskiller sig fra eksisterende patientuddannelsesstilbud om type 2-diabetes på to afgørende punkter:

For det første ved at mental sundhed – borgernes trivsel – er det afgørende omdrejningspunkt for patientuddannelsen. Der er fire områder af tilværelsen, som har særlig betydning for et godt mentalt helbred blandt mennesker med diabetes: At passe på sin krop, at styrke sit sind, at række ud til sit netværk samt at søge vejledning og støtte i dialog med sundhedsprofessionelle. Udgangspunktet er viden om, at en god mental sundhedstilstand er en afgørende forudsætning for sygdomshåndtering, egenomsorg og mestring af livet med kronisk sygdom.

For det andet ved at konceptet udnytter potentialet ved digitale ressourcer i forhold til at sikre fleksibilitet, tilgængelighed, brugerstyring, motivation, samt fastholdelse og forankring af læring i hverdagen.

Hospital hjemme for den ældre, akutte medicinske patient. Samarbejde på tværs af sektorgrænser

Oplægsholder:

Jens Ulrik Rosholm, overlæge, projektleder, Ger. Afd. G., Universitetshospital, jens-ulrik.rosholm@rsyd.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Claus Kjærgaard Andersen, Systematic, claus.kjaergaard.andersen@systematic.com

Henrik Klode, ANYgroup, hk@anygroup.dk

Martin Nitze, Odense kommune, manit@odense.dk

Kristian Kidholm, Odense Universitetshospital, Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV, Kristian.Kidholm@rsyd.dk

Anne Lee, Syddansk Universitet, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurderin, ale@cast.sdu.dk

Conny Heidtmann, Innovationsnetværket RoboCluster/Patient@home, cohe@mmmi.sdu.dk

Hovedbudskaber:

1. Rækkefølgen af problem og løsning er vigtig! Alt for ofte bliver man i sundhedssektoren givet en løsning på et problem, man ikke synes, man har
2. Selvom der bruges "of-the-shel"-løsninger og systemer, som hver for sig kører godt, kan der vel opstå problemer når systemerne skal fungere sammen
3. Når der skal udtænkes løsninger, er det vigtigt hele tiden at tage udgangspunkt i den virkelighed, hvor løsningen skal bruges.

Baggrund:

Projekt Hospital Hjemme er et forsøg på at afprøve indlæggelse i patienters eget hjem som alternativ til traditionel indlæggelse på sengeafsnit. Projektet er et samarbejde mellem Fælles Akut Modtageafsnit (FAM), Geriatrik afdeling G, OUH, og Odense Kommune (OK), således at afd. G har det handlingsmæssige og OK det plejemæssige ansvar. Forsøget retter sig mod ældre (+65-årige), akut syge, medicinske patienter som bliver indlagt via FAM. Patienten vil inden for de første to indlæggelsesdøgn på OUH blive tilbudt indlæggelse i hjemmet, såfremt en række givne kriterier er opfyldte i forhold til sygdomsgrad, funktionsniveau og sociale forhold. Projektsygeplejerske følger med patienten til dennes hjem, hvor hjemmepleje instrueres. Der monteres teknologisk udstyr i form af sensorer og webcams, som kan aktiveres ved alarmering. Patienten udstyres desuden med nødkald.

I selve indlæggelsesfasen vil der dagligt være besøg af projektsygeplejerske og projektlæge i hjemmet med henblik på stuegang, blodprøvetagning, EKG etc. Patienten udskrives efter endt behandling. Ved akutte situationer går der alarm fra hjemmet til et call-center på afdeling G, OUH, som sammen med vagthavende læge på afdeling G tager affære evt. i form af indlæggelse på OUH. Et dedikeret team af sygeplejersker og assistenter i OK med repræsentanter fra samtlige distrikter er blevet undervist i observation, dokumentation, brug af teknologi, anlæggelse af subkutant væskedrop, anlæggelse af perifert venekateter, i.v.-mediceringivning og lignende. Projektet gennemføres som et ph.d. projekt og er bygget op som et RCT-feasibilitystudy (et udvidet pilotstudie) med 30 deltagere i eget hjem, og 45 patienter i en kontrolgruppe, som er indlagt på OUH. Startdato for projektet var april 2015, forventet varighed 1 år.

Deling af data:

Et helt centralt emne i Hospital Hjemme er deling af information mellem OK og Ger. afd. G, OUH. Det handler både om plejemæssige data, behandlingsdata her under ordinationer og alarm-data.

For at klarlægge hvilke data som skal udveksles med hvem begyndte vi med at beskrive de senarier, som vores patienter ville blive udsat for: Oprettelse som deltager i projektet, installation i hjemmet, pleje i hjemmet, stuegang i hjemmet, observation i hjemmet, alarm-situation i hjemmet, udskrivelse fra hospital hjemme, indbringelse til undersøgelse OUH under indlæggelse i hospital hjemme. Altså som anført i 1. og 3. budskab: Problem og så løsning. Senarierne blev gennemspillet i en prøvelejlighed i Forskerparken, SDU sammen med interesserede firmaer/partnere i Patient@home, OK og Ger afd. G, OUH.

Ud fra dette blev en specifik krav-liste opstillet og sendt i udbud blandt partnere og to tilbud blev givet, hvoraf et blev valgt. Sammen med det vindende konsortium begyndte så detail-udviklingen af den endelige løsning.

Et af de største problemer viste sig hurtigt at være at få systemer, som hver for sig fungerede godt til at fungere sammen jf. budskab nr. 2. Fx. afstod vi på forhånd fra at få Odense Kommunes journalsystem til at kommunikere med OUH's journalsystem og i stedet bruge overflytning af tekst og uddelegering af læseretigheder. En anden udfordring var at få informationer ude fra borgeren sikkert ind til OUH gennem diverse sikkerhedssystemer.

En vigtigt punkt i samarbejdet har været, at vi fra den kliniske side (Ger. afd. G og OK) ikke er gået detaljeret ind i den tekniske side af sagen, men har fremsat vores ønsker og krav. En vigtig innovationsleder i denne proces har været Patient@Home som "mellemand" både hvad angår det tekniske og samarbejdet mellem en offentlig hospitalsafdeling og private firmaer.

Indlægget:

I indlægget fokuseres på vigtigheden af hele tiden at tage udgangspunkt i den virkelighed, hvor information skal udveksles.

MiBAAlert, en real time automatisk alert i EPJ ved fund af multiresistente bakterier

Oplægsholder:

Bente Olesen, Klinisk mikrobiologisk afdeling, Herlev Hospital, bente.ruth.scharvik.olesen@regionh.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Peter steenberg, Autonik, peter.steenberg@autonik.dk

Marianne Voldstedlund, Statens Serum Institut, mav@ssi.dk

Vita Simonsen, CSC Scandihealth, vsimonse@csc.com

Kenneth P. Rasmussen, Center for It, Medico og Telefoni, Region Hovedstaden, kenneth.palle.rasmussen@regionh.dk

Hovedbudskaber:

1. MiBAAlert er en real time automatisk alert i den elektroniske patientjournal ved fund af multiresistente bakterier.
2. MiBAAlert funktionen bidrager til forebyggelsen af nosokomielle infektioner, og dermed positivt til såvel patientsikkerheden som økonomien.
3. MiBAAlert er baseret på en national database og kan let implementeres i hele Danmark.

Baggrund og motivation:

Når isolationskrævende patienter indlægges, genindlægges eller overflyttes imellem afdelinger og hospitaler, følger vigtig information om fund af multiresistente bakterier ofte ikke med patienten. Mangelfuld deling af information kan medføre smitte af medpatienter eller ligefrem hospitalsudbrud. Derfor har Region Hovedstaden støttet udvikling af en real time alert i den elektroniske patientjournal. Alerten aktiveres automatsik ved fund af multiresistente bakterier. I 2014/15 blev Region Hovedstaden ramt af et udbrud med vancomycinresistente enterokokker (VRE), derfor blev en prototype på MiBAAlert omfattende VRE prioriteret. Regionen betjener 1,8 millioner indbyggere og alle hospitaler benytter samme elektroniske patientjournal (OPUS Arbejdsplads). Opus Arbejdsplads kan tilgås af alle hospitaler samt akutelefontjenesten i Region H.

Beskrivelse:

MiBAAlert anvender data fra Den danske mikrobiologidatabase MiBa. MiBa modtager elektroniske kopier af alle mikrobiologiske svar i Danmark, inklusive patientidentifikation via CPR. Ved opslag på CPR i den elektroniske patientjournal sendes en automatisk forespørgse til MiBa, som automatisk aktiverer MiBAAlert. I 2015 blev en prototype alert lanceret med VRE in Region Hovedstaden. En elektronisk alert genereres ved fund af en eller flere positive prøvesvar for VRE inden for det sidste år i Region Hovedstaden. MiBAAlert ses i den elektroniske patientjournal, som en farvet smart-button med tre mulige tilstande:

1. Positivt prøvesvar for VRE (rødt MiBAAlert symbol)
2. Ingen positive prøvesvar for VRE (grønt MiBa symbol)
3. Virker ikke (gråt X symbol)

Mouse-over viser en tekst med dato for den positive prøve med VRE. Et klik på ikonet forbinder lægen til MiBa, med direkte forbindelse til alle patientens mikrobiologiske prøvesvar.

Prototypen har været ubetinget succes. I akutmodtagelserne, har personale hurtigt kunnet identificere nyindlagte patienter med VRE. De infektionshygiejniske enheder rapporterer om tidligere erkendelse af smittefarlige patienter med VRE ved sektor overgange. Personalet på røntgenafdelinger, medicinske afdelinger samt ambulatorier finder MiBAAlert nyttig i planlægningen. MiBAAlert øger opmærksomheden ved sektorovergange på fund af multiresistente bakterier. Dette er alle afgørende faktorer for opnåelse af infektionskontrol i en udbrudssituation, som den aktuelt i Region H. Snart vil andre multiresistente bakterier som f.eks. MRSA blive inkluderet i MiBAAlert. MiBAAlert er baseret på en national database og kan let implementeres i hele Danmark. Det er velkendt at nosokonielle infektioner er forbundet med øget sygelighed, større dødelighed, flere dage i isolation, længere indlæggelsestid og dermed større omkostninger, sammenlignet med patienter der ikke smittes med en infektion under indlæggelse. MiBAAlert funktionen bidrager til forebyggelsen af disse infektioner, og dermed positivt til såvel patientsikkerheden som økonomien.

Fælles Medicinkort – hvordan er hverdagen i samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen?

Oplægsholder:

Lene Ærbo, programleder, Sektor for National Sundheds-it

Beskrivelse:

Hør om FMK i en af de kommuner, som er længst med FMK og i dag har stor glæde af FMK.

Med det Fælles Medicinkort etableres der en bedre ramme for samarbejdet mellem den kommunale hjemmesygepleje og de praktiserende læger.

Tidligere brugte hjemmesygeplejen meget tid på at udrede, hvilken medicin en borger aktuelt skulle have hjælp til at håndtere. Med det Fælles Medicinkort kan den kommunale hjemmesygepleje umiddelbart se et opdateret overblik over den aktuelle medicin i det lokale EOJ-system. Der er tale om et kæmpe løft i kvaliteten af medicinoplysninger, men det er også sårbart og kræver, at alle parter anvender deres lokale systemer på den rigtige måde.

Selvom der har været mange ”børnesygdomme” såvel i samarbejdet som teknikken, er erfaringerne blandt læger og kommuner, at man med det Fælles Medicinkort tager et stort skridt mod en større patientsikkerhed. Hør om erfaringerne fra det praktiske samarbejde mellem en kommune og en praktiserende læge.”

Fælles Medicinkort – implementering af FMK i hjemmeplejen i 98 kommuner - vi gjorde det!

Oplægsholder:

Poul Erik Kristensen, konsulent, KL

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Nanna Skovgaard, kontorchef, Ministeriet for sundhed og ældre

Beskrivelse:

KL igangsatte en massiv indsats for at implementere Fælles Medicinkort. Det var en stor opgave med

- 98 lokale FMK-projekter
- udbredelse af digital signatur
- nye arbejdsgange
- et intenst og bredt samarbejde de øvrige FMK-parter

Hør om hvilke rammer der skulle etableres for at nå målet, og hvilke udfordringer der blev løst undervejs.

Implementering af Fælles Medicinkort i 98 kommuner er en stor og bred opgave – ikke kun i de enkelte kommuner. En god implementering forudsætter en stor indsats på tværs af de sundhedsfaglige i kommunen med de praktiserende læger, apotekerne og hospitalslægerne.

Også nationalt skulle der skabes rammer på tværs af sundhedsvæsenet med tværsektorielle vejledninger med regionerne, samarbejdsaftaler med de praktiserende læger og god koordinering med staten omkring den centrale FMK-løsning, testmiljøer, jura og sikkerhed.

Alle parter på tværs af sektorerne har samarbejdet mod målet om fuld implementering af FMK blandt andet ved klinisk og teknisk koordinering på tværs af programmet og ved at dele erfaringer på tværs – både de gode og mindre gode. Udfordringerne har været mange – vi giver et indblik i nogle af de spændende aktiviteter.

Fælles Medicinkort – FMK lukker borgerne ind i medicinkortet og vaccinationsregistret

Oplægsholder:

Helle Balle, projektleder, National Sundheds-it

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Thomas Sonne, NSI/Lakeside

Hovedbudskaber:

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

Privacy er et bredt område. Hvor går 'den korrekte' grænse mellem borgernes ret til privatliv og de sundhedsfagliges adgang til data.

Privacy har længe fyldt i den offentlige debat – hvad betyder det for FMK

- ▶ Hvem har adgang til borgerens medicinoplysninger?
- ▶ Hvilke oplysninger skal være tilgængelige for hvem?
- ▶ Hvilke detalje-oplysninger omkring ordinationerne, ordinerende læge, organisation osv. skal være tilgængelige?

Der vil blive mulighed for at høre om de muligheder for privacy, som FMK og tilstødende services stiller til rådighed, så borgerne kan være trygge omkring FMK. Fælles Medicinkort tager snart endnu et skridt i forhold til privacy, så borgerne selv skal kunne privatmarkere lægemiddelordinationer i FMK og frabede sig at udvalgte sundhedsfaglige har adgang til opslag på medicinkortet.

I oplægget vil også fremtidige muligheder for borgerne i FMK i relation til privacy og patient empowerment blive præsenteret. Samtidig åbnes for nye selvbetjeningsløsninger som eksempelvis at anmode om receptfornyelse.

Fælles Medicinkort – 7 år efter start - mange udfordringer og gode erfaringer

Oplægsholder:

Anders Brahm, afdelingschef, National Sundheds-it

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Lene Ærbo, National Sundheds-it, lear@ssi.dk

Beskrivelse:

FMK er et stort program, ikke kun et IT-program, men også et program der ændrer arbejdsgange, stiller nye krav til kvalitetsarbejdet, udfordrer gamle vaner og gør dem transparente, stiller øgede krav til sikkerhed, skal have 25 lokale løsninger til at samarbejde, stiller nye krav til testmiljøer, forudsætter et godt samarbejde på tværs af sektorer og politiske interesser, og åbner for borgeren, som kan følge opslag på sine data.

Rigsrevisionen fortalte sidste år om de udfordringer FMK har haft undervejs. I år vil vi fortælle om det, der gik godt og som genbruges i fremtidige tværsektorielle projekter, da det ikke var omfattet af rigsrevisionens kommissorie.

Hør vores erfaringer fra opstart i 2008 til nu. Hvad ville vi gøre anderledes i dag? Hvad gik godt? Og er der udfordringer tværsektoriel, som vi fortsat arbejder på at løse.

Hvad kan genbruges i andre nationale programmer.

En del af aktiviteterne i programmet kan genbruges af de næste tværsektorielle programmer:

- ▶ Nationale infrastrukturkomponenter
- ▶ Tværsektoriel governance og nationalt roadmap
- ▶ Certificeringskoncept
- ▶ Logopfølgning og dataansvar
- ▶ Patient empowerment
- ▶ Privacy
- ▶ Monitorering opdelt i teknisk implementering og anvendelse
- ▶ Involvering og dialogbaseret samarbejde – for alle: projektledere, sundhedsfaglige, leverandører, politiske interessenter
- ▶ Løbende tilretninger og design efter 100% oppetid

Øko-systemet: En forudsætning for tværsektoriel innovation

Oplægsholder:

Esben Wolf, projektchef, Aarhus Kommune, Sundhed & Omsorg, esw@aarhus.dk

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Birgit Bækmann Jeppesen, Aarhus Kommune, Sundhed & Omsorg, bje@aarhus.dk

Poul Martin Christensen, Aarhus Kommune, Sundhed & Omsorg, poc@aarhus.dk

Hovedbudskaber:

1. Væg-til-væg løsninger er passé - og alternativer findes!
2. Øko-systemer er en mulighed - både udbuds- og kontraktmæssigt
3. En konkret case-story: Ny borgerjournal til Sundhed & Omsorg i Aarhus Kommune

Baggrund og motivation:

Udfoldelsen af det tværsektorielle potentiale er i vidt omfang afhængig af, at de nødvendige infrastrukturer, system-åbninger og standarder tilvejebringes. Hvis ikke data og informationer nogenlunde uhindret kan flyde frem og tilbage mellem aktørerne i sundhedsvæsenet på tværs af mere eller mindre tilfældige sektorgrænser, er der meget, som ikke kan lade sig gøre. Det stiller krav til de offentlige data-infrastrukturer, og det stiller krav til de (kerne-)systemer, vi benytter os af. Vi bliver ganske enkelt nødt til at indrette os sådan, at vi hurtigt og smidigt kan tilpasse vores it-systemer og -infrastrukturer til nye muligheder og behov, som skabes af teknologisk og politisk udvikling. For at dét kan lade sig gøre, må vi hurtigt og smidigt kunne tage innovative it-løsninger i brug, og de skal kunne fungere sammen med vores eksisterende system-portefølje.

På e-sundhedsobservatoriet 2014 talte Professor Jakob E. Bardram for, at offentlige institutioner bør skabe "økosystemer", der både kan rumme en stabil kerne af sundheds-it systemer og samtidig er åbne for innovation og risikofyldte eksperimentelle tiltag. Bardram fremhævede, at sådanne økosystemer kan danne basis for stabil drift af et komplekst sundhedsvæsen, der samtidig har mulighed for at understøtte og drage fordel af innovative tiltag.

Sundhed & Omsorg i Aarhus Kommune har taget handsken op og har udbudt leverancen af en ny borgerjournal/Elektronisk Omsorgs Journal (EOJ) som leverancen af et økosystem. Dette økosystem skal danne det stabile og fleksible grundlag for, at Sundhed & Omsorg kan abonnere på den kreativitet og foretagsomhed, som hele sundheds-it branchen summer af, både nationalt og internationalt og ikke mindst hos mange små virksomheder, som ofte har svært ved at trænge ind i sundhedsvæsenet. Den skal hjælpe os med hurtigt og smidigt at udnytte de muligheder, som åbner sig, efterhånden som de andre aktører i sundhedsvæsenet – sygehuse, praksislæger, borgere, apoteker m.fl. – begynder at kigge ud over egen næsetip. Man kan sige, at Sundhed & Omsorg's nye EOJ skaber en strategisk parathed, så vi også fremover kan levere meget sundhed for pengene.

Kliniske- og sundhedsøkonomiske effekter af en ægte borgercentrisk e-sundhedsmodel

Oplægsholder:

Klaus Phanareth, klinisk lektor, Københavns Universitet, phanareth@gmail.com

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Søren Vingtoft, E-læge - Epital Sundhed
Lars Kayser, E-læge - Epital Sundhed,
Charlotte Dorph, Epital Sundhed
Jakob Sylvest Nielsen, Lyngby-Taarbæk Kommune

Hovedbudskaber:

1. De største kliniske og sundhedsøkonomiske effekter ved telemedicin realiseres gennem et redesign af eksisterende sundhedsydelser og tilhørende organisering baseret på et LEON princip, der flytter aktiviteter væk fra hospitalerne ud mod borgere med kroniske tilstande.
2. Epital Care Modellen (ECM) er det første realiserede bud på en ægte borgercentrisk model designet til "independent living", der viser en hidtil uset forebyggende effekt på genindlæggelser samt bidrager med en øget tryghed og mobilitet blandt borgere med svær kronisk sygdom.
3. Perspektivet er en reel mulighed for igangsættelsen af en transformation fra et reaktivt "sygdomsvæsen", som vi kender det i dag, til et proaktivt e-sundhedsvæsen - et nødvendigt paradigmeskift.

Epital Sundhed er det første eksempel på et genuint borgercentrisk e-sundhedsvæsen, der er forankret i et "living lab" integreret i og udbygget fra den eksisterende kommunale vagtcentral i Lyngby-Taarbæk kommune. Epital Sundhed startede op for ca. 2 år siden og har sammen med kommunen rekonstitueret sig efter Epital Care Modellens koncepter, der er en videreudvikling af The Chronic Care Model (CCM).

En præliminær undersøgelse fra primo 2014 af 26 borgere med svær KOL, inkluderet i Epital Sundhed, sandsynliggjorde en reduktion i antallet af forventede indlæggelser i denne gruppe på mere end 50%. Undersøgelsen er nu blevet gentaget på 75 deltagende borgere, med overvejende svær KOL. Resultaterne viser nu, at:

- Borgerne bidrager frivilligt med selvgenererede tilstandsdata gennem Epitalet, i et massivt omfang svarende til ca. en måleserie per 2,5 dag i gennemsnit
- Der er afværget mindst 80 % af de indlæggelser, som denne gruppe uden Epital Sundhed må forventes at have haft
- Deltagelse i Epital Sundhed skaber en øget mobilitet og tryghed blandt borgerne, herunder en hidtil uset rejseaktivitet og færden uden for hjemmet
- Epital Sundhed kan med fordel og relativt få ressourcer etableres og opskaleres i andre danske kommuner – og processen er i gang

I indlægget vil ECM blive gennemgået og evalueringsresultaterne vil blive præsenteret detaljeret. Sammenfattende tyder det på, at Epital Sundhed gennem sit redesign - med et proaktivt set-up, et 24/7 respons- og koordinationscenter bemandet med ECM certificerede sygeplejersker med tilhørende døgndækning af e-læger, der reagerer på borgernes indberettede tilstandsændringer, skaber en betydelig reduktion i antallet af de akutte indlæggelser. Heri ligger en potentiel "game changer" for fremtidens måde at indrette e-sundhedsvæsen på. En transformation der alt andet lige vil kunne flytte store dele af aktiviteterne fra hospitalerne ud i de borgerne e-sundhedsvæsen.

E-sundhed på tværs – på den rigtige måde

Oplægsholder:

Alis Helmer Hassing, konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, alis.helmer.hassing@rsyd.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Svend Holm Henriksen, Syddansk Sundhedsinnovation Region Syddanmark, svend.holm.henriksen@rsyd.dk

Hovedbudskaber:

1. Borgerens perspektiv kræver et opgør med silotænkningen
2. Helhedstænkning er afgørende
3. Ét projekt kan ikke give svar på alle spørgsmål

Visionen om et e-sundhedsvæsen som tager borgerens perspektiv fordrer et paradigmeskift i den måde, vi tænker og organiserer projekter på. Vi skal skabe sammenhæng og transparens for borgeren på vej gennem behandlings- og rehabiliteringsforløb og sætte borgeren i stand til at være en aktiv medspiller i varetagelsen af egen sundhed.

Hvis vi vil tage borgerens perspektiv, er vi nødt til at være favnende på tværs af traditionelle siloer, organisationer, fagtraditioner, forvaltninger og sektorer, og tænke helhedsorienteret. Det er ikke længere tilstrækkeligt at fokusere på deløsninger, som tager afsæt i én behandling, én sektor, én organisation....

Det er meningsløst for borgeren, at vi skelner mellem sygehusbehandling, rehabilitering og støtte i hjemmet, og forsøger at binde indsætterne sammen med nye begreber som TeleMedicin, TeleCare, TeleSundhed og e-sundhed. For borgeren er det blot forskellige aspekter af den samlede indsats i et forløb.

Hvis vi i et fremtidigt e-sundhedsvæsen vil skabe mulighed for at inddrage de resurser, der ligger i at gøre borgeren til en aktiv medspiller i behandling og rehabilitering, kalder det på en helt anderledes helhedstænkning, end vi er vant til. En sådan tænkning udfordrer eksisterende mønstre, den faglige selvforståelse, silotænkning og lægger op til nytænkning – også på det organisatoriske område.

Det kræver vilje til at samarbejde og skabe forståelse for, at samarbejdspartneren kan have andre behov til en teknisk løsning eller proces, end dem vi lige selv fokuserer på – hvad enten samarbejdspartneren er borger/patient, pårørende, en anden faglighed, en anden organisation eller en anden sektor.

Oplægget vil med udgangspunkt i det strategiske sigte, som manifesterer sig i sundhedsaftalerne give eksempler på strategiske projekter, som forsøger at bringe os videre i retning af at realisere visionen om et sammenhængende e-sundhedsvæsen.

Gennem eksempler identificeres nogle af de udfordringer, som skal løses for at projekter med en helhedsorienteret tilgang kan blive en succes, og der drages paralleller til bl.a. best practice for Ledelse af forretningsprocesser (Jan vom Brocke, Michael Rosemann), projektet Ledelse over grænser - Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet 2014 og artiklen At lede på tværs af sektorer: nødvendigt - og udfordrende! Af Annemette Digmann m.m.

Eksemplerne er primært hentet fra Region Syddanmark.

Hvordan skaber vi tryghed for borgeren med telesundhed? Erfaringer fra Horsens På Forkant med Sundhed og Fælles servicecenter

Oplægsholder:

Wenche Svenning, projektleder, Hospitalsenheden Horsens og Horsens Kommune, wenche.svenning@rm.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Gitte Kjeldsen, MedTech Innovation Consortium (MTIC), gk@mtic.dk

Hovedbudskaber:

1. Vi er nødt til at invitere og inddrage borgere og patientforeninger, hvis vi skal kunne opbygge individualiserede tilbud til borgerne
2. Udvikling af sammenhængende tilbud til borgerne skal ske i et samarbejde på tværs af sektorer. Det forudsætter tålmodighed, vedholdenhed og ledelsesopbakning, for der er ingen processer som understøtter samarbejdet.
3. Hvordan bygger man bro mellem praktiserende læger, kommuner og hospitaler til gavn for borgere med telesundhedsløsninger?

Oplægget vil basere sig på erfaringer fra de seneste tre års arbejde med to telesundhedsprojekter Horsens På Forkant med Sundhed og Fælles servicecenter, som begge har et tværsektorielt projektledelse og -ejerskab, men som også begge er OPI projekter. Udgangspunkt for begge projekter har været, at udvikle løsninger, som understøtter borgeren, som skal have en telesundhedsløsning. Forudsætning har været, at telesundhed er tværsektorielt, så borgeren får adgang til et sammenhængende sundhedsvæsen via telesundhed. Der har været mange læringer om samarbejdet mellem praktiserende læger, kommune og hospital, samt inddragelse af borgere og patientforeninger om det rette tilbud.

Ad hovedbudskab 1

Der tales og skrives om brugerreven innovation og borgerinvolvering. I praksis er der nogle udfordringer, dels så skal de sundhedsfaglige frigives fra deres arbejde i driften, så de kan bidrage med idéer og udvikling af teknologiske løsninger. Dels kan det være en udfordring at forklare borgerne, hvad det er, der arbejdes med. Derfor kom borgerne først sent ind i processen i Horsens På Forkant og indtil da, var det sundhedsfaglige personer, som bidrog til input på borgernes og herunder patientforeningernes vegne. Vejen frem er dog at inddrage dem langt tidligere i forløbet. En antropolog har arbejdet med patientforeninger og borgere for at undersøge, om borgerne kan opdeles i borgerprofiler, så det bliver lettere at håndtere de mange forskellige behov i de teknologiske løsninger.

Ad hovedbudskab 2

Samarbejdet om at udarbejde fælles inklusionskriterier har været en udfordring, fordi der er store kulturforskelle, sprogbarrierer og fagtraditioner. Særligt anvendelsen af de fælles udviklede inklusionskriterier har vist sig at give udfordringer for kommuner og praktiserende læger, hvorimod hospitalet nemmere har kunnet bruge det direkte i deres dagligdag.

Ad hovedbudskab 3

På baggrund af erfaringer fra mange telesundhedsprojekter, som havde svært ved at gå på tværs, skalere og skabe økonomisk effektive løsninger, udviklede mere end 100 personer et koncept for et Fælles servicecenter. Det består af fire serviceydelser, som skal understøtte borgerne og de sundhedsfaglige i at håndtere de støtteydelse, som er nødvendige for at det bliver enkelt og trygt. De fire servicekategorier er alle tværsektorielle: 1) Teknisk support og logistik 2) Information og koordination 3) Selvbetjening og Personlig agent og 4) Udviklings- og videnscenter. I proof-of-concept fasen, skal borgerne bidrage med, hvad selvbetjeningsmoduelt skal indeholde af informationer, undervisningsmateriale etc. Desuden skal de bidrage med, hvordan man kan understøtte de borgere, som ikke selv kan anvende et selvbetjeningsmodul. Fx hvilke ønsker og krav borgerne har til en Personlig agents værktøjer og kompetencer. Der findes ingen processer for, hvordan man arbejder sammen tværsektorielt omkring telesundhed, hvilket har givet nogle udfordringer hen ad vejen, men der er skabt opbakning fra 19 kommuner og region Midtjylland til at få testet konceptet.

Klinisk Logistik på tværs af sektorerne

Oplægsholder:

Inge Gurli Henriksen, Sundhedsfaglig konsulent, Hospitalsenheden Horsens, inge.henriksen@horsens.rm.dk

Hovedbudskaber:

1. Hør om videreførelsen af Klinisk Logistik projektet på tværs af hospitaler, som nu rækker ud i kommunerne, for at sikre flow og optimal kommunikation og videndeling på tværs af sektorer.
2. Klinisk Logistik (Cetrea-skærme) er potentielt en af de manglende broer mellem sektorerne, der vil sikre patienterne ét samlet patientforløb, hvor alle instanser ved, hvad hinanden varetager og er.
3. Klinisk Logistik (Cetrea-skærme) kan forventeligt effektivisere og optimere kommunikation og arbejdsgange på tværs af sektorerne, som det har gjort på tværs af hospitalerne i region midt.

Baggrund:

Apopleksiomlægningen i Region Midt har medført ændrede apopleksipatientflow mellem hospitalerne i regionen og nye opgaver for kommunerne.

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

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

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

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

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

Beskrivelse:

Grundet omlægning af apopleksibehandlingen og et dermed accelereret forløb, samt gode erfaringer med brug af klinisk logistik internt på Hospitalsenheden Horsens, samt udsigt til fuld udrulning af Klinisk Logistik på alle hospitaler i regionen, opstartedes projektet KLOBSAP, med det formål at først og fremmest at afdække behov for videndeling og kommunikation omkring OBS Apo patienter. Behovsafdækningen anviste tre spor for videreudvikling inden for kommunikation og videndeling omkring patientforløbet;

Spor 1: Interhospitalt (afsluttet ultimo 2014)

Spor 2: Tværsektorielt (opstartet primo 2015)

Spor 3: Patient og Pårørende (opstartes forventeligt medio 2015).

Første pilotprojekt vedr. det interhospitalt potentiale medførte en mindre stressfyldt og mere effektiv arbejdsdag for personalet, samt højere patientsikkerhed via digitalisering af analoge processer. Nogle af de samme gevinster ventes at kunne høstes ved en udbredelse af platformen ud til kommunerne. Der bruges i dag meget tid på at ringe (forgæves) og forsøge at sikre, at de rette tiltag er sket, samt at kommunen er klar til overdragelse. Desuden bruger kommunen unødigt ventetid på patientens trappesten og må ofte omlægge vagtplaner og opgavelister grundet ændringer i patienternes tilstand, som influerer på udskrivelsen eller overflytningen.

Fremtiden:

Vi ser frem til et pilotprojekt mellem 2-3 kommuner i regionen og de dertilhørende hospitaler og afdelinger. Desuden er der betydelige samfundsøkonomiske og etiske gevinster ved en udvidelse til at inkludere patient/pårørende, som er projektets hensigt i fase 3.

Indlægget:

Vi vil gennemgå projektets historie, erfaringerne/resultaterne med at anvende Cetrea's Klinisk Logistik samt visionerne for projekts fremtid som et tværsektorielt redskab og potentielt en videndelingskanal ud til patient/pårørende der ofte tabes i de accelererede akutte forløb.

Kommunens brug af sundhedsdata

Oplægsholder:

Britta Crone, analyse- og økonomikonsulent, Faxe Kommune, Center for Sundhed & Pleje, brcrb@faxekommune.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Claus Rehfeld, Rehfeld Partners A/S, cir@rehfeld.dk

Hovedbudskaber:

1. Sundhedsstrategisk Planlægnings Værktøj SSPV giver mulighed for at målrette den forebyggende indsats mod de diagnoser, borgergrupper og distrikter i kommunen hvor det giver mest værdi.
2. SSPV gør det muligt at måle effekten på de sundhedsinitiativer der gennemføres, samt prioritere fremtidige initiativer.
3. SSPV giver et nemt og overskueligt overblik, over nødvendig information, således at ledelsen og andre aktører kan træffe bedre beslutninger.

Det var som udgangspunkt vanskeligt at skaffe informationer om den kommunale medfinansiering uden at have et indgående kendskab til forskellige tekniske områder, samtidigt med at informationens tilgængelighed i høj grad krævede indsigt i DRG-systemet og de tilhørende kombinationer af diagnoser og sammenhænge i øvrigt. Siden kommunerne overtog større ansvar for sundhedsområdet ved strukturreformen i 2007 har mange kommuner manglet viden omkring, hvad udgifterne er blevet brugt til, og hvordan man som kommune kan påvirke dels udgifter, sygdomsmønstre og forebygge.

I forbindelse med strukturreformen igangsatte det daværende Sundhedsøkonomisk Center under Sundhedsstyrelsen et projekt med henblik på at opbygge et kommunalt sundhedsøkonomisk informationsgrundlag (KØS), til understøttelse af de lokale sundhedsindsatser og initiativer. KØS viste sig imidlertid at være vanskelig at anvende og den manglende brugervenlighed har medvirket til at mange kommuner kun i ringe grad anvender KØS i dag, på trods af de mange informationer. Dataudtræk er tidskrævende, vanskeligt og manuelt, hvorfor validiteten af udtrækkene ofte er lav når kommunerne gør det selv.

Faxe Kommune valgte at få en løsning (SSPV – Sundheds Strategisk Planlægningsværktøj), hvor brugerne har fået bedre overblik over medfinansieringsudgifterne og har nu mulighed for at målrette den forebyggende indsats mod de diagnoser, borgergrupper og distrikter i kommunen hvor det giver mest værdi. Løsningen leveres af Rehfeld og er pt. implementeret hos 15 kommuner. Den sundhedsstrategiske løsning er udviklet i samarbejde med flere kommuner og fungerer som en standardløsning med en række tilvalgsmuligheder.

Løsningen bidrager med stor værdi både i forhold til faglighed og økonomi på sundhedsområdet. Løsningen gør det desuden muligt at måle effekten på de sundhedsinitiativer der gennemføres, samt prioritere fremtidige initiativer. Arbejdet med sundhedsplanlægning er nu nemmere og mindre ressourcekrævende for brugerne og løsningen frigiver ressourcer til mere værdiskabende aktiviteter.

Fastetid som effektmål ved overførsel af patienter til operation

Oplægsholder:

Dorte Stilund Jensen, klinisk ansvarlig sygeplejerske for klinisk kommunikationssystem, Operationsafdelingen, Nykøbing Falster Sygehus, dsje@regionsjaelland.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jesper Simonsen, Roskilde Universitet, simonsen@ruc.dk

Morten Hertzum, Københavns Universitet, vnj274@iva.ku.dk

Ulrich Lichtenstein S. Andersen, Akutafdelingen, Nykøbing Falster Sygehus, ula@regionsjaelland.dk

Helle Pia Dengsøe, Ortopædkirurgisk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus, hpde@regionsjaelland.dk

Monica Hjorth Marqvorsen, Parenkymkirurgisk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus, mhmq@regionsjaelland.dk

Lene Hansen, Nykøbing Falster Sygehus, Roskilde Universitet, lenehans@ruc.dk

Hovedbudskaber:

1. Patienter der skal opereres faster ofte betydeligt mere end de krævede seks timer. Det er ubehageligt, giver problemer for fx diabetikere og reducerer modstandskraften hos svagelige patienter.
2. Reduktion af fastetiden omfatter mange aspekter af koordinationen ved planlægning af operationer. Fastetid er derfor et velegnet effektmål for optimering af patientforløb på tværs af afdelinger.
3. Et igangværende projekt på Nykøbing Falster Sygehus viser, hvordan elektroniske overblikstavler kan synliggøre fastetiden i koordinationen mellem de involverede afdelinger.

På Nykøbing Falster Sygehus har alle afdelinger elektroniske overblikstavler, udviklet af Imatis, med kliniske og logistiske oplysninger om patienterne. Ved overførsel af patienter til operation bruges disse overblikstavler til koordination af, hvornår patienterne er klargjort til operation. I april 2015 blev tavlerne konfigureret til at vise information om hvornår operationspatienter, akutte såvel som elektive, har påbegyndt faste, og en tæller der viser, hvor længe de har fastet. Parallelt med denne øgede daglige synliggørelse af fastetiden opgøres den gennemsnitlige fastetid med mellemrum og diskuteres på afdelingsniveau som effektmål i en løbende indsats for at optimere koordinationen og planlægningen af operationer. Udover det umiddelbare formål, at nedbringe fastetid udover de krævede seks timer, har projektet det bredere formål at opbygge en kompetence lokalt på hospitalets afdelinger i at arbejde effektdrevet med optimering af arbejdsgange.

I indlægget præsenteres den effektdrevne optimeringsproces, projektet har fulgt i form af effektspecifikation efterfulgt af iterationer af effektrealisering og effektmåling. Effektrealiseringen har dels bestået i konfigureringen af de elektroniske overblikstavler med information om fastetider, dels i implementering af arbejdsgange for registrering af fastetider og endelig i at skabe fælles ønske, indsats og ejerskab på afdelingerne om at nedbringe fastetiderne. Lokal kompetence i at gennemføre sådanne processer er afgørende for at kunne arbejde systematisk med optimering af arbejdsgange og konfigurerbare informationssystemer. Effektmålinger foretages i juni og september. Resultaterne af disse effektmålinger vil blive præsenteret i indlægget. Superbrugernes erfaringer med effektdrevet optimering og deres interventioner for at realisere effekterne vil blive diskuteret. Endelig vil indlægget give nogle overvejelser om at bruge lokale effektdrevne optimeringsprocesser i andre IT-systemer, herunder den forestående implementering af sundhedsplatformen, Epic.

Fra intensiv til sengeafdeling – elektronisk overflytning af viden

Oplægsholdere:

Rikke Ulka, klinisk udviklingssygeplejerske, Anæstesiologisk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus, ru@regionsjaelland.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Kija Østergaard, Roskilde Universitet, CBIT, Nykøbing F. Sygehus, kijal@ruc.dk

Jesper Simonsen, Roskilde Universitet, CBIT

Morten Hertzum, Københavns Universitet, IVA

Ulrich Lichtenstein S. Andersen, Nykøbing F. Sygehus, Akutafdelingerne

Hovedbudskaber:

1. Optimeret kommunikation og samarbejde i transitionen kan reducere patienternes dødelighed, sygelighed og generelle indlæggelsestid
2. Brugerdrevet it-udvikling på tværfagligt niveau højner kommunikationen og samarbejdet mellem afdelinger i transitionen af patienter
3. Kontekstafhængig mobil applikation i forhold til patient og en elektronisk plejeplan øger patientsikkerheden – den rette patient i den rette seng

Baggrund og motivation:

Når en patient flyttes fra en hospitalsafdeling til en anden, er det ikke kun patienten, der flyttes. Al hospitalets viden om patienten skal flytte med. Hvis vigtig viden om patienten tabes i forbindelse med flytningen, kan det i værste fald få fatale følger. Patienter, der under et ophold på et intensivafsnit (ITA) er blevet så stabile, at de kan flyttes til en almindelig sengeafdeling, udgør en særlig udfordring i den sammenhæng. De er som regel karakteriseret ved fortsat at kræve multidisciplinær koordination af pleje og behandling, der kræver adgang til præcis og fuldstændig information om alle indsamlede observationer. Især har opfølgningen det første døgn efter overflytningen, hvor patienterne er mest sårbare, vist sig at være vigtig for et succesrigt forløb. Indførelsen af elektroniske oversigtstavler (Imatis), herunder mobile oversigtstavler, er et potentielt værktøj til reduktion af datatab og forbedret informationsoverblik i forbindelse med overflytninger. Men hvor stort er dette potentiale, når det kommer til stykket, og er det udnyttet?

I forbindelse med ph.d. projektet "Fra Intensiv til sengeafdeling. – Elektronisk overflytning af viden", viser det sig, at flere patienter dør "uventet" efter overflytning fra ITA til en sengeafdeling. Projektet undersøger, hvordan en elektronisk oversigtstavle kan bruges i forbindelse med opfølgning efter overflytningen.

Der er i en forundersøgelse fundet ud af, at sygeplejersker på ITA og på sengeafdelingerne oplever det problematisk, at afdelingerne opererer med forskellige it-systemer. Det besværliggør både kommunikationen og samarbejdet mellem ITA og sengeafdelingerne, når patienterne overflyttes, hvilket kan betyde misforståelser og tab af vigtig information om patienterne. Sygeplejerskerne har på tværs af afdelingerne identificeret problemerne/udfordringerne i forbindelse med overflytningen og har, uafhængigt af hinanden, foreslået brugen af de elektroniske oversigtstavler (Imatis) både i selve overflytningen, men også i plejen af den tidligere ITA-patient i løbet af den kritiske fase det første døgn efter overflytningen.

Beskrivelse:

Projektet er forankret på Nykøbing F. Sygehus, Region Sjælland, i samarbejde med Roskilde Universitet og Region Sjælland.

Nykøbing F. Sygehus var de første i Region Sjælland til at implementere elektroniske oversigtstavler (Imatis) på alle sygehusets afdelinger. Dette skete ultimo 2012. Studiet er brugerdrevet, det vil sige, at det er klinikerne/plejepersonalet, der både problemidentificerer og designer indholdet af opfølgningen efter ITA (Participatory Design), udarbejder en fælles forståelse og en fælles standard af opfølgningen. Fire afdelinger har accepteret invitationen til at deltage i projektet.

Opfølgning efter overflytning fra ITA til en sengeafdeling indeholder en initial 24 t plejeplan (udover den "almindelige" plejeplan) samt et genbesøg, hvor ITA sygeplejersken mødes med den patientansvarlige sygeplejerske på afdelingen. Her afklares uddybende spørgsmål omkring den tidligere ITA-patientens pleje og behandling.

Inklusionskriterier: >18 år, mekanisk ventilerede patienter >48 timer, indlagt ITA >72 timer, overflyttet uplanlagt til sengeafdeling i aften/nattetimerne.

Eksklusionskriterier: overflyttet til sengeafdeling til palliativ/terminal pleje, udskrives inden for de første 24 timer efter overflytning fra ITA, overflyttes til andet sygehus.

Indlægget:

I indlægget præsenteres hvordan workshopperne er gennemført og resultaterne. Desuden præsenteres de tværfaglige designworkshops samt en prototype for den elektroniske 24 t plejeplan via Imatis. Indlægget gennemgår de udfordringer personalet oplever i forbindelse med den initiale opfølgning samt de udfordringer, der ligger i at skulle udarbejde i fælles forståelse og standard på et tværfagligt niveau, når det er klinikerne, der skal forhandle om, hvis af afdelingernes behov og krav, der skal efterkommes.

Google Glass - fup eller fornuft?

Oplægsholder:

Claus Kjærgaard Andersen, Senior Architect, Systematic A/S, clkan@systematic.com

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Thea Boje Windfeldt, Hospitalsenheden Horsens,

Finn Hansen, Hospitalsenheden Horsens

Tobias Tolstrup Boest, Hospitalsenheden Horsens

Hovedbudskaber:

1. Columna Optic app via Google Glass understøtter klinikere i fotodokumentation af sår
2. Det giver god klinisk værdi, at kunne arbejde håndfri i en klinisk situation samt hurtigt at kunne kontakte kollega eller anden specialist håndfrit
3. Der er tekniske begrænsninger med nuværende smart optiske medier

Der har igennem de sidste par år været øget fokus på muligheder i smart optiske medier og brugen af disse i en klinisk kontekst. Der er set en række forskellige ideer, koncepter og prototyper - ikke alle lige klinisk relevante. Motivationen for Columna Optic app (via Google Glass) er anvendelsen af smart optiske medier til at understøtte stemmestyrret klinisk fotodokumentation direkte ind i en elektronisk sundhedsplatform.

En stor del af den kliniske dokumentation af sår og fistler m.m. foregår i dag tekstuel efter udført undersøgelse. I de tilfælde hvor der anvendes fotodokumentation, kræver det assistance eller frigørelse af klinikerens iførte handsker. Derfor virker det naturligt at anvende Columna Optic app, som håndfrit understøtter optagelse af et eller flere fotos af patientens sår og efterfølgende giver mulighed for direkte at dokumentere disse i sundhedsplatformen – også vha. stemmestyring. Projektet har således til formål at afprøve løsningen for at validere dens kliniske relevans.

Columna Optic app understøtter også muligheden for direkte opkald via bluetooth til mobil og derfra til kollega eller anden specialist. Ved at fotos er tilgængelige i sundhedsplatformen kan der kommunikeres ud fra et fælles visuelt indtryk, og dette kan gøres håndfrit for kliniker, der er i gang med undersøgelsen. Dette er et område, hvor afprøvning i en klinisk kontekst også vil vise, om det er fup eller fornuft.

Beskrivelse:

Der gennemføres et klinisk valideringsprojekt på et antal patienter på kirurgisk afdeling, Hospitalsenhed Horsens. Her bliver løsningen afprøvet i en klinisk kontekst med henblik på validering af anvendelighed, klinisk relevans og patientpåvirkning. Desuden vil afprøvningen give afdelingen en fornemmelse for øvrigt potentiale omkring optiske medier, både hos dem selv og for kolleger i andre afdelinger.

Columna Optic er en app, der er udviklet og installeret på Google Glass. App'en understøtter stemmestyrret patientkontekst, tilgang til klinisk vejledning, optagelse af kliniske fotos og efterfølgende lagring. Yderligere understøttes stemmestyrret opkald.

Indlægget:

Præsentation af de kliniske erfaringer fra afprøvningen af Columna Optic via Google Glass anvendt til dokumentation af sår i kirurgisk afdeling. Hvad er de kliniske fordele og er det en løsning, der kan anvendes inden for andre kliniske områder?

Hvilke observationer og evalueringer er der fra patienter, hvor det kliniske personale har anvendt Columna Optic?

Hvilke tekniske udfordringer og begrænsninger er der med de aktuelle smart optiske medier som Google Glass i dag set i forhold til en klinisk og etisk anvendelse?

Indlægget holdes af Claus Kjærgaard Andersen (Systematic) og Thea Boje Windfeldt (Hospitalsenheden Horsens).

Ny it-løsning bidrager til fleksibilitet i serviceassistenternes hverdag

Oplægsholder:

Mikkel Harbo, Director Business Development and Product Management, Systematic A/S, Mikkel.Harbo@systematic.com

Hovedbudskaber:

1. Hvordan kan serviceassistenter på landet hospitaler håndtere varierende arbejdsomængde?
2. Hvordan kan arbejdsflowet tilrettelægges mere jævnt?
3. Sådan kan arbejdsomgange effektiviseres og digitaliseres

På landets hospitaler sker organisatoriske ændringer løbende – bl.a. sammenlægges portør opgaver, rengøringsopgaver og serviceopgaver i en ny stillingsbetegnelse – nemlig serviceassistenter. Serviceassistenter skal løfte ad-hoc opgaver (tidligere portør opgaver), rengøring samt serviceopgaver, dvs. sørge for kaffe til møder m.v. Mange af opgaverne er ad-hoc, mens de planlagte opgaver er gentagne opgaver. Formålet med at anvende serviceassistenter er fleksibilitet. Medarbejderne skal kunne håndtere den daglige variation i opgaverne.

Det giver visse udfordringer i forhold til koordinering og planlægning:

- Serviceassistenterne skal prioritere og koordinere udførelse af ad-hoc og planlagte opgaver
- Der skal være overblik over ad-hoc opgaver, så man kan træde til, når det er nødvendigt – eventuelt selvom man er i gang med en rengøringsopgave
- Funktionen er præget af en ujævn arbejdsomængde. Det skal derfor være nemt at iværksætte alternative arbejdsplaner og sætte vikarer i gang, så arbejdet blive udført og hygiejnekravene overholdt. De patientnære opgaver har naturligvis højeste prioritet.
- Der er behov for mere fleksibilitet i arbejdsomgangene og nemmere overlevering af opgaver, såfremt man ikke nåede den planlagte rengøring eller endda nåede ekstra.

Dette er blot nogle af årsagerne til, at der er brug for en it-løsning, der kan rumme alle typer af opgaver.

Derfor har Systematic udvidet det nuværende Opgavesystem, som mange portører er vant til at bruge, til at omfatte rengørings- og serviceopgaver. Det giver et komplet overblik over alle opgaver, som serviceassistenterne skal løse.

De enkelte rengøringsopgaver vil dog være lidt anderledes end de ad-hoc opgaverne. I stedet for at booke sig ind på en opgave, påbegynde og afslutte, så kan man i stedet booke sig ind på en rengøringsplan, som kan gælde for et helt afsnit. Dette er bl.a. fordi, at det ville være uhensigtsmæssigt, såfremt man hele tiden skal bruge telefonen samtidig med, at man gør rent. De enkelte opgaver vil ligeledes indeholde en tjekliste og arbejdsomgangsbeskrivelse, da der er forskellige krav til hygiejne og rengøring i de forskellige rum på hospitalet. Det er med til at sikre, at kravene overholdes og ligeledes er det nemmere for vikarer at udføre arbejdet korrekt. Afdelingslederne kan nemmere koordinere indsatsen, vedligeholde og opdatere planerne.

Overblikket gør ligeledes, at arbejdsomgangene kan effektiviseres. På hospitalerne bliver patientstuerne rengjort dagligt. Bliver en patient udskrevet skal stuen rengøres igen. Ved at integrere løsningen med Klinisk Logistisk, fås informationer om, hvornår patienterne udskrives. Kan man se, at en patient udskrives senere på dagen, så kan den daglige rengøring og udskrivningsrengøringen slås sammen, hvormed man undgår dobbeltarbejde.

Er en opgave ikke nået, så er der mulighed for at markere dette, så den dagen efter bliver prioriteret højt. Ligeledes kan man løse nogle af frekvensopgaverne (fx rengøring af XXX) på forhånd, hvis man har ekstra tid – og ligeledes markere dette.

Helt overordnet set, så handler det om at kunne tilrettelægge de travle dage bedre samt udnytte de stille dage til at fremskynde og udføre frekvensopgaver.

Løsningen giver en række fordele i hverdagen:

- Komplet overblik over alle typer af opgaver
- Fleksibilitet
- Lettere håndtering af fravær
- Større garanti for overholdelse af hygiejnekrav
- Kommunikation digitaliseres
- Økonomiske besparelser i form af øget effektivitet og fleksibilitet

Der er i øjeblikket tæt dialog med flere hospitaler omkring løsningen, som der har været udvist stor interesse for. Dette samarbejde er ved at udmønte sig i et roadmap, som indeholder en række af de idéer og ønskede funktioner, der løbende bliver tilkendegivet.

Klinisk beslutningsstøtte - lynhurtig udvikling fra behov til praksis

Oplægsholder:

Henrik Lindholm, Product Manager, Cambio Healthcare Systems, henrik.lindholm@cambio.dk

Hovedbudskaber:

1. Metode til øjeblikkelig hjælp og støtte til kritiske beslutninger (CDS) baseret på guidelines og forskning.
2. Brug af åbne værktøjer gør det muligt frit at dele CDS på tværs i hele verden. Man kan udveksle mellem sektorer, regioner og lande, uden at være bundet på et bestemt EPJ-system
3. Udvikling af klinisk beslutningsstøtte kan ske på bare tre måneder fra behov eller ide, til klinisk anvendelse er mulig.

Der udvikles og forskes hele tiden i bedre metoder for at finde brugbare kliniske regler og guidelines for hvordan man kan identificere forskellige kliniske tilstande. Denne udvikling sker worldwide meget hurtigt og mere og mere specialiseret. Der findes nu rigtigt mange terrabytes af data, som indeholder elementer, som kan være nyttige ved klinisk beslutning. Disse kan være svære at overskue og nogle gange ved man måske slet ikke, at de eksisterer, når der skal træffes beslutninger.

Selv med adgang til alle nødvendige data når der skal træffes beslutninger, kan den menneskelige hjerne dels have svært ved at overskue antallet af variable, og dels kan man være biased af en hypotese, som kan gøre, at man ikke nødvendigvis får truffet den objektivt mest korrekte beslutning. Derfor er CDS en stor hjælp til at træffe korrekte beslutninger, til at følge op på om alt er gjort i en given situation, og så videre. Ovenpå det kan man bygge metoder til kontrol af compliance med mere.

Som konsekvens af dette, er der et stort internationalt arbejde i gang i regi af OpenEHR, baseret på anerkendte standarder, fx Snomed CT, eller mere enkle som ICD-10 m.fl og det er også muligt at anvende egne klassifikationer, hvis det skønnes relevant. Arbejdet er baseret på åbne standarder, som gør, at man kan dele sit arbejde og regler. Der findes værktøj til konstruktion af guidelines, som baseres på strukturerede epj-data. Med dette kan man bygge sin kliniske beslutningsstøtte op, som kobles direkte til det system, man arbejder med - og hvad der også er muligt, er at man kan dele de færdige beslutningsstøttere regler, så de kan anvendes på tværs af sektorer, regioner og lande. Konceptet har indbygget oversættelsesværktøj.

Udviklingsmetoden som nu anvendes i samarbejde med Odense Universitetshospital går på følgende:

- ▶ En eller flere klinikere udpeges med ansvar for det klinisk faglige indhold fx en guideline, som skal indgå i beslutningsstøttekonceptet. Opgaven for disse er, at sikre at reglesættet er korrekt, men også at sikre metoden for at overvåge området bliver defineret. I samarbejdet med sundhedsinformatiske udviklere defineres derefter en prototype på basis af indholdet i guidelinen. Prototypen bygges med OpenEHR værktøjer oven på de databaser, som indgår i området.
- ▶ Et web-link, der indeholder prototypen på den kommende app, stilles til rådighed, kommunikerer der videre, og i flere detaljer. Derefter testes for om, alt som er indeholdt i guidelinen også er i applikationen, om der findes de korrekte data i databasen, og om reglerne er korrekt opsat. Denne proces, med umiddelbar feedback, anvendes indtil alt er med. Derefter bearbejdes brugerinterfacet og beslutninger om, hvad der skal indgå i det dashboard, som anvendes til kontrol og opfølgning pr. patient, grupper af patienter, klinikere, organisatoriske niveauer med mere. Når denne del er færdig, kan denne guideline applicere direkte i den epj, man anvender. Dette kan gøres på gennemsnitligt 3 måneder, da metoden er så generisk og direkte.

Indlægget viser principper og metoder som dette foregår på.

Visualiseret EPJ - demo og beskrivelse

Oplægsholder:

Søren Lippert, ph.d.-studerende, IT Universitetet i København, sli@dadlnet.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Søren Lauesen, IT Universitetet i København, slauesen@itu.dk

Hovedbudskaber:

1. Patientens kliniske oplysninger vises grafisk på ét centralt skærbillede
2. Skærbillederne kan ændres og nye konstrueres af en IT-kyndig kliniker
3. Data struktureres vha. officielle klassifikationer

Mange klinikere klager over, at nuværende EPJ-systemer gør det vanskeligt at få overblik over alle oplysningerne om patienten. Det præsenteres anekdotisk i nyhedsmedierne og systematisk i en række videnskabelige undersøgelser. Fragmentering af informationerne om patienten, endda ofte i adskilte IT-systemer, er en vigtig barriere for opnåelse af overblik. Opfattelse af billeder og grafik har en meget større båndbredde end læsning af tal og ord. Begge dele spiller afgørende roller for overblikket.

Ud fra ønsket om at stille godt værktøj til rådighed for sundhedsvæsenets slutbrugere, er vi ved at udvikle et EPJ-system, der angriber disse problemer på to niveauer: brugerfladen og systemets datamodel. Vi mener, at der er tale om fremskridt, der bør præsenteres for konferencens deltagere.

Systemet viser oplysningerne grafisk på en manipulerbar tidsskala. Udgangspunktet for udviklingen er at gøre det let for klinikere at få overblik over patientens historie og tilstand. Ved at udnytte tidligere arbejder og egne feltundersøgelser har vi konstrueret en datamodel, som dækker alle slags klinisk arbejde. Funktionalitet og brugerflade er bestemt af sygeplejerskers og lægers arbejdsopgaver samt relevant viden om visualisering og brugervenlighed. Overalt er der lagt vægt på intuitiv brug. Visualisering kræver strukturerede data, og systemet bruger i øjeblikket SKS, ICPC, IUPAC's NPU-klassifikation samt DDDklassifikationen.

Visualiseringen er bygget på datamodellen og er konstrueret vha. et nyt, generisk og formelbaseret værktøj. Da dette ikke kræver formel IT-uddannelse, kan man i specialer og klinikker ændre skærbilleder og konstruere nye i takt med faglig udvikling og organisatoriske ændringer. Fx kan standardiserede patientforløb og diverse indberetninger indbygges og ændres efter behov. Softwareudviklingen er gjort i flere iterationer baseret på løbende usabilitytests. I øjeblikket (marts 2015) har vi en high-fidelity prototype, som vi videreudvikler.

Oplægget holdes som en demonstration af prototypen med efterfølgende uddybende beskrivelse efter behov.

Datadeling

Oplægsholder:

Helle Bülow, sygeplejerske, Slagelse Kommune, hbmc81@gmail.com

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Bitten Beyer, Slagelse Kommune, bkbey@slagelse.dk

Joy Christensen, Pallas Informatik, joy@pallas.dk

Hovedbudskaber:

1. Udvikling af elektroniske scoreskemaer
2. Sammenhængende og bedre borgerforløb
3. Øget tværfaglighed i borgerforløb

Baggrund og motivation:

Pallas Informatik og Slagelse Kommune har i efteråret 2013 indgået en aftale om dels at pilot-teste 'Roskilde-hjulet' og dels udvikle registrerings- og scoreskemaer i elektronisk version integreret i 'Roskilde-hjulet'.

Motivationen for dette ligger i oplevelsen af komplicerede arbejdsgange i primær sektor, hvor øget kompleksitet i borgerforløbene dels kræver øgede sundhedsfaglige kompetencer og dels kræver øget opmærksomhed på tidlige tegn på sygdom.

Forskellighed i de sundhedsfaglige kompetencer og begrænsede muligheder for reel videreuddannelse af hele personalegrupper fordrer ønsket om udvikling af eksisterende kompetencer, hvilket 'Roskilde-hjulet' pilot-testes i via øget refleksion og faglig sparring om fokuspunkter.

I tråd med dette ønskes udvikling af registrerings- og scoreskemaer, som kan sendes på tværs af sektorer og behandlings-instanser, da nutidige arbejdsgange er tidskrævende og med mange mellemlid, hvorfor risikoen for at informationen går tabt øges.

Beskrivelse:

'Roskilde-hjulet' består af en mobil version til smartphones og en desktop version. Den mobile version er tiltænkt registrering af ændringer i borgerens habitual-tilstand og desktop-versionen viser overblikket over registreringerne. I projektet pilot-testes begge versioner, og der udvikles registrerings- og scoreskemaer til fx tryks-score, basale observationer, bs, ernæring etc.

Disse skemaer udvikles således, at man i desktop-versionen kan følge borgerens forløb, og endvidere integreres registreringer på sigt i omsorgssystemet samt sendes elektronisk til andre behandlere ved fx indlæggelse, konsultation hos praktiserende læge osv.

Indlægget:

I indlægget vil jeg kort præsentere den mobile version og desktop versionen af 'Roskilde-hjulet' og forklare betydningen af den ændrede arbejdsgang med udviklingen af elektroniske registreringsskemaer, således at deltagerne vil få et indblik i systemets anvendelse i en sundhedsprofessionel hverdag.

Herefter vil jeg præsentere de overvejelser der ligger til grund for udviklingen af redskaber med sigte på smartere arbejdsgange og bedre tværfaglige borgerforløb.

Til sidst vil jeg præsentere fremtidsperspektivet for at udvikle digitale redskaber til at visualisere borgerforløb for at øge det tværfaglige samarbejde om borgeren.

Prioritering i Det Danske Sundhedsvæsen - hvordan?

Oplægsholder:

Janni Lerche, Industry Expert, NNIT, qja@nnit.com

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jakob Routhe, NNIT, jsir@nnit.com

Hovedbudskaber:

1. Prioriteringer der bygger på data, kræver data fra flere domæner.
2. Sammenstilling af data fra flere domæner kræver en fælles terminologi.
3. En bred standard terminologi som f.eks. SNOMED CT giver mulighed for at anvende Big Data som prioriteringsgrundlag.

Baggrund og motivation:

Offentlige sundhedsudgifter vokser. En udvikling hvor løsninger om mere personale og flere penge ikke kan løse problemerne. Der er brug for faktuel viden frem for følelser og intuition i en fremadrettet kvalificeret sundhedspolitisk debat om prioritering i sundhedsvæsenet.

Danmark har været førende på registerforskning og bidraget med ny viden på mange områder. For hvert register er standardisering af struktur og indhold en selvfølge.

Kvalitetsarbejdet har været kendetegnet ved dobbeltregistrering og langsommelig rapportering.

Beskrivelse:

Standardiseret dataindsamling på tværs af geografiske og faglige subdomæner i sundhedsvæsenet skal bruges som et strategisk og taktisk værktøj i den nødvendige prioritering. Mange forskellige typer oplysninger skal kunne sammenlignes på landsplan og give potentiale til præcise analyser og identificering af patientvariabler og detaljer om sundhedsydelser på tværs af hospitaler og patientforløb. Sådanne databaserede oplysninger kan være mønstre i patientforløb som rækker ud over diagnoser og ydelser. Patientspecifikke oplysninger som alder, køn, anamnese, sociale forhold, livsstil, vaner, historiske informationer, patienternes egne historier, patienternes spørgsmål, organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet som eks. personaleforhold, sygehusstørrelse, specialefordeling og belastning. En indsigt, der sammen med kendte demografiske og socioøkonomiske forhold, synliggør trends med mulighed for hurtig reaktion og løbende tilpasninger af skræddersyede sundhedspolitiske tiltag. Målet er sammensætning af forskellige typer data og muligheden for at omsætte dem til konkret viden.

Et helt nødvendigt værktøj er indeksering af data i standardiserede enheder. Det vil sige at data følger en standardiseret opsamling, kan sammenlignes meningsfuldt, har unikke ID koder, kan fremfindes i den kontekst de er skabt og let kan udtrækkes i forståelige rapportformater.

Terminologiske kodeværker og stærke datamodeller er helt nødvendige for troværdig datasammenligning over tid og på tværs i sundhedsvæsenet.

SNOMED CT (SCT) er det internationale kodeværk, der med afsæt i den kliniske verden, giver mulighed for struktureret indsamling af forskellige datatyper som kliniske fund, fundets anatomi, ydelser, medicin, geografiske forhold, mikroorganismer, social kontekst, sygdomsstadie inddeling, skalaer m.v.

En dataindeksering, der sker automatisk bag skærmen, mens brugeren noterer, som hurtigt kan udtrækkes i rapporter og som kan afsløre hidtil ukendte patient-/sygdomsmønstre.

Indlægget:

Med afsæt i et resultat af Big Data opsamling fra Kaiser Permanente illustreres gevinsten ved anvendelse af en fælles terminologi på tværs af patientforløb og hospitaler.

- Case: indgift af NSAID associeret med hjerteproblemer.
- Illustration af hvordan SCT muliggør automatisk beslutningsstøtte, hvis eks. udsatte patientgrupper forsøges behandlet med NSAID præparater.

Tværororganisatorisk samarbejde og deling af data på en nem og sikker måde

Oplægsholder:

Louise Langelykke, Product Manager, KMD A/S, lly@kmd.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Bo Kinch Andersen, KMD A/S, bxa@kmd.dk

Hovedbudskaber:

1. Sikker deling af relevant data og informationer behøver ikke at være et stort IT projekt
2. Hør hvilke genvinster udvalgte kommuner har fået med ensartet, sammenhængende og effektivt forløb
3. Se hvordan Borgeren inddrages aktivt i egen sag

Baggrund for indlægget:

Arbejdet for at skabe en holistisk og tværoffentligt indsats med individet i fokus har igennem de sidste år været omdrejningspunkt i både reformer, offentlige undersøgelser og anbefalinger.

Det har bl.a. ført til afprøvning af nye organiserings- og samarbejdsmodeller på tværs af ydelser og serviceområder. Begrebet om den koordinerede sagsbehandler, der sikrer, at borgere og virksomheder oplever et ensartet, sammenhængende og effektivt forløb gennem ofte mange forskellige offentlige myndigheder har vundet indpas.

Beskrivelse af KMD Nova Dialog:

Med KMD Nova Dialog bliver det muligt at samarbejde og dele informationer, opgaver og dokumenter på tværs af kommune, myndigheder, læger, sygehuse, virksomheder m.m. på en sikker måde med borgeren i centrum og data sikkert i Danmark.

KMD Nova Dialog er et sikkert digitalt samarbejdsrum til effektiv kommunikation i tværfaglige processer. Det komplekse samarbejde på tværs af myndigheder og med eksterne parter får i KMD Nova Dialog en digital understøttelse. Alle typer af samarbejde – simple som komplekse – kan understøttes på tværs af alle forretningsdomæner og processer. Og borgeren kan involveres, hvor det er relevant. KMD Nova Dialog giver hver enkel forvaltning nye muligheder for at skabe en effektiv, sikker og dokumenteret sagsbehandling – hver gang.

Med KMD Nova Dialog får man også mulighed for at afholde online møder, hvor det passer ind. Hvis et samarbejdsrum kræver mere end deling af dokumenter, opgaver og informationer, kan der inviteres til online-møde på tværs af alle både interne og eksterne parter samt borgere.

I indlægget vil vi præsentere:

I indlægget vil vi præsentere visionerne bag Nova Dialog og vise, hvor enkelt deling af og samarbejde omkring relevant data kan gøres. Derudover viser vi, hvordan opgaver kan uddelegeres og følges op, samt hvor let et samarbejde løbende kan inddrage flere aktører i samarbejdet.

Der vil blive vist nogle af de områder, hvor Nova Dialog er brugt og hvilke værdier, det har givet i samarbejdet mellem Borger, kommuner og Regioner. Det er eksempelvis borgeren, der er sygemeldt efter en trafikulykke, fysioterapeuten der hjælper med genoptræningen, arbejdsgiveren der lægger en plan for deltidsarbejdet i en periode.

Tværasektoriel ledelsesinformation - Hvordan kommer vi i gang?

Oplægsholder:

Maria Friis Larsen, direktør, Rehfeld Partners A/S, mfl@rehfeld.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anja Besserman-Svendsen, Rehfeld Partners A/S, anb@rehfeld.dk

Hovedbudskaber:

1. Der findes en del relevante data på tværs af forskellige fagsystemer, som kan danne et vigtigt overblik over patientens forløb.
2. Der er behov for et værktøj til at synliggøre diverse processer i patientforløbene, og identificere de evt. flaskehalse, hvor en mulig indsats kan forbedre forløbet.
3. Det er vigtigt, at de samme data præsenteres forskelligt til forskellige faggrupper, uden at der skal herske tvivl om data'ens sandhed.

Patienten i centrum sætter krav til kvaliteten i behandlingen, og i den forbindelse er der et stigende behov for at se på patienternes forløb og kontakt med de forskellige sektorer, som er i kontakt med patienten. Både sygehus, kommune og praksissektoren har vigtige andele og opgaver i hele patientforløbet. Sygehuse, kommuner og praksissektoren i Danmark er under et pres for at overholde budgetter og produktionen samtidig med, at arbejdsgange skal blive mere effektive og kvaliteten i behandlingen skal forbedres. Vi skal sikre, at alle aktører deler de korrekte informationer, som sørger for et bedre forløb, samtidig med at sundhedsvæsenets evne til at levere stadigt stigende effektivitet og mere sundhed for pengene sikres. Der er derfor behov for et værktøj til at synliggøre diverse processer i patientforløbene, og identificere de evt. flaskehalse, hvor en mulig indsats kan forbedre forløbet.

Dette stiller krav til, at de eksisterende data i de forskellige systemer kan anvendes sammen i en meningsfuld måde, uden at patientens privatliv kompromitteres. Endvidere kan den korrekte information optimere ledelsesbeslutningerne i sektorerne, hvilket hjælper med at styre økonomien og ressourcerne. Dermed forbedres muligheder for at reagere hensigtsmæssigt, og på den måde øges forudsætningerne for at sikre patienten den optimale kvalitet i behandlingen.

Rehfelds kendskab til sundhedsdata, ledelsesinformation og de forskellige sektorer har gjort at flere tværasektorielle projekter er søsat på nuværende tidspunkt. Ambitionen med projekterne er, at identificere de områder, hvor der er mulighed for forbedring, og hvor der er ægte flaskehalse, som bør løses. Det er også interessant at identificere de mytiske flaskehalse, som skaber en del "støj" i arbejdet, men som ikke er et reelt problem. Det afgørende element for et succesfuldt resultat er dialogen med ledelser hos de forskellige organisationer, hvorved de relevante problemstillinger i forhold til forløbet kan omdannes til processer, som afspejler de forløb patienten kommer i gennem.

En væsentlig del af det tværasektorielle samarbejde sikres gennem en ensartet forståelse hos de forskellige organisationer, der leverer ydelser i forløbet. Dette gøres ved at levere relevant, rettidig og overskuelig information til ledelserne i de forskellige organisationer, og til andre relevante aktører.

Is bigger better? Addressing the challenges of Care delivery in the 21st Century - A Tasmanian Perspective

Oplægsholder:

Paul Turner, eHealth Services Research Group (eHSRG), University of Tasmania

Beskrivelse:

Health care systems globally face major challenges in how best to maintain the provision of high quality care for all in a manner that is economically sustainable. As populations' age and the burden of chronic diseases grows, system affordability has become a major driver underpinning health care reform. Given the complexity of challenges faced, it is not surprising that there are different perspectives on what needs to be done, how, where, when and by whom. Unfortunately, these debates have often been fragmented with a variety of approaches advocated, each based on different measures and types of evidence to support claims of value.

An example of this fragmentation can be seen in debates around the merits of 'super-hospitals' versus smaller more distributed centres for care delivery. Undoubtedly economies of scale and scope are appealing but questions remain about whether average costs are always higher in smaller hospitals? Beyond efficiency, questions of effectiveness in terms of patient access and patient outcomes also continue to be hotly debated both within and beyond acute care settings. Of course, for all hospitals a key dimension of rising pressure on service delivery relates to utilisation of capacity and the ability of the hospital system to admit, treat and discharge patients safely and smoothly.

This presentation will discuss work conducted in Australia aimed at enhancing smooth patient flow including through the deployment and use of health information systems. Based on this work an argument is presented promoting stronger citizen e-health services as part of mechanisms to strengthen meaningful integration of hospital and community services for the future.

Sociala utmaningar vid implementering av Informationssystem i svensk hälso- och sjukvård

Oplægsholder:

Lina Nilsson, projektkoordinator, Blekinge Institute of Technology

Beskrivelse:

I Sverige uppmanas hälso- och sjukvårdsorganisationer genom en nationell IT-strategi att bli effektiva, tillgängliga och ge säker vård med hjälp av Informationsteknologiska (IT) lösningar och implementera eHälsa. Trots att flera nationella, regionala och lokala eHälsoprojekt har initierats i svensk hälso- och sjukvård, har inte implementeringen av dem gått i den takt som strategin planerade. Under den här föreläsningen presenteras forskning som påtalar betydelsen av de sociala aspekterna när IT och eHälsoprojekt ska implementeras i hälso- och sjukvård, och varför dessa aspekter kan ha bidragit till att nationell IT-strategis planering är försenad. Till exempel, varför inverkar makt, professionell identitet, socialisering och interaktion på implementeringen av IT och eHälsoprojekt? Föreläsningen innefattar också en presentation av fortsatt forskning om sociala utmaningar samt ett resonemang om hur vårdutbildningar kan möta dessa utmaningar.

Internasjonale erfaringer i nasjonale e-helse prosjekter – hva har Norge lært av andre land i realiseringen av Én innbygger – Én journal

Oplægsholder:

Irene Olaussen, Senior Advisor eHealth, Norwegian Directorate of Health

Beskrivelse:

I 2012 lanserte den norske regjeringen stortingsmeldingen Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lede utredningen av Én journal. Utredningen skal vurdere, og anbefale ulike konseptvalg og gjennomføringsstrategi for disse. For hvert konsept skal en vurdere risiko, styringsmessige utfordringer og organisatoriske konsekvenser. Utredningen omfavner hele helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal gjennomføres i tett samarbeid med sektoren. Ultimo 2015 leverer Helsedirektoratet sin anbefaling til regjeringen.

Utredningen har kartlagt andre lands erfaringer med konseptvalg og gjennomføringsstrategi på e-helse området. Mens utviklingen internasjonalt på 90-tallet var preget av små-skala, lokale implementasjoner i et begrenset sett av virksomheter er trenden de to siste tiårene en økende driv for å levere langt mer substansielle, nasjonale e-helse implementeringer. Gjennom en systematisk beskrivelse av erfaringer ulike land - gode og dårlige, er det skapt et rom for refleksjon rundt de utfordringer og muligheter Norge står overfor.

I innlegget vil vi presentere sentrale funn i den internasjonale studien, og spørsmålene disse funnene har mobilisert i det nasjonale prosjektet.

Remind - en telesundhedsplatform i Psykiatri og Social i Region Midtjylland

Oplægsholder:

Marianne de Lemos, projektleder, Psykiatri og Social, Region Midtjylland, marde@rm.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Margit Kristensen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland, magkis@rm.dk

René Ingemann Andersen, Appinix A7S, rene.ingemann@appinix.com

Hovedbudskaber:

1. En telesundhedsplatform til mange og i bredden
2. Platformen giver mulighed for patient self-management og deltagelse i egen behandling samt tværsektorielt samarbejde omkring patienten
3. Fra storskalaprojekt til drift – ikke uden udfordringer

Baggrund og motivation:

Psykiatri og Social, Region Midtjylland tester i 2015 den mobile sundhedsplatform Remind på de psykiatriske afdelinger og sociale tilbud i regionen.

Remind bygger videre på erfaringerne fra to tidligere app-projekter i Psykiatri og Social, der har vist, at specialudviklede apps kan bruges som supplement til den almindelige behandling. Via Remind kan behandlerne støtte patienten i diverse aktiviteter, medvirke til at give struktur eller hjælpe med at håndtere situationer, der kan være vanskelige for patienten.

I Remind findes udbyggede versioner af de moduler, der var i de første apps, men i et helt nyt set up, der sikrer, at platformen kan anvendes i stor skala og til alle diagnoser og dermed i bredden inden for hele det psykiatriske og social-psykiatriske område.

Med dette oplæg ønsker vi at udbrede viden om status for projektet – altså hvordan fungerer det i praksis at bruge én platform med mange funktionsmæssige tilbud – hvordan støtter det borgere/patienter, behandlere og andre samarbejdspartner og hvilke udfordringer giver det?

Beskrivelse:

Remind er en webbaseret løsning, der er udviklet af Psykiatri og Social, Region Midtjylland i samarbejde med Appinix A/S. Remind indeholder pt. 11 forskellige moduler, der giver behandlerne i psykiatrien og på det sociale område mulighed for at sammensætte netop den vifte af funktioner, som den enkelte patient eller borger har brug for. Det kan for eksempel være kognitive behandlingsskemaer, lydfiler og mulighed for videokonsultation, hvor både patient og behandler kan se og arbejde med de samme skemaer. Modulerne kan udskiftes efter patientens behov og sygdomsforløb. Modulerne kan også sammensættes i en "behandlingspakke", som en afdeling kan vælge at tilbyde.

Remind er tilgængelig på både pc, tablet og smartphone.

Projektet gennemføres fra november 2014 til udgangen af 2015.

Remind er i høj grad patienternes redskab og et supplement til den normale behandling. Med Remind har patienterne fx let adgang til deres kognitive arbejdsredskaber, der kan støtte dem mellem konsultationerne med deres behandler.

Indlægget:

I indlægget vil vi præsentere sundhedsplatformen Remind og de overvejelser, der ligger bag. Vi vil vise, hvordan platformen kan anvendes mellem behandler og patient, og hvordan Remind giver patienterne mulighed for self-management mellem konsultationerne med behandlerne med udgangspunkt i de erfaringer, der er opnået i projektet.

I indlægget præsenteres også, hvordan platformen kan bruges i det tværsektorielle arbejde mellem fx region og kommune.

Desuden vil vi i oplægget, fortælle om de udfordringer, der er forbundet med drift af en platformsløsning som Remind; Hvordan håndterer vi det i projektet, og hvad vil man skulle tænke på, hvis en sundhedsplatform som Remind skal udbredes som et driftssystem i hele regionen.

Hvorfor afslår 50% af KOL patienterne at deltage i et telemedicinsk projekt KIH (NetKOL)

Oplægsholder:

Eva Brøndum, projektsygeplejerske, Lungemedicinsk Forskning, Hvidovre Hospital, eva.broendum@regionh.dk

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Thomas Ringbæk, Lungemedicinsk Enhed, Hvidovre Hospital, Thomas.joergen.ringbaek@regionh.dk

Hovedbudskaber:

1. Telemedicin er spået en stor rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Omtrent halvdelen af KOL patienterne ønsker ikke at deltage i et telemedicinsk projekt KIH (NetKOL)
2. Hvilke faktorer er medvirkende til at så mange afstår fra at deltage? Vi har spurgt patienterne
3. Overvejelser, der måske kan målrette udvælgelse af KOL patienter til telemedicinsk behandling i fremtiden

Baggrund og motivation:

Patienter med moderat til svær KOL har ofte ustabil sygdom med forværringer og indlæggelser til følge. Formålet med NetKOL er at opspore tegn til forværringer i tide og dermed få startet relevant behandling hurtigt, for at give patienten tryghed og for at forebygge indlæggelser på grund af forværringer. KIH NetKOL er en randomiseret undersøgelse, hvor KOL patienter med et ambulant forløb på enten Hvidovre, Herlev, Amager eller Bispebjerg Hospital indgik. Patienter randomiseret til aktiv gruppe indsendte målinger 1 x ugentlig og havde videosamtale med lungesygeplejerske 1 x månedligt og efter behov. Patienter i kontrolgruppen fik vanlig behandling. Formålet med denne undersøgelse er at vurdere, hvor mange egnede patienter, der ikke ønsker at deltage i telemedicinsk monitorering, selektion og årsager til afslag.

Metode:

560 KOL patienter, der opfyldte inklusions- og eksklusionskriterierne modtog brev om deltagelse i et telemedicinsk projekt – KIH/NetKOL.

Kort tid efter at patienterne havde modtaget den skriftlige invitation til at deltage i NetKOL, blev de ringet op af en projektsygeplejerske for at give yderligere information og for at afklare, om patienten ønskede at deltage.

Patienter, der takkede nej til NetKOL blev spurgt, om de ville oplyse deres grunde til ikke at deltage. Grunden blev noteret på interviewskema. Generelt samlede svarene sig i følgende kategorier:

- Tekniske årsager
- Personlige årsager f.eks. "Ikke have overskud", "skal passe syge ægtefælle", "har så mange andre sygdomme", "ønsker ikke så meget fokus på sygdom"
- Ønskede fortsat at komme i ambulatoriet
- Ønskede ikke at deltage i et forskningsprojekt
- Andre årsager
- Ikke angivet nogen årsag

Derudover blev data over bl.a. lungefunktion, alder, køn, co-morbiditeter, antal indlæggelser 3 år op til og 6 mdr efter inklusion sammenholdt med de patienter, der ønskede at deltage for at afklare om patienter i nej og ja-gruppe havde forskellige karakteristika.

Resultater:

- I alt 560 patienter opfyldte kriterierne for at deltage i NetKOL. 281 patienter blev inkluderet, mens 279 (50%) af de egnede patienter afslø af forskellige grunde.
- Hovedparten (58 %) angav "personlige årsager" som begrundelse for afslag.
- Teknik har en betydning hos knapt 1/5 del, hvilket kan afspejle den ældre population, der er spurgt i dette studie (gennemsnitligt 72 år).
- Kun 6% afstod pga. ønsket om at møde op i ambulatoriet som vanligt
- 7% ønsker ikke forskning. Kan både dække over forskningsprojekter generelt og det at kunne ende i en kontrolgruppe.
- Patienter der afstod deltagelse var karakteriseret ved at være ældre, oftere kvinde, højere lungefunktion, lavere BMI. Derudover havde flere osteoporose og flere indlæggelser for KOL exacerbation i året op til rekruttering (Tabel 1).
- Vore data støtter den antagelse, at patienterne skal være syge, men ikke alt for syge for at vælge telemedicin fremfor almindelig ambulant opfølgning.

Indlægget:

- I indlægget præsenteres en oversigt over de grunde patienterne selv har opgivet.
- Sammenligning af patienter, der deltager og patienter der har afslået ud fra journalnotater på udvælgelses- tidspunktet.
- Overvejelser om hvad resultaterne har for implementering i klinikken, med fokus på udvælgelse af egnede patienter til telemedicin.

Effektdrevet optimering som alternativ til den Danske Kvalitetsmodel

Oplægsholder:

Ulrich Lichtenstein Andersen, uddannelsesoverlæge, Nykøbing Falster Sygehus, ula@regionsjaelland.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jesper Simonsen, Roskilde Universitet, simonsen@ruc.dk

John Scheuer, Roskilde Universitet, jods@ruc.dk

Morten Hertzum, Københavns Universitet, vnj274@iva.ku.dk

Hovedbudskaber:

1. Regeringen vil afskaffe den Danske Kvalitetsmodel, som kritiseres for at være for procesfokuseret (frem for resultatorienteret) og for at være for bureaukratisk og ressourcekrævende.
2. Effektdrevet optimering er resultatdrevet og understøtter en kontinuert optimeringsproces i form af effektspecifikation efterfulgt af iterationer af effekrealisering og effektmåling.
3. De to modeller sammenlignes, og der præsenteres erfaringer fra Nykøbing Falster Sygehus både hvad angår akkreditering ved den Danske Kvalitetsmodel og fra brugen af effektdrevet optimering.

Beskrivelse:

"Sundhedsministeren og regionerne vil have mere kvalitet og mindre bureaukrati" er overskriften på Nick Hækkerups pressemeddelelse fra 20. april 2015. Den Danske Kvalitetsmodel skal udfases ved udgangen af 2015 og erstattes af en ny tilgang til kvalitetsstyring, hvor "[l]edelsen skal sikre, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at arbejde med et kontinuerligt forbedringsarbejde, herunder med brug af tidstro data og med et centralt fokus på patientinddragelse. Samtidig skal sundhedspersonalet have indflydelse og ejerskab til forbedringsarbejdet gennem rum til at finde lokale veje til opnåelse af de fastsatte mål" (Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet – april 2015, p. 13).

Forskere fra Roskilde Universitet og Københavns Universitet har siden 2005 samarbejdet med Region Sjælland omkring udvikling af en effekt- og brugerdrevet model til kvalitetsforbedring gennem optimering af kliniske arbejdsgange. Forskningen har nu nået en modenhed, hvor effektdrevet optimering afprøves i aktionsforskningsprojekter, hvor ledelsen og klinikere på Nykøbing Falster Sygehus anvender og afprøver modellen samtidig med, at de relevante kompetencer opbygges hos det involverede kvalitetsansvarlige personale.

Effektdrevet optimering etablerer og fastholder en lokalt forankret forbedringsproces med tre hovedelementer:

- Specifikation af de effekter som klinikerne ønsker at opnå gennem brug af de til rådighedværende informationsteknologier.
- Realisering af teknologistøttede kliniske arbejdsgange med henblik på at opnå ønskede effekter.
- Formativ evaluering af specificerede effekter på baggrund af effektmålinger og identifikation af afledte effekter.

Effektdrevet optimering tilbyder et hierarki til effektspecifikationer, som kan sammenholde lokale kvalitetsmål med de nationale kvalitetsmål som planlagt i det nye kvalitetsprogram (Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet – april 2015, pp. 5f).

Effekterne realiseres ved lokalt forankrede interventioner, hvor der eksperimenteres med nye/ændrede kliniske arbejdsgange understøttet af de tilstedeværende informationsteknologier. Interventionerne kan omfatte nye eller ændrede kliniske retningslinjer, ændringer i konfigurationen af udvalgte informationsteknologier, samt kommunikation og implementering af nye/ændrede måder at anvende teknologierne på.

Effekterne måles og evalueres periodisk eller løbende, fx i tilfælde hvor data for effektmålene kan vises kontinuerligt. De specificerede effektmål støtter en kontinuerlig kvalitetsforbedringsproces hvor målingerne af effekterne kan lede til nye interventioner og justeringer i effektspecifikationerne.

Indlægget:

I indlægget sammenlignes effektdrevet optimering med den Danske Kvalitetsmodel, og det præsenteres hvordan effektdrevet optimering kan fungere som en alternativ kvalitetsmodel set i lyset af regeringens nye nationale kvalitetsprogram. Der præsenteres erfaringer fra den Danske Kvalitetsmodel (Nykøbing Falster Sygehus blev akkrediteret i 2014) og fra effektdrevet optimering ved hjælp af kliniske overblikstavler. Effektdrevet optimering bruges bl.a. ved patientoverførsler for de skærende specialer, et område hvor der er behov for en tæt koordinering mellem de involverede afdelinger. Sygehusledelsens erfaringer med modellen diskuteres, herunder hvordan medarbejderne inddrages for at skabe de nødvendige kompetencer til at arbejde kontinuerligt med forbedringsarbejde.

OpenTele: en open source platform under fælles governance i 4S - muligheder og perspektiver

Oplægsholder:

Morten Kyng, professor, SundhedsServices, Alexandra Institut og Datalogisk Institut, Aarhus Universitet, mkyng@cs.au.dk

Hovedbudskaber:

1. Regioner og kommuner i Danmark arbejder på at udrulle telemedicin og -sundhed fra 2016 og frem
2. OpenTele er en open source platform for telemedicin og -sundhed, der er udviklet af regionerne Hovedstaden, Midt og Nord
3. 4S, Stiftelsen for Softwarebaserede SundhedsServices, faciliterer brug af OpenTele platformen og koordinerer den fremtidige udvikling

Baggrund og motivation:

Danmark har i de seneste år gennemført to store demonstrationsprojekter inden for telemedicin: Klinisk Integreret Hjemmemonitorering i Region H og Midt samt TeleCareNord i Region Nord. De to projekter har sammen stået for udviklingen af OpenTele, der er en open source platform for telemedicin og -sundhed. De fem danske regioner ønsker at bruge erfaringerne til – sammen med de danske kommuner – at udrulle telemedicinske behandlingstilbud til danskere med KOL fra 2016 og frem. Et element i denne udrulning er OpenTele platformen, der omfatter open source moduler for opsamling af helbredsdata hos borgeren, for sundhedspersonalets interaktion med data og for transport af data til centrale databaser.

Beskrivelse:

4S, Stiftelsen for Softwarebaserede SundhedsServices, er oprettet for at facilitere udvikling og brug af open source software til levering af sundhedsservices. 4S har governance til tre samlinger af software:

- OpenTele platformen for telemedicin og -sundhed
- Net4Care, en samling af infrastrukturværktøjer, svarende til den danske referencearkitektur
- KIH-databasen, en national database for opsamling og udstilling af telemedicinske data.

4S har servere hvor fra softwaren kan downloades, og hvor der bl.a. findes vejledninger til at komme i gang med at bruge softwaren og planer for den videre udvikling.

Indlægget:

Telemedicin og -sundhed er for alvor på vej fra demonstrationsprojekter til daglig drift, i første omgang på KOL området. I dette arbejde spiller især erfaringerne fra TeleCareNord i Region Nord, inklusiv deres brug af OpenTele platformen, en central rolle. Indlægget vil beskrive status og planer for udviklingen af OpenTele platformen, herunder hvilke versioner der er tilgængelige, og hvordan den nye modularkitektur for OpenTele ser ud. Vi vil også komme ind på, hvordan man kan komme i gang med at bruge softwaren, både som privat firma og som offentlig leverandør af telemedicinske eller telesundhedsydelser til borgerne. Desuden vil vi se på den rolle open source spiller, og hvordan open source fra 4S kan anvendes som en del af en leverance, der omfatter traditionel closed source. Endelig vil vi fortælle om mulighederne for at komme med i arbejdet med OpenTele i 4S – som firma, region, hospital og kommune samt som sundhedsprofessionel, patient eller borger.

Vurdering af e-sundhedskompetence i nuanceret lys for at styrke tilpasning, tilgængelighed og relevans af e-sundhedstilbud for borgeren

Oplægsholder:

Dorthe Furstrand, ph.d.-studerende, Kræftens Bekæmpelse, dorthe@lancet.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Astrid Karnø Knudsen, Københavns Universitet, astrid.karnoe@gmail.com

Hovedbudskaber:

1. Vurdering af borgerens e-sundhedskompetencer vil bidrage til at sikre et godt match mellem de krav, der stilles af systemet og borgerens kompetencer, og dermed styrke anvendelsen af e-sundhedstilbud.
2. eHLA, eHealth Assessment toolkit er et værktøj, der er enkelt at bruge uden at gå på kompromis med nuancerne i vurderingen af borgerens e-sundhedskompetencer, illustreret ved Nørgaards syv domæner.
3. At imødekomme borgerens e-sundhedskompetencer kan være et redskab til at styrke kvaliteten, differentieringen og tilgængeligheden, samt øge ligheden i adgang til e-sundhedstilbud.

Indlægget:

I løbet af denne præsentation vil vi introducere de seks forskellige elementer af eHealth Literacy Assessment toolkit, eHLA, og argumentere for deres relevans i forhold til at vurdere de mange forskellige aspekter af e-sundhedskompetencer, der ses i bl.a. Ole Nørgaards model. Desuden vil vi komme med eksempler på, og oplevelser med, at bruge redskabet i praksis, og slutteligt diskutere redskabets relevans og værdi ved fremtidig udvikling og brug af e-sundhedstilbud til borgeren, med henblik på højere kvalitet, mere differentiering og bedre anvendelse af e-sundhed.

Baggrund og motivation:

Med stigende fokus på især borgerens anvendelse af e-sundhedstilbud, kommer et behov for at sikre ligevægt mellem de krav, der stilles til brugeren af systemet, og hvad brugeren har af kompetencer. Muligheden for at kunne vurdere disse e-sundhedskompetencer, eHealth literacy, bliver dermed central for udviklingen af relevante og tilgængelige e-sundhedssystemer, der arbejder med borgeren i centrum.

Trods stor digitaliseringsparathed i Danmark generelt, har vi også en gruppe for hvem e-sundhedskompetencerne ikke kan tages for givet og blandt andet denne gruppe udgør en udfordring for anvendelsen af e-sundhedstilbud af alle typer, da de kan være svære at identificere og understøtte. Igen har et redskab til vurdering og kvalificering af den enkeltes e-sundhedskompetencer relevans.

Det er vigtigt i arbejdet med e-sundhedskompetencer at anerkende, at der er tale om et kontekstuel begreb, der influeres af en række forskellige aspekter. Med inddragelse af sundhedsprofessionelle og brugere af sundhedsvæsenet har Nørgaard et al identificeret syv domæner; viden om eget helbred (1), evne til at håndtere information (2), viden om hvordan man kan anvende teknologi (3), adgang til fungerende systemer (4), oplevelse af at systemerne tilpasser sig individuelle behov (5), incitament til at bruge teknologien (6), samt en følelse af sikkerhed og kontrol (7), der tilsammen beskriver det spektrum af kompetencer, der er nødvendigt for at kunne interagere i forhold til egen sundhed digitalt.

Beskrivelse:

Med et ønske om at udvikle et praktisk og robust redskab til vurdering af den enkelte borgers e-sundhedskompetencer, har vi med afsæt i litteraturen omkring evaluering af dels sundhedskompetencer, dels digitale kompetencer, gennem flere iterationer udarbejdet et redskab kaldet eHLA, eHealth Literacy assessment toolkit.

eHLA består af 6 tests, tre digital literacy tools omhandlende henholdsvis familiarity, confidence og incentive. Herudover tre health literacy tools, der ser på henholdsvis functional literacy, self-assessment og knowledge.

eHLA er designet til at komme omkring de fem af Ole Nørgaards syv domæner, der har individet i fokus. Desuden tages hensyn til en kendt dårlig korrelation mellem selvvaluerede evner og faktisk præstation. For at sikre relevans, robusthed og forståelse af de nyudviklede og tilpassede redskaber, er de testet med en række brugerinvolverende metoder, såsom kognitive interviews, virtuelle fokusgrupper, ekspert gennemgang og mindre feasibility studier, henover de iterationer redskabet har gennemgået.

Vi har vist, at det er muligt at udvikle et samlet redskab til vurdering af e-sundhedskompetence. eHLA, der nu har nået en modenhed, hvor det er klar til storskala validering, tager udgangspunkt i en ny model for e-sundhedskompetencer, og dækker derfor områder tidligere instrumenter ikke har taget højde for.

eHLA og vurdering af e-sundhedskompetencer vil styrke viden omkring brugeren og dennes kompetencer, og derved understøtte udvikling og brug af e-sundhedstilbud på en måde så det optimerer samspillet med og nytten for borgeren, bibringer et mere helstøbt e-sundhedsvæsen og i kraft af differentiering samt relevant og vedkommende applikation deltage i at nedbringe social ulighed i sundhed.

Telemedicin og egenomsorg – hvordan lærer patienten med KOL kompetence - eller hvordan bliver kompetence til hos patienter med KOL?

Oplægsholder:

Bettan Bagger, ph.d.-studerende, Roskilde Universitet, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, bettan@ruc.dk

Hovedbudskaber:

1. Patienter med KOL skal have en ny rolle, når behandling og pleje skal flyttes hjem i patientens eget hjem og foregå via telemedicin. Det involverer lærerprocesser
2. Materielle teknologier indgår i arbejdsprocessen i det fysiske rum, patientens eget hjem, som skal transformeres. Der skal etableres et arbejdsfælleskab, hvor læring og kompetenceudvikling skal foregå
3. Kompetence er bredt og omhandler ikke bare kvalifikationer ift. anvendelse af telemedicin, men handler også om socialisering og subjektivering, om frihed, selvstændighed og myndighed

Baggrund og motivation

Fremtidens sundhedsvæsen står over for store udfordringer, som blandt andet skyldes stigende ældrepopulation og dermed en øget forekomst af kroniske syge, som får brug for pleje og behandling på et hospital. Opførelsen af fremtidens nye supersygehuse vil imidlertid resultere i en reduktion af sengepladser med op til 20 % inden for en kort årrække. Velfærdsteknologiske løsninger antages at være løsningen på disse udfordringer og forventningen er endvidere, at det vil skabe mere kvalitet for den kronisk syge patient. Behandling og pleje skal flyttes hjem i patientens eget hjem. Her vil den kroniske syge patient få en ny rolle, skal nu selv være eksperter og selv tage ansvar, og telemedicin vil gøre patienten handlekraftig og kompetent til at varetage sin egenomsorg. Kronisk syge patienters kompetence til egenomsorg italesættes ofte som værende noget næsten iboende og naturgivent i anvendelsen af telemedicin, men teknologi involverer lærerprocesser. Kompetence omhandler ikke bare kvalifikationer ift. anvendelse af telemedicin; fx det at patienten med KOL kan påsætte monitoreringssæt korrekt, aflæse værdier nøjagtigt og agere korrekt. Kompetence omhandler også socialisering og subjektivering, om frihed, selvstændighed og myndighed, hvor patienten med KOL erhverver kapacitet til at kunne opnå indflydelse og handlerum ift. sin egen sygdom og livssituation. Aktuell forskning nationalt og internationalt rettet imod implementering af telemedicin fokuserer sparsomt på kronisk syge patienters kompetence til at varetage egenomsorg. Her er fokus på blandt andet effektmålinger og omkostningsreduktion. Forskning har endvidere påvist, at sundhedsprofessionelle sjældent bidrager til, at patienter bliver empowered, hvorfor spørgsmålet må være, hvordan kompetence til egenomsorg egentlig bliver til eller læres hos patienten med KOL, når telemedicin skal anvendes?

Beskrivelse:

Implementering og anvendelse af teknologi involverer lærerprocesser og det fysiske rum eller den arena, hvor læring til anvendelse af telemedicin skal foregå i, er blandt andet patientens eget hjem. Her skal der etableres et arbejdsfælleskab mellem patienten med KOL og den sundhedsprofessionelle og her skal der etableres nye former for læreprocesser. Materielle teknologier vil indgå i disse arbejdsprocesser, men teknologi er ikke bare et etisk neutralt sæt af artefakter. De forandrer praksisser og resocialiserer mennesket. Der er ikke tale om passive redskaber i det sociale og materielle rum, men der er tale om aktive medspillere, og de er magtfulde medierede og medierende. Patienten skal lære at forstå sig selv på nye måder, og kompetence til egenomsorg og telemedicin kalder på subjektivering, hvor den der er ansvarlig for sin sygdom, den ansvarshavende, patienten med KOL, skal gennemgå en transformationsform.

Oplæg:

I oplægget tages der udgangspunkt i mit igangværende ph.d. projekt, der er et etnografisk studie af, hvordan kompetence til egenomsorg bliver til eller læres hos patienten med KOL, når telemedicin implementeres i KOL patientens hjem og hverdagsliv. I takt med, at patienten skal have en ny rolle, selv skal være ekspert og nu italesættes under slogans som 'Mere borger mindre patient', 'Patienten som partner' og behandling og pleje i stigende grad flyttes hjem i patientens eget hjem, kan man sige, at patientens hjem nu transformeres til arbejdspladsen og dermed den arena, hvor læring og kompetenceudvikling skal foregå. Læreprocesser udfolder sig i den konkrete praksis og forskning på et mikro- og et makroniveau antages således at bidrage til en forståelse af, hvordan kompetence til egenomsorg bliver til eller læres, når telemedicin implementeres i KOL patienternes egne hjem.

Inspiration til fremtidens e-sundhedsvæsen: Erfaringer fra ældre, 'it-svage' borgeres overgang til Digital Post og offentlig digital selvbetjening

Oplægsholder:

Signe Lund Tovgaard, studerende, Aarhus Universitet, signetovlund@gmail.com

Hovedbudskaber:

1. Digitale teknologier er mere end facilitatorer for digital kommunikation mellem det offentlige og borgere. De griber også ind i sammenhænge, som ikke umiddelbart forbindes med digitalisering
2. Ældre 'it-svages' mestring af digitale teknologiers er afhængig af et støttende og bredere netværk af aktører
3. Man må forholde sig kritisk til digitale teknologier, som værende 'one size fits all'. Når nye digitale løsninger og systemer implementeres sker både en inklusion og eksklusion af forskellige borgere

Baggrund og motivation:

Digital Post og offentlig digital selvbetjening er obligatorisk for kommuner såvel som borgere per 1. november 2014. Tiltaget er et centralt element i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015, hvor en central målsætning er, at 80 % af kommunikationen mellem det offentlige og borgere skal være digital. Fx er det obligatorisk for borgere at modtage indkaldelser til sygehuset i den digitale postkasse. At kommunikere med det offentlige gennem digital teknologi forudsætter særlige kompetencer hos borgeren, og således er digitalisering en offentlig service til borgeren, men samtidig et krav om at være borger og modtage en offentlig service på en bestemt måde. Derfor udgør obligatorisk digital kommunikation et problem for borgere med ringe eller ingen digitale kompetencer. Obligatorisk digital kommunikation taler sig ind i bredere debatter om samspillet mellem digitale teknologier og borgeres selvkontrol, ansvar for eget liv og selvstyring. Det er samtidig problemfelter, som også er centrale for fremtidens e-sundhedsvæsen, hvor telemedicin og telesundhed regnes for vigtige, fremtidige facilitatorer af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Beskrivelse af undersøgelsen og relevante erfaringer:

Undertegnede har i foråret 2014 gennem et fire måneder langt etnografisk feltarbejde og et efterfølgende speciale undersøgt den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi og dens praktiske implikationer i en dansk kommune. Feltarbejdet fandt blandt andet sted i et it-projekt, hvor frivillige borgere vejleder ældre borgere i digitale teknologier, som er nødvendige at mestre for at være en del af det digitale fællesskab. I it-projektet gør ældre borgere således en indsats for at tilegne sig digitale kompetencer til obligatorisk digital kommunikation. Gennem feltarbejdet identificerede jeg tre centrale erfaringer, som ikke kun har relevans for implementeringen af kommende digitaliseringsstrategier på borgerserviceområdet, men også har en bredere relevans i forhold til fx fremtidens e-sundhedsvæsen. (1) Redskaber til obligatorisk kommunikation såsom computeren, NemID og Digital Post, der måske først synes neutrale og faciliterende for en mere sammenhængende offentlig sektor, griber ind i sammenhænge og sociale relationer, der ikke umiddelbart forbindes med digitalisering. Fx ægteskabelige relationer, hvor forskelle i digitale kompetencer mellem ægtefæller kan betyde et brud med tidligere fælles praksisser. (2) Digitale teknologiers virke er afhængige af et bredere og støttende netværk af aktører. Fx er det afgørende for samspillet mellem digitale teknologier og den 'it-svage' borger, at aktører med it-kompetencer står til rådighed samt, at computeren er opdateret med nyeste sikkerhedsprogrammer. (3) Uanset digitale teknologiers design findes der ikke en 'one size fits all'. Nye systemer vil altid være inkluderende for nogle borgere, mens de vil være ekskluderende for andre borgere. Således åbner undersøgelsen op for, at digitalisering er mere end et teknisk fænomen. Digitalisering er også et socialt og kulturelt problem, hvor borgerens mulighed for at deltage i det digitale fællesskab er mere kompleks end blot at kunne 'mestre' digitale teknologier.

Indlægget:

I indlægget præsenteres en række empiriske cases fra feltarbejdet blandt 'it-svage' ældre samt centrale problemstillinger ved digital kommunikation og samspillet mellem digitale teknologier og borgere mere generelt. Casene illustrerer og giver indblik i, hvordan ældre borgere, som er særligt udsatte ved digital kommunikation, håndterer digitale teknologier samt hvilke problemstillinger, der rejser sig. Indlægget skal dermed tjene som inspiration til tænkningen af et fremtidigt e-sundhedssystem, hvor teknologiske løsninger til telemedicin og telesundhed må tænkes som mere end blot neutrale værktøjer for borgeren, men også som indgribende aktører i borgerens liv.

Kompetence hos borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Signe Lindskrog, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, kgw475@alumni.ku.dk

Søren Vingtoft, Lyngby-Taarbæk Kommune, soeren@vingtoft.com

Klaus Phanareth, Lyngby-Taarbæk Kommune, phanareth@gmail.com

Jakob Sylvest Nielsen, Lyngby-Taarbæk Kommune, jsn@ltk.dk

Charlotte Dorph Lyng, Lyngby-Taarbæk Kommune, cdl@ltk.dk

Hovedbudskaber:

1. Vigtigt at kende deltageres forudsætninger forud for projekter
2. Domæner inden for SF36, HEIQ og HLQ kan bruges til at forstå deltagere
3. Interventioner kan fremadrettet tilrettelægges ud fra forståelsen af deltageres individuelle behov

Baggrund og motivation

Når borgere tilbydes nye behandlingsmuligheder, er det vigtigt med en afstemning af forventninger og muligheder. En del af denne forventningsafstemning bør bestå i en vurdering af deltageres kompetencer og forudsætninger for at deltage. I et telemedicinsk projekt i Lyngby-Taarbæk kommune, der bygger på "The Epital Care Model" har vi som en del af en sådan screening bl.a. undersøgt borgernes "health state", "health education" og Health Literacy ved hjælp af spørgeskemaerne SF36, Health Education Impact Questionnaire (HEIQ) og Health Literacy Questionnaire (HLQ).

Beskrivelse

I alt fik 56 borgere i perioden april 2013-marts 2015 ved introduktion til det telemedicinske tilbud et besøg fra kommunens serviceteam, og her blev de introduceret til en tablet og udstyr til selvmonitorering. I forbindelse med samtalen blev de bedt om at udfylde de tre skemaer. Ved opfølgende besøg efter 6, 12 og 24 måneder bliver skemaerne igen udfyldt.

Formålet er to fold; 1. at undersøge sammenhæng mellem borgernes kompetence og deres tilstand udtrykt ved sværhedsgrad af KOL og behov for støtte efter igangsættelse af intervention og 2. at undersøge hvorvidt kompetencen hos borgerne ændrer sig i forløbet.

Indlægget

Vi vil i indlægget fremlægge data fra de tre spørgeskemaer og deres subdomæner og diskutere hvilke af domænerne, der kan have betydning i forhold til interventionen. Videre vil vi diskutere hvilken sammenhæng, der er mellem scoren ved SF36, HEIQ og HLQ, borgernes tilstand ved indrullering i projektet og deres efterfølgende behov for kontakt til kommunens ressource- og kommunikationscenter. Vi vil også perspektivere vores fund i forhold til behov for yderligere målemetoder som fx vurdering af eHealth literacy og også hvordan resultaterne evt. kan bruges til at tilrette interventionen ud fra borgernes behov.

Test på tværs

Oplægsholder:

Kenneth Mikkelsen, programchef, CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation, Kenneth.Mikkelsen@rsyd.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Anna-Britt Krog, CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation, anna-britt.krog@rsyd.dk

Hovedbudskaber:

1. CoLab Plug & Play understøtter virksomheder og offentlige driftsorganisationer i udvikling og test af borgernære velfærdsteknologier til sundhedsområdet.
2. CoLab Plug & Play stiller state-of-the-art testfaciliteter, en kopi af referencearkitekturen indenfor det danske sundhedsområde, til rådighed på kommercielle vilkår.
3. CoLab Plug & Play er en del af CoLab Denmark, der baner vejen til markedet, forkorter og effektiviserer udviklingstiden for virksomhederne og deres velfærdsteknologiske løsninger.

Baggrund og motivation:

Barrierer for at gå fra idé eller pilotafprøvning til implementering er eksempelvis manglende kontekstuel forståelse, mangelfuld effektdokumentation eller manglende viden om, hvordan man udvikler forretningen i takt med successen. Resultatet bliver ofte løsninger, der ikke matcher borgernes behov.

Det stiller store krav til producenterne om, at få udviklet løsningerne imod et mere borgercentreret perspektiv. Virker teknologien, vil borgerne bruge den, og hvordan kan løsningen gennem brug højne borgerens oplevelse og livskvalitet?

Med et fokus på udbredelse og implementering af velfærdsteknologiske løsninger skal CoLab Plug & Play være den løftestang, der sikrer mere effektivitet i det offentlige, kvalificerede løsninger for virksomhederne og højner kvalitet for borgeren.

I et unikt tværsektorielt setup, der indeholder en kopi af den danske referencearkitektur inden for sundhedsområdet, kan virksomheder i samspil med borgere, sygehuse, kommuner og almen praksis afprøve og teste velfærdsteknologiske løsninger i et kontrolleret sandkasse-miljø.

Kan data opsamles fra borgeren og afleveres til eksempelvis KIH databasen? Kan data udstilles korrekt i et fagsystem, og hvilke parametre skal der handles på? Er løsningen brugervenlig, kan brugerne anvende den? CoLab Plug & Play er stedet, hvor løsningen kan testes og afprøves i et dagligdags setup hos borgene og i driften.

Beskrivelse:

CoLab Plug & Play er et test- og demonstrationslaboratorium, der understøtter virksomheder, kommuner og sygehuse i udvikling, test og certificering af borgernære velfærdsteknologier til sundhedsområdet.

CoLab Plug & Play gør det muligt at verificere og validere, at et velfærdsteknologisk produkt lever op til relevante standarder. CoLab Plug & Play gør det muligt at teste hele vejen rundt i sundhedssystemet - fra borgerens hjem til it-systemerne i kommunen og på sygehuset. Dermed sikres det, at data og kommunikation kan flyde frit fra fx måleapparatur i hjemmet og ind i it-systemerne i kommunen og på sygehuset.

Indhold i oplæg:

Standarder

- o Hvilke muligheder test og afprøvning (End-2-End connectivity) giver, særligt i forhold til datakommunikationsprotokollerne HL7, den danske PHMR DK og Continua
- 2. Reference arkitektur
- o Et simuleret miljø, svarende til det danske sundhedsdatanet, hvor velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger kan afprøves under kontrollerede forhold
- 3. National Service Platform (dokumenthåndtering)
- 4. Integration til fagsystemer
- o Integration med Den Digitale Landevej, Shared Care herunder EOJ og EPJ. Interface hos sygehus, kommune, praktiserende læge og borger.
- 5. Blåstempling/certificering
- o Hvilken værdi der ligger i blåstemplingen fra CoLab Denmark

Status på afklaringsprojekt vedrørende bedre digitalt samarbejde mellem kommunale plejeenheder, praksis og sygehuse om komplekse, tværgående forløb

Oplægsholder:

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

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Morten Thomsen, KL, mot@kl.dk

Beskrivelse:

Danske Regioner, KL og Sundhedsministeriet/NSI gennemfører i 2015 et afklaringsprojekt vedr. bedre digitalt samarbejde mellem kommunale plejeenheder, praksis og sygehuse om komplekse, tværgående forløb. Afklaringsprojektet skal bidrage til at fastsætte et målbillede for digitalt samarbejde om komplekse forløb frem mod 2020.

Baseret på erfaringer fra kørende udviklingsprojekter, et antropologisk studie af patienternes painpoints, og workshops med klinikere og it-arkitekter fra alle parter udarbejdes der i forår og sommer 2015 en forretningsarkitektur og et systemteknisk målbillede. Derefter igangsættes en pilot, hvor dataudveksling afprøves i eksisterende løsninger med udgangspunkt i eksisterende fællesoffentlig it-infrastruktur.

I oplægget vil KL og NSI give en status på projektet

Fra kritisk syg til store mængder sundhedsdata på intensivafdelinger. HealthQ: Nemme og hurtige udtræk og anvendelse af højfrekvente sundhedsdata.

Oplægsholder:

Thomas Strøm, overlæge, Odense Universitetshospital, Thomas.Stroem@rsyd.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Søren Brunak, Center for Bioinformatik, Danmarks Tekniske Universitet, brunak@cbs.dtu.dk

Lars Dybdahl, Daintel ApS, ldy@daintel.com

Lasse Spangsege, Daintel ApS, lsp@daintel.com

Hovedbudskaber:

1. Med Health Q kan brugerne nemt og uden dybere statistikkendskab gennemføre analyser
2. Projektet Health Q yder et vigtigt bidrag til den nationale digitaliseringsstrategi og sundhedsministeriets målsætning om brug af kliniske data til løbende kvalitetsforbedringer
3. Health Q kan på sigt tilgå data fra forskellige ekspert- og epj systemer, så årsagssammenhænge kan undersøges for forskellige specialer og for egentlige patienthistorikker

Baggrund og motivation:

I gennem de seneste 5 år har halvdelen af Danmarks intensivafdelinger indsamlet tidsnøjagtige data for medicinering, interventioner, diagnoser og vitalparametre. Da al opsamling foregår u-komprimeret og med samme datamodel, er der skabt et unikt, højfrekvent datagrundlag over flere tusinde patientforløb. Dataene repræsenterer en guldmine af klinisk viden og årsagssammenhænge, hvorfor der er blevet identificeret et behov for et nemt og intuitivt IT værktøj, der hurtigt kan analysere meget store datamængder.

Beskrivelse:

Udviklingen af værktøjet, Health Q, er foregået i tæt samarbejde mellem Odense Universitetshospital og Daintel, hvor der fra starten har været lagt stor vægt på en nem og intuitiv betjening, der godt nok forudsætter klinisk viden – men ikke ekspertkendskab til statistik og avanceret statistiksoftware. Hvor statistiske analyser af store datamængder tidligere krævede lang tids forberedelse og beregninger, er det nu muligt for det kliniske personale selv at tilrettelægge og gennemføre analyser, eksempelvis udviklingen af fysiologiske variabler som resultat af administration af specifikke lægemidler. Den således tilvejebragte viden kan herefter danne grundlag for publikationer og nye behandlingsveje.

Indlægget:

I indlægget præsenteres hvordan forskere og klinikere på kort tid kan definere kliniske hypoteser, udvælge/definere populationen og sluttelig, og uden ekspertkendskab til bagvedliggende statistikprogrammer som STATA, SAS og SPSS, gennemføre statiske hypotesetests. Der redegøres for, hvordan projektet på fin hvis understøtter den nationale digitaliseringsstrategi på forsknings- og kvalitetsområdet.

Med afsæt i den kliniske hverdag skildres hvordan Health Q er blevet udviklet i et inspirerende og berigende samarbejde mellem hospitalets forskere og softwareleverandørens programmører, og afslutningsvis løftes sløret for fremtidige Health Q applikationer, som vil være uafhængig af det kliniske system.

ASSESS CT – europæisk vurdering af SNOMED CT's anvendelighed

Oplægsholder:

Kirstine Rosenbeck Gøeg, videnskabelig assistent, Aalborg Universitet, kirse@hst.aau.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

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

Sylvia Thun, University of Applied Science Niederrhein (Krefeld, Germany)

Veli Stroetmann, ASSESS CT administrative lead, Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH (Bonn, Germany)

Hovedbudskaber:

1. Det europæiske forskningsprojektet ASSESS CT undersøger SNOMED CT anvendelighed ifm. storskala-implementering i EU-området ved at sammenligne med andre sundhedsterminologier og klassifikationer
2. Projektet indeholder en tvær-europæisk erfaringsopsamling, en undersøgelse af multilingvistiske aspekter, en økonomisk analyse samt rådgivning vedrørende best practise
3. ASSESS CT's resultater kan understøtte at fremtidig implementering af sundhedsterminologier og klassifikationer i Danmark kommer til at bygge på europæiske erfaringer

Baggrund og Motivation:

Semantiske standarder, eksempelvis SNOMED CT, er kerneressourcer når det kommer til data interoperabilitet samt brug og genbrug af klinisk information. Dette er essentielt, for at man i fremtiden bliver så effektive i sin informationshåndtering i sundhedsvæsenet at man kan optimere patientbehandlingen og øge patientsikkerheden. Dette er baggrunden for, at EU kommissionen har igangsat en undersøgelse af SNOMED CT anvendelighed i relation til storskala-implementering i EU-området især med fokus på interoperabilitet. Danmark, repræsenteret ved Aalborg Universitet, deltager i projektet i samarbejde med partnere fra ti andre EU lande.

Beskrivelse

Projektet ASSESS CT, gennemføres i løbet af 2015 for EU-kommissionen (EC). SNOMED CT evalueres ved i en række aspekter at sammenligne med andre kliniske terminologier og klassifikationer.

For at nå dette mål adresserer ASSESS CT:

- Den nuværende anvendelse af SNOMED CT og andre kliniske klassifikationer af terminologier herunder erfaringsopsamling, formål med anvendelse og succesfaktorer på tværs af EU. Dette gøres vha. litteraturreview, spørgeskemaer, fokusgrupper og workshops.
- Multilingvistiske aspekter herunder hvilken overensstemmelse der er mellem kodning af klinisk indhold i et tvær-europæisk forsøgsdesign
- Standardiserede kliniske terminologiers økonomiske betydning. Der vil blive foretaget en cost-benefit analyse der blandt andet vedrører governance-, leverandør- og implementeringsaspekter.
- Opsamling og formidling af best-practise ift. SNOMED CT ibrugtagelse inkluderende forudsætninger, kritiske succesfaktorer samt metoder til at overvinde tekniske, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer.

Indlægget

Indlægget opsummerer de foreløbige resultater af ASSESS CT, med særlig fokus på hvad man i Danmark kan få ud af disse. Således vil der blive lagt vægt på, hvordan de danske erfaringer med sundhedsterminologier og klassifikationer har indgået i projektet, hvilke europæiske erfaringer man med fordel kunne blive inspireret af i Danmark samt, hvordan man kan bruge værktøjer fra EU-projektet til at vurdere det økonomiske potentiale i SNOMED CT implementering sammenlignet med andre kliniske klassifikationer og terminologier.

Undgå utilsigtede hændelser med rettidig deling af relevante kliniske data

Oplægsholder:

Nina Saurbrey, overlæge på børneafdelingen Herlev Hospital og koordinerende patientsikkerhedsrepræsentant, Region Hovedstaden, Nina.Saurbrey@regionh.dk

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Peter Damm, Max Manus Danmark A/S, peter.damm@maxmanus.com

Louise Bilenberg Pape-Haugaard, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet, lph@hst.aau.dk

Anne Mette Bragh Frederiksen, Max Manus Danmark A/S, anne.mette.bragh@maxmanus.com

Hovedbudskaber:

1. Der bruges mere og mere tid på klinisk dokumentation, uden at patientforløbet nødvendigvis forbedres. Dette skyldes bl.a. manglende adgang til tidstro kliniske data.
2. Manglende tidstro kliniske data har såvel økonomiske som sikkerheds- og kvalitetsmæssige konsekvenser.
3. Ved at registrere kliniske data det rigtige sted, med det samme, er det muligt at opbygge et relevant og optimalt samspil mellem de sundhedsprofessionelle og med patienten.

Sammen med Nina Saurbrey, Overlæge på børneafdelingen på Herlev Hospital og koordinerende patientsikkerhedsrepræsentant, sætter vi både fokus på de sikkerhedsmæssige og kvalitetsmæssige konsekvenser af manglende adgang til tidstro kliniske data samt på relevante løsningsmuligheder.

Den rettidige, tidstro deling af relevante kliniske data imellem sundhedsvæsnets interessenter er pt. udfordret. Dette har konkrete konsekvenser for patientforløbet, patientsikkerheden, for det sundhedsfaglige personales arbejdsforhold og den økonomiske bundlinje i sektoren. Disse konsekvenser præsenteres i oplægget.

Der bliver i dag anvendt megen tid, hos alle parter, med at registrere og søge information, dele information i 'forskudte sekvenser' mellem sundhedsfagligt personale, tilbageløb i forhold til at sikre informationens validitet og uddybning af allerede afsendt information. Hvor meget tid der anvendes til informationssøgning, informationsdeling og tilbageløb, kan kvantificeres, og i oplægget præsenteres disse data. Vi har bl.a. konkrete tal på tiden, som bruges på klinisk dokumentation, på søgning af information og tal for hvor længe klinisk dokumentation ligger utilgængeligt i digitale diktater, og dermed inkubationstiden for deling af dokumentation.

Nye tal fra Patientombuddets årsrapport 2014 ang. utilsigtede hændelser angiver, at der på hospitalerne sker ca. 50.000 utilsigtede hændelser. 13% af dem skyldes fejl ved overlevering af information. Disse tal angiver en tendens omkring problemer med manglende information, som underbygges af undersøgelser, som vi præsenterer i oplægget.

Max Manus er meget optaget af tidstro registrering af kliniske data som bl.a. forebygger, at der spildes tid på, at flere parter efterspørger klinisk data, indtil den er formelt distribueret. Vi vil også i oplægget præsentere og demonstrere, hvorledes klinisk dokumentation kan gøres smartere og mere tidstro, direkte i de relevante kliniske systemer.

Max Manus har stor erfaring fra den kliniske verden i kraft af, at vores løsninger anvendes på størstedelen af sygehusene i Danmark, Sverige og Norge.

FRAPP - Framtida prehospital plattform IT i Stockholms läns landsting

Oplægsholder:

Eva Fellenius, projektleder, Stockholm läns landsting, eva.fellenius@sll.se

Øvrig deltager i projektet/initiativet:

Torben Høy Christensen, CSC Scandihealth, tchris22@csc.com

Hovedbudskaber:

1. Reasons why SLL selected a Danish Electronic Prehospital Patient Record for FRAPP
2. Similarities and differences in the PPJ and FRAPP-projects and solutions
3. How can Swedish and Danish Prehospital Care learn from each other moving forward

Beskrivelse:

Stockholms läns landsting (SLL) are currently implementing "Framtida prehospital plattform IT i Stockholms läns landsting" (FRAPP) which is a complete integrated prehospital solution with software and patient monitors in the ambulances. The aim is to increase patient safety and efficiency of diagnosis, treatment and recording each case.

The FRAPP project started in 2011 and in ultimately the project will result in:

- new equipment for the prehospital record system, mapping and navigation support, monitoring and ECG
- integrated IT services to support collaboration between all healthcare professionals
- emergency rooms, cardiac centers have the opportunity to share patient information during acute patient cases
- care providers in SLL, for example geriatrics, can also share patient information via the new solution.

The solution will soon enter pilot operation in a number of ambulances and at two emergency hospitals.

The FRAPP solution is based on the amPHI Prehospital Healthcare Record tailored to SLL's and Swedish requirements. The solution was selected after a careful preparation and a competitive dialogue based tender process.

In the presentation SLL will highlight the reasons why SLL selected a solution based on the amPHI Prehospital Healthcare Record which is also part of the Danish Prehospital Patient Record (PPJ). CSC will then highlight similarities and differences in the PPJ and FRAPP projects and solutions. Finally we will offer suggestions on how Swedish and Danish Prehospital Care can learn from each other moving forward.

Patient Empowerment – korrekt implementering af operationelle løsninger til patientens bedste

Oplægsholder:

Jakob Routhe, Business Consultant, NNIT, jsir@nnit.com

Øvrige deltagere i projektet/initiativet:

Jakob Egede Budtz, NNIT, JKEB@nnit.com

Hovedbudskaber:

1. De politiske ambitioner for patient empowerment skal følges op af yderst veldefinerede operationelle kriterier og matche borgerens behov for at skabe værdi.
2. Bud på operationelle og sammenhængende løsninger der kan være med til at skabe værdi for borgeren og bidrage til engagement og selvkontrol fra borgeren i sin egen sundhed.

Behov for engagement og inddragelse i egen behandling set fra en kronikers synsvinkel.

Baggrund og motivation:

Der er store politiske ambitioner og budskaber i de nationale strategier og pejlemærker for patient empowerment fra de danske regioner og kommuner. De kommende år investeres der i flere store it-projekter, der skal inddrage borgeren/patienten i behandlingen. Herunder kan f.eks. nævnes Sundhedsplatformen og sundhed.dk, som begge har et klart mål om at øge borgerens selvkontrol og engagement i egen sundhed ved at udnytte eksisterende teknologiske muligheder.

De operationelle kriterier er derimod ikke veldefinerede og tilpasset borgerens/patientens behov og krav om veldokumenterede løsninger, men er i højere grad dikteret af den teknologiske udvikling.

Beskrivelse:

Diabetes og andre kroniske sygdomme er et af de områder, hvor patientinvolvering kan skabe stor værdi og potentielt øge kvaliteten af behandlingen. Det er bl.a. veldokumenteret i flere studier fra Kaiser Permanente. Selvkontrol og engagement er vejen frem. Hvilke muligheder har borgeren/patienten, hvis man anvender teknologier for b.l.a. dataopsamling fra mobilenheder og medicinsk udstyr og digitale kommunikationsværktøjer (video/chat) og hvordan matcher de patientens behov?

Som kroniker har man bl.a. behov for at kunne dele sine data, få overblik over sin behandling, oplyse om sin tilstand, kommunikere digitalt med sundhedsprofessionelle, selvbetjening til f.eks. bestille en tid til konsultation. Men vigtigst af alt, at data følger borgeren uanset, hvor han eller hun befinder sig i sundhedsvæsenet.

For at kunne opnå dette er der et stigende behov for veldefinerede kriterier for hvad man ønsker at opnå med implementeringer af forskellige løsninger. Det gælder også operationelle løsninger der har en veldokumenteret værdiskabende effekt for patienten. Det er derfor essentielt at inddrage patienten tidligt i forløbet for at kunne udvælge de korrekte operationelle løsninger.

Kun ved sådan en patientfokuseret tilgang vil man kunne drage fuld udnyttelse af de teknologiske muligheder og sikre en stærk patient-empowerment.

Indlægget:

I indlægget præsenteres borgerens behov for medinddragelse set fra en kronikers synsvinkel. Med afsæt i oplægsholders personlige erfaring som type 1 diabetiker, understøttet af de seneste forskningsresultater, gennemgås behov og muligheder for opnåelse af patient empowerment.

Dette perspektiveres via praktiske implementeringserfaringer, dels internt i regionerne, dels i snittet mellem kommunerne og regionerne. Her inddrages kendskab til operationelle løsninger fra verdens førende leverandører inden for sundheds-it, Epic Systems, som led i arbejdet med Sundhedsplatformen.

Hospital Marina Salud - The journey from digitalization to HIMSS 7 and the HIMSS Davies Enterprise Award

Oplægsholder:

Juan Manuel LaCalle Martínez, Hospital Marina Salud de Dénia, Spanien

Hovedbudskaber:

1. Marina Salud have achieved significant quality and efficiency improvements since implementing the EHR in 2008.
2. Completely paperless by 2009, it was one of the first systems in Europe to achieve HIMSS Stage 7 and was awarded the HIMSS Davis Enterprise Award in 2015
3. Digitalization with EHR made it easier to improve care delivery strategies in the hospital

Baggrund og motivation:

Hospital Marina Salud, Dénia in Spain is the first non-U.S. hospital to earn the HIMSS Davies Enterprise Award - ever.

Davies Award recipients are HIMSS Stage 7 and 6 organizations that demonstrate significant, sustainable improvement of patient outcomes through the utilization of electronic health records (EHRs) and information technology (IT) while achieving return on investment.

This first-of-its-kind achievement reflects years of hard work and dedication to improving patient care and business processes, made possible by Marina Salud's system-wide adoption of the Cerner Millennium® EHR.

Beskrivelse

Marina Salud provides care to nearly 200,000 people in the Dénia community, located between cities of Valencia and Alicante. A per capita payment model necessitates safe and efficient care delivery (and the associated cost savings) to maintain financial stability across its network of 34 primary care facilities, two ambulatory centers and the hospital.

Marina Salud achieved significant quality and efficiency improvements since implementing the EHR in 2008. Completely paperless by 2009, it was one of the first systems in Europe to achieve HIMSS Stage 7. The EHR implementation made it easier to improve care delivery strategies; those results impressed the HIMSS selection committee.

The EHR produced time savings for the Spanish health system in two areas: the nursing discharge report and internal transfers from unit to unit within the hospital. Today, 50 percent of the nursing discharge report is pulled from previously recorded clinical documentation, saving at least five minutes per report. Marina Salud calculates this approach has recovered 15 minutes per discharge and/or 15 minutes per patient admission.

Marina Salud also made significant advancements in the detection, treatment and prevention of diseases. Digital workflows enabled clinicians to increase cervical cancer screenings by 84 percent and breast cancer screenings by 15 percent. The time from identification of cancer risk to initiation of treatment dropped 42 percent.

Standardized care resulted in several positive changes at Marina Salud. Hospitalization rates for patients with congestive heart failure dropped by one-third; readmission rates by 35 percent. Hospitalization and readmission rates for patients with chronic obstructive pulmonary disease decreased by 21 percent and 15 percent respectively.

Marina Salud had a sepsis mortality rate of 45 percent. Since implementing Cerner's advanced sepsis algorithm, that number has fallen to 32 percent and continues to trend downward. The leadership at Marina Salud is confident that extending clinical decision support across multiple conditions will empower clinicians to adhere to best practices and achieve similar outcomes in patient care.

Indlægget:

Marina Salud will present how they have used their EMR implementation to rethink the whole organization and how health and care is delivered to citizens and patients. They will describe the journey from EMR implementation to a fully digitalized hospital system where quality improvements are driving the continuous evolution of the organization in close cooperation with all healthcare providers.

Sessionens to indlægsholdere vil give deres refleksioner over de kommende udfordringer og muligheder for e-sundhedsvæsenet. Samtidig vil de prioritere, hvad de mener, der bør arbejdes med ifm. understøttelsen af tværsektoriel forløbssammenhæng. Indlæggene vil være en inspiration til pejlemærker for en hensigtsmæssig symmetri og match imellem det borgernære sundhedsvæsen og det højt specialiserede hospitalsvæsen.

Oplægsholder:

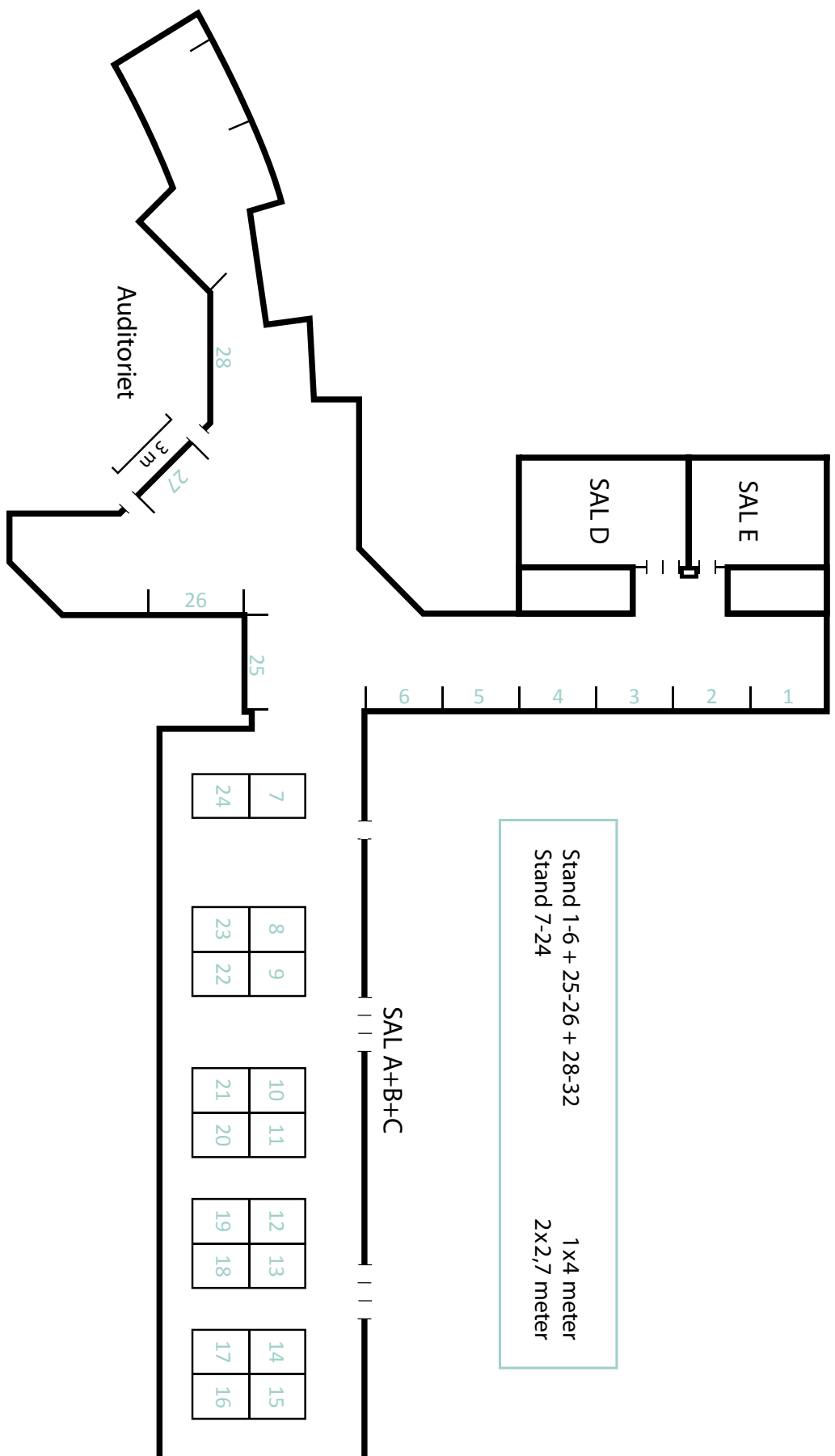
Christian Harsløf, afdelingschef, KL's Center for Social og Sundhed
Flemming Christiansen, direktør, National Sundheds-it

På sessionen vil de to indlægsholdere give deres refleksioner over de kommende udfordringer og muligheder for digital understøttelse af det tværsektorielle samarbejde i sundhedssektoren, samt hvilke krav "det nære sundhedsvæsen" stiller til sammenhængende digital understøttelse.

Indlægsholderne vil forholde sig til den nuværende digitale understøttelse af det tværsektorielle samarbejde i sundhedssektoren (Medcom-beskeder, FMK, Sundhedsjournalen, etc.) og hvilke forventninger de har til disse komponenter. Samt komme ind på hvor den nuværende digitale understøttelse kommer til kort, fx ift. komplekse tværgående patientforløb, og hvordan man forventer, at kunne opnå en bedre digital understøttelse.

Endvidere vil de forholde sig til hvilke tiltag, de forventer, der er på vej på den korte bane, og som skal skaleres til nationalt niveau.

Ydermere vil indlægsholderne sætte den nye Sundhedsdatastyrelse i perspektiv i forhold til ønsket om et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen gennem bedre brug af data og digitale løsninger.



STANDE

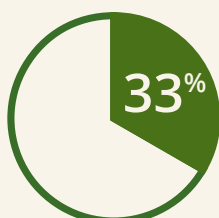
LEVERANDØRER

Nummer

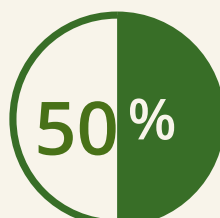
Sekoia Aps	1
KIBI Danmark A/S	2
Max Manus	3
CSC	4 & 5
7N A/S	6
Imatis AS	7
Systematic	8, 9 & 22
Capgemini Sogeti	10
CARE-CALL A/S	11
Cambio Healthcare Systems A/S	12 & 13
Cerner	14
Medisat	19
Delfi Technologies A/S	20
MedCom	21
Ascom Danmark A/S	23
IBM	24
Cetrea A/S	25
Carestream Health	26
CGI Danmark A/S	27
Appinix	28



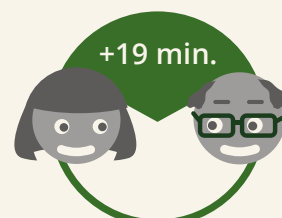
Har du hørt om vores resultater?



MINDRE
KONTORTID



FÆRRE
UTILSIGTEDE HÆNDELSER



ANSIGT-TIL-ANSIGT
HVER DAG

"Det er så smart. Systemet her gør, at medarbejderne ikke hele tiden skal løbe frem og tilbage mellem beboeren og kontoret med sedler i lommen og beskeder, der ikke må blive glemt. Systemet har reduceret vores antal af fejl til næsten nul. Men det vigtigste er, at det har frigivet tid til pleje og personlig kontakt."

- Centerleder

**Den mest udbredte
planlægningsløsning**

Plejecentre
Specialinstitutioner
Hjemmepleje

Kontakt os på
tlf. 20 74 53 43
mail hej@sekoia.dk





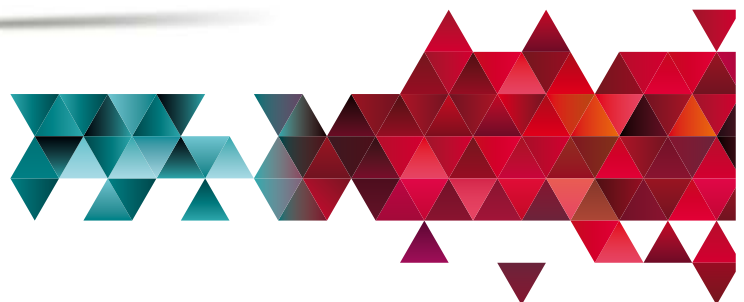
Control, precision and flexibility – the power of full integration



Are you ready for the next level in healthcare? KIBI provides a powerful platform for storing and sharing clinical information (VNA). Our web based KIBI Media offers a complete media solution for images/video capture, playback and documentation. KIBI Cardio manages ECG diagnostics and is a fully integrated vendor-independent solution covering both primary care and inpatient care.

Visit us in stand 2 and find out more how you can optimize your work with KIBI!

www.kibi-danmark.dk





Har *du* god tid?

– eller vælger du den hurtigste vej til klinisk dokumentation som er tilgængelig med det samme?

Max Manus Talegenkendelse

Hør mere på stand 3 – lige ud for sal D og E
- og kom til vores session (D3 i programmet) onsdag d. 7. oktober kl. 11
og hør om konsekvenserne af manglende tidstro dokumentation.



CSC

HEALTHCARE

The CSC logo consists of the letters 'CSC' in white, bold, sans-serif font, set against a red rectangular background.

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

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

Vi har fokus på at levere løsninger til gavn for dig i din hverdag. Løsninger, der knytter det danske sundhedsvæsen sammen.

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

**Kom og hør mere om CSC og vores løsninger på stand 4 og 5 på
E-sundhedsobservatoriet den 6-7. oktober 2015**

CSC • P.O. Pedersens Vej 2 • 8200 Aarhus N • Tlf: 3614 4000 • www.csc.com/sundhed • scandihealth@csc.com

Projekt-
og programledelse

Test og testledelse

Patient flow

Sammenhænge
på tværs

Forandringsledelse

Forretningsanalyse

Arkitektur

Ledelsesrådgivning

Leverandør-
og kontraktstyring

Udbud

IT-Strategi

Kravspecifikation

Gevinstrealisering

E-Heath integration

Business cases

VI LEVERER SPECIALISTER

7N er på mange konsulentrammeaftaler -
Bl.a. med Regionerne

Læs mere om os på 7N.com eller ring til
en af vores 12 agenter på 4528 0000



Agent for High-End IT Professionals



Mød Imatis på stand nr. 7

Kom og få et indblik i Imatis' sundheds IT-løsninger til håndtering af klinisk logistik styring og kommunikation.

IT systemer, der underbygger sammenhængede pleje- og behandlingsforløb, for såvel patient/borger som sundhedsprofessionel og på tværs af sektorer.

Patienten og borgeren som partner

Imatis har fokus på at empower indlagte patienter og borgere i eget hjem gennem mulighed for monitorering og indberetning af egne data, opslag i egne journaldata samt at kunne konferere med de sundhedsprofessionelle forløbsansvarlige via videokonference.

Ligeledes understøttes de sundhedsprofessionelle i, på tværs af sektorer, at leve op til de regionale og nationale politisk fastsatte målsætninger, som f.eks. servicemål, kræftpakkeforløb m.m. via teknologi, der skaber forløbsoverblik og giver mulighed for kommunikation.

Produktportefølge

IMATIS Visual Health – Kategoriserer data fra patientjournalen omkring den menneskelige anatomi og organsystemer.

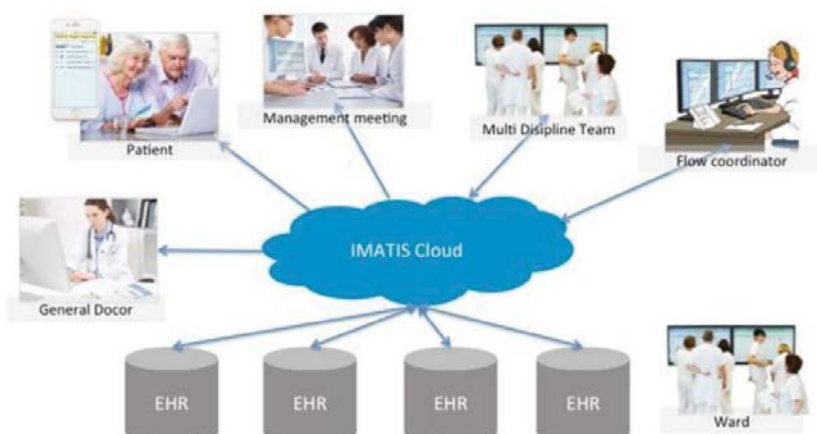
IMATIS Porta – Køhåndtering, selv check-in og afsendelse af notifikationer til patienter.

IMATIS Visi – Overblikstavler med mulighed for aktivering af pakkeforløb, tjeklister, afholde videokonference m.m.

IMATIS Mobilix – Koordinering af servicefunktioner, såsom portør, rengøring m.m. Herunder brug af Apps til f.eks. dataindberetning.

IMATIS Ludus – Patientportal med egne kliniske data og underholdning ifa tv, film m.m.

Billedet viser eksempel på brug af bl.a Visi over sektorgrænser



På standen vises
eksempler på
produkternes
brug

Simplifying critical decision making

Danmarks førende sundhedsplatform

Cura, Service Logistics, Clinical Logistics, Clinical Information System, Patient Logistics. Alle en del af **Columna** sundhedsplatformen.

Kom og se alle de nye features på sundhedsplatformen og Columna Cura, som er vores nye Borgerjournal til plejeområdet i kommunerne og udvikles i samarbejde med Aarhus kommune. Løsningen understøtter både borger og sundhedsfagligt personale i den daglige pleje i hjemmet.

Opgavesystemet i Columna Service Logistics er videreudviklet, så rengøringsopgaver også inkluderes. Komplet overblik over både frekvens og ad-hoc opgaver øger fleksibiliteten i serviceassistenternes hverdag. Hør mere om løsningen i vores indlæg til e-sundhedsbattle.



Mød os på stand 8-9

eller hør nærmere, når vi deltager med to indlæg i årets e-sundhedsbattle.

1.
SESSION

Hvad Google Glass - fup eller fornuft?
Hvor Parallelsession D2
Hvornår Tirsdag den 6. oktober kl. 15

2.
SESSION

Hvad Ny it-løsning bidrager til fleksibilitet i serviceassistenternes hverdag
Hvor Parallelsession D2
Hvornår Tirsdag den 6. oktober kl. 15

SYSTEMATIC
COLUMNA

SYSTEMATIC



På vej mod borgerens e-sundhedsvæsen



bookplon



Der arbejdes i disse år på at udvikle sundhedsvæsenet, således at den enkelte borger får mest mulig selvkontrol og engagement i egen sundhed i samarbejde med sine nærtstående, egen læge, kommunale sundhedsaktører og supersygehusenes højt specialiserede sundhedsprofessionelle. Parallelt hermed fokuseres der på at skabe et tværgående e-sundhedsvæsen med fokus på at understøtte sammenhænge inden for og mellem sektorerne.

I Capgemini Sogeti deltager vi aktivt i denne udvikling og arbejder på en række projekter som viser vej henimod et mere borgernært og tværgående sundhedssystem. Kom ind på vores stand og se hvordan

- Borgere selv booker tid for at få booket genoptræning eller taget blodprøver og EKG
- Praktiserende læger booker tid til deres patienters forundersøgelser - direkte i hospitalets bookingsystem
- Kommuner kan udnytte online booking og ankomstregistrering til at sætte borgeren i centrum
- Hvorledes man kan anvende tværgående booking til at planlægge sammenhængende patientforløb på tværs af organisatoriske enheder

HOVEDKONTOR

Capgemini Sogeti Danmark A/S Delta Park 40 2665 Vallensbæk Strand

www.capgeminoisogeti.dk

Patientens cockpit

- patientterminaler fra CARE-CALL



Platform der muliggør øget patientinddragelse, forbedrer kommunikationen og dermed patientens kvalitetsoplevelse.

- ✓ Servicekald – udnyt ressourcerne bedre
- ✓ Komfortstyring – forbedrer patientens oplevelse
- ✓ Adgang til patientens eget genoptræningsprogram
- ✓ Kommunikationsstøtte for patienten
- ✓ Adgang til patientens aktivitetskalender
- ✓ Madbestilling og kostregistrering

Besøg os på
stand 11 og
hør mere om
mulighederne



Vest (post- og besøgsadresse):
Nydamsvej 49, 8362 Hørning
Tel. 87 89 90 00
Fax 87 89 90 05

Øst (servicekontor):
Telegrafvej 5A, 2750 Ballerup
Tel. 87 89 90 00
Fax 87 89 90 05

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

Cambio COSMIC® – det nordiske EPJ alternativ

Cambio COSMIC's patientjournalssystem er i fuld produktion i 12 regioner i Norden, med alt lige fra multihospitalsmiljøer til universitetshospitaler, lokale hospitaler, som klinikker og privat praksis.

Løsningen anvendes på **universitetshospitalet i Odense**, og de **svenske universitetshospitaler i Uppsala og i Linköping**. De fleste kørende Cambio COSMIC løsninger har mere end 8.000 brugere.

I Danmark bruges systemet allerede i løsninger hos **Region Syddanmark, Færøerne, Grønland, Kennedy Centret og Forsvarets Sundhedstjeneste**.

Med Cambio COSMIC leveres sundhed til mere end 4 millioner mennesker!

Cambio COSMIC er et moderne standardprodukt, baseret på en åben modulær arkitektur. Cambios suite dækker fuld EPJ funktionalitet og er et velafprøvet, brugervenligt og effektivt produkt, der understøtter de særlige danske og nordiske arbejdsgange og processer.



Cambio Healthcare Systems blev grundlagt i 1993 og har siden da leveret altomfattende IT-løsninger til organisationer i sundhedsvæsenet. I dag er Cambio en e-sundhedsvirksomhed, der stiller smarte, pålidelige og brugervenlige løsninger til rådighed, som kan forbedre behandlingen og patientsikkerheden. Cambio har opnået en førende position på markedet i Skandinavien og en god position i Storbritannien, hvilket betyder mere end 100.000 brugere. Vi gør en aktiv indsats for at forbedre sundhedsvæsenet samt patientsikkerheden.

Cambio⁺ Healthcare Systems
Safer and Smarter

Population Health Management
Connecting what matters

Strategisk innovation i sundhedssektoren nu og i fremtiden.



Intelligente løsninger til hele sundhedssektoren

Vores fundament hos Cerner er at bygge en fremtid baseret på intelligente løsninger til hele sundhedssektoren. I dag bruger mere end 18.000 institutioner verden over vores løsninger der forbinder mennesker med teknologier der kan sikre at vi kan løse de mange kliniske, finansielle og operationelle behov organisationen har uanset om det er et hospital, kommune eller en region.

Vi vil sammen med vores kunder skabe en fremtid, hvor teknologien hjælper med at skabe kvalitet og tryghed i sundhedssektoren.

Ved at bruge og designe sundhed informationsteknologier kan vi skabe grundlaget for at institutioner og organisationer har den nødvendige viden for at træffe beslutninger, styre og engagere borgerne i at skabe en sundere fremtid. Vores løsninger er udviklet med øje for det sundhedsfaglige personale, så de kan fokusere på mennesker og ikke teknologien.

Med mere end 30 års erfaringer er vores mission fortsat at bidrage til en bedre sundhedspleje. Med store investeringer i nye hospitaler, er innovation og morgendagens løsninger udfordringen, med viden og erfaringer fra mere end 30 lande kan og vil vi bidrage i Danmark.

Mød os på eSundhedsobservatoriet

Her træffer du Birgit, Amanda og Hans Jacob fra Cerner.

De svarer gerne på spørgsmål og viser nogle af Cerners løsninger til sundhedssektoren

Mød os på stand 14

Du kan også skrive til
C_Grosfjeld.Birgit@Cerner.com

Health care is too important to stay the same.™



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



MedCom's aktuelle projektlinjer 2014-2015:

MedCom9-projekterne tager i 2015 direkte afsæt i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet og omfatter 3 projektlinjer indeholdende i alt 8 delprojekter.

Projektlinje A: Telemedicin

A2: Telemedicinsk sårvurdering

A4: Modning af telemedicinsk infrastruktur

Projektlinje B: Fælles MedicinKort

B1: FMK i kommunerne

B2: FMD i praksissektoren

B3: Vaccinationsregisteret (DDV)

Projektlinje C: MedCom-meddelelser

C1: Sygehus-praksispakke

C2: Hjemmepleje-sygehusstandarder

C4: Genoptræningsplan

MedComs 4 basisopgaver er

- Tværsektoriel udbredelse
- Standarder, test og certificering
- Drift af sundhedsdatanet og nationale datakilder
- Internationale aktiviteter

På MedCom's stand kan du høre om de projekter der aktuelt arbejdes med.

Vi fortæller om projekternes indhold, planer og viser den aktuelle udbredelse.

Vi er aktuelt ved at planlægge den næste projektperiode (MedCom10), og vi vil gerne fortælle om planerne, samt høre dit syn på disse.

MedCom

Forskerparken 10, 5230 Odense M

Tlf. +45 65432030

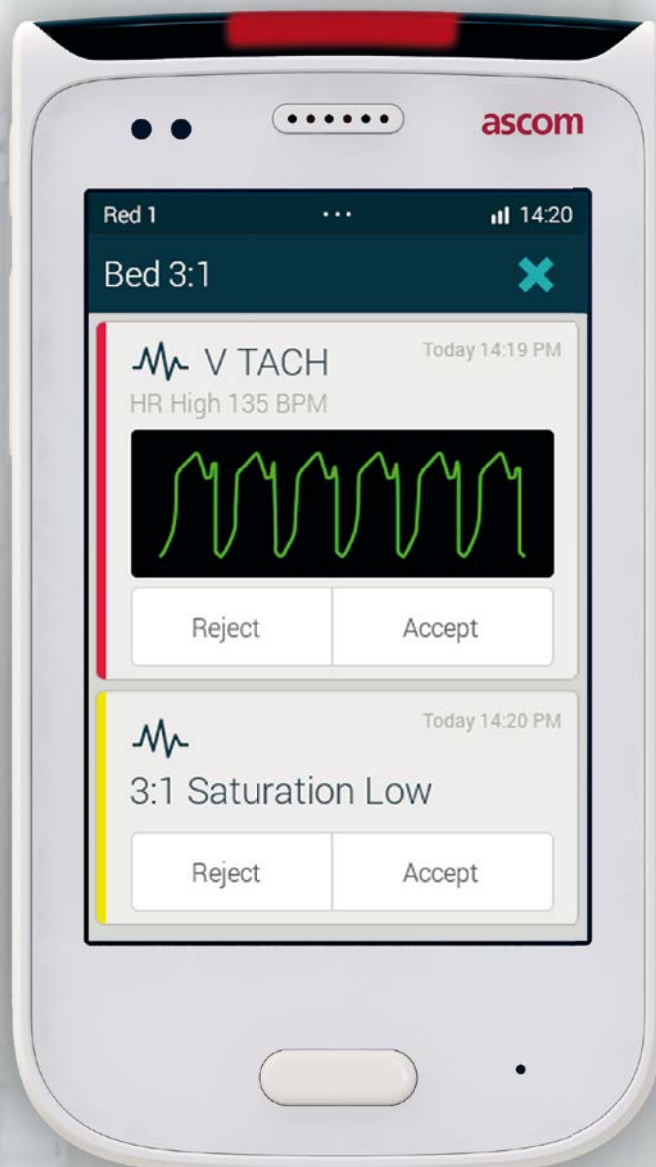
medcom@medcom.dk

www.medcom.dk



ascom

Verdens eneste kliniske smartphone



www.ascommmyco.com/dk

myco 
At the heart of care

Smarter Care

TRANSFORMATION AF SUNDHEDSSEKTOREN



Shared Care	Det digitale hospital	Big Data
Sporbarhed	Mobility	IBM Watson



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



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

stand
25kommunikation
koordination
overblik**Cetrea**
MAQUET GETINGE GROUP

Et bedre patientflow

Med Cetreas prisvindende software bliver det nemmere at holde styr på patienterne, deres indlæggelsesforløb og deres aktiviteter. Og med mere end 35 integrationer til andre hospitalssystemer samler Cetrea informationen ét sted, så du altid kan holde dig opdateret – uanset hvor du er.

Kom forbi vores stand og fortæl os om, hvordan I håndterer de daglige udfordringer. Måske kan vi hjælpe!

Pssst!

Vi er naturligvis også med i skattejagten





The power of together.

CLINICAL COLLABORATION PLATFORM

The power of collaboration helped save Sarah's life.

COLLABORATION ACROSS THE TEAM.

When Sarah became seriously ill, Vue for Clinical Collaboration brought the right team of healthcare professionals together – her referring doctor, specialists within the enterprise, and consulting physicians from other health systems and from across the country. They were all able to collaborate seamlessly with full access to her diagnostic data and images.

The result? Sarah got the life-saving care she needed in a timely, efficient and affordable manner.

Connecting people and data. Anywhere.

Carestream

To learn more, visit carestream.com/collaboration





Experience the commitment®

Nyskabende løsninger. Smartere beslutninger. Bedre resultater.

Hvad enten du ønsker at bruge teknologien til at få mere ud af dine budgetter eller til at understøtte dine patienter og dit personale, er vi klar til at være din sparringspartner. Det arbejder vores mere end 100 danske sundhedsfaglige specialister med for en række sundhedsaktører i ind- og udland.

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

Kig forbi vores stand på E-Sundhedsobservatoriet 2015. Eller besøg os på cgi.dk



Mere end 100 sundhedsfaglige specialister i Danmark.
7.000 på verdensplan



Høj tilfredshed
blandt
kunderne



Løsninger
i den bedste
kvalitet

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

Inden for sundhedsområdet kan 100 medarbejdere i Danmark og mere end 7.000 på verdensplan inspirere dig til at realisere målsætninger understøttet af sundheds-it. 20 % af medarbejderne har en sundhedsfaglig baggrund som bl.a. laborant, bioanalytiker, læge, lægesekretær eller sygeplejerske. Vi har leveret it til sektoren i mere end 25 år.



Det unikke digitaliserede
behandlings- og træningstilbud
på tværs af systemer

Mød os på E-sundhedsobservatoriet

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Abildgaard	Per	Konsulent	MedCom
Andersen	Anders Siig	Instituteder	Roskilde Universitet
Andersen	Bent	Salgschef	Ascom Danmark A/S
Andersen	Claus Kj.	Senior Architect	Systematic
Andersen	Janni Lerche	Industry expert, Health Care	NNIT A/S
Andersen	Jens	Chefkonsulent	National Sundheds-IT
Andersen	Jens Rastrup	Forretningskonsulent	Sundhed.dk
Andersen	Jens Sand	Salgsdirektør	Ascom Danmark A/S
Andersen	Karoline	Jurist	Region Nordjylland
Andersen	Kim Meldgård	Senior projektleder	Region Syddanmark
Andersen	Lene Lund	Key Account Manager	Atea A/S
Andersen	Louise Ingerslev	Juridisk konsulent	Region Midtjylland
Andersen	Lykke Burmølle	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland
Andersen	René Ingemann	Partner	Appinix A/S
Andersen	Stig Kjær	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Andersen	Troels	Partner	CEDI
Andersen	Ulrich L.S.	Uddannelsesansvarlig overlæge	Nykøbing Falster Sygehus
Andreasen	Henrik Juul	Funktionschef	Region Syddanmark
Ankjær	Michael	Certificeret salgschef	IBM
Bach	Malene Østergaard		IBM
Bager	Allan S.	Business Development Manager	IBM
Bagger	Bettan	Ph.d.-studerende	Roskilde Universitet
Balle	Helle	Projektleder	Sektor for National Sundheds-it
Ballegaard	Stinne Aaløkke	Seniorprojektleder	KORA
Bang	Anne Mette	Market Developer	Vamed
Bang	Henrik	Projektkoordinator	Holbæk Sygehus
Bardino	Mette Kathrine	KP-nøgleperson, lægesekretær	Aarhus Sygehus, Fælles Akut Afdeling
Bardram	Jakob E.	Professor	DTU COMPUTE
Bartholdy	Christina Silseth	Projektchef	Det grønlandske Sundhedsvæsen
Behr	Simone	EPJ-leder	Aarhus Universitetshospital
Bendixen	Inge	Vicedirektør	Syddansk Sundhedsinnovation
Bertelsen	Pernille	Lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Besserman-Svendsen	Anja	Markedschef	Rehfeld Partners
Biering-Madsen	Thorkild	Client Executive	CGI Danmark A/S
Billeschou	Henrik	Key Account Manager	Cetrea
Birch	Peter		SAS Institute
Birk	Pernille Abild	EPJ-konsulent	Region Midtjylland, PS Psykiatriplanlægning
Bjerggaard	Anette	Projektleder	SDSI
Bjerre	Kirstine Bergholdt	Konsulent	KL
Black	Christopher Trunk	Head of Global Communications & Marketing	CareCom A/S
Board	Neville	Director, RN, BA, MPH	e-Health and Medication Safety
Bode	Claus Lindholm	Director Business Development	Prolog Development Center
Boisen	Karin	Implementeringskonsulent	Capgemini Sogeti
Bolby	Keld	Afsnitsleder Sundheds It	Hospitalsenhed Midt
Bondorf	Susie Wagner	Partner	Indicium ApS
Botin	Lars	Lektor	AAU
Brahm	Anders	Afdelingschef	National Sundheds-IT (NSI)

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Brantberg	Per	Strateg	Inera
Brinck	Claus	It-kundeansvarlig for AUH	Region Midtjylland
Bruun	Allan Murphy		Aidcubd/Appinix
Bruun-Rasmussen	Morten	Ingeniør	MEDIQ
Brændstrup	Anni Møller	Kontorfuldmægtig	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Bräuner	Knud	Projektleder	Region Syddanmark
Brøndum	Eva	Forskningssygeplejerske	Hvidovre Hospital, Lungemedicinsk Forskning
Brøndum	Stig		Hjerteforeningen
Buchholdt	Jan	Projektleder	Trifork A/S
Bøsling	Jacob	Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen
Bøttcher	Anne	It-projektleder	Region Nordjylland, Psykiatrien
Campbell	Ditte Hørlyck	Business Development Manager	Copenhagen Healthtech Cluster
Capion	Lisa	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital
Carlsen	Mette Helles	Projektleder	Region Midtjylland
Carlsen	Helge Præstgaard	Projektleder	Region Syddanmark
Carlsen	Janni Lausten	It-implementeringskonsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Carstens	Niels	Udviklingsansvarlig	Prolog Development Center
Carøe	Jesper Grankær	Vice President	Trifork Public A/S
Chad	Henrik Bach	It-koordinator	Aalborg Universitetshospital
Christensen	Annette Guldeldt	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Christensen	Bente	Projektleder Telesundhed-Televefærd	Kolding Kommune, Sundhedsområdet
Christensen	Helle Bülow Mindegaard	Sygeplejerske	Slagelse Kommune
Christensen	Kent Dencker	Overlæge	Aalborg Universitetssygehus, Farsø
Christensen	Kristina	It-konsulent	Region Sjælland, Koncern IT
Christensen	Susanne Lumby		Odense Kommune
Christiansen	Flemming	Direktør	NSI
Clemensen	Jane	Lektor, centerleder	CIMT
Coiera	Enrico	Professor	Australian Institute of Health Innovation Maquarie University
Corinth	Christina	Key Account Manager	Sensor Medical
Crone	Britta	Analyse- og økonomikonsulent	Faxe Kommune
Dall	Lisbeth	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden
Dalsgaard	Esben Andreas	Chef it-arkitekt	NSI
Dam	Sigbritt	EHR Advisor	Heilsumálaráðið
Damgaard	Henriette	EPJ koordinator	Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen
Damgaard	Jesta	Product Specialist	Cambio Healthcare Systems A/S
Damkær	Michael Hjorth	Funktionschef	Odense Universitetshospital, Klinisk IT
Damm	Peter	Business Innovation Manager	Max Manus A/S
de Lemos	Marianne	Projektleder	Region Midtjylland
Degn	Nathali Schaap	Næstformand	Danske Lægesekretærer
Dent	Jeanette	Klinisk it-koordinator	Hospitalsenheden Vest
Descours	Bruno	Sundheds-It konsulent	Regionshospitalet Randers
Drewes	Birgitte	Afdelingschef	National Sundhedsdokumentation og -it
Due	Annette	Salgschef	Silverbullet
Egholm	Marin Elina	Projektleder	Lyngby Taarbæk Kommune
Eilsø	Jesper	Sundhedskonsulent	Svendborg Kommune
Elberg	Pia		Aalborg Universitet

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Eliassen	Vicky Lykke	It-koordinator	Ishøj Kommune
Elkjær-Nielsen	Jørgen	Client Relationship Executive	CSC
Ellesø	Christa Bendix	Lægeseekretær	Psykatrien Syd, Nykøbing F
Eriksen	Karina Borregaard	SFI konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Ernst	Vibeke	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Eskildsen	Judy May	It-medarbejder	Statens Serum Institut
Eskildsen	Ulla Lund	Projektleder, konsulent	KL
Eyðinsdóttir	Hervør	EHR-advisor	Heilsumálaráðið/Sundhedsministeriet
Faurschou	Karen Pernille	Specialkonsulent	Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Federspiel	Niels Blinkenberg	Domain Solution Executive	KMD
Fejring	Anders	Senior Manager	Systematic A/S
Fellenius	Eva		Stockholms läns landsting
Femerling	Gitte	Sundheds-it konsulent	Hillerød Kommune
Fisker	Brian	Director, Healthcare Operations	Systematic A/S
Fisker	Jacob	Konsulent	Aarhus Kommune
Flou	Lene Sørmod	Akademisk medarbejder	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Flyger	Hanne Vig	Specialkonsulent	KAP-H, Region Hovedstaden
Fog	Ann-Kathrine	Afdelingsleder	Gentofte Hjemmepleje
Franke	Jesper Kervin	Healthcare Manager	GS1 Denmark
Frederiksen	Anne Mette Bragh	Sales Director	Max Manus A/S
Friis	Soile	Formand	Lægeseekretærforeningen
Fritzel	Anne-Lotte	Sekretariatschef	Roskilde og Køge sygehuse
Frøsig	Ole B.	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, Klinisk IT
Furstrand	Dorthe	Læge, Ph.d.-studerende	Københavns Universitet
Færgemann	Louise	Forretningskonsulent	sundhed.dk
Galster	Gert	Arkitekt	SundIT
Gerdes	Ulrik	Overlæge, dr.med.	Region Syddanmark, Center for Kvalitet
Glasdam	Jacob	Partner	MedWare ApS
Goul	Anders	Udviklingsdirektør	Systematic
Granlie	Jonas	Chefkonsulent	Region Syddanmark
Green	Allan	Specialkonsulent	Region Hovedstaden, Videncenter for Telemedicin
Green	Amanda	General Manager	Cerner
Greibe	Kell Erik	Læge, MI	NSI
Grevy	Margrethe	Konsulent	KL
Grøn	Bodil	It-ansvarlig	Fredericia Kommune
Grønbæk	Karen	Sundhedsf. EPJ-konsulent	Region Midtjylland, It-produkter
Grøndahl	Susanne	Senior Clinical Adviser	Systematic
Grønvald	Liselotte	Konsulent	Lægeforeningen
Grøsfjeld	Birgit	Business Development Executive	Cerner
Gudnason	Olav	MsBs	Privat firma
Gunnar	Poul-Erik	Projektleder	Odense Universitetshospital, Klinisk IT
Gøeg	Kirstine Rosenbeck		Aalborg Universitet
Gøthgen	Charlotte Buch	Viceklinikchef, overlæge	Aalborg Universitetshospital
Hagen	Lene Iren	Sundheds-It konsulent	Regionshospitalet Randers
Halkjær	Merete	Digitaliserings konsulent	Københavns Kommune
Hansen	Bodil Helbo	Systemadministrator	Hillerød Kommune
Hansen	Brian Stenskrøg	I-sikkerhedskoordinator	Region Nordjylland

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Hansen	Carsten	Salgschef	Medisat A/S
Hansen	Finn Roth	Datakonsulent	Region Hovedstaden, Center for Sundhed
Hansen	Jacob Boye	Chief Executive Officer	DaCHI Leverandørforum
Hansen	Mai-Britt Hagen	Product Manager	Odense Universitetshospital, Klinisk IT
Hansen	Margit	Udvilingskonsulent	Kolding Kommune
Hansen	Morten	Chefkonsulent	Region Syddanmark
Harbo	Mikkel	Director, Business Development & Product Management	Systematic A/S
Harsløf	Christian	Afdelingschef	KL's Center for Social og Sundhed
Hasling	Trine Bernt	Sygeplejerske	Hvidovre Hospital
Hassing	Alis Helmer	Konsulent	Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Hatting	Vibeke	Klinisk IT-konsulent	Sydvestjysk Sygehus
Hauge	Lene	Senior Clinical Adviser	Systematic
Hedegaard	Karin	Funktionsleder	Aalborg Universitetshospital
Hedevang	Karina Hasager	Konsulent	MedCom
Hejlesen	Ole	Professor	Aalborg Universitet
Henriksen	Hans Erik	Direktør	Healthcare DENMARK
Henriksen	Inge Gurli	Sundhedsfaglig konsulent	Hospitalsenheden Horsens
Henriksen	Svend Holm	Konst. enhedschef	Syddansk Sundhedsinnovation
Heuch	Jakob	Sales Director, Sundheds IT	Capgemini Sogeti
Hoff-Jessen	Hanne	Systemkonsulent	Helsingør Kommune
Hoffmann	Lars	Nordic Sales Manager	ExorLive
Hohwy	Marianne	Organisationskonsulent	Region Midtjylland
Holm	Michael	CEO	Systematic A/S
Holm	Sine Stavnsgaard	Produktspecialist	Region Midtjylland
Hornbek	Gitte	EPJ-koordinator	Aarhus Universitetshospital, Hjertesygdomme, Skejby
Houmand	Annette	Praktiserende læge	PLO's dataudvalg
Hulbæk	Lars	Direktør	MedCom
Høher	Tobias	Produktchef	Sekoia
Høiberg	Lone	Konsulent	MedCom
Højgaard	May-Britt		Devoteam
Højgaard	Mette Jessie	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, DoIT
Højholt-Nielsen	Jeppe	Solutions Director	CSC
Højvang	Marie	Industry Marketing Manager	Systematic A/S
Høyer	Jacob	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Haahr	Birgitte	Kontorchef	Region Midtjylland
Haar	Karen Elizabeth K.	It-kundeansvarlig	Region Midtjylland, It
Ibsen	Henrik	CEO	OpenTeleHealth
Illum	Birgitte	Konsulent	Region Midtjylland, PS Psykiatriplanlægning
Illum	Peder	Konsulent	MedCom
Isaksen	Birgitte	Key Account Manager	Max Manus A/S
Jacobsen	Kim Walther	Lektor, it-vejleder	VIA University College Sygeplejerskeuddannelsen i Randers
Jakobsen	Henriette	Chefkonsulent	Odense Kommune
Jensen	Bente Hjørnholm	Klinisk IT-ansvarlig	Hospitalsenheden Vest
Jensen	Dorte Stilund	Operationssygeplejerske	Nykøbing Falster Sygehus
Jensen	Gitte Sønderby	It-konsulent	Region Syddanmark
Jensen	Hanne Damgaard	It-datakonsulent	Region Midtjylland

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Jensen	Jimmi	It-medarbejder	Aalborg Universitet
Jensen	Lena Sundby	Personlig assistent	Københavns Universitet
Jensen	Mariann	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT, IT Forvaltning
Jensen	Merete Hartun	Afdelingssygeplejerske	Region Hovedstaden, Videncenter for Sårheling
Jensen	Mette	Projektleder	Region Syddanmark, Klinisk IT, Odense Universitetshospital
Jensen	Per Veng	It- og datakonsulent	Region Hovedstaden, Center for Sundhed
Jensen	Pia	Projektleder	Assens Kommune
Jensen	Pia Bjerregaard	Koordinerende EPJ-ansvarlig/lægeseekretær	Aarhus Sygehus, Fælles Akut Afdeling
Jensen	Pia-Lis	Adjunkt	Professionshøjskolen UCC
Jensen	Sine	Seniorrådgiver	Forbrugerrådet TÆNK
Jeppesen	Birgit Bækmann	Konsulent (MI)	Aarhus Kommune, Digitalisering
Jeppesen	Lisa	It- og velfærds-konsulent	Glostrup Kommune
Jespersen	Henrik	Senior Vice President	Systematic A/S
Jespersen	Pia	Chefkonsulent	National Sundheds-IT
Johannsen	Marianne Lykke Dalmar	It-konsulent	HK/DL
Johansen	Liselotte	Sundhedsfaglig koordinator	Assens Kommune
Johansen	Michael	Konsulent	Medcom
Johansson	Mikael		Inera AB
Jonigkeit	Christian	Architect and Senior Architect	Cambio Healthcare Systems
Jordt	Henrik Hammer	It-chefarkitekt	Region Midtjylland
Juel	Pia Reinhardt	Sekretær	MedCom
Juhl	Allan	Nordic Director, Health Care	SAS Institue
Justi	Linda Andersen	Konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Juul	Gitte	It-konsulent	Region Nordjylland, Koncern IT
Juul	Peter	Product Manager	Judex
Jørgensen	Claus Bo	Specialkonsulent	Sundhedsstyrelsen
Jørgensen	Jari Friis	CEO	Symmetric
Jørgensen	Karen Skjerbæk	Senior Business Operation Manager	CSC
Jørgensen	Lea Tøttrup	Studentermødthjælp	Aalborg Universitet
Jørgensen	Lisbeth	Innovationskonsulent	Odense Universitetshospital
Jørgensen	Pernille Feldt	EPJ-konsulent	Region Midtjylland, PS Psykiatriplanlægning
Jørgensen	Ricco Sølvberg	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital, DoIT
Jørgensen	Trine	Product Specialist	Cambio Healthcare Systems A/S
Kalsen	Christian	Projektleder	Cetrea A/S
Kayser	Lars	Lektor	Københavns Universitet
Kehlet	Jane Bitsch	Konsulent	Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg
Kensing	Finn	Direktør	Københavns Universitet
Kent	Annelise Kjølsest		Professionshøjskolen Metropol
Kirkegaard	Peter	Direktør	care-call a/s
Kjeldsen	Gitte	Project Manager	MedTech Innovation Consortium
Kjeldsen	Michel	Praktiserende læge	KAP-H, Region Hovedstaden
Kjærgaard	Hanne Mie	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Kjærsgård	Bitten Fisker	Sundheds-It konsulent	Hospitalsenhed Midt
Kleinschmidt	Kent	Lægefaglig chefkonsulent	Det Grønlandske Sundhedsvæsen, EPJ projektet
Knudsen	Børge	Kontorchef	Region Midtjylland
Knudsen	Per Simon	Senior Key Account Manager	TDC A/S
Kodahl	Liselotte	Product Manager	Odense Universitetshospital, Driftoptimering og IT

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Kohl	Bjarne	Partner	Epikon
Korgaard	Christian	Salg	CSC
Kramp	Gunnar	Senior Concept Developer	Alexandra Institutet
Kristensen	Alice	Konsulent	MedCom
Kristensen	Christina	It-implementeringskonsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Kristensen	Dorte	Projektleder	Sydvestjysk Sygehus
Kristensen	Jørgen Schøler	Lægefaglig direktør	Hospitalsenheden Horsens
Kristensen	Lena	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Kristensen	Margit	Vicekontorchef	Region Midtjylland, PS Psykiatriplanlægning
Kristensen	Poul Erik	Konsulent	KL
Kristiansen	Lisbeth Røhr	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Krog	Anna-Britt	Projektkoordinator	Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Krogh	Marie-Louise	Innovations konsulent	Odense Universitetshospital
Krøyer	Birgitte	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Kvist	Matine	Projektleder	Odense Universitetshospital
Kyng	Morten	Professor	Aarhus University
la Cour	Hanne	Systemadministrator	Hospitalsenhed Midt, Diagnostisk Center, Radiologisk Afsnit
Landgreen	Helle	Solution Manager	KMD
Langelykke	Louise	Senior Product Manager	KMD
Larsen	Jane	Sundhedsf. EPJ-konsulent	Region Midtjylland, It-produkter
Larsen	Jane Eis	Projektschef	Devoteam A/S
Larsen	Luise Ea	Lægesekretær	DL
Larsen	Maria Friis	Director	Rehfeld
Larsen	Tove Tobiesen	Projektleder	Roskilde og Køge sygehuse
Lassen	Dorthe	Projektleder	MedCom
Lauesen	Søren	Professor	IT-Universitetet
Lauridsen	Mette Vandborg	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Laurien	Mette Halkier	Projektleder	Center for Frihedsteknologi
Lauritzen	Lone Boysen	Teamleder og projektansvarlig	Tønder Kommune, Sygeplejen, Pleje og Omsorg
Lauritzen	Peter	Projektleder	IBM
Laursen	Peter Ljunggren	Områdedirektør	KMD
Laursen	Tine Ohm	Projektleder	National Sundheds-IT
Lehrmann	Tove	Chefkonsulent	MedCom
Leksø	Anne Kathrine	Adm. it-koordinator	Region Sjælland, NSR Sygehuse
Lerche	Steffen	Adm. direktør	Cambio Healthcare Systems
Leth	Katrine Schousbøll	Udviklingskonsulent	Odense Kommune, Center for Velfærdsteknologi
Leth	Torben	CEO Max Manus Denmark	Max Manus A/S
Lindblom	Jan	Sundhedsfaglig specialkonsulent	Region Hovedstaden
Lindholm	Henrik	Product Manager	Cambio Healthcare Systems A/S
Lippert	Søren	Ph.d.-studerende	IT-Universitetet i København
Lund	Eva Bahr	Innovationskonsulent	Odense Universitetshospital
Lundbye-Chrisensen	Søren	PhD, Senior biostatistikker	Aalborg Universitetshospital
Lykke	Freddy	CEO	Cetrea A/S
Lyng	Charlotte Dorph	Projektleder	Lyngby-Taarbæk Kommune
Lyngbo	Christian	Studentermedhjælp	Aalborg Universitet
Lyngby	Marchen Camilla	Akademisk medarbejder	Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it
Mackenhauer	Louise Gorell	KOL-sygeplejerske	Vesthimmerlands Kommune

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Madsen	Helene Hølmkjær	It-medarbejder	Sygehus Lillebælt - Vejle
Martínez	Juan Manuel LaCalle		Hospital Marina Salud de Dénia
Matthiesen	Mie Hjorth	Specialkonsulent	MedCom
Mejlby	Bente	Sundheds-it konsulent	Hospitalsenhed Midt
Mikkelsen	Else Lund	Afsnitsleder	Hospitalsenhed Midt, Sundheds-It
Mikkelsen	Kenneth	Programchef	CoLab Denmark, Syddansk Sundhedsinnovation
Moe	Hans Jacob	Communication Manager	Cerner
Momme	Christine Lund	Specialkonsulent	Region Syddanmark, Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Mortensen	Carsten Stanley	It-konsulent	Aalborg Kommune
Mortensen	Flemming Friis	Sales Director	CSC
Mortensen	Lena	Seniorkonsulent	Region Midtjylland
Mullerup	Mette	It-projektleder	Sygehus Vendsyssel
Mynster	Rasmus Hieronymus	Director	CGI Danmark A/S
Mølenberg	Majlis	Key Account Manager	KMD A/S
Møller	Marianne	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Mørk	Britta	Klinisk IT-ansvarlig	Regionshospitalet Herning
Nasser	Allan	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Nederby	Lisbet	Datakonsulent	Roskilde og Køge sygehuse
Nicolajsen	Lisbeth Bisgaard	Organisationskonsulent	Region Midtjylland, Koncern HR
Nielsen	Annette Lyneborg	Chefkonsulent	Region Hovedstaden
Nielsen	Annie Høgh	It-datakonsulent	Region Midtjylland
Nielsen	Flemming Lindberg	Product Manager	CARE-CALL A/S
Nielsen	Jens Buch	Stabschef	Roskilde og Køge sygehuse
Nielsen	Jesper	Projektleder	Region Syddanmark
Nielsen	Jette	It-koordinator	Sygehus Vendsyssel
Nielsen	Karina Skog	Chefkonsulent	Nyt Hospital Nordsjælland
Nielsen	Marianne	Konsulent	MedCom
Nielsen	Mathias Kragh	Studentermehjælp	Aalborg Universitet
Nielsen	Michael Ellegaard		Appinix A/S
Nielsen	Sune Cordua	It-konsulent	Forsvaret
Nielsen	Tommy Mariager	Client Relationship Executive	CSC
Nilsson	Lina	PhD Applied Health Technology	Blekinge Tekniska Högskola
Niss	Karsten Ulrik	Studieektor	Aalborg Universitet
Nobel	Charlotte	It-medarbejder	National Sundheds-IT
Nøhr	Christian	Professor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Nørgaard	Jens Rahbek	Chefkonsulent	MedCom
Nørgaard	Kaare	Partner	Ocean Process A/S
Nørregaard	Henrik	It-datakonsulent	Region Hovedstaden
Olaussen	Irene	Senior Advisor eHealth	Norwegian Directorate of Health
Olesen	Bente	Overlæge	Herlev Hospital
Olesen	Birgitte Riisom		Fredericia Kommune
Olesen	Marie Uhrenholt	Innovationskonsulent	sundhed.dk
Olesen	Thomas Sonne	Partner	Lakeside A/S
Olsen	Lene T.	Systemansvarlig	Kalundborg Kommune
Oudrup	Anne-Mette	Salgschef	KMD Avaléo
Pahus	Jytte	Adjunkt	VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen
Pape-Haugaard	Louise	Adjunkt	Aalborg Universitet, HST

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Pedersen	Anne Godske	It-konsulent	SDSI
Pedersen	Birthe Mette	Programchef	Region Syddanmark
Pedersen	Ivan Lund	Chefkonsulent	Sektor for Sundhedsdokumentation og IT
Pedersen	Karin	EPJ-konsulent	Aarhus Universitetshospital
Pedersen	Sabine Juul	EPJ-kontoret	Grønlands Sundhedsvæsen
Pedersen	Susanne	Konsulent	Syddansk Sundhedsinnovation
Pedersen	Anne Dalhoff	Specialkonsulent	Regions Sjælland, KU Sund
Persson	Ronnie	International Account Manager	Cetrea A/S
Petersen	Frank	Director	Imatis AS
Petersen	Glenn	Partner, Senior konsulent	7N A/S
Petersen	Jan	Chefkonsulent	MedCom
Petersen	Kamilla	Industry Marketing Manager	Systematic
Petersen	Morten Elbæk	Direktør	sundhed.dk
Petersen	Olav Bjørn	Overlæge, lektor, Ph.d.-studerende	Aarhus Universitetshospital
Phanareth	Klaus	Formand	Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
Pilgaard	Dorthe	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Pinstrup	Thomas Stadil	Sundheds-IT chef	Regionshospitalet Randers
Poulsen	Kirsten	Dokumentationsansvarlig fysioterapeut	Aarhus Universitetshospital, Fysioterapi, og Ergoterapiafdelingen
Quist	Therese	Registreringskonsulent	Region Sjælland, Psykiatrien
Rasch	Sarah Maria	Antropolog	Alexandra Institut
Rasmussen	Dorthe	Product Specialist	Imatis AS
Rasmussen	Frits	Afdelingschef	Sydvestjysk Sygehus
Rasmussen	Hanne	It og dokumentationskonsulent	Region Sjælland, Psykiatrien
Rasmussen	Helle	Datakonsulent	Roskilde og Køge sygehuse
Rasmussen	Henrik Gørup	Direktør	Silverbullet
Rasmussen	Henrik Rosenberg	Senior Account Manager	Systematic
Rasmussen	Jens Peder	Direktør	Systematic
Rasmussen	Kirsten Nørholm	Senior and Implementation Specialist	Getinge IT Solutions
Rasmussen	Mirjam Monica	ITimplementeringskonsulent	Region Nordjylland, Psykiatrien
Rather	Martin Egede	Systemadministrator	Kalundborg Kommune
Ravnbak	Torsten	Senior Key Account Manager	NNIT
Rehfeld	Claus	Adm. direktør	Rehfeld Partners
Riis	Jan	Partner	Lakeside A/S
Riis	Vibeke	Projektkonsulent	Odense Universitetshospital, Klinisk It
Rode	Hanne	Sygeplejerske	KOL Kompetence Center
Roelsgaard	Klaus	Overlæge	Regionshospitalet Randers
Roesbjerg	Troels	Konsulent	Region Hovedstadens Psykiatri
Rosholm	Jens-Ulrik	Overlæge	Odense Universitetshospital, Geriatrik afd. G
Routhe	Jakob	Business Consultant	NNIT
Rudebeck	Helle	Sundhedsfaglig it-konsulent	Gentofte Kommune
Rudkjøbing	Andreas	Formand for Lægeforeningen	Lægeforeningen
Rønnedal	Birgitte Søgaard	EPJ-konsulent	Odense Universitetshospital
Sadlo	Bernd-M.		celsius37.com AG
Sand	Annette	Juridisk specialkonsulent	Region Midtjylland
Saubrey	Nina	Speciallæge og overlæge	Max Manus A/S
Schmidt	Anne Aarslev		GS1 Denmark
Schriver	Henrik	Afdelingschef	Falck

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Schultz-Larsen	Peter	Praktiserende læge	KAP-H, Region Hovedstaden
Schwarz	Ulla Skibdal	Systemadministrator	Fredericia Kommune
Schønnemann	Maria Hardt	Projektleder	Syddansk Sundhedsinnovation
Schønnemann	Ulrik Hardt	Partner	MedWare ApS
Seiersen	Luise	Lægesekretær	Psykiatrien Syd
Serbian	Simon	Formand	Lægeforeningens Netværk for sundheds-it
Simonsen	Ellen	Faglig konsulent	Trifork A/S
Simonsen	Jesper	Professor	Roskilde University
Simonsen	Vita		CSC Scandihealth
Skaftø	Henrik	Chefkonsulent	Ascom Danmark A/S
Skjalm	Lasse	Projektleder	Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg
Skjoldborg	Winnie Ann	Service Delivery Manager	Region Syddanmark
Skovgaard	Nanna	Kontorchef	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Skovrup	Kirsten	It-konsulent	Aalborg Kommune, Ældre- og Handicapforvaltningen
Skytte	Jette Hede	Udviklingskonsulent	Viborg Kommune
Skyttehave	Thomas	It-specialist	Forsvaret
Skött	Line Sinding	Senior Key Account Manager	KMD A/S
Smetana	Anne	Chefkonsulent	Healthcare Denmark
Smidstrup	Anne Rubæk	It-konsulent	Region Nordjylland
Sonnichsen	Elisabeth	AC-fuldmægtig	Sydvestjysk Sygehus
Stasiak	Tine	Projektleder	Region Sjælland
Stjernholm	Rikke	Implementeringskonsulent	Cetrea A/S
Strate	Vibeke Lisa Maria B.	Lægesekretær	HK Kommunal
Strøm	Thomas	Overlæge	Odense Universitetshospital afd V / DAINTEL
Strømstad	Grisja Vorre	Adjunkt	Professionshøjskolen UCC
Sunekær	Britt	It-udviklingskonsulent	Region Sjælland
Svenning	Wenche	Projektleder	Hospitalsenheden Horsens & Horsens Kommune
Svop	Ruth	Sektionsleder	Odense Universitetshospital
Søderberg	Jennie	Projektassistent	MedCom
Søgaard	Iben	Projektmedarbejder	MedCom
Sørensen	Bettina Balslev	Project Manager	MTIC
Sørensen	Jakob Fonager	Projektleder	CSC
Sørensen	Mads Orehøj		IBM
Tesgaard	Carsten	Senior Consultancy Manager	7N A/S
Thomsen	Flemming	Senior Vice President	Systematic A/S
Thomsen	Jørgen	Head of Operations	Medisat A/S
Thomsen	Lisbeth Risager	It-koordinator	Sygehus Lillebælt, IT-afdelingen
Thomsen	Margit Vest	Leder	Varde Kommune, Center for Sundhedsfremme
Thomsen	Morten	Digitaliseringskonsulent	KL
Thomsen	Tina Hareskov	Klinisk it-konsulent	Hospitalsenheden Vest
Thor	Claus	Innovationschef	Odense Universitets Hospital
Thuesen	Morten Lyhne	It-arkitekt	Odense Kommune
Thuren	Henrik	Områdeleder	Region Midtjylland, It-produkter
Thøgersen	Mette	Produkt Manager	Region Syddanmark
Toftlund	Palle	Project Manager	Cambio Healthcare Systems A/S
Tonnesen	Lene	It-koordinator	Aalborg Universitetshospital
Torp	Peter Mikael	Læge	Region Sjælland, Psykiatrien

EFTERNAVN	FORNAVN	TITEL	FIRMA
Torrild	Ole	Client Relationship Executive	CSC
Tovgaard	Signe Lund	Antropolog	Aarhus Universitet
Turner	Paul	Professor	University of Tasmania
Tvede	Christian	Innovationskonsulent	Odense Universitetshospital
Tynan	Lone	Projektleder	Klinisk IT Odense Universitetshospital
Tøttrup	Mark	It-konsulent	Region Midtjylland
Taarnborg	Marianne	EPJ koordinator	Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen
Ulka	Rikke	Klinisk udviklingssygeplejerske	Nykøbing F. Sygehus, Anæstesiafdelingen
Vejlgaard	Lars	Relationship Manager	SAS Institute A/S
Vestergaard-Madsen	Steen	Chefkonsulent	Region Midtjylland
Vigh	Christian	Country Sales Manager	Carestream
Villadsen	Jens Kristian	Enterprise It Architect	Region Midtjylland
Villumsen	Sidsel	Ph.d.-studerende	Aalborg Universitet
Vingtoft	Søren	Ekstern lektor	Dansk Center for Sundhedsinformatik
Vinther	Niels	Chefkonsulent	KMD
Vinther	Niels Heikel	Chefkonsulent	KMD
Vium	René	RIS-PACS konsulent	Odense Universitetshospital, Klinisk IT
Voldstedlund	Marianne	Overlæge	Statens Serum Institut
Weber	Tine	Chef for Administration & Forretning	Sundhed.dk
Welzel	Andrea	FMK-projektleder	Region Nordjylland
Wengel	Jeppe Hultman	Project Manager	Carestream
Wenningsted-Torgard	Karsten	Praktiserende læge	PLO
Wentzer	Helle Sofie	Professor, senior projektleder	KORA
Werge	Reemo	Konsulent	Sekoia ApS
Wessby	Ole Langvad	Direktør	Sekoia ApS
Wieland	Henrik		IBM
Willert	Laila Kiel	Lægesekretær	Psykiatrien Syd
Willumsen	Katrine	Datakonsulent	Region Hovedstaden
Wolf	Esben	Projektchef	Aarhus Kommune
Worm	Bjarne Skjødtt	Læge	Yngre Læger
Young	Michael F.	Vice President International Sales EMEA	Nanthealth
Zielke	Ole	Projektleder	Hospitalsenheden Vest
Ærbo	Lene	Programleder	Sektor for National Sundheds-it
Østergaard	Kija Lin	Ph.d. studerende	Roskilde Universitet
Aagaard	Kirstine	Sundhedsf. EPJ-konsulent	Region Midtjylland, It-produkter

E-sundhedsobservatoriet

E-sundhedsobservatoriet udgøres af Dansk 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@plan.aau.dk
tlf: 9940 8809

Marianne Nyborg

Afdelingsleder
email: mariannen@plan.aau.dk
tlf: 9940 8308

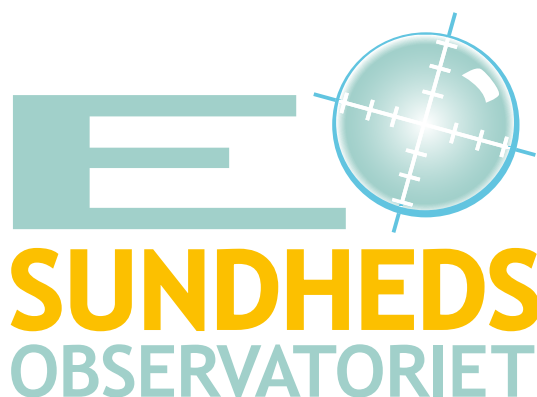
Anni Møller Brændstrup

Kontorfuldmægtig
email: annib@plan.aau.dk
tlf: 9940 8335

Søren Vingtoft

Ekstern lektor
email: soren@vingtoft.com

- ▶ NSI, chefkonsulent Martin Bagger Brandt
- ▶ Danske Regioner, konsulent Martin Thor Hansen
- ▶ KL, konsulent Poul Erik Kristensen
- ▶ MedCom, direktør Lars Hulbæk
- ▶ sundhed.dk, direktør Morten Elbæk Petersen
- ▶ Danske Patienter, direktør Morten Freil
- ▶ Lægeforeningen, formand for Lægeforeningens sundheds-it netværk, Simon Serbian
- ▶ DSR, konsulent Gunilla Svensmark
- ▶ Lægesekretærforeningen, formand Soile Friis
- ▶ DaCHI leverandørforum, formand Jacob Boye Hansen
- ▶ PL, Praksisleverandørernes forum, v/Kjeld Gandrup
- ▶ Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, formand Klaus Phanareth
- ▶ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren
- ▶ Dansk Selskab for Sygehusledelse
- ▶ Center for IT Innovation, KU, direktør Finn Kensing
- ▶ Forbrugerrådet TÆNK, seniorrådgiver, Sine Jensen
- ▶ EFMI, European Federation for Medical Informatics, president Anne Moen

**Aalborg Universitet**

Vestre Havnepromenade 5, 1. sal
9000 Aalborg
Tlf: 9940 8809
E-mail: info@e-sundhedsobservatoriet.dk
Cvr. nr. 29102384