

d:mag

Et magasin fra DIPS ASA 2-2016

BIGDATA inn i DIPS

Forskningsprosjektet BIGMED har som mål å bidra til en enda mer effektiv og ikke minst mer presis pasientbehandling. Om få år kan legene få en presentasjon i DIPS-journalen basert på BIGDATA – inkludert gentester. [SIDE 38-41](#)

LEDER:



Kjære leser!

Velkommen d:mag, et magasin med mange artikler fra flere deler av e-helse-virksomheten i Norge.

Når dette skrives har vi nettopp fått beskjed om at vi ikke ble prekvalifisert til anbudet i Helse Midt-Norge. Det er vi naturligvis overrasket og skuffet over. Vi noterer oss at det viktigste momentet som ble vektlagt var erfaringer fra prosjekter som favner over både sykehus, sykehjem og fastleger. Slike prosjekter kan vi ikke vise til siden slike prosjekter aldri har vært kjørt i Norge. Det er samtidig svært overraskende at man ikke vektlegger leverandørenes erfaring og kompetanse knyttet til nasjonale forhold og nasjonale e-helse løsninger, noe som har vært vanlig i lignende anbud. Man har faktisk eksplisitt sagt i kvalifikasjonsgrunnlaget at grensesnitt mot de nasjonale IKT-systemene i Norge ikke skal være en del av anskaffelsen. Det hører med til historien at vi ble regnet som kvalifisert til oppgaven, men kom altså 1,1 (av 10) poeng bak de som ble med videre i anbudet.

Det betyr ikke at vi henger med hodet og ser mørkt på framtiden. Det skjer en rivende innovasjon innen EPJ-området, og mye vil ha forandret seg når Helse Midt-Norge om seks - syv år tar i bruk løsningen de nå kjøper. Vi og mange med oss tror ikke framtiden for EPJ er de store monolittiske suiteløsningen av typen «one size fits all». Vi tror at fremtiden er åpne, standardiserte plattformer hvor leverandører konkurrerer om å levere glitrende god funksjonalitet. DIPS Arena er en slik åpen plattform basert på OpenEHR og det mest moderne som finnes av teknologi. Nå skal

vi sammen med våre kunder og de andre leverandørene i markedet vise frem alternative løsninger som er bedre, billigere og mer framtidsrettet enn det man går videre med i Midt-Norge.

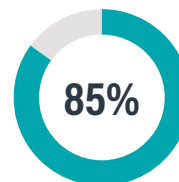
I denne utgaven kan du også lese om planen for frittstående Arena som blir ferdig i løpet av 2017. En fjerdepart gjenstår, og vi skal klare målsettingen vi har satt oss. Men som alle som driver programvareutvikling vet, så kan det oppstå problemer og utfordringer som vi ikke kjenner omfanget av i dag. Om vi da blir ferdig litt før eller litt etter desember 2017 tror vi ikke er avgjørende. Nå ser vi mållinja, og vi ser at vi kommer oss i mål.

Dere kan også lese om den internasjonale satsingen vår. Vi vet fra mange historier fortalt av svenske og danske leger på arbeidsbesøk i Norge, at de har møtt en ny og bedre hverdag med DIPS sammenlignet med løsningene i hjemlandet. Nå vil tiden vise om vi kommer i posisjon til å levere bred funksjonalitet i Sverige eller nisjeprodukter rundt OpenEHR og standardisert plattform. En ting er vi helt sikre på, og det er at satsingen på nye markeder utenfor Norge handler om langsiktig og målrettet innsats over tid.

Jeg håper du har glede av å følge med i den spennende utviklingen i markedet og finner artiklene i magasinet interessante. Kom gjerne med forslag til artikler til neste nummer!

Jeg ønsker deg og dine en riktig god og fredelig jul, og et riktig godt nytt år!

Tor Arne Viksjø
Administrerende direktør



85% av pasientjournal-systemene i Norge er levert av DIPS ASA

ANTALL BRUKERE I DIPS:

HELSE NORD:

9.877

HELSE VEST:

17.348

HELSE SØR-ØST:

50.040

Kilde: Samdata 2013



d:mag
Utgiver: DIPS ASA
Opplag: 3100
Ansvarlig redaktør: Karl Arne Jespersen

Redaksjon/produksjon: Krysspress AS
Tekst: Oddny J. Johnsen
Foto: Rune Stoltz Bertinussen
Trykk: Skipnes kommunikasjon

Kontakt oss
Tlf: 75 59 20 00
Mail: post@dips.no
Web: www.dips.no



12 ÉN PASIENT – ÉN JOURNAL Ved hjelp av eksisterende standarder deles pasientinfo raskt og sikkert over Norsk Helsenett.



30 TOR INGEBRIGTSEN Direktøren ved Universitetssykehuset Nord-Norge har bygget IKT-systemer og nye bygg mer eller mindre kontinuerlig i ni år.



24 FRA 88 TIL 18 KLIKK Pakkeforløp kreft i DIPS Arena reduserer antallet klikk i arbeidsflyten dramatisk sammenliknet med versjonen i DIPS Classic. Helse Sør-Øst har innført applikasjonen ved Oslo universitetssykehus.

4 HELSEPLATTFORMEN DIPS ASA er ikke stort nok som selskap for å kunne konkurrere om Helse Midt-Norge-anbudet.

16 SVALBARD MED EN JOURNAL I Longyearbyen fikk de fra 5. desember i praksis «Én innbygger – én journal».

18 SYKEHUS MED SELVBETJENING Enkle selvbetjeningsløsninger i DIPS Kiosk er i ferd med å fjerne køen i skranken.

20 FRITTSTÅENDE ARENA Det meste av ressurser brukes nå på å flyttesjauen mellom DIPS Classic og DIPS Arena.

28 MITT TIMEVAL Fra slutten av februar får enkelte innbyggere i Helse Vest mulighet til å prøve ut selvbetjent endring av timer.

36 FORVALTNING Etter at felles standarder er innført har egne forvaltningssentre blitt etablert i Helse Nord og Helse Vest.

42 SVERIGE DIPS ASA ønsker å fortsette å vokse og ta for seg mulighetene i det svenske markedet.



VIL VISE FRAM ALTERNATIVET

Tor Arne Viksjø er sikker på at DIPS i samarbeid med sine eksisterende kunder og samarbeidspartnere vil løse «Én innbygger – én journal» raskere, bedre og ikke minst betydelig rimeligere enn det som kommer til å bli tilfellet i Helse Midt-Norge.

DIPS ASA ble ikke prekvalifisert for å delta i Helse Midt-Norge-anbudet. De fleste har fått med seg akkurat den nyheten. Etter hvert som dagene har gått etter at meldingen kom, kjenner administrerende direktør Viksjø på det faktum at provokasjon også kan motivere.

– Vi har støtt på kvist før, men vist at vi kan vokse på utfordringer. Det får vi gjøre denne gangen også, sier direktøren.

– Vi skal gjøre vårt ytterste for å vise at alternativet vi kunne konkurrert med er bedre, billigere og raskere realiserbart.

BETENKELIG SIGNAL


Det han ikke rister av seg like lett, er det faktum at norsk IT-industri innen helse rett og slett parkeres på sidelinja i et av de største norske anbudene på feltet noen gang.

– Når Helseplattformen nå velger å forhandle videre med fem utenlandske IT-giganter, med milliardomsetning og tusenvis av ansatte, og ikke finner plass til den eneste norske aktøren i feltet med kapasitet, erfaring og referanseprosjekter

til å levere fremtidsrettet e-helseteknologi til det norske helsevesenet, så er det et tydelig og betenkelig signal. Det er også et kraftig varsko til alle som jobber for vekst og utvikling innenfor denne norske næringen. Gjennom å ekskludere den eneste norske leverandøren, settes nå bremsene på i helsemyndighetenes politiske opprop for å stimulere til norsk næringsutvikling innen helseteknologi. En næring med et stort eksportpotensiale, sier Viksjø.

Han forundres også over at fokusområdene som Nasjonal IKT har jobbet masse med, ikke er nevnt i utlysningen. Det å ta i bruk åpne kodeverk, ønsket om eierskap til egne data og utviklingen av arketyper har vært sentrale tema for Nasjonal IKT siden selskapet ble etablert. I utlysningsteksten fra Helseplattformen ba man heller ikke om erfaringer fra norske forhold eller oppfyllelse av særnorske lovkrav.

ETTERSPØR IKKE ERFARING

– I Sverige er de i gang med et stort anbud, kalt SUSSA. Her valgte de å gi 

«Vi skal gjøre våre ytterste for å vise at alternativet vi kunne konkurrert med er bedre, billigere og raskere realiserbart»

Tor Arne Viksjø, adm.dir. DIPS

HELSEPLATTFORMEN:

◀ ekstra vektlegging av leverandører som hadde referanser på svenske system og svenske løsninger. I Helseplattformen var kjennskap til norske løsninger og erfaring fra norske sykehus ikke engang etterspurt. Det synes vi er rart, sier Viksjø.

Slik DIPS tolker utlysningsteksten ber Helse Midt om en totalløsning som dekker alle deres behov, og kan brukes på alle nivå. Nøkkelferdig er et ord de velger å bruke om det de skal anskaffe til Helseplattformen.

– Strategisk finner vi det valget som Helse Midt-Norge nå gjør direkte uklokt. Å erstatte alle systemene i regionen med én løsning, betyr at prosjektet blir forbundet med omfattende risiko for overskridelser og forsinkelser, både hva angår tid, omfang og kompleksitet, påpeker DIPS-direktøren.

– Prosjektet er definert så stort, lukket og komplekst, hvilket i utgangspunktet nærmest gjorde det umulig for mindre, norske teknologiselskaper å være med. DIPS har gjennom våre leveranser av elektronisk pasientjournal til landets tre andre helseforetak vist at norsk helse-teknologi er i verdenstoppen. Dette har vært basert på samarbeidende systemer fra flere leverandører, ikke bare DIPS. Vi forsøkte å prekvalifisere oss sammen med våre partnere ACOS og Deloitte. Det kjennes frustrerende å bli avvist på grunn av kjøttvekta, og ikke engang bli vurdert på det du kan levere av løsninger, sier Viksjø.

FLERE MULIGHETER

Han poengterer at DIPS og deres samarbeidspartnere allerede i dag kan oppfylle deler av informasjonsflyten mellom de ulike nivåene i helsevesenet, basert på åpne standarder. DIPS har respekt for at spesialistsystemene har oppstått av en grunn – fordi behovene er ulike. Å få systemene til å kommunisere med hverandre fremstår mindre risikabelt enn å erstatte samtlige med et felles verktøy som skal dekke alle behov. Viksjø kjenner seg også sikker på at det som ikke er på plass av løsninger ennå, vil være på markedet innen Helse Midt-Norge er i gang med nytt felles system.

– Vi i DIPS har en enestående kom-



petanse rundt det norske lowerket på området, offentlige krav og nasjonale e-helseløsninger. Vi kjenner den norske helsetjenestens særskilte behov for teknologiutvikling, samordning og økt effektivitet.

Det er sagt at Helseplattformen kan være mulig pilot for felles fremtidig data-system for sykehus og fastleger.

– Vi vil vise markedet både i Norge og internasjonalt at fremtiden er åpne, internasjonale standarder og samarbeidende løsninger, og at vi gjennom lokal, norsk innovasjon kan realisere dette. Den erfaringa her må vi bruke som en inspirasjon for å få til ting vi vet er mulig, men som ikke er laget ennå, sier Tor Arne Viksjø.

Q HELSEPLATTFORMEN:

Anbudet på kontrakten for Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF, som har en ramme på 2,7 milliarder kroner, ble utlyst i august i år.

11 selskaper – deriblant DIPS ASA – søkte om prekvalifisering. DIPS ASA leverte sin søknad sammen med ACOS AS og Deloitte AS.

De fem utvalgte selskapene til å bli med videre i konkurransen er:

- EPIC Systems Corporation (USA)
- Cerner Corporation (USA)
- Intersystems Corporation (USA)
- CSC Scandihealth (Danmark/USA)
- Tieto (Finland)

Helse Midt-Norge har valgt å invitere de fem største tilbyderne, målt i omsetning og antall ansatte. Selskapene har fra fire til 50 milliarder kroner i årlig omsetning internasjonalt.



Ida Pinnerød

Vil ta debatten

Ordføreren i Bodø, Ida Pinnerød (Ap), mener det er på tide å ta en debatt om hva slags næringsutvikling vi bør bidra til gjennom offentlige innkjøp. Hun finner det merkelig at Norges fremste kompetansemiljø på helse-IT ikke får delta i anbudskonkurransen i Helse Midt-Norge.

Trist og beklagelig

Storingsrepresentant Odd Henriksen (H) har også registrert at DIPS ikke får konkurrere i Helse Midt-Norge.

– At ingen norske selskap skulle delta i utvikling av en felles helseplattform var åpenbart ikke intensjonen da Stortinget vedtok stortingsmeldingen «En innbygger – én journal», sier Odd Henriksen.

Henriksen er likevel svært forsiktig med å mene noe om Helse Midt-Norge og de vurderinger de har gjort.

– Vi på Stortinget lager bare rammeverktøyene, og så må vi bare stole på at de som får verktøyene vi gir dem bruker de på en god og riktig måte.

Hun tok til orde for debatt på sin egen Facebook-side etter at nyheten om at DIPS ASA ikke var prekvalifisert til anbudet ble kjent.

«Jeg mener det er på tide at vi tar en diskusjon om hva vi vil med offentlig innkjøp. Vi snakker stadig om hvordan vi i Norge skal ta posisjon og ledelse i det grønne skiftet, om å utvikle kunnskapsbaserte arbeidsplasser og om innovasjon som vi skal leve av etter oljen. Det er en viktig debatt og plan vi bør holde fast ved. Offentlige innkjøp er et viktig redskap for å få dette til, og har en verdi langt utover å gjøre innkjøp av varer en trenger.»

MER BEVISST

Bodø-ordføreren påpeker at man må ha en bevisst holdning til hvordan de ulike anbudene kan bidra til samfunnsutviklingen.

– Offentlige innkjøp kan, og bør også etter min mening, bidra til samfunnsutvikling og innovasjon. Det fordrer at man mener at det er viktig. Når anbudene blir så store at solide, veldrevne norske selskaper, som i dette tilfellet DIPS som omsatte for 336 millioner i fjor, ikke blir kvalifisert til engang å få levere anbud (prekvalifisert), bør vi etter min mening

ta en fot i bakken og spørre oss hvilken retning vi ønsker for Norge, fremholder Pinnerød.

BIDRAR TIL EKSPORT

Tor Arne Viksjø er enig med Pinnerød i at denne debatten om hvordan norske skattepenger kan bidra til norsk industriutvikling er viktig. Han påpeker at det finnes departement i Norge som ikke bare bidrar gjennom å tildele kontrakter til norske kompetansemiljø, men også aktivt bidrar for å få norsk industri promotert og dermed eksportert til utlandet.

– I Helse- og omsorgsdepartementet virker de å være fjernt fra disse tankene, konstaterer Viksjø.



SKJERMUMP: FACEBOOK

Han tillater seg likevel å være i undring over at et av de beste IKT-miljøene innen helse og e-helse her til lands ikke skal være en del av den pågående anbudskonkurransen.

– Det er trist og beklagelig at ikke norske bedrifter får delta i dette, sier Odd Henriksen, stortingsrepresentant for Høyre fra Nordland.



Odd Henriksen FOTO: FLICKR.COM / HØYRE

– HÅPER DET ER EN ARBEIDSULYKKE

– Vi må håpe at det som har skjedd i Helse Midt-Norge er en arbeidsulykke. Hvis ikke kan dette virke negativt på videre satsing for helseteknologi-bedrifter i Norge, sier Nard Schreurs, direktør for eHelse og smart tech i IKT-Norge.

IKT Norge er tydelig på hva de mener om at norsk IT-industri ikke får delta i konkurransen om anbudet i Helse Midt-Norge.

– Vi har kritisert kriteriene for å kunne bli kvalifisert til konkurransen. Når selv den nasjonale markedslederen ikke har mange nok ansatte, tidligere prosjekter og kapital til å nå frem i en prekvalifisering mener vi beslutningstakerne må våkne. Vi kan ikke ha regler som nesten er skreddersydd slik at bare de internasjonale gigantene når opp. Samtidig skal det selvfølgelig være en fri konkurranse der beste leverandør vinner. Det skal heller ikke være særbehandling av helnorske leverandører, sier Schreurs.

VERDENsledende

Han viser til at Norge til tross for kun å ha fem millioner innbyggere likevel er verdensledende på teknologi på noen områder.

– Da bør ikke størrelsen være et problem. I så fall kunne vi legge ned mange norske bedrifter. I tillegg dekker DIPS 85 prosent av den norske befolkningen. Det er et solid utgangspunkt for å kunne få lov til å delta i konkurransen, sier han.

– Det er også merkelig at vi på den ene siden har politikere som heier på hver eneste start up, mens de virker å glemme

de etablerte, hardt arbeidende selskapene som faktisk skaper verdi, arbeidsplasser og har et daglig ansvar i det norske samfunnet.

FRAMTIDSRETTET DIPS

– Frykter dere en dreining i helsemarkedet som vil gjøre det enda vanskeligere for norske IT-aktører å få solgt sin innovasjon og sine tjenester i Norge?

– Det er et vanskelig spørsmål å svare på, nettopp fordi teknologiutviklingen går så fort at det vil kunne dukke opp helt nye norske aktører i løpet av noen år. Vi må håpe at det som har skjedd i Helse Midt-Norge er en arbeidsulykke. Hvis ikke kan dette virke negativt på videre satsing for helseteknologi-bedrifter i Norge.

Schreurs bekymres over hvor lite anerkjent det er å drive innovasjon i helse-Norge.

– DIPS er i ferd med å ferdigstille sin nye versjon, DIPS Arena. Den er fremtidsrettet, basert på den åpne kodeplattformen OpenEHR, og inviterer til åpen innovasjon med andre leverandører. Det krevende og lite verdsatt å drive innovasjon innen helse-Norge. Jeg håper og tror det vil være andre gode muligheter til å ta i bruk denne programvaren, sier Schreurs.

UTDATERT OM FÅ ÅR

IKT-Norge tviler på at løsningen som Midt-Norge velger vil spre seg utenfor regionen.

– Helseplattformen i Helse Midt-Norge er presentert som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal». Da kan man anta at det er noen som ønsker at Helse Midt-Norge-modellen rulles også ut til de andre regionene. Men så enkelt er det ikke. Nå gikk Kvinnsland-utvalget mot Bent Høies og regjeringens ønske om å legge ned helseregionene. De andre tre regionene bruker DIPS, og vil kunne fortsette med det så lenge de er fornøyde med det, sier Schreurs.

«Det virker av og til som om Direktoratet for e-helse, tror at verden venter til at norske byråkratiske prosesser er ferdige»

Nard Schreurs, IKT-Norge



📍 Direktør for eHelse og smart tech i IKT-Norge, Nard Schreurs, tror hele «Én innbygger – én journal»-tankegangen er utdatert om tre-fire år. Han tror pasientjournalen blir en enda mer operativ applikasjon, hvor dataene flyter sømløst mellom ulike systemer. FOTO: IKT-NORGE

Han legger til at det kommer til å bli såpass mange store oppgaver i digitaliseringen av helsesektoren fremover at DIPS uansett har en viktig rolle å spille framover.

– Så er det hastigheten i teknologiutviklingen. Før Helseplattformen er ferdig i bruk i Helse Midt-Norge snakker vi 2021. Det virker av og til som om Direktoratet for e-helse, som leder denne prosessen, tror at verden venter til at norske byråkratiske prosesser er ferdige. Vi ser allerede de siste to-tre årene at det snakkes mindre og mindre om EPJ-en som kjerne i helseprosesser. Det handler om dataflyt, dataanalyse, skytjenester, sikkerhet, genetik, bildediagnose, og så videre, kommenterer han.

Direktøren tror vi i 2021 vil se et totalt endret bilde i helse-it.

– Det kan faktisk hende at hele «Én innbygger – én journal»-tankegangen blir utdatert om tre-fire år. Pasientjournalen er da mer en operativ applikasjon, lokalt tilpasset, på topp av en infrastruktur hvor dataene kan flyte fritt, mener IKT-Norges direktør for eHelse og smart tech.

🔍 IKT-NORGE:

IKT-Norge er IKT-næringens egen interesseorganisasjon. Alt fra de største aktørene ned til små gründer-selskapene er medlemmer her. Organisasjonen arbeider for å gjøre markedet større og for å fjerne hinder for medlemmene. Øke verdiskapingen i næringen. Hjelp til med internasjonalisering og kapitalisering. Bidra til å minske medlemmenes risikoeksponering samt legge til rette for FoU-samarbeid, tilgang på midler og konsortier.

Tilrettelagt for norske forhold

Spesielt tilrettelagt for norske forhold, har ACOS utviklet et moderne pasientjournalssystem for kommunehelsetjenesten. Systemet dekker behovene til en rekke fagprofesjoner. ACOS er i likhet med DIPS svært overrasket over at de ikke får mulighet til å konkurrere med sine løsninger i Helse Midt-Norge.

DIPS ASA leverte sin søknad om pre-kvalifisering sammen med ACOS AS og Deloitte AS. ACOS leverer journal- og saksbehandlingssystem for store deler av norske kommuner og offentlig forvaltning.

– Vi er veldig overrasket over å ikke få delta i konkurransen. Det vi er spesielt overrasket over er hvor stor vekt det er lagt på firmastørrelse når det kommer til omsetning og antall ansatte. Vi mener også at vår og DIPS sin løsnings- og leveranseerfaring ikke har blitt tillagt tilstrekkelig vekt. ACOS har jobbet tett med kommunene og bygget opp et stort fagmiljø. Det er derfor trist at vi ikke får anledning til å vise fram våre løsninger i denne konkurransen, sier Hanne Kolflaath som er forretningsansvarlig for helsefag- og journalsystemer i ACOS. I likhet med Tor Arne Viksjø tror hun de kan levere det Helseplattformen etterspør på kortere tid og til lavere kostnad i det markedet hvor DIPS og ACOS allerede leverer sine løsninger.

BETENKELIG

– Intensjonen i hva vi skal få til – «Én



📍 Hanne Kolflaath er forretningsansvarlig for helsefag- og journalsystemer i ACOS AS.

innbygger – én journal» – er alle enige om. Det finnes imidlertid ulike måter å realisere dette på i praksis. Sammen med DIPS har vi presentert vårt løsningsforslag, men dette var tydelig ikke den veien Helse Midt-Norge ønsker å gå.

Kolflaath bemerker at det generelt er betenkelig når norske aktører ikke gis mulighet til å delta i denne type viktige store nasjonale konkurranser. Hun frykter de konsekvenser dette på sikt kan ha for

leverandørmarkedet i Norge, hvis trenden er at anbud skal premiere de største internasjonale selskapene primært ut fra størrelse.

– En annen intensjon fra helsemyndighetene er at e-helseteknologi skal bli en stor eksportartikkel fra Norge. Det er en intensjon som kan bli vanskelig å oppfylle, hvis det ikke gis mulighet for norske firma og norsk teknologi til å delta i konkurransene.

«Over 200 norske kommuner og 14 av 15 departement benytter allerede produktene våre»

Hanne Kolflaath, ACOS

OFFENSIV OG MOTIVERT

Hun er likevel offensiv og forsikrer at ACOS er minst like motivert som DIPS til å vise at fremtiden handler om åpne løsninger og samarbeidende leverandører.

– DIPS og ACOS kjenner hverandre godt etter å ha samarbeidet i flere år. Vi har tro på å kunne realisere «En innbygger – én journal» på en praktisk og kostnadseffektiv måte, med lavere risiko for kunden.

ACOS og DIPS har også som firma mange fellestrekk. De er begge norske gründerselskaper med norsk eierskap. ACOS har hovedkontor på Sotra og avdelingskontor i Oslo. Selskapet har vokst jevnt siden oppstart og har i dag 130 ansatte og er et av Norges 25 største norske programvareselskaper.

– ACOS har levert løsninger til over 200 norske kommuner. ACOS har også levert helsefagløsninger/EPJ til 85 kommuner. I tillegg bruker 14 av 15 departement vår saksbehandlingsløsning, sier Kolflaath. Selskapets tre forretningsområder er Dokumenthåndtering, Portal & selvbetjening og Levekår. Firmaet satser bevisst på å bygge opp et stort kompetansemiljø i Norge.

– Våre fagløsninger er spesielt utviklet for å forenkle og digitalisere arbeidshverdagen til våre brukere. Vi har stort fokus på strukturering av informasjon, følger nasjonale standarder, og ikke minst sørger vi for at informasjonssikkerheten er ivaretatt. Våre løsninger skal oppleves som brukervennlig, sikre og tilgjengelig i en travel arbeidshverdag, sier Hanne Kolflaath.

Viktig for hverandre

– DIPS er en motor i norsk e-helseindustri. De er viktige for oss, og innovasjon fra små selskaper som vårt er viktig for dem, sier salgs- og markedssjef Heidi Udnesseter i Posicom AS.



📍 I Norge finnes det mange små og ukjente teknologiselskaper som driver med innovasjon av løsninger for helsevesenet.

Hun promoterer løsninger for helsevesenet som enkelt strukturerer bilder og video.

– Vi markerer vesentlige hendelser under en prosedyre/samhandling som for eksempel en operasjon eller en samtale med psykiater, slik at man i ettertid slipper å redigere videoen og raskt kan finne tilbake til viktig informasjon. Vi knytter også bilde og video til journal, forklarer Udnesseter.

DIPS synes produktet er interessant, og begge selskapene ser nytten av et samarbeid.

– De så at våre produkter kan styrke deres løsning ytterligere, og dermed kan de løfte oss videre. Det er vinn-vinn, smiler hun.

Salgs- og markedssjefen legger ikke skjul på at det er en tidkrevende oppgave å kommersialisere norsk helseinnovasjon.

– Det er generelt utfordrende å gå fra å være en del av «underskogen» til å få kommersialisert produktet sitt. Vi skulle ønske at flere så nytten av å ha

små norske firmaer som er lettbenete og tilpasningsdyktige, og en større vilje til å satse på norsk utvikling.

Selskapet har per i dag seks ansatte, men målet er å få en god forankring i helse-Norge og i utlandet.

– Vi ser at mange andre land har samme behov som Norge.

Posicom sin løsning er utviklet i tett samarbeid med leger, og selskapet byr på viktig og effektiviserende ny teknologi. Likevel kan selskapet få det vanskelig med å nå fram om det ikke kommer under vingene til en av de store aktørene.

– Det er fint at norske selskaper kan samarbeide og gjøre hverandre gode, det gjør oss sterkere i konkurranse mot utenlandske selskaper, sier Udnesseter.



📍 Heidi Udnesseter er salgs- og markedssjef i Posicom AS.

IHE
EUROPE
Integrating
Healthcare
Enterprise

Changing the way eHealth and mHealth connects

- Direktoratet for e-helse
- norsk **helsenett**
- NASJONAL IKT
- DELL EMC
- CheckWare
- HOVE MEDICAL SYSTEMS
- tieto
- DIPS
- Cerner



www.ih-europe.net



Se, de har løst det!

Her flyter viktig pasientinfo mellom de ulike nivåene i helsevesenet uten problemer. Ved hjelp av eksisterende standarder og rammeverk deles informasjonen raskt og sikkert over Norsk Helsenett, uten at det koster mer tid enn et tasteklikk.

Pasientforløpet for en hjerneslagpasient, som presenteres på skjermen foran oss, involverer sykehus, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, enda et sykehus og en rehabiliteringstjeneste, pluss en skjematjeneste via helsenorge.no. Her kan pasienten loggføre egen trening eller andre forhold som er viktig for rehabiliteringen etter at hun har kommet hjem.

FRAMTIDIG TILGANG

At pasienten også kan bidra til informasjonsflyten er en bonus. Primært handler presentasjonen om hvordan behandlere kan gjøre de mest sentrale dokumentene fra pasientprosessen de selv har hatt kontroll på tilgjengelig for fremtidige behandlere, uten noen spesiell adresse.

Når neste nivå åpner sin journal, kommer det opp en datert oversikt over tilgjengelige dokumenter fra samtlige behandlere som har hatt ansvar for pasienten. Uavhengig av hvilken leverandør som det enkelte behandlingsstedet har valgt på sitt journalsystem, flyter informasjonen raskt og enkelt i og mellom de ulike nivåene.

Det er nesten for godt til å være sant. Foreløpig er det ikke mer enn en test i Norsk Helsenett sitt testsenter, men poenget er at testen fungerer. Teknologien finnes. Dette lar seg gjøre i dag!

– Vi gjør denne demonstrasjonen her på Norges største e-helsekonferanse EHIN fordi vi vil vise at det går an å få til dokumentdeling på tvers uavhengig av løsning og leverandør, forklarer seniorrådgiver og virksomhetsarkitekt Thomas Grimeland i Direktoratet for e-helse.

I denne piloten står det konkurrerende side om side på hver eneste stasjon



📍 Lege Anca Heyd i DIPS ASA demonstrerer hvordan hun gjør tilgjengelig dokumenter fra DIPS for andre behandlere i andre systemer.

«Vi vil vise at det går an å løse intensjonen i «Én innbygger – én journal» uten at alle må bruke samme løsning og leverandør»

Thomas Grimeland, Direktoratet for e-helse

gjennom pasientforløpet, og bidrar til felles utvikling. Det hele kan skje takket være IHE – Integrating the Healthcare Enterprise – som er kommunikasjon på tvers via kjente, fastsatte kodestandarder. Herunder er IHE XDS – Cross Document Sharing – profilen for tilgang til dokumenter på tvers av aktører.

VIA NORSK HELENETT

– Her demonstrerer vi hvordan alle med

behandlerrolle raskt og trygt kan dele dokumenter via Norsk Helsenett, og for oss er det viktig å vise fram at dette er tilgjengelig nå via eksisterende teknologi og standarder, sier Grimeland.

Det unike i løsningen er at behandleren eller sykehuset ikke trenger å kjenne til hvem som skal ha dokumentet en gang i fremtiden. Det skal ikke adresseres. Den pasientansvarlige har bare klikket av for at dokumentet, for eksempel



EN PASIENT – EN JOURNAL:

◀ en epikrise, skal være tilgjengelig for andre som skal hjelpe pasienten. Informasjonen fra hvert behandlingssted legger seg sortert på dato i en slags felles hub.

Grimeland understreker at dokumentene ikke flyttes i denne prosessen, de forblir lagret hos den som eier dokumentet. Men behandleren får umiddelbart en oversikt over hva andre har foretatt seg. Løsningen kan dermed pensjonere både telefonen, budbilen, telefaksen og annet som er i bruk for å løse denne informasjonsflyten i dag.

«EN PASIENT – EN JOURNAL I PRAKSIS»

– Vi kaller denne demonstrasjonen «Én pasient – én journal i praksis» fordi vi mener at dette er et steg på veien til «Én innbygger – én journal». Metoden løser mye av behovet for dokumentdeling mellom nivåene. Selv om vi kun kjører løsningen i testmiljøet til Norsk Helsenett, er metoden i bruk i Finland og andre land hvor de deler store datamengder på denne måten, poengterer Grimeland.

– Det har lenge vært snakk om tilgang på tvers. DIPS og andre leverandører har hele tiden hatt ønske om, og mulighet til, å levere løsninger for å understøtte dette, men loven har hindret det. Men nå med



Thomas Grimeland er seniorrådgiver og virksomhetsarkitekt i Direktoratet for e-helse.

den nye pasientjournalloven, kan enheter samarbeide rundt helseregister og gi inn-syn i hverandres register. Nå er det faktisk mulig å gi denne tilgangen, sier produktlinjeleder Tore Dundas i DIPS ASA. Han følger demonstrasjonen på EGIN med like stor begeistring som det øvrige publikum.

VIA HELSENORGE.NO

– Gjennom IHE XDS samhandler en med andre for å oppnå helhetlige løsninger, men teknologien er ikke brukt i vesentlig grad i Norge. Enkelt forklart så skjer følgende når du klikker på lenken for dokumentet du vil lese: Systemet sender en forespørsel via Helsenorge-portalen som igjen sender forespørsel til det aktuelle sykehuset og journalløsningen – for eksempel DIPS. DIPS sender så lenke med dokumentet i retur. Trykker du på lenka presenteres DIPS-dokumentet i en browser, på samme måte som pasienter i Helse Nord og Helse Vest får se sine journaldokument. Løsningen er kun ment å gi tilgang til relevant informasjon lagret andre steder, uten å trenge en helhetlig helseplattform og felles lagring for alt. IHE dreier seg om at alle som har ulike løsninger kan koble seg sammen, sier Tore Dundas.

Grimeland poengterer at det trolig trengs en ny forskrift til pasientjournalloven før IHE-løsningen kan rulleres ut, eventuelt holder det med juridiske avtaler mellom partene som skal utveksle informasjon, men at dette uansett bør være en overkommelig oppgave.

MANGE SPESIALISTSYSTEMER

– IHE XDS fører oss veldig mye lenger mot en løsning som tar utgangspunkt i dagens situasjon, med mange ulike leverandører av spesialistsystemer. For spørsmålet er jo om alle aktørene faktisk trenger samme system, og om det er hensiktsmessig. Det er en grunn til at disse spesialistsystemene er blitt laget. Det er fordi det er svært mange ulike behov der ute. Gjennom IHE får man samhandlingen man trenger, man får profesjonaliteten man trenger, og beholder konkurransen innenfor systemet med en stor flora av aktører, sier Dundas.



Tore Dundas er produktlinjeleder i DIPS ASA

Dokumentdeling via IHE XDS dekker ikke alle de skisserte behovene i «Én innbygger – én journal».

Denne løsningen kan for eksempel ikke støtte deling av prosesser på tvers.

– Det er derfor vi presenterer løsningen med hermetegn, humrer Grimeland.

– Dette kan være en del av en fremtidig løsning, men vil kreve andre løsninger i tillegg. Enten det via et overordnet system som løser alt, eller det skal settes sammen med flere andre løsninger som sammen kan bidra til «Én innbygger – én journal», forklarer han.

Dundas ser også behovet for flere bidrag, men kjenner seg trygg på at det finnes måter å løse dette ved å sette sammen løsninger fra ulike leverandører.

– Det finnes løsninger også for dette; vi har vist «live» hvordan pasientforløp, for eksempel start på et kreftpakkeforløp, kan starte hos fastlegen og gå direkte inn i sykehussystemet basert på produktet Interactor fra oss, sier han.

Akkurat nå er han bare stolt over at DIPS kan stå side ved side med sine argeste konkurrenter og vise at jo, vi kan bidra sammen. Dette går faktisk an.

– I Norden og Norge er det nå mange aktører som prøver å jobbe sammen for videre utvikling, sier Tore Dundas.

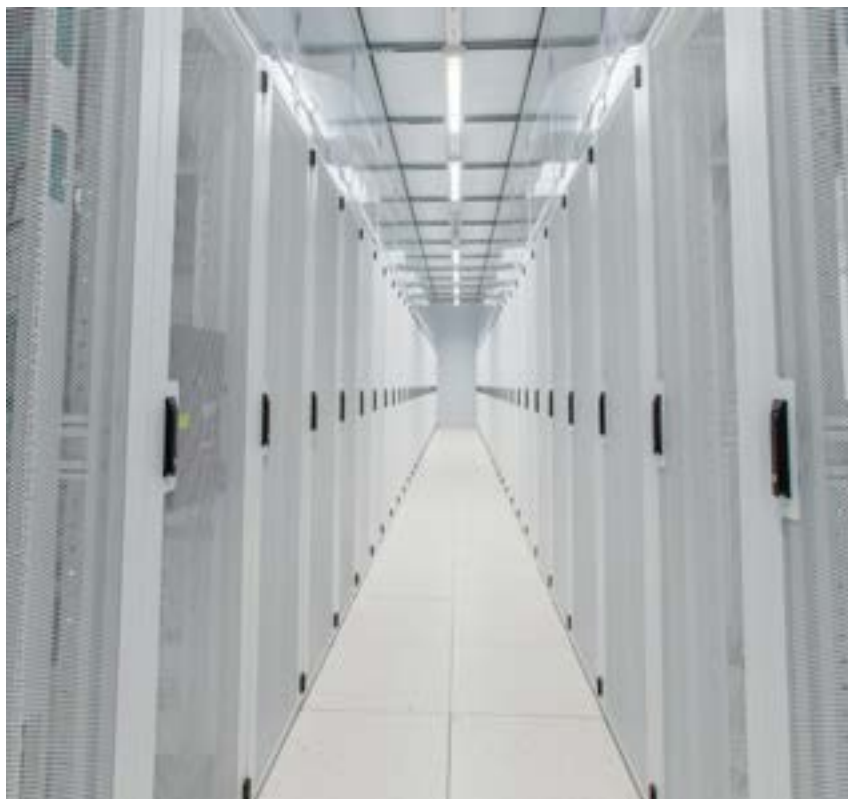
Legger DIPS inn i skyen

En gjensidig avstandsforelskelse har endelig endt opp i et fast forhold mellom DIPS og Basefarm. Basefarm har inngått en avtale med DIPS om å drifte programvaren, og tilrettelegger også slik at DIPS kan tilbys som en «Software as a service-tjeneste».

– Vi er en driftsleverandør og en sky-leverandør, med fokus på helsemarkedet i Norge, Sverige og Nederland. Avtalen med DIPS er spennende for oss. Vi er glade for å få samarbeide med den største norske aktøren innen helse-IKT. Dette er flinke folk som vet hva de driver med, sier konsernsjef Grethe Viksaas i Basefarm, som også er en av selskapets gründere.

– For oss er det viktigste med denne avtalen å få en sikker og god driftsløsning i skyen som gjør oss i stand til å levere DIPS til våre kunder, spesielt mindre institusjoner. Det er såpass omfattende tekniske krav til drift av DIPS, at det blir for komplisert å sette opp lokalt for mindre kunder. Vi har derfor hatt flere henvendelser fra dette markedet som vi har sagt nei til. Vi synes «Software as a Service» er en interessant forretningsmodell, som innebærer at vi også påtar oss forvaltning av systemet i tillegg til drift, sier administrerende direktør Tor Arne Viksjø i DIPS ASA.

Viksaas forteller at Basefarm begynner i det små med å sette opp løsning for drift av DIPS, og starter med en skyløsning som enkelt kan skaleres opp og ned. Hun presiserer at denne type data foreløpig ikke transporteres



Basefarm vil oppbevare alle norske helsedata i en norsk «sky».

mellom land. Skyen befinner seg i Norge og Basefarm bruker selvsagt Norsk Helsenett for transport. Løsningen som nå settes opp kan enkelt kopieres til andre land. For eksempel til Sverige hvor DIPS er i etableringsfasen, og hvor Basefarm allerede har store kunder innen helsesektoren.

– Vi har vår spisskompetanse på virksomhetskritiske tjenester. Vi har høye krav til sikkerhet, stabilitet og fleksibilitet i våre løsninger, sier Viksaas. Hun ser helt klart potensialet i å etter hvert kunne drifte DIPS også med større kunder og installasjoner, og gleder seg til det videre samarbeidet.

– Jeg tror våre kunder vil se positivt på at vi selv gjør oss erfaringer med drift, og dermed gjør drift og forvaltning av DIPS enklere og bedre, i samsvar med DevOps-tankegangen, sier Viksjø.



Konsernsjef Grethe Viksaas i Basefarm

BASEFARM:

Basefarm er ekspert på drift av virksomhetskritiske IT-systemer. Selskapet tilbyr sikre plattformer for produksjon og innovasjon, og har 400 medarbeidere i Norge, Sverige og Nederland.

Svalbard med én journal

I Longyearbyen fikk de fra 5. desember i praksis «Én innbygger – én journal». DIPS har gjort en utvikling i funksjonalitet slik at alle legene på Svalbard kan bruke samme journalsystem som resten av Helse Nord.

– For oss er det en stor fordel å endelig ha samme journalsystem som resten av Helse Nord, og det er også gunstig for pasientene. Vi har ønsket oss DIPS helt siden det ble innført ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i 2004, forteller Aksel Bilicz, enhetsleder ved Longyearbyen sykehus. Sykehuset er en egen enhet i UNN, og rapporterer direkte til direktøren.

SÆREGENT HELSETILBUD

At Longyearbyen sykehus har noen særegenheter, røpes allerede hos den utstoppete isbjørnen i inngangspartiet. Sykehuset er det eneste i Norge som tilbyr både primær- og spesialisthelsetjeneste. Helsepersonellet som er her, går vakter på begge tjenestenivå.

Samtidig er dette et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Det har ikke traumemottak eller fødeavdeling, men har en operasjonsstue og foretar enkelte mindre inngrep. Men som regel handler alt om å stabilisere en skadd person for transport til Tromsø om det kommer inn skader av mer alvorlig karakter. Og det gjør det jo.

Longyearbyen sykehus yter helse-tjenester til hele befolkningen på Svalbard,



Longyearbyen sykehus har endelig fått samme journalsystem som resten av Helse Nord.

ALLE FOTO: SIV MARIE LIEN

også de som er der på besøk. I tillegg bistår de alle som ferdes på og rundt øygruppen og de tilstøtende havområdene.

Det vesle sykehuset har gang på gang reddet liv på grunn av helsepersonellens evne til å yte bistand i de første kritiske timene etter en alvorlig ulykke. Ved siden

av den enorme skredulykka like før jul i fjor, har sykehuset stått i mye dramatikk opp gjennom årene. Det være seg gruveulykker, isbjørnangrep og forlis. I høst var det også 20 år siden den største flyulykken på norsk jord, skjedde her. Operafjellulykken krevde 141 menneskeliv.



📍 I Longyearbyen er rundt 90 prosent av helsetjenesten viet legevakt og allmennlegetjeneste. Sykehuset ledes av Aksel Bilicz.

– Vi har syv fysiske senger ved sykehuset. Totalt sett i løpet av et år har vi rundt 200 inneliggende pasienter. Enten pasienter som klargjøres for transport til Tromsø, eller så handler det mye om fastboende som er innlagt til observasjon eller overvåkning i korte perioder.

Beliggenheten gjør at sykehuset alltid må være forberedt på mer dramatiske ting.

– Ting skjer jo, og da forsøker vi å yte det vi kan. Men vi er minimalt bemannet, og tilgang på kirurgisk kompetanse har vi bare halve tiden. Normalt tar det mellom fire og fem timer før bistand fra Tromsø lander, forklarer han.

ENKLERE SAMHANDLING

At de nå er oppe på elektronisk pasientjournal i DIPS innebærer de kan dele informasjon om pasientene som er til behandling ved UNN Tromsø og andre

steder i Helse Nord. De kan nå rekvirere laboratorieundersøkelser og se prøvesvar digitalt. Noe av denne kommunikasjonen har inntil nylig foregått på papir.

– Nå kan leger ved UNN Tromsø lese journalen vår her i Longyearbyen for pasienter som er til behandling der. Og behandlere her kan lese journalnotat for pasienter som har vært til behandling ved et annet sykehus i Helse Nord, og som skal

følges opp her etter at de kommer hjem.

Det finnes ingen fastleger på Svalbard, men 90 prosent av sykehusets oppgaver er allmennhelsetjeneste.

– Alle innbyggere på Svalbard har sin fastlege på fastlandet, i hjemkommunen sin. Vi fungerer som deres helsepersonell i perioden når de bor på Svalbard.

Det meste av vårt arbeid består i normal allmennlegepraksis. I tillegg går våre ansatte turnus og bemanner akuttfunksjon og legevaktjeneste utenom ordinær åpningstid, forklarer Bilicz.

RASK PROSESS

– Alle brukere ved Longyearbyen sykehus bruker nå vanlig DIPS, men vi har gjort egenutvikling på behandlerkravmeldinger og håndtering av takster for å tilpasse oss sykehusets noe spesielle finansieringsmodell som tilsvarer samme løsning for rapportering til HELFO som fastleger og legevakt på fastlandet benytter, forklarer seniorkonsulent Siv Marie Lien i DIPS. Per i dag benytter sykehuset ingen sykehus-takster, de benytter samme takster som allmennleger og legevakt.

I første omgang er sykehuset gått opp på DIPS Classic i den felles regionale standarden for Helse Nord. Når det gjelder behandlerkravmelding har de tatt i bruk DIPS Arena.

– Prosessen har gått relativt raskt. Vi startet i mai i år med å kartlegge om det var mulig å løfte all funksjonalitet som Longyearbyen sykehus hadde behov for inn i DIPS. Overgangen ble besluttet av Helse Nord i sommer og siden har vi brukt tiden på nyutvikling, utarbeidelse og konfigurering av løsning og opplæring av sluttbrukere, sier Lien.

«For oss er det en stor fordel å endelig ha samme journalsystem som resten av Helse Nord, og det er også gunstig for pasientene»

Aksel Bilicz, enhetsleder ved Longyearbyen sykehus

SYKEHUS MED SELVBETJENING

Enkle selvbetjeningsløsninger i DIPS Kiosk er i ferd med å fjerne køen i skranken.
Procon og CrediCare har inngått avtale med DIPS om å videreutvikle innholdet og tjenestene i den digitale kiosken.



Løsninger for å la pasienten bidra mer direkte i egen behandling blir stadig mer etterspurte.

– Pasienten er en utnyttet ressurs som ved å registrere ting selv kan sørge for besparelser hos helseforetakene, påpeker seniorrådgiver Azra Resulbegovic i DIPS ASA, som leder arbeidet med DIPS Kiosk.

Etter hvert vil det trolig bli helt vanlig for pasienter i norske sykehus automatisk å oppsøke digitale kiosker a la de som allerede i dag møter deg ved ankomst Nordlandssykehuset. Istedenfor å få svar i informasjonsskranken eller bak luka i poliklinikken, kan pasientene få veiledning og støtte fra kiosken etter hvert som stadig flere oppgaver legges inn bak touch-skjermene.

PASIENTEN MER INVOLVERT

– Pasienten er vant med å utføre selvbetjening i mange andre offentlige sammenhenger, og vi gleder oss til å utvikle samarbeid med partnere som kan bidra til å gjøre pasientene enda mer involvert gjennom DIPS Kiosk, sier hun.

Mye av funksjonaliteten er allerede på plass i kiosken, og mer kommer fortløpende. Du foretar enkelt selvinnsjekk ved ankomst, og beskjedene om at du har møtt til avtalen og hvor du befinner deg går automatisk til de som skal ha den. Kiosken vil deretter kunne gi deg informasjon om hvor du skal møte, lar deg oppdatere tilleggsinformasjon i din egen journal, og ikke minst vil den vise vei til hvor i sykehuset du skal gå.

Markedsdirektør Idar-Jarl Warholm i Procon Digital AS mener jobben med å få publikum vant med å bruke slike skjermer allerede er gjort. Ved de kioskene som er installert i sykehus i dag er det allerede 80 prosent av pasientene som bruker dem for ankomstregistrering.

TERMINALEN ER KJERNEN

Procon har 25 års erfaring med infokiosker og interaktive løsninger.

– Selve terminalen er kjernen i systemet, og vi har utviklet denne modellen som benyttes som DIPS Kiosk gjennom leveranser til sykehus og legekontorer over de siste to-tre år, forklarer Warholm.

Ved siden av kortautomat har den også fått en skanner slik at pasienten skal slippe å taste inn informasjon, men kan ha med seg en strekkode via papir eller telefon og bare kontrollere at opplysningene stemmer.

Løsninger for digital veivisning i sykehus er siste applikasjon i DIPS Kiosk, og Procon har utviklet sin teknologi gjennom oppdrag på større kjøpesenter og ved Oslo lufthavn Gardermoen.

– Kartene våre guider deg ut og inn av bygg, opp og ned etasjer. Om det finnes mange alternativer for å bevege seg til den aktuelle avdelingen, vil vår løsning alltid kalkulere seg fram til hurtigste vei, forsikrer han. Forutsetningen for god veivisning er ifølge Warholm et godt kartunderlag, ut fra dette bygger Procon intelligente kartløsninger som viser vei ut fra punktet hvor kiosken står.

Funksjonalitet fra DIPS Kiosk planlegges også å kunne flyttes mellom plattformer. Kanskje vil det på sikt også være mulig å for eksempel navigere seg gjennom sykehuset via egen telefon, mens apper og annet tilbehør etter hvert vil utvide mulighetene som møter pasienten i sykehuset.

MANGE FUNKSJONER

Nøyaktig hvor mange funksjoner en DIPS Kiosk skal ha, er det foreløpig bare kreativiteten som setter grenser for. Det som allerede er mulig er å i etterkant av sykehusbesøket betale egenandelen i DIPS Kiosk, få dokumentasjon på at du har vært til tiden, fylle ut pasienttilfredshetsundersøkelser og for eksempel velge neste oppfølgingstid.

Alt som har med betaling å gjøre er det betalings- og inkassoselskapet CrediCare som forestår.

– Hvis pasienten har oppnådd frikort får hun melding om det i kiosken, våre lister

FAKTA:

PROCON DIGITAL AS regnes som gründerbedriften bak infokiosk-bransjen i Norge. Selskapet har levert selvbetjente, interaktive informasjons- og kommunikasjonsløsninger til mange bransjer i inn- og utland.

CREDICARE er spesialist på betalings-tjenester innenfor helsesegmentet.

De er markedsleder for løsninger for treningssentre og tannlege i Norge.



er hele tiden oppdatert mot DIPS. Så er det valgfritt om kunden vil betale der og da via kort eller få faktura tilsendt, forklarer produksjef Bernt Bertelsen i CrediCare.

Han mener DIPS kioskens fortrinn er at man kan benytte samme kiosk til flere integrerte tjenester.

– Samtidig så tror vi at pasienter ønsker mer selvbetjening, noe som igjen bidrar til mindre kø og ventetid i sykehuset. Det at vi nå blir partner med DIPS, gjør CrediCare sin løsning enda bedre og vi håper at sykehusene også ser hvilke muligheter dette gir, sier Bertelsen.

«Vi gleder oss til å utvikle samarbeid med partnere som kan bidra til å gjøre pasientene enda mer involvert gjennom DIPS Kiosk»

Azra Resulbegovic, seniorrådgiver i DIPS

DIPS ARENA:



Den nye produksjefen i DIPS ASA, Finn Harald Stokkland, sier at alle prioriteringer nå handler om å lage en Arena-versjon som kan stå alene.

FRITTSTÅENDE ARENA

Et frittstående DIPS Arena gjennomsyrrer absolutt all planlegging i DIPS ASA. Om nøyaktig ett år fra nå kan sykehus kjøre det som skal bli verdens beste pasientjournal alene – uten noen gang å ha installert dagens versjon av DIPS.

Veien fram dit er nå planlagt i minste detalj. Nytilsatt produktsjef, Finn Harald Stokland, sitter med to essensielle dokumenter: En grov plan – et veikart – som oppdateres to ganger årlig og viser overordnet plan og framdrift. Ved siden av holder han releaseplanen. Den har per dato 800 rader med oppgaver som justeres månedlig. I nøye prioritert rekkefølge skal funksjonaliteten i DIPS Classic flyttes over i DIPS Arena.

– DIPS Classic er veldig funksjonsrik, og brukerne er fornøyd med den. Når de skal flytte til Arena vil de ikke ha noe dårligere – de vil ha noe bedre. På generell basis har vi presset på oss til å overgå Classic. I første omgang kan vi ikke love det innenfor alle funksjonsområder, men mange av de funksjonene vi har i Classic som er løftet til Arena er blitt mye enklere og mer intuitive. Å kjøre Arena og Classic i kombinasjon er komplekst, dyrt og har høy risiko for kundene våre. Derfor er det å kvitte seg med DIPS Classic helt essensielt for det videre utviklingsarbeidet. Våre prioriteringer bærer sterkt preg av dette og det vises tydelig i både roadmap og releaseplan, forklarer produktsjefen.

GOD PLAN HALVE JOBBEN

For Finn Harald Stokland er det viktigste nå å gi kundene forutsigbarhet.

– Prioriteringa er beinhard både i forhold til folk internt hos oss og i kundeprosjekt. Planene vil være med på å gi forutsigbarhet både eksternt og internt for å nå målene. Jeg håper kundene føler at de nå får gode verktøy for å planlegge sin vei videre.

Store deler av Arena-plattformen er allerede på plass. En god del av utviklingsarbeidet fremover består i å bruke denne plattformen til å konfigurere opp funksjonalitet i Arena som tradisjonelt lages av programmerere.

– Det viser noe av styrken i løsningene våre. Arbeidet kan fint gjøres av våre egne konsulenter med klinisk bakgrunn uten støtte fra programmerere. Dette er et stort steg for oss, smiler Stokland stolt.

På grunn av at flyttesjauen ikke er komplett, er noe av utfordringen akkurat nå at DIPS ikke får testet Arena fort nok i brukermiljø. Det er krevende å kjøre pilot, spesielt når det gjelder ny funksjonalitet hvor hele arbeidsprosessen digitaliseres. DIPS prioriterer nå



DIPS ARENA:

◀ å fullføre arbeidsprosesser slik at mest mulig kan kjøres i Arena uten å måtte benytte Classic-funksjoner.

– Vi er avhengig av at det vi lager testes ute i et produksjonsmiljø. Med bakgrunn i releaseplanen håper vi det skal være mulig for helseforetakene å velge pilotprosjekter ut fra den funksjonaliteten som eksisterer. Slik håper og tror vi at det kan kjøres flere piloter neste år. I alle fall fra versjon 17.1 og utover.

74 PROSENT LAGT OVER

For å få oversikt over hvordan det er larest å prioritere i forhold til å gi hele brukergrupper komplett Arenafunksjonalitet, har DIPS gjennom et prosjekt i Helse Nord fått kartlagt bruken av Classic i løpet av et år i hele helseforetaket. Det vil si statistikk over hvor hyppig de ulike skjermbildene og funksjonene i applikasjonen er brukt. Denne statistikken bruker DIPS til å kalkulere hvor langt de er kommet i å fase ut Classic.

– Denne kartleggingen viser at 74 prosent av funksjonaliteten er flyttet over i Arena allerede. Det betyr at hvis man ser på den totale bruken av Classic, vil brukermassen kunne bruke Arena 16.1 i 74 prosent av brukstilfellene. Brukerrollen din vil avgjøre hvor ofte du må hoppe inn i Classic.

– Men dette betyr at DIPS «bare» har 26 prosent av arbeidet igjen?



– Nei, dette har ingenting med arbeidsomfang å gjøre. Statistikken viser bruken av Classic og tallet 74 prosent gir en god pekepinn på hvor stor andel av denne bruken som nå er tilgjengelig i Arena, sier Stokland, og gir et eksempel:

– Vi har et skjermbilde i Classic som viser en oversikt over en gitt pasients henvisninger. Dette er et sentralt skjermbilde for mange ulike brukergrupper på sykehuset og er derfor svært ofte i bruk. I versjon 16.1 har vi på plass halvparten av funksjonaliteten i dette skjermbildet. Når hele skjermbildet er realisert i Arena

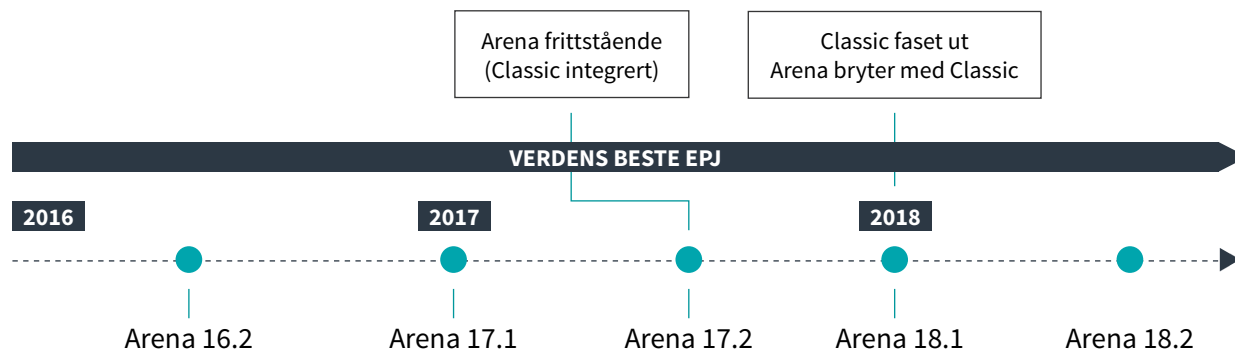
vil dette alene medføre en økning på 1,5 prosent i vår fremdrift mot et frittstående Arena.

– Et annet viktig moment er at Arena inneholder massevis av ny funksjonalitet som Classic ikke har, påpeker Stokland. Det tar tid å få alt dette over.

Han understreker at DIPS også i denne fasen av arbeidet videreutvikler sentrale elementer i strukturert journal.

– Vi jobber kontinuerlig med å utvikle verdens beste EPJ. Det er jo ikke slik at vi stanser alt arbeid som ikke handler om «flyttesjauen», sier produksjefen.

Masterplan 2016 – 2018



18.1 ET FARVEL TIL CLASSIC

På slutten av 2017, i versjon 17.2, skal flyttingen være så komplett at de fleste brukergrupper kan jobbe kun i Arena. Men i overgangen skal begge versjoner være i drift.

– Kunder som bruker Classic, må kunne kjøre begge versjoner i en overgangsperiode – fordi Arena er så omfattende i forhold til en del arbeidsprosesser at du ikke kan flytte til nytt system over natten. Mange planlegger en gradvis overgang fra og med versjon 17.2. Da skal mesteparten av funksjonaliteten finnes i Arena, men i 17.2 kan man fortsatt kjøre Arena og Classic sammen. I versjon 18.1 inntre det brytende endringer i Arena som gjør at sykehusene etter denne oppdateringen ikke kan kjøre Classic mer, sier Stokland.

Etter versjon 18.1 lover produktjefen så å fokusere all sin tid på å videreutvikle Arena som verdens beste elektroniske pasientjournalssystem.

Q DETTE ER ARENA:

- DIPS Arena er et avansert journal-system som støtter arbeidsprosessene for pågående pasientbehandling.

- Arena er basert på gode oversiktsbilder, strukturert innhold og prosess- og beslutningsstøtte. Brukergrensenivået gjør det enklere å få oversikt over innholdet i pasientjournalen.

- Grunnfargene som er valgt i det nye journalsystemet er dempet for å kunne bruke kraftige farger som virkemiddel ved alarmer, påminnelser og annen informasjon relatert til pasientbehandlingen som krever rask reaksjon fra helsepersonell.

- Målet er å raskest mulig gi oversikt over arbeidsoppgaver og handlinger.

- Arena er bygd slik at det også kan brukes på nettbrett og smarttelefoner.

- DIPS Arena gir tilgang til søkbare data som kan gjenbrukes, der en større andel av informasjonen blir standardisert. Samtidig gjøres den maskinlesbar slik at andre kliniske systemer kan nyttiggjøre seg den. Gjenbruken av data muliggjøres ved bruk av arketyper.

Økende bruk av «Pasientjournal»

Tjenesten «Pasientjournal» er blant de tjenestene som har hatt en merkbar økning i trafikk hos helsenorge.no i år. Ikke rart siden Helse Vests innbyggere nå også kan bruke tjenesten, i tillegg til de i Helse Nord.

Tjenesten gir innbyggere i de to helse-regionene innsyn i sin sykehusjournal via nett.

– Fra vi åpnet opp for innsyn i egen journal den 23. mai i år og fram til 9. oktober så har vi hatt 85.836 nettlekere innom pasientjournalen, opplyser kommunikasjonsrådgiver Tove Sæther Hagland i Helse Vest.

– Vi kan ikke si at det er unike brukere, en bruker kan være innom på ulike enheter som mobil, nettbrett og laptop, men vi har hatt 131.853 besøk på dokumentoversikten. Det tilsvarer i gjennomsnitt 942 besøk per døgn. I tillegg er det blitt åpnet 158.164 dokumenter, eller i snitt 1130 dokument-åpninger per døgn, opplyser hun.

1550 I SNITT

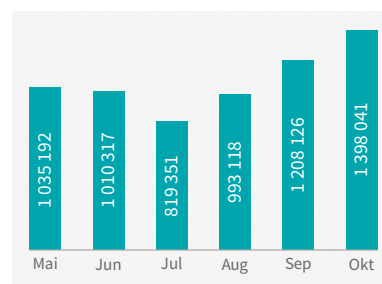
Helse Nord, som i disse dager har hatt tjenesten i drift i ett helt år har landet på at rundt 1550 personer er innom siden hver dag. Det inkluderer bruken i helgene hvor antallet dagsbesøk er litt lavere.

– Bruken har vært svært stabil hele dette året tjenesten har vært i drift. I snitt åpner hver bruker ett eller to dokumenter, opplyser kommunikasjonsrådgiver Anne May Knudsen i Helse Nord.

– Vi har ikke gjort noen ekstra informasjonstiltak etter lanseringa 10. desember i fjor. Vi planlegger en ny digital kommunikasjonskampanje nå og er spent på om det vil få bruken til å øke, sier hun.

SOSIALE MEDIER

I Helse Vest har de hatt mye informasjon om tilbudet på nett og i sosiale medier, og ellers informert på sykehusene med visittkort i de ulike resepsjonene, banner og plakater.



☑ Slik var bruken av helsenorge.no vært de siste seks månedene. Min pasientjournal er blant de tjenestene som øker mest i bruk.

– Mange kommuner hadde informasjon på sine nettsider da vi lanserte i mai, og vi har informert alle fastlegene i to omganger, i og med at vi først åpnet for innsyn i somatisk journal, og nå i september også åpnet for journalinnsyn for pasienter innen psykisk helse og rus, sier Hagland.

Hun forteller at de internt i sykehusene har informert ansatte via epost, intranett og e-læringskurs.

POSITIVT

Hagland forteller at innføringen av innsyn i pasientjournal generelt har gått overraskende bra. Noen få pasienter har oppdaget feil i journalen, og informasjonen om hva pasienten da må gjøre er tydelig forklart.

– Feilene skyldes utelukkende menneskelig svikt. Det er snakk om journaldokumenter som er skannet inn og lagt i feil journal. Vi har ikke hatt noen feil i selve løsningen, sier Hagland.

Hagland skryter også av samarbeidet med Helse Nord. Der er for øvrig steg to: løsningen for at pasienten skal få se hvilke helsearbeidere som har vært inne i journalen deres, og hvorfor, i test med pasienter.

PAKKEFORLØP KREFT:



FOTO: ADOBE STOCK

FRA 88 TIL 18 KLIKK

Pakkeforløp kreft i DIPS Arena reduserer antallet klikk i arbeidsflyten dramatisk sammenliknet med versjonen i DIPS Classic. Helse Sør-Øst hadde tenkt å innføre applikasjonen gradvis ved Oslo universitetssykehus (OUS). Det kunne de bare glemme.

Tilbakemeldingen da vi hentet inn forløpskoordinatorene til pilotering av Pakkeforløp kreft i Arena var «Dette vil jeg ha nå!», sier Ingrid Heitmann smilende. Dermed kjøres nå alle de 28 ulike pakkeforløpene som angår kreft på DIPS Arena i OUS. Heitmann anslår at det er rundt 100 forløpskoordinatører ved sykehuset som bruker programvaren. Hun er for øvrig delprosjektleder for Arena og integrasjoner, et delprosjekt i Regional EPJ, som ligger i programmet Regional klinisk løsning (RKL) i Helse Sør-Øst.

I delprosjektet som Heitmann leder er det cirka 20 ansatte som har som jobb å pilotere DIPS Arena i den regionale løsningen til Helse Sør-Øst, samt etablere nye integrasjoner. Alle pilotene foregår i OUS.

KARTLAGT GEVINST

Nå har de altså kartlagt gevinsten av det å ta i bruk Pakkeforløp kreft i Arena kontra i DIPS Classic. Årsaken til det er rett og slett å synliggjøre både for pasienter, helsepersonell og ledelsen lokalt i OUS og i Helse Sør-Øst hva effekten av en slik omlegging er.

De gjorde 0-målinger, det vil si innhentet tilgjengelige objektive data fra DIPS-rapporter og koding til Norsk pasientregister (NPR) på forløpskoordinatorenes bruk av DIPS Classic. I tillegg har spørreundersøkelse vært sendt ut. For eksempel talte de antallet klikk som ble gjort ved å registrere et pakkeforløp, antall klikk for å sette resterende koder og antall klikk for å sette «teknisk episode».

– Så foretok vi ettermåling for de samme operasjonene i Classic og forskjellen er formidabel. For å sette koden «Start pakkeforløp» varierte antallet fra

maks 88 klikk i DIPS Classic til maks 18 i DIPS Arena. I gjennomsnitt er antallet klikk i Arena versus Classic redusert med nesten 80 prosent!

Selv delprosjektledere kan bli forbløffet av sånt.

– Jeg vet ikke om vi kan forvente å få like store forskjeller mellom Classic og Arena på alt, men forhåpentligvis på noe, smiler hun.

GODT FORNØYDE

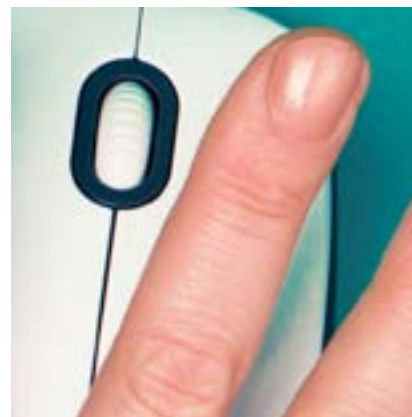
Brukerne er også bedt om å fylle ut spørreskjema på hvor fornøyde de er.

– Nå har vi ikke foretatt ettermåling på den subjektive opplevelsen av Arena, det

gjør vi nå i desember, men det har vært svært lite behov for support. Tross noen små feil i programmet virker alle veldig fornøyde. Vi skal nå i desember ta inn Arena Analytics for Pakkeforløp kreft slik at det blir mulig å overvåke data fra pakkeforløp kreft på en enkel måte.

For tiden kjører OUS med DIPS Arena på Olafiaklinikken, Skadelegevakten, Akuttmottaket, for Behandlerkravmelding og Pakkeforløp kreft.

– I november gikk vi opp med Arena i Føde/gyn-mottaket. De skal ta i bruk Pasientliste og Ø-hjelpsmodulen, forteller Heitmann.



«Tilbakemeldingen da vi hentet inn forløpskoordinatorene til pilotering av Pakkeforløp i Arena var «Dette vil jeg ha nå!»

Ingrid Heitmann, delprosjektleder for Arena og integrasjoner

PAKKEFORLØP KREFT:

◀ MÅ VENTE

– Planer for 2017 og videre tegner til videre pilotaktivitet. Men bredding av programvaren vil ta tid. Vi jobber i Helse Sør-Øst med konsolidering av DIPS-databasene. Til sammen 10 sykehus skal inn i felles database, og inntil det skjer er det vanskelig å bredde Arenafunksjonalitet. Bredding av Pakkeforløp kreft i hele Helse Sør-Øst er derfor ikke planlagt i detalj per i dag.

Delprosjektlederen er klar over at dette ikke er spesielt motiverende å høre for de som må vente, men hun har dessverre ikke noen trøst å gi.

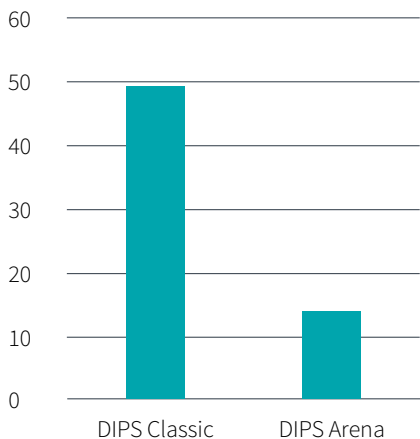
– Ideelt sett skulle vi gjerne breddet det til alle nå med en gang, men slik det ser ut nå er at dette vil måtte gjøres over flere år, sier Ingrid Heitmann i Helse Sør-Øst.



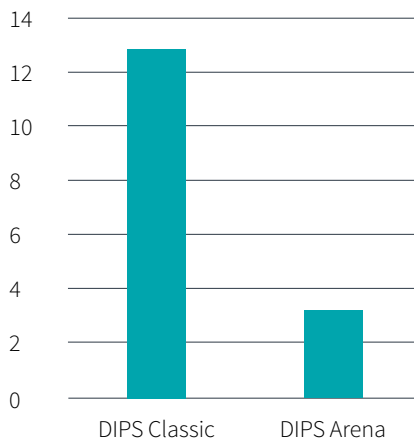
📍 Ingrid Heitmann er delprosjektleder for «Arena og integrasjoner» i program Regionale Kliniske Løsninger (RKL) i Helse Sør-Øst. FOTO: ODDNY J. JOHNSEN

Forbedring i antall klikk Koding i DIPS

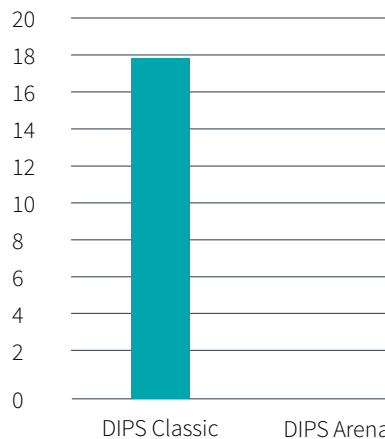
Sette koden har «Start pakkeforløp»



Sette resterende koder



Sette «Teknisk episode»



FUNN:

- Det er stor variasjon i antall klikk brukt for å registrere koder. For å registrere koden «start pakkeforløp» varierer antall klikk fra 88 i DIPS Classic til 18 i DIPS Arena
- For å sette de resterende kodene som «første oppmøte» og «Start behandling» vil antall klikk reduseres til mellom 2 og 5 klikk i DIPS Arena
- Bruk av «Teknisk episode» vil falle bort i DIPS Arena da dette dekkes automatisk av ny funksjonalitet



(fra venstre):

Anca Heyd, Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp
Arne Sæter, Lege i spesialisering i øyesykdommer
Tomas Alme, Lege/ Medisinsk direktør
Hege Tho Stokstad, Lege i spesialisering i nyresykdommer

LEGENE I DIPS:

Magne Rekdal, Lege
Hilde Hollås, Spesialist i indremedisin og blodsykdommer
Realf Ording Helgesen, Allmennlege

Sammen om framtidens pasientjournal

Teknologi skal tilpasse seg hverdagen på sykehusene og ikke omvendt. Derfor samarbeider vi tett med leger og annet helsepersonell over hele landet når vi lager nye DIPS Arena.



(16303) artell.no Foto: Sindre Ek



By healthcare workers

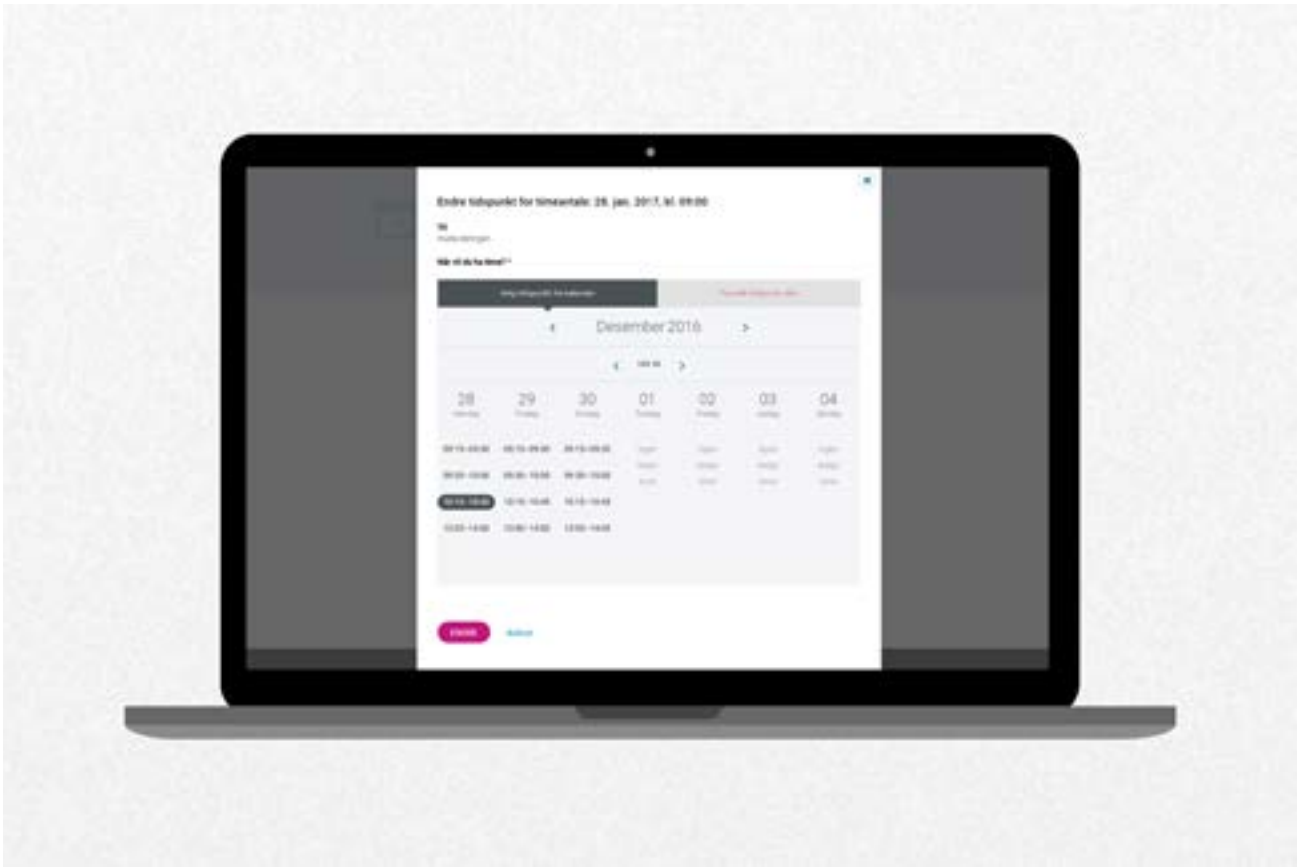


VAR Healthcare - Norges største prosedyrebibliotek

PPS har fått nytt navn og nytt brukergrensesnitt. www.varnett.no
VAR Healthcare har fortsatt integrasjon med DIPS Classic og jobber med å videreutvikle en løsning med Arena.

Vi bidrar til at helsepersonell gjør kloke beslutninger i en hektisk hverdag!

www.varhealthcare.no



📅 Fra og med februar får enkelte pasienter i Helse Vest opp kalendervisning og kan bytte time selv.

Lanserer «Mitt timeval»

Fra slutten av februar får enkelte innbyggere i Helse Vest mulighet til å prøve ut selvbetjent endring av timer de har fått tildelt på poliklinikker i sykehusene.

– Vi planlegger å sette selvbetjeningsløsningen i produksjon ved syv ulike poliklinikker i ulike sykehus i Helse Vest, sier Anders Øvreseth, prosjektleder for «Mitt Timeval» i Alle møter ved Helse Vest IKT.

Han sier at de ikke har lukket deltagelsen ennå, og utelukker ikke at enda flere poliklinikker inkluderes i den første prøveperioden. Foreløpig er kun somatiske poliklinikker involvert, men prosjektet

er i dialog med psykiatriske poliklinikker som også kan få mulighet til å teste ut løsningen.

SELVBETJENT ENDRING AV TILDELTE TIDSPUNKT

– Det vi gjør er å digitalisere prosessen som foregår på telefon og på meldingsfunksjonen via nett. Innbyggeren har allerede en knapp ved innlogging på helsenorge.no eller Vestlandspasienten som de trykker på

for å endre timetidspunkt. I dag kommer du til en meldingsboks hvor du kan kommunisere med sykehuset for å få tildelt en annen time. Fra slutten av februar vil det komme opp en kalendervisning for enkelte innbyggers timer på sykehuset. Her får de opp ledige og aktuelle tidspunkt å flytte timen til. Disse blir generert ut fra et sett med regler som ligger inne i DIPS-løsningen, forklarer Øvreseth.

Versjonen av «Mitt timeval» som nå lanseres, gjelder i hovedsak for ny-henviste pasienter som har fått første-gangs innkalling til poliklinikk. Dette er timer som dermed har en frist i henhold til rett til helsehjelp. Pasienten må derfor endre tidspunkt innenfor denne fristen, og fristdatoen begrenser dermed slutt-tidspunktet for flytting av timen.

– I dagens praksis, er det rent juridisk akseptabelt å skyve denne fristen noe videre for pasientene som tar kontakt via telefon, for pasienten får da ta et såkalt informert valg. De som vil skyve på timen til etter fristen, må derfor fortsatt ringe inn til avdelingen, forklarer Øvreseth.

INNTIL TO DAGER FØR

– De aller fleste av de som vil flytte time, det vil si rundt 60 prosent, tar kontakt med avdelingen mer enn syv dager før timen er satt opp for å endre den. Sånn som det er i dag – hvis du tar kontakt for å endre time mindre enn to dager før du har time, har avdelingen anledning til å ilegge deg et gebyr. Dette gebyret har steget med årene og det koster dermed en del å være sent ute, selv om det selvsagt er åpnet for skjønn for å kunne fravike gebyr om det er gode grunner til det. I denne selvbetjeningsløsningen vil innbygger kunne endre tidspunkt for time inntil to dager før opprinnelig time. Dersom man ønsker å endre time etter dette må man ta kontakt med sykehuset på telefon.

«IKKE MØTT»

Øvreseth sier at det fortsatt er mange timer som ikke avvikles på grunn av at pasienten ikke møter til timen. Programmet «Alle Møter» i Helse Vest har gjort mange gode tiltak knyttet til å redusere «ikke møtt», men ønsker å gjøre enda mer.

– Det er vanskelig å analysere bakenforliggende årsak til at pasienter ikke har møtt. Kanskje behandling er gitt et annet sted, eller at de simpelthen har glemt av timen og glemt å gi beskjed. Vi håper at vi ved å gi en del av innbyggerne en enda bedre mulighet til å flytte på timen sin på en enda enklere måte, unngår en del «ikke møtt».

Helse Vest ser at innbyggerne reagerer veldig positivt på økningen av digitale tjenester.

– Det er allerede mange innbyggere som bytter av time via elektronisk melding, og jeg skjønner godt at den muligheten treffer godt. I dag er det en samfunns-kostnad å kommunisere med sykehuset via telefon. For mange er det krevende å finne tid i arbeidstiden til å ringe og få gjort endringer. Nå kan du gjøre alt på kveldstid i ro og fred.

KONTROLLTIMER SENERE

Prosjektet håper å kunne finne en god løsning for kontrolltimer slik at også disse kan omfattes av selvbetjeningsløsningen.

Øvreseth vet ikke når dette kan være klart, for her er en hel del spørsmål som må avklares først, men han har håp om at man kan starte dette arbeidet i løpet av 2017.

– Erfaringene vi gjør oss nå vil være grunnlaget for planene videre. Prosjektets prioriteringer er styrt av sykehusene og planene videre blir lagt i samarbeid med dem.

– De har bedt oss prioritere å bredde løsningen til mange klinikker og med flere timetyper. Nå åpner vi for å flytte en type timer som kun har én ressurs. Endring av timer med flere ressurser utløser et sett med mer kompliserte problemstillinger.

– Per i dag er vi usikker på hvor langt



Anders Øvreseth er prosjektleder for «Mitt Timeval» i Alle møter ved Helse Vest IKT.

vi kan trekke løsningen, og hvor mange ulike typer timer vi kan gi mulighet for selvbetjening. Det er en stor kompleksitet rundt dette med timeplanlegging, og det er usikkert om det blir regningsvarende å gjøre dette for alle timetyper, sier Anders Øvreseth.

«For mange er det krevende å finne tid i arbeidstiden til å ringe og få gjort endringer. Nå kan du gjøre alt på kveldstid i ro og fred»

Anders Øvreseth, prosjektleder for «Mitt Timeval»

PROFILIEN:



Unntanken

Så er Nord-Norge konsolidert, standardisert og harmonisert. I alle fall i IKT-sammenheng. Det er ikke akkurat harmoni som har preget hverdagen til UNN-direktør Tor Ingebrigtsen det siste året.

– Det sies at det å lede journalister er som å gjete katter, på grunn av deres store ego og sterke selvstendighets-trang. Jeg vet ikke, det å lede leger – som i tillegg har enorm dedikasjon til faget sitt – er det som å gjete løver?

Tor Ingebrigtsen bryter ut i hjertelig latter over spørsmålet. Han har i løpet av det korte intervjuet trukket mye på smilebåndet. I media fremstår han gjerne alvorstung. Hvilket som regel har sammenheng med at det ikke akkurat er gode nyheter han har vært nødt å kommentere.

Vi skal komme tilbake til dem, men dagen i dag er rett og slett bursdagen til direktøren. Han fyller 53 år, og dagen er blitt «feiret» med et langt styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Harstad. Nå har han nettopp bevilget seg en liten hamburger på Harstad/Narvik lufthavn Evenes, og fortsetter bursdagsfeiringen med å snakke med d:mag mens han venter på flyavgang til Oslo.

KIRURGEN BLE DIREKTØR

– Gratulerer! 53 i dag og du var 43 år sommeren 2007 da du tiltrådte som UNN-direktør. Hvor mye eldre føler du deg?

– Ha, ha. Vet du, jeg føler meg nøyaktig ti år eldre.


– Så utfordringene som UNN-direktør har ikke spist flere år av deg enn de litt over ni som faktisk har gått?

– På ingen måte.

– Men det finnes kanskje dager du gjerne skulle ønske deg en annen jobb?

– Alle tenker vel i blant at man har gjort noen valg, og at livet kunne sett annerledes ut om man hadde valgt annerledes. Og alle som kommer fra en bakgrunn hvor de har lært seg en spesialitet, savner vel den av og til. For min del har det gått så lang tid nå at det løpet er kjørt. Det har jeg innfunnet meg med, men jeg synes det er godt å få følge faget litt gjennom forskning som noen av de som var mine kolleger i nevrokirurgi driver med.

Tor Ingebrigtsen er nemlig opprinnelig nevrokirurg. Han husker hvor fantastisk følelsen var i det han kom ut av operasjonsstua og hadde mestret noe som egentlig nesten ikke skulle la seg mestre. I dag er det lengre mellom disse euforiske øyeblikkene.

– I denne rollen kommer gjennombruddene mer gradvis. Det er sjelden du får den umiddelbare bekreftelsen som etter å ha lyktes med en vanskelig operasjon. Vi har snorklippinger og markeringer, men kanskje er vi ikke gode nok på ta vare på anledningene til å feire det vi faktisk får til. Kanskje burde jeg ta initiativet 

PROFILEN:



◀ til det litt oftere, både overfor meg selv og mine medarbeidere, sier han ettertenksomt.

For han er ikke noen spilloppmaker akkurat. «Typisk bardudøl» er betegnelsen som direktøren får av sine kollegaer. En sindig kar som ikke foretar seg noe impulsivt. Tor tenker seg alltid veldig godt om.

PASIENTEN FØRST

I dag henter han sin motivasjon i det samfunnsoppdraget han føler han er satt til: Å skape en god helsetjeneste for pasientene i nord.

– Mitt mål er å tilby pasientene den beste behandling. Da blir på en måte alt som skjer motiverende, noe som må løses for å nå dette målet. For eksempel kan jeg hente motivasjon i det faktum at når problemer oppstår – som for eksempel kommunikasjonsproblemer – da kommer det i veien for god pasientbehandling. Hensynet til og interessen for å få til god behandling blir til en motivasjon for å løse alle problemer, både de kommunikasjonsproblemerne vi har hatt i år, eller økonomiske problem og kvalitetsproblem.

«Kommunikasjonsproblemerne vi har

hatt i år» er årsaken til at han har fremstått så alvorlig. En fagforening satte i vår stempelet «fryktkultur» på sykehuset. Som en del av en større debatt som i bunn og grunn kanskje handlet mest om hvordan sykehusene skal styres og hvem som skal ha makt over ressursene.

– *Hvordan går man videre når et begrep som fryktkultur er brukt for å karakterisere organisasjonen, enten det er riktig eller galt?*

– Jeg mener fryktkultur er et u hensiktsmessig begrep. Det i seg selv står i veien for problemløsning. Når vi i det ene øyeblikket



sier at det finnes problemer i arbeidsmiljøet som må løses, og samtidig sier at vi ikke tør snakke om det, så har man satt opp sperrer. Det er et dårlig kommunikasjonsmessig utgangspunkt. Men debatten vi fikk i ettertid på UNN har jeg opplevd som konstruktiv. Jeg satte meg ned med tillitsvalgte og vernetjenesten for å forstå hva som lå bak ordbruken. Og det kom opp ting det har vært gode grunner til å jobbe videre med. Vi har brukt mye tid på å videreutvikle internkommunikasjon, forbedre lederutviklingsprogram og gjort andre tiltak for å bedre kommunikasjonen.

Dette ble en anledning jeg har benyttet meg av – for å sette medvirkning og intern kommunikasjon tydeligere på dagsorden enn jeg hadde før.

Men det var noen måneder der som han innrømmer ikke var spesielt enkle.

– Min opplevelse er at måten debatten kom opp på var vanskelig og problematisk, og personlig belastende, sier han kort.

ENORM UTVIKLING

Han har kontorutsikten sin som forsidebilde på Facebook. Nå i mørketiden kan spillet av solrødme og blåtoner på Tromsøs

«Mitt mål er å tilby pasientene den beste behandling, da blir på en måte alt som skjer motiverende, noe som må løses for å nå dette målet»

sørhimmel ta pusten fra deg flere ganger om dagen. Utsikten motsatt vei ender før eller siden i en kran. Under Ingebrigtsens ledelse er det etter hvert blitt normal-situasjon å bevege seg i en byggeplass når du er på UNN. En helt ny fløy av sykehuset er under bygging. Prislappen på den er 1,6 milliarder kroner for totalt 22.000 kvadratmeter, som skal romme blant annet laboratoriemedisin, operasjonsvirksomhet og anestesi, fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk tilbud, poliklinikker og blodprøvetaking.

På motsatt side av veien vokser det fram et PET-senter til 635 millioner kroner, som vil bli Nord-Norges til nå mest avanserte bygg – og som blant mye annet vil gi sykehuset muligheten til å bruke nukleærmedisin i sin behandling.

For to år siden åpnet Tor Ingebrigtsen Tromsøs høyeste bygning – et pasienthotell med 17 etasjer og 224 rom. 23 av dem spesielt tilrettelagt for mødre i barsel. En investering på rundt 220 millioner kroner.

– Hvorfor skal sykehus drive hotell?

– For pasientene ligger det en stor kvalitetsgevinst i sykehotellet.

Mange av dem kommer ikke unna



PROFILER:

«Jeg opplever faktisk hver eneste dag at det jeg gjør er legearbeid!»

◀ ei overnatting om de skal på poliklinisk behandling på UNN. I tillegg har vi de som går til behandling her over en lengre periode, for eksempel de som går til strålebehandling. Mange syntes det var fryktelig slitsomt å dra til og fra hotell i byen, og setter pris på å ha hotellet som en del av sykehuset. Det øker kvaliteten i pasientopplevelsen. Unødig lange sykehusopphold produserer risiko for infeksjoner. Jo kortere opphold – jo bedre for pasientene, forklarer direktøren.

Hotellet har et mål om å utnytte eventuell restkapasitet i helgene, men har noen begrensninger for hvor stor andel av rommene som kan selges i det åpne markedet. Derfor er det ikke så mange japanske nordlysturister på sightseeing i korridorene til UNN – ennå.

ENDRET ORGANISASJONEN

Turistinntekter eller ikke – i år styrer UNN HF mot et overskudd på rundt 90 millioner kroner. Da Tor Ingebrigtsen tok over hadde helseforetaket han skulle lede nettopp satt ny negativ rekord, med drøyt en halv milliard i minus. En gigantisk snuoperasjon sto øverst på tavla i det han kom på vakt.

– Retninga og virkemidlene var langt på vei besluttet av styret – og hadde vært tema gjennom jobbintervju og søknadsprosess. Styret hadde lagt en tydelig strategi, med organisasjons- og strukturendring som viktigste virkemiddel, forklarer han.

For eksempel hadde UNN på denne tiden en flat struktur med mange små, døgnåpne virksomheter som ikke var kostnadseffektive. Direktøren hadde fått en tydelig bestilling å gjennomføre en organisasjonsprosess som skulle redusere dette antallet.

– En ting er å bestille, noe helt annet er å gjennomføre?

– Gjennomføringa var krevende, slik det alltid er å jobbe med endring. Men jeg opplevde en betydelig entusiasme i UNN for denne jobben i 2007, 2008 og 2009. Det var stor forståelse for at endring var nødvendig innenfor rammen om ny organisasjonsstruktur. Vi var nødt å få til dette for å kunne utvikle UNN som universitetssykehus.

TEKNOLOGISK FØRERSETTE

Ved siden av å lage ny organisasjonsstruktur, snu underskudd til overskudd og planlegge og gjennomføre store utbyggingsprosjekter, er UNN et av sykehusene her til lands som bidrar mest til IKT-utvikling.

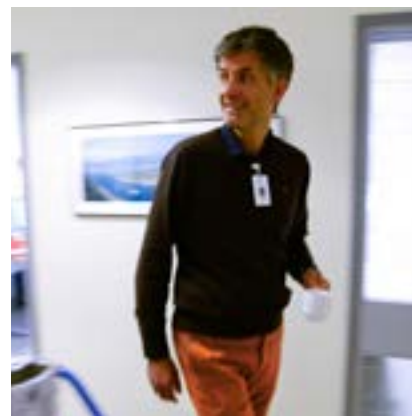
– Da jeg begynte hadde styret et slagord som besto i at vi skulle være først med det siste. Jeg har aktivt moderert dette litt – men ikke mye. Å være aller først med det siste betyr at du tar for stor risiko, du kan bruke opp innsats og penger på ting som ikke lykkes. Men vi må være helt der foran. Det må vi fordi vi er et lite universitetssykehus svært langt nord. Hvis vi skal være foretrukket både av pasienter og medarbeidere må vi holde en standard på bygg og teknologi som er minst like god som i landet for øvrig. Derfor har det å legge oss i front av IKT-utviklingen vært en bevisst strategi for å komme i posisjon, og vi i UNN og Helse Nord er nå helt i front i Norge. Men vi er ikke fremst i verden.

Jeg har i hele mitt faglige virke, og i jobben jeg har nå, vært opptatt av å hente inspirasjon internasjonalt, mer konkret i Australia og USA. Jeg har sett og forstått

hva som kan gå galt hvis vi er for langt i forkant. Jeg har reist mye og lest mye for å lære både hva som har gått bra, og ikke minst forsøkt å forstå det som har gått galt – for eksempel i Storbritannia. I stort har det meste gått veldig bra for oss, mye takket være et godt koordinert Helse Nord IKT og samtlige involvertes vilje til samarbeid.

– Men er det riktig å vie så mye tid og ressurser på IKT, burde pengene vært brukt på mer pasientbehandling?

– I øyeblikket bruker vi cirka fire prosent av vårt totale budsjett på IKT. Det er lite sammenliknet med andre, moderne kompetansevirksomheter. I tillegg bruker vi mye egeninnsats og arbeidstid på å fylle de tekniske løsningene med faglig innhold. Det er like viktig for utviklingen av UNN som at vi skal være opptatt av utstyret på operasjonsstuen. IKT er sammen med kompetansen til sykehusets medarbeidere våre viktigste innsatsfaktorer for å øke kva-



TOR INGEBRIGTSEN (53)

Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Doktorgrad og spesialist i nevrokirurgi, medisinsk embetseksamen fra Universitetet i Tromsø.

Har ledet nevrokirurgisk avdeling ved UNN i åtte år.

Fagdirektør i Helse Nord og professor ved UiT før han ble direktør ved UNN sommeren 2007.

Gift med Ingrid, voksne barn, en datter og to sønner



liteten på pasientbehandlninga. Det er en selvfølge at vi skal bruke tid på å utvikle vårt viktigste arbeidsverktøy, nærmest formaner han.

Det begynner å røre på seg ved utgangen hvor flyet til Oslo er satt opp. Han lar seg ikke stresse av det, men antyder at det kanskje begynner å bli på tide å runde av intervjuet. Og hva er mer naturlig enn å avslutte med hvilken vei han er i ferd med å stake ut videre for helseforetaket UNN.

– Vi står ved et tidsskille nå. Vi har vært gjennom en periode hvor vi har jobbet mye med organisasjonsendringer og utbyggingsprosjekt innen bygg og IKT. I løpet av 2018 skal vi ha ferdig det som er under arbeid nå. Selv om vi skal ha nye bygg for psykiatri og et nytt sykehus i Narvik. Likevel er vi nå over i en fase hvor vi veldig tydelig må reorientere oss. Vi må rette oppmerksomheta fullt og helt på kontinuerlig forbedring av alle små detaljer i daglig drift knyttet til pasientsikkerhet, kvalitet, pasientforløp, økonomistyring, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, bruk av avviksmeldinger og tilsynsvirksomhet. Alt dette for å få til en kontinuerlig forbedring og en enda mer lærende organisasjon enn det vi allerede er. I alle fall er jeg i ferd med å flytte min oppmerksomhet over på sterkere engasjement i daglig drift. Det er der vi skal ha fokus de neste ti årene.

Han reiser seg for å gå.

– Reiser du deg fortsatt om noen spør om det er en lege i salen?

Han stopper, tenker litt og humrer forsiktig.

– Hvis ingen andre reiser seg, så gjør jeg nok det. Men jeg blir nok sittende og vente en liten stund på mer kvalifisert personell.

Direktøren smiler stort nå, før det kommer med inderlig engasjement:

– Men jeg opplever faktisk hver eneste dag at det jeg gjør er legearbeid! Det handler om å forsøke å skape så gode rammevilkår som mulig for alle medarbeiderne som driver pasientbehandling i hverdagen, og for dem som skal gjøre det i fremtiden!

Forvaltningssentre tar over

I helseregionene lengst nord og vest i landet er det denne høsten opprettet forvaltningssentre som skal sørge for at standardiserte kliniske systemer som DIPS brukes på riktig måte og videreutvikles.

Prosjektene som har regionalisert og standardisert bruken av for eksempel DIPS i de to helseregionene er nå ferdige og permanent drift av løsningene skal på plass. Den tekniske driften er selvsagt på plass allerede. Det er den funksjonelle forvaltningen som de nye sentrene får ansvaret for. Arbeidsoppgavene omfatter for det første å påse at vedtatte regler for bruk av systemene overholdes. Dernest skal en kontinuerlig utvikling av systemene tas i bruk, og begge de nevnte områdene krever omfattende opplæring av ansatte samt testing og kvalitetssikring av systemene.

Hanne-Therese Ridderseth er leder av forvaltningssenteret i Helse Nord, som er lagt til Universitetssykehuset Nord-Norge. Senteret vil imidlertid ha medarbeidere tilknyttet samtlige helseforetak. Vidar Råheim leder senteret i Helse Vest, som er opprettet som en del av Helse Vest IKT. I nord skal det etter hvert på plass 32 medarbeidere i senteret, mens man i vest i første omgang starter opp med i alt 20 medarbeidere som kan jobbe dedikert med forvaltning av de kliniske systemene.

REKRUTTERING

Begge lederne er nå i rekrutteringsfasen for å få tak i de rette folkene. Mens Ridderseth har begynt å sende ut tilbudsbrev med jobber, er Råheim i intervju-fasen. En fellesnevner i rekrutteringen, er å få engasjert kompetente medarbeidere fra standardiseringsprosessene som har pågått i helseforetakene, folk som har med seg historikken i valgene som er gjort.

I nord har samtlige sykehus i helseregionen i løpet av året tatt i bruk de felles regionale reglene. I vest har de hatt regionale løsninger noe lengre. Råheim opplever ikke at det er noen motstand mot

at alle må arbeide etter de samme prosedyrene, men at det er en naturlig del av det å ivareta systemene som nå overleveres til forvaltning.

– *Dere blir på en måte politi for å håndheve standarden?*

– Jeg vil heller si at jeg er en fasilitator for å få gode løsninger på plass, sier Råheim.

I nord, hvor man frem til inneværende år hadde flere lokale versjoner av DIPS, har overgangen til å følge et overordnet felles regelverk vært større. Heller ikke Ridderseth forventer motstand, men understreker at opplæring og informasjon bør få prioritet slik at standarden blir brukt på riktig måte.

VELOVERVEID ENDRING

– Hovedgrunnen til at feil journalbruk oppstår er at opplæringen er mangelfull eller ikke entydig fra ett sykehus til et annet. Mangelfull opplæring er også en av årsakene til at funksjonaliteten i kliniske systemer ikke utnyttes godt nok. Opplæring er noe sykehusene ikke kan slurve med, påpeker Ridderseth.

– Det skal imidlertid ikke underkomuniseres at et bedre og mer moderne brukergrensesnitt både er ønsket og

nødvendig for at brukere ikke så lett kan gjøre feile valg i systemene, sier hun.

LOKALT FORVALTNINGSORGAN

De to lederne har så vidt møtt hverandre under DIPS kundepanel, og tror at de kan ha nytte av å ha kontakt videre. De er begge opptatt av å etablere en forvaltningsstruktur som enkelt fanger opp endringsønsker som kan videreutvikle systemet.

Hvert helseforetak må opprette et lokalt forvaltningsorgan. Ved for eksempel ønske om endring fra en eller flere brukere i et helseforetak, må det lokale forvaltningsorganet først behandle saken for å vurdere om det finnes grunnlag for en regional endring. I tilfelle saken sendes videre, vil den etter konsekvensutredning i regionalt forvaltningssenter, bli behandlet i et forvaltningsforum tilknyttet forvaltningssenteret. Forumet har representanter fra alle helseforetakene i regionen. Et sykehus kan få uforutsette problemer på grunn av en løsning et annet sykehus ønsker seg, derfor er en grundig regional utredning nødvendig.

– Alle endringer kan fra nå av påvirke journalbrukere i hele helseregionen. Derfor må de være veloverveide, sier Ridderseth.

«Alle endringer kan fra nå av påvirke journalbrukere i hele helseregionen. Derfor må de være veloverveide»

Hanne-Therese Ridderseth, leder forvaltningssenteret i Helse Nord



📍 Hanne-Therese Ridderseth leder det nye forvaltningssenteret i Helse Nord.

Opplæring, opplæring, opplæring!

Harmonisering, optimalisering og standardisering (HOS) av DIPS i Helse Nord er ferdig. Prosjektet har laget regionale føringer og felles rutiner på områder som for eksempel organisasjonsoppsett, journalstruktur, tilgangsstyring, bruk av fritekst og kodeverk. Prosjektleder Ann-Britt Nilssen har gjennom arbeidet blitt enda mer overbevist om å aldri ta lett på dette med opplæring i nye data-verktøy – noen gang.



📍 Ann-Britt Nilssen har ledet HOS-prosjektet.

DÅRLIG UTNYTTELSE

– Folk har jobbet i et verktøy de egentlig kjenner dårlig. Mangelfull grunnopplæring har ført til feil og dårlig utnyttelse av DIPS. Et solid opplæringsregime er sentralt for veien videre, poengterer hun.

Regionalt har HOS-prosjektet som har pågått fra 2012-2016 utarbeidet retningslinjer på bruk, og retningslinjer på opplæring for endring.

– Vi har sagt til foretakene at de må analysere det nye som kommer for hver enhet. Hva betyr denne endringen i forhold til slik dere har jobbet før?

Hun tror mange ikke skjønnte hvor sentrale datasystemene kom til å bli i en organisasjon, og hvordan de kom til å endre arbeidsformer den gang de ble innført.

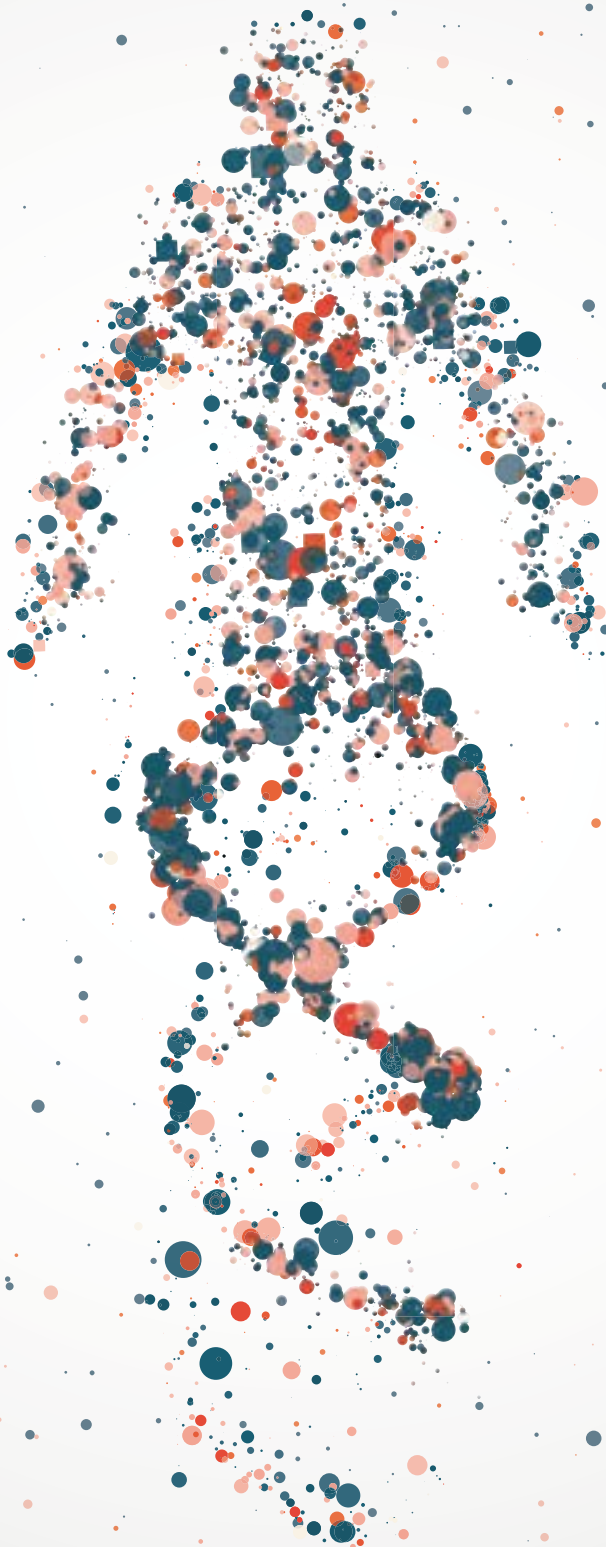
– Dermed har man ikke sett hvor viktig lederes grep og opplæring har vært fra starten av. Man har sett systemet isolert ved siden av det kliniske arbeidet, og ikke tenkt på at brukere som får vide tilganger lager seg egne måter å jobbe på i journalen. I praksis betyr det at samarbeidsformer i organisasjonen kan endres på en utilsiktet måte uten at ledere har bestemt at det skal jobbes slik, påpeker hun.

AUTOMATISK ARBEIDSFLYT

HOS har begrenset brukertilgangene og laget mer automatisk arbeidsflyt i systemet.

– Automatiseringen sikrer pasienten bedre. Manuelle metoder genererer feil.

FORSKNING:



BEHANDLING BASERT PÅ DE STORE DATAENE

Tenk så praktisk om legen allerede før han startet behandlingen kunne utelukke medisin som gir deg store bivirkninger – eller som ikke vil virke på kroppen din i det hele tatt. Dit er det BIGMED skal.

Leder ved Intervensjonscenteret på Oslo universitetssykehus (OUS), professor Erik Fosse, leder forskningen som kan lede til at DIPS-journalen om få år inneholder absolutt alle data om pasient og sykdom, inkludert gentest, presentert på en slik måte at legen kan ta mer presise behandlingsvalg.

Forskningsprosjektet BIG data MEDical (BIGMED), hvor altså DIPS ASA er en vesentlig bidragsyter, starter opp 1. januar og skal pågå i fire år. Alt handler om å bruke de store dataene – så mye informasjon om pasienten og diagnosen som mulig – filtrere og analysere alt elektronisk, og så gi en presentasjon av funnene som hjelper legen til å beslutte beste behandling.

– Vi er ute etter en løsning mer enn et forskningsresultat, presiserer Fosse om prosjektet som ved hjelp av 60 millioner fra Norges Forskningsråd har et totalbudsjett på 120 millioner kroner. Han karakteriserer prosjektet som en blanding mellom forskning og næringsutvikling – med sykehus, academia og næringsliv som like partnere. Målet er å få på plass enkle verktøy som kan bidra i legenes beslutningsprosess, allerede om et halvt års tid.

NØDVENDIG STRUKTURERING


– Det handler om hvordan vi i fremtiden, med tilgang til de enorme mengdene med informasjon som vi etter

hvert får om pasient og sykdom, skal kunne ta riktig beslutning om behandling. Vi har bildeinformasjon, tekst, funksjonelle undersøkelser, bakterieanalyser og bruker nå stadig oftere arvematerialet, ditt DNA, for å få vite mer om hvordan du nyttiggjør deg et medikament. Det er denne informasjonen vi må automatisere og systematisere. Ikke fordi det er spennende, men fordi det er helt nødvendig, forklarer Fosse.

– Hvis vi tar hele analyseresultatet for ett menneske gir dette en tekstfil på cirka 3 gigabyte. Vårt mål med forskningen er at DIPS journal i fremtiden skal inneholde strukturert BIGDATA-informasjon som legen kan bruke som beslutningsgrunnlag, supplerer medisinsk direktør Tomas N. Alme i DIPS ASA.

GENTEST FØR BRUK

I hundrevis av år har pasienter fått medikamenter for å knekke ulike sykdommer, og kunnskapen om hvordan disse virker generelt er god.

– Det vi ikke vet er hvor godt de virker for hver enkelt, eller om pasienten har en egenskap i seg som gjør at vedkommende ikke tåler medisinen. En gentest kan avsløre om det er noen vits i å gi deg akkurat dette stoffet. Etter hvert kommer det til å bli et juridisk og etisk problem å ikke ta en gentest, mener Fosse. 



🔍 Professor Erik Fosse leder forskningsprosjektet BIGMED som skal bane vei for presisjonsmedisin basert på omfattende dataanalyse. Han leder også Intervensjons-senteret ved Oslo universitetssykehus.

«Ofte er det mellom 10 og 20 mennesker involvert for å diskutere pasient for pasient. Dette er tidrøvende og det er kostbart. Det er innhenting av all denne informasjonen vi nå gradvis vil digitalisere og effektivisere»

Erik Fosse, leder ved Intervensjons-senteret på OUS

◀ Gentesting avslører stadig flere medikament som ikke virker på alle. – I fjor var FDA (Food and Drug Administration) sin liste i USA over medikamenter hvor man tilrår gentest før bruk på rundt 20. Akkurat nå er denne lista på over 100.

UNNGÅ FEILMEDISINERING

Fosse vet at man i debatten om gentesting for å kurere sykdom, er redd for å øke medisinkostnadene. Man frykter at legen oftere tyr til dyrere og alternative medikament. Selv mener han det totalt sett blir mye billigere for helsevesenet å slutte å

gi medisin som ikke virker, og ikke minst slippe å behandle alvorlig sykdom som konsekvens av feilmedisinering.

– La oss ta mitt fag da, jeg er spesialist i hjertekirurgi. Foran hver utblokkning av blodårer til hjertet gir vi alle pasienter Plavits, et blodfortynnende produkt. Samtidig vet vi at medikamentet ikke virker på en tredjedel av den norske befolkning. Det tilsvarer cirka 10.000 hjertepasienter hvert år. En gentest ville kunne gi oss informasjon om hvem som burde fått noe annet, istedenfor har denne tredjedelen nå økt risiko for blodpropp og hjerneslag fordi vi ikke har nok informasjon tilgjengelig, forklarer Fosse.

EFFEKTIVISERER BEHANDLINGEN

Prosjektlederen for BIGMED tror også at selve pasientbehandlingen i sykehus vil

kunne skje mer effektivt ved bedre tilgang på beslutningsstøtte fra digitale verktøy.

– I dag når pasienten kommer inn til sykehuset er han allerede undersøkt, likevel gjøres nye undersøkelser og så starter alle legemøtene om hva slags behandling som er best. Ofte er det mellom 10 og 20 mennesker involvert for å diskutere pasient for pasient. Dette er tidrøvende og det er kostbart. Det er innhenting av all denne informasjonen vi nå gradvis vil digitalisere og effektivisere, sier Fosse.

ALLE MÅ BIDRA LIKT

– For oss er det viktig at alle de ulike fagfeltene er like godt med i prosjektet. Jeg liker å se på dette som eikene i et hjul, hvor alle eikene representerer ett fagområde inn mot BIGMED – som da blir navet. Blir et av område nedprioritert kommer ikke hjulet til å rulle som det skal. Det er et stort potensiale i BIGMED, men det hjelper ikke hvis vi ikke får med hele bildet. Alle fagområdene må forstå at alle er like viktige for at prosjektet skal lykkes, mener Alme.

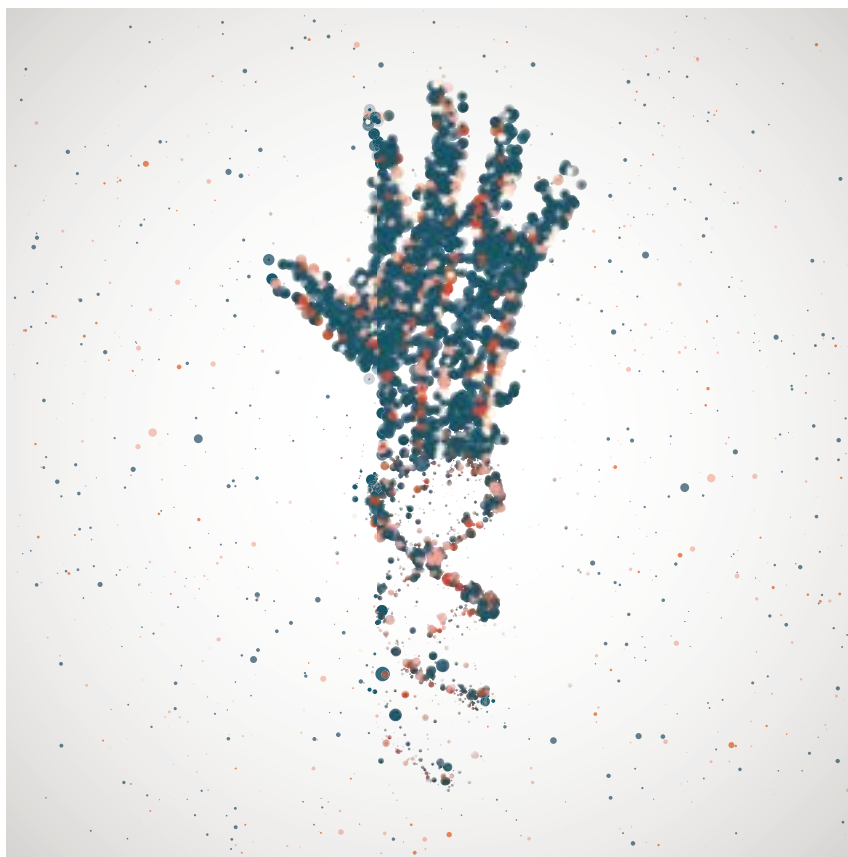
I prosessen er det mer enn bare fagområdene som skal vektes likt. Underveis skal forskningen også avklare de juridiske utfordringene om hvordan lovverket skal håndtere at journalsystemet blir «klokere» etter hvert som det legges inn ny informasjon. Det er også uavklart hvordan pasientdata kan brukes i denne sammenhengen.

– Hvis vi trenger et nytt lovverk, haster det med å få arbeidet iverksatt. Det viktige for oss er å kunne spille inn riktige problemstillinger underveis, sier Fosse.

Dermed skal forskningen både løse IT-teknologiske problem, kliniske prosesser, og få juridiske verktøy på plass for løsningen.

Prosjektet er satt opp med tidsramme på tre år, men kan totalt sett bruke fire.

– Det blir uansett ett tøft løp, sier Fosse med forventning.



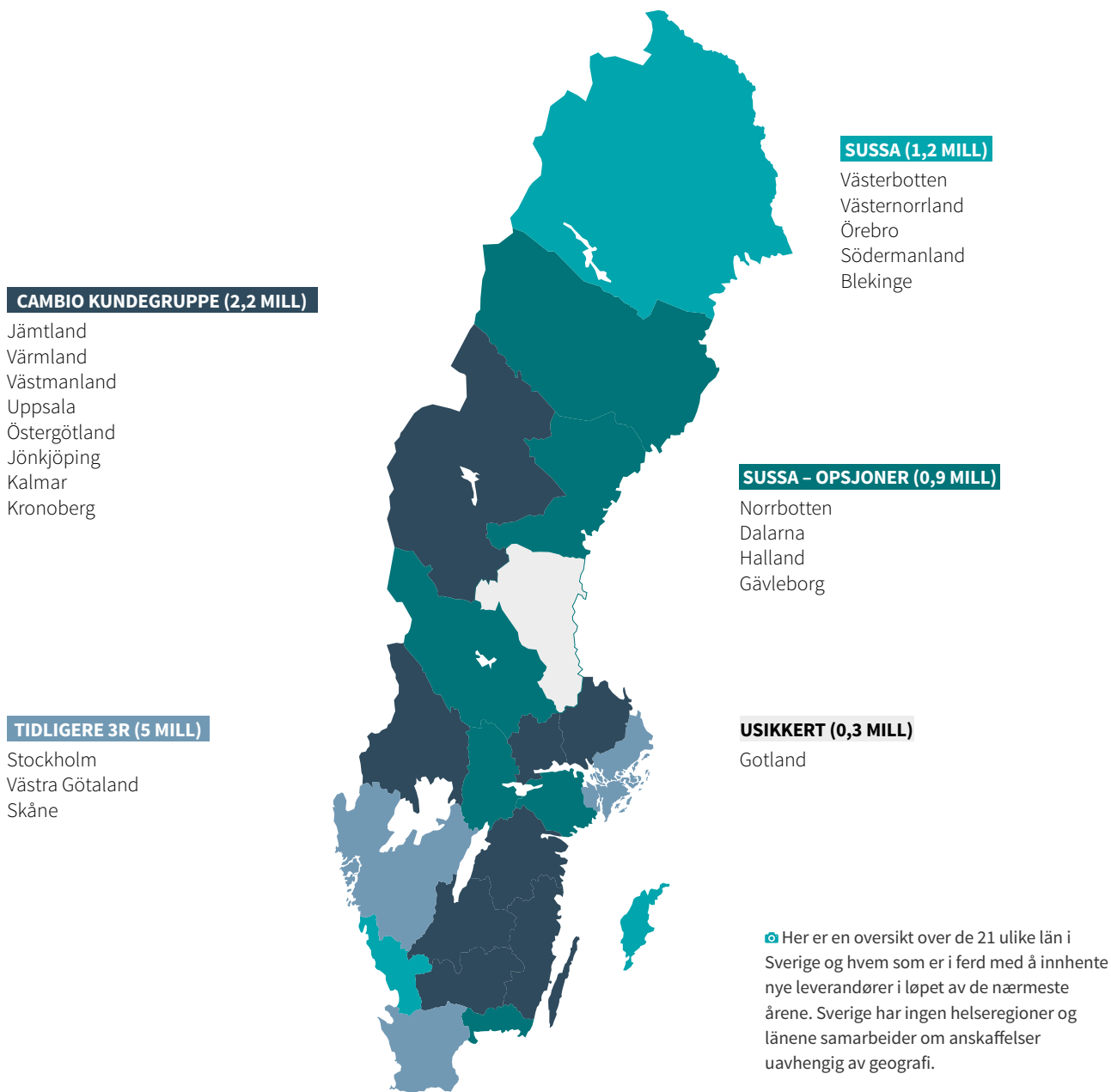
ILLUSTRASJON: ISTOCK / GETTY IMAGES

Q BIGMED:

- BIG data MEDical-løsningen (BIGMED) skal legge grunnlaget for en IKT-plattform som fjerner de analytiske flaskehalsene for presisjonsmedisin, og går opp veien for integrasjon av «big data»- analyse i klinisk behandling.
- BIGMED-løsningen muliggjør behandling tilpasset hver pasients individuelle og unike særtrekk.
- Tre tilstander er valgt ut i forskningsprosjektet: Endetarmskreft med spredning, plutselig hjertedød og arvelig genetisk sykdom.
- BigMed inkluderer pasientorganisasjoner, og akademiske og industrielle partnere. Organisasjonene er Kreftforeningen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Foreningen for hjertesyke barn. Industrielle partnere er DIPS ASA, DNV GL, Sykehuspartner HF, IBM World Trade Corporation, PubGene AS, Kunnskapsforlaget ANS, Karolinska Institutet og Oslo Medtech NCE. Kliniske partnere er Oslo universitetssykehus representert ved Intervensjonssenteret, Kreftklinikken, Enhet for molekylær patologi, Avdeling for medisinsk genetikk og Kardiologisk avdeling, i tillegg til Forsvarets sanitet og Oslos senter for biostatistikk og epidemiologi. Akademiske partnere fra Universitetet i Oslo er institutt for informatikk og Senter for informasjonsteknologi. Fra NTNU deltar Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap.

Mulighetenes marked

– DIPS ASA ønsker å fortsette å vokse og det mest nærliggende nå er å ta for seg mulighetene i markedet som likner det norske mest – det svenske, sier Tomas Nordheim Alme. Han er i ferd med å etablere seg i Sverige som DIPS sin verkstøllende direktør.



– Vi må ha svært mye på plass for å kunne delta i svenske anbud, og har ikke lov å bli veldig skuffa om vi ikke kvalifiserer eller når fram på første forsøk, mener DIPS sin Sverige-sjef som fortsatt også er medisinsk direktør i DIPS ASA.

DIPS tenker langsiktig i Sverige. Kontoret er etablert tett ved Stockholm sentralstasjon i Barnhusgatan 20, i fellesskap med samarbeidspartneren Usify. Nå skal Alme i gang med å ansette medisinske rådgivere ved kontoret. Ingen stillinger er utlyst ennå, men allerede har det begynt å komme henvendelser. I og med at DIPS stadig fremmer mantraet om at programvaren er utviklet av helsepersonell, for helsepersonell, er det ansatte med klinisk bakgrunn som selskapet først er ute etter.

– Vi ser etter folk som vil være med på å påvirke utviklingen av e-helse i Sverige, sier Alme.

FLERE ANBUD

Et av anbudene, SUSSA-samarbeidet, skal undertegne kontrakt med ny leverandør allerede i juni, og her rakk ikke DIPS komme seg i posisjon til å bli prekvalifisert. Men det er flere ulike anbud som kommer til å bli lagt ut i Sverige innen kort tid. Blant dem er de tre ulike länen som utgjorde det «nysprukne» 3R-samarbeidet. Skåne, Västra Götaland og Stockholm er alle på vei ut i markedet for å inngå nye leverandøravtaler. Samtidig finnes fire län som kan benytte seg av samme kontrakt som den SUSSA inngår, men som også kan handle fritt om de heller ønsker det.

– Mulighetene er mange, og vi merker oss at svenskene er svært begeistret for at vår løsning er åpen.

De liker det de så langt har fått se av Arena, men det er først og fremst den kompromissløse forpliktelsen vår om aldri å låse dataene våre inne som klinger meget godt i svenske ører. Svenskene er mye mer industriell i tankegangen og skjønner intuitivt hvordan vi vil legge til rette for en åpen innovasjon. Akkurat som i Norge har også Sverige en stor underskog av mindre leverandører som ikke kommer inn i markedet uten å samarbeide med

andre. Det at vi allerede har over 200 integrasjoner med vårt system, gjør at mange vil se muligheter til å levere enda flere tjenester inn på plattformen vår, sier Alme.

DEBATTEN

I Sverige er det länen, altså fylkene, som eier sykehusene og de har samtidig ansvaret for fastlegene. Det betyr at det totalt er 21 ulike kunder å forholde seg til.

– Länet driver alt unntatt sykehjemmene og hjemmetjenesten. Det betyr at vi tar med oss ulike partnere inn når vi skal levere fra oss anbud, forklarer Alme.

I et land med dobbelt så mange innbyggere som Norge, blir det fort rimelig store kunder å kjempe om. Totalt i de tre fylkene som er nærmest å legge ut anbud nå bor det fem millioner mennesker.

TID OG BUDSJETT

DIPS ASA sin imponerende historikk vedrørende leveranse på tid og budsjett er heller ikke hverdagskost når det gjelder IKT i nabolandet.

– De gir god respons på det faktum at den eneste forsinkelsen vi har hatt var én dag på et innføringsprosjekt som selskapet hadde ved Sykehuset Innlandet i 2006. Og liker at det fortsatt går en kollektiv gremmelse gjennom selskapet når noen nevner det, smiler han.

Ved siden av Usify og ACOS har DIPS med seg partnere som Deloitte og Basefarm når de ser på Sverige. Sistnevnte med tanke på drift av installasjonene dersom DIPS skulle få en kontrakt med et eller flere län.



Medisinsk direktør Tomas N. Alme i DIPS ASA er VD i DIPS e-health AB i Sverige, og flytter etter hvert med seg hele familien til Stockholm.

– For å vinne anbud i Sverige må vi helt klart bemanne opp en organisasjon her som er stor nok til å vise at vi mener alvor med vår satsing, og som lett kan styrkes om vi vinner fram. Vi håper å lykkes slik at vi kan bygge opp en betydelig Sverige-avdeling etter hvert, sier Tomas Alme. Fortsatt alene på kontoret, men med store ambisjoner.

FAKTA FRÅN SVERIGE:

DIPS ASA har fulgt utviklingen i Sverige aktivt de siste syv årene.

Sverige var først i verden med å lansere e-resept og er langt fremme hva angår nasjonale e-helsetjenester. Journalsystemene på sykehus fremstår imidlertid som litt tilårskomne og det er behov for å gjøre store utskiftninger over hele landet.

I den offentlige debatten handler det i større grad enn i Norge om hvem som skal ha eierskap til sykehusenes data.

Svenskene har Inera som ekvivalent til «Norsk Helsenett», og nettverket eies av SKL (Sveriges kommuner og landsting) – tilsvarende KS i Norge.

Retur:
DIPS ASA
Postboks 1435,
8037 Bodø

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NORGE P.P. PORTO BETALT



(15345) arell.no Foto: Bård Ek

Det du skriver i journalen i dag kan redde liv i morgen.

En strukturert journal gir store muligheter. Målinger kan registreres én plass og være tilgjengelig i hele journalen. Du får beslutningsstøtte basert på informasjonen som er registrert, og du varsles om viktige forhold for pasientbehandlingen. Det gir helt andre muligheter til forskning og gjenbruk i ettertid. Derfor lager vi vår nye journalløsning strukturert og basert på åpne internasjonale standarder. Summen av din daglige dokumentasjon kan ende opp som livsviktig informasjon. Det kommer morgendagens pasienter til gode.

Derfor jobber vi for en strukturert og standardisert pasientjournal.

