

Historier på baggrund af Story Board Workshop m. Erik Lehrdahl

S02

Opvarmningsøvelse:

Hvordan kan hospitalet gøre brug af de 4 ydelser?

(postit-opsamling?)

Deles i hovedpunkter

Hospitalet: Information og koordination: Information, overdragelse og koordinering. Et sted hvor data er samlet, og de kan sprede det derfra. Noget omkring triagering/algorithm i forhold til det, der ligger. Koordinering på fagniveau – hvilken data er der, og hvem skal have adgang til det?

Hospitalet: Teknisk Support og logistik: It-support, fjerne teknisk bøv (struktur til at håndtere den tekniske bøv), koncentrere sig om kerneydelsen (fortolkning), øge effektiviteten i forhold til indkøb (udfordring)

Hospitalet: Personlig agent og selvbetjening: Patient empowerment, større viden om deres sygdom, hjælp til at opnå denne viden og svar på spm. (eksempler: hjælpe borgeren med at udfylde digitale spørgeskemaer, hjælpe patienten med webbooking og med at forstå sundheds.dk) Mere sammenhængende forløb – fælles led mellem hospital og kommune, holistisk syn. Effekterne: reduktion af indlæggelser, færre fejl, fokus på kernekompetencer.

Hospitalet: Udvikling og videnscenter: opsamle generel viden om telemedicin og sygdomsforløb. Potentiale for nye tiltag og driftsoptimering. Bidrage til ledelsesrapportering, som kan bruges til udviklingsforløb.

Kommune og de andre: (gentager ikke, kun nye tanker)

B(orger), K(ommune), V(irksomheder), P(raksislæge)

S03

Grupperes i hovedpointer.

Selvbetjening og personlig agent: B: empowerment – adgang til kalenderfunktion, koordinere eget forløb, vejleder/støtte udenfor normal åbningstid, f.eks. ved angst, mulighed for sociale netværk, K: booke en tid ved hjemmepleje, motivere borgere til at være aktive, kronikere kan selv styre forløbet indenfor fastlagte værdier. Praksislægerne vil gerne levere den personlige agent.

Information og kommunikation: Shared service – delt service på tværs af aktør. Oplyse selvkørende borgere, borgere har adgang til data. Praksislæge får bedre adgang til specialisterne på hospitalet,

praksislægen kan være single point of contact – kan tage det holistiske syn, det kan de ikke i dag, fordi de ikke har adgang til information. (praksislæger er ikke kun mellem 8 og 9). Overblik over hvilken teknologi, der er forskellige steder, så der kan koordineres på det også.

Teknisk support og logistik: Borger: 24/7 tilgængelighed, det personlige besøg i hjemmet, first line support.

Videnscenter og udviklingscenter: Opbygger viden – dokumenterer og analyserer på data og arbejdsgange. Sætter viden i spil a) kagebog, som folk kan forholde sig til b) konsulentvirksomhed c) kursusforhold. Udviklingsramme i forhold til virksomheder – både servicedesign og teknologidesign.

5 min pause

## Virtuel Genoptræning

Borger har fået planlagt operation (ny hofte)

Der er noget planlægning før operationen, men casen starter for kommunens vedkommende ved udskrivningen, f.eks. ligger forberedelsen af operationen under hospitalet, det er ikke kommunens bord i dag. Opgaven er at se, om forløbet kan optimeres med et fælles service center, først kigges på hvordan det er i dag.

Ved udskrivelse sender hospitalet en (kortfattet) genoptræningsplan til kommunen. Det er terapeuten på hospitalet, som gør det. Udover Episkrise.

Her kan gå op til 5 dage fra kommunen modtager genoptræningsplanen til man tager kontakt til borgeren. I dag: kommunen kan ikke reagere, før de har genoptræningsplanen fra sygehuset. Det er kommunens myndighedafdeling som modtager henvendelsen.

Kommunens fysioterapeuten kontakter borgeren, og borgeren kommer ind til træning og bliver vurderet, og i det her tilfælde vurderes borgeren at være egnet til virtual rehab, så her bliver borgeren informeret om det og giver samtykke. Fysioterapeuten udarbejder en individuel træningsplan for borgeren, både i rehab systemet og i kommunens system.

S04

I snakken med borgeren bliver borgeren oplært i hvilke øvelser, der skal laves, og hvordan man bruger systemet.

Så oprettes borgeren i systemet af fysioterapeuten – midlertidig aftale med hjælpemiddeldepot om at de kører ud og opsætter systemet. De er privat firma men igennem en kommunal aftale med dem på hjælpemiddelområdet. Bestilles via email af fysioterapeuten.

Når det er sat op hjemme hos borgeren, og der ligger en test inde i systemet, som automatisk popper op med de øvelser hun skal gøre. Så træner hun selv derhjemme.

Så kunne der være en fejlrapport, hvis der er nogle ting i systemet der skal rettes. Ellers hvis borgeren ikke træner rigtigt. Den fejlrapport (email) modtager fysioterapeuten fra systemet. Der er lagt nogle værdier ind, f.x. mellem 30 og 70, og så går der besked, hvis værdierne er udenfor så der kan rettes ind – er øvelserne for nemme eller for svære fx. Så går de ind i administrationssystemet, ser data vurderer hvorfor der kom en besked, er det fordi der ikke er trænet i 3 dage fx. og så reagere på det.

Borgeren får også en tilbagemelding på skærmen med, hvor godt øvelserne er gået, for hver øvelse.

Så der kan også være en rådgivning, hvor fysioterapeuten ringer til borgeren eller tager fat i vedkommende ved næstkommende holdtræning.

Og så træner borgeren videre. Support på det træningsfaglige og det tekniske, f.eks. hvad der skal være af plads og lysforhold. Her er det fysioterapeuten, som yder support. Fysioterapeuten tilretter fortløbende borgerens træningsforløb, så det passer til situationen.

Når forløbet er slut (standard 8 uger, men en vurderingssag i forhold til hvilket mål, der er sat), (Genoptræning bliver afregnet pr. forløb og ikke pr. time, så hvis forløbet kan forkortes, er der en gevinst ved det. ), sender fysioterapeuten en email til Sealand Care, som kører ud og henter udstyret.

Rengøring og lagerføring ligger hos fysioterapeuterne, firmaet henter blot udstyret.

## MED FSC

Hvis vi udfordrer forløbet med servicecenteret

Man kan starte med at kommunen kontakter FSC: vi kunne tænke os at lave noget virtuel genoptræning, hvad har I af erfaringer, hvilket udstyr skal vi købe, hvilke patienter virker det på osv. Videncenteret leverer en pakke, f.eks. vi har gode erfaringer fra Holbæk kommune eller hvad det nu er. Så udvikler 'man' den løsning i samarbejde med kommunen og får tegnet en kontrakt med virksomheden, der leverer løsningen. Og alle borgere med den og den diagnose modtager virtuel genoptræning, med mindre de afviger på én eller anden måde – men alle inkluderes op front, før den planlagte operation – og så oplæres man allerede før operation. Og der kan også laves en teknologiafklaring.

Hvem står for inklusion, kommunen ved jo ikke at borgeren skal opereres på dette tidspunkt? Det skal være en del af standardforløbet – alle borgere, der får ny hofte skal genoptræne – så virtuel rehab skal være del af den standard. (realistisk plan?)

Beslutningslaget skal med i processen – hvis en kommune f.eks. gerne vil lave virtuel rehab, hvordan sikres det så at hospitalet informerer dem om forestående operationer, der kan tage udgangspunkt i? Og hvordan sikrer man at folk gør brug af den viden, der findes, f.eks. om relaterede systemer?

Så man kunne lang tid før operationen have informeret borger og kommune... Og fundet ud af, hvilken myndighedskategori, der skulle tage den.

FSC kunne via inf&koord måske sende en liste til kommunen med de borgere, der skal opereres den næste måned, så kommunen kan tage en snak med dem om genoptræningen.

Virtuel rehab bruges som supplement til holdtræning. For nogle borgere gør det en forskel at kunne træne hjemme.

Røde og gule lapper sættes på... Især Systematic og Falck sætter mange lapper på... (og kommunen sætter nogle "Rasmus-modsat" sedler)

Inddeles i grupper, der kigger på delforløb. (Jeg antager at de indledende betragtninger bliver indfanget af grupperne.)

S05

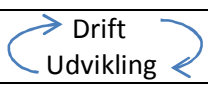
Igen: de indledende kommentarer bliver (forhåbentligt) løftet ind i gruppernes arbejde

Vi har skrevet den sundhedsfaglige kompetence ud af FSC i forhold til hvordan projektet artede sig i starten. Eksempel på at processen har snævret ind. Udfordrer vi sundhedssystemet, hvis centeret er helt auto-arbejde? Falck mener vi kan løfte barren, men de 4 ydelseskategorier er bl.a. vokset ud af diskussionen om ikke at opfinde den 4. sektor.

Gruppearb...

S06

### 1. Opstart af Virtuel Genoptræningsprojekt

Tiltag	Styrker	Svagheder
Drive og certificere best practice løsninger (skal/bør) – og kræver de rette ejerforhold i forhold til FSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Større end enkelt kommune</li> <li>- Principielt telemedicinsk indsats på blot 1 borger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SKAL forholde sig til andres løsninger.</li> <li>- Kommunalt selvstyre → for mange løsninger</li> </ul>
Udvikle løsninger baseret på nye behov (kan)		
Implementere og udrulle FSC (skal)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomi uafklaret (kommune, region, borger, virksomheder)</li> </ul>
Anbefale løsninger til indkøb (bør)		
SLA i forhold til aktører (skal)		
(instruere om genoptræning og kirurgi) (kan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borger hurtigere i genoptræning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yderligere aktør ved opstart</li> </ul>

### Kommentarer

- Skal kommunen købe udstyr eller fx lease/låne hos FSC?
- Hvem definerer best practice? Sundhedsfaglige/økonomiske ...?
- Kan man trække udvikling ud af kerneorganisationen. Fx en virksomhed i DK opretter udviklingsafdeling i Kina = dur ikke

- Indkøb? nogle ting skal på plads: Aftale – budget – fokus
- Drift og udvikling: koblingen skal ske i en ny enhed, da kriteriet ikke skal være at få nye dimser i drift (og dermed optimal indtjening for firmaerne), men at sikre de dimser, der skaber mest værdi for sundhedssektoren. Kunne det være en fondsstruktur, der ejer FSC?
- FSC skal ikke monopolisere løsninger, men skal kunne håndtere flere løsninger efter forventningsvurdering. Så kan man efterhånden vurdere, aligne og opbygge best practices.
- Hvem gør hvad for at det lykkes?
  - Fælles Servicecenter
  - Ledelse
  - Sundhedsfaglige
- Hvilke kommuner tilbyder telemedicinske tiltag? Region/kommune. Der findes i dag ikke noget i ydelesesbeskrivelsen - Kig på at få FSC med i sundhedsaftaler

Disse blev ikke omtalt:

- Indhente samtykke til datadeling
- 2 veje for TM indsats:
  - Udviklingsplatform
  - Plug and play
- Forholde sig til mange løsninger – nødvendigt i opfølgingsfase!
- Drive/certificere: afhænger af ejer struktur

F06->F07

## 2. Indlæggelse, behandling, udskrivning (operation)

Tiltag	Styrker	Svagheder
Klinisk/teknisk Forundersøgelse: Inklusion, ved opsamling af info fra borger: Teknik, motivation, ydre rammer, forvaltning, visitation til tilbud, samtykke. (skal) – (hvem skal? En kombination af klinikere og FSC, måske via spørgeskema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tid (starte genoptræning hurtigere).</li> <li>- Bedre indsigt i forhold til valg af genoptræning.</li> <li>- Bedre tid til forberedelse af teknisk opsætning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borger/patient kan ikke forholde sig til tilbud på hospitalet</li> <li>- Forpligter det i forhold til valg?</li> <li>- Ved frafald: Spild af tid i forhold til tiltag som ikke vil blive taget i brug efter operation.</li> </ul>
Kursus: Indsigt i træningsprogram. Hvordan i forhold til teknisk opsætning og brug. Information om andre borgers erfaring. (kan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borger er bedre klædt på.</li> <li>- Indsigt og genkendelighed.</li> <li>- Tryghed.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dårligere evner til at modtage læring og indsigt i træning (på grund af sygdomssituation)</li> </ul>
Alt klargøres i borgers hjem (udstyr) inden operationen. (skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spild af ressourcer, hvis tiltag ikke anvendes efter operationen.</li> </ul>
Efter operation men inden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genkendelighed.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udskrivning samme dag</li> </ul>

udskrivning, skal der foregå træning på hospitalet med samme træningsprogram (bør)	- Vurdering af brug af løsning.	(tid)
Ordination af løsningen til Fælles Servicecenter med det samme (skal)	- Hurtigere i gang med opsætning	- Udstyr skal hentes tilbage

### **Kommentarer**

- Post-operations vurdering af om borgeren kan gennemføre træningen kan vel ikke være en FSC-vurdering... Det skal sygehuset (eller kommunen?) gøre.
- Stor kompleksitet, da der er mange handlinger inden operation. Risiko for spildt arbejde, hvis folk ikke skal med. Men i Silkeborg gør man aktivt brug af fx visualisere operationen. Man kan skrive nogle af spørgsmålene ind i det spørgeskema, man udfylder ved indlæggelse, så det er en automatisk del af arbejdsgangen.
- Projektledelse. Hvad siger projektet til at blive gået i bedene? Det skal mere være en drift-situation end et projekt...
- Indsats i forhold til forebyggelse ved udskudt operation. Ny service/indsats – Fælles Servicecenters rolle.
- Borgerens mulighed i forhold til at sige ja/nej – og så hvis de først har sagt ja, og efter operation bagefter mener nej? Fra start kan der ligge en model for segmentering, så man rammer flest muligt rigtigt. (best practice)
- Businesscase, hvordan arbejder vi med den? Hvad er parametrene, og hvad skal borgertilfredsheden veje?
  - Regionalt
  - Kommunalt
  - Virksomhed
  - Samfundsøkonomisk

Disse blev ikke omtalt:

- Skal det være FSC, som står for afprøvning postoperativt? Eller nogle aftaler som lægges ind i forløbsprogrammet?
- Hvad med startøvelser inden operationen?
- Data omhandlende vurdering af fx fysiske rammer og telerehabilitering kan indgå i det digitale indkaldelsesbrev. Spørgsmål kan skrives ind her.
- Videnopsamlingsstruktur bagved 'automatisk'-intelligent – hvordan? (A,B,C gruppe karakteristika)

### **3. Inklusion, genoptræningsplan, møde med borger**

<b>Tiltag</b>	<b>Styrker</b>	<b>Svagheder</b>
Indhente samtykke (bør/skal)	- Alt data samlet 1 sted	- Oplysning/samtykke

	<p>på tværs af sektorer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sundhedsprofessionelle skal ikke bruge tid på det.</li> </ul>	<p>skal ind i EOJ, EPJ, praksisjournal. Eller de skal kunne se, at borgeren har givet samtykke til FSC</p>
<p>Vurdering/revurdering: (dvs. revurdere på baggrund af den vurdering, der bliver lavet før operationen) Standardskema/spørgeskema/tjekliste godkendt af sundhedsfaglige i alle sektorer til screening af borgerens egnethed til at bruge telemedicin → kan laves inden operationen (vurdering af deres parathed/kunnen). Herunder hvad har borgeren af teknologi i forvejen (have 3 standard personas som borgerne vurderes i forhold til kategori/personas a,b,c) OBS: Sundhedsfaglig person. (bør)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spare tid i forhold til opstart af borger, så borger kommer hurtigere i gang.</li> <li>- Fælles sprog blandt sundhedsfaglige → borger oplever et sammenhængende sundhedsvæsen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisering kan føre til, at der er borgere, der bliver tabt/falder mellem to stole.</li> <li>- Standardvare i stedet for udgangspunkt i den enkelte borger</li> </ul>
<p>Der laves palette af genoptræningsplaner, som er fordelt efter vurdering A,B,C. Dertil er der tillægsspørgsmål, som kan hjælpe fysioterapeut til at vælge den endelige træningsplan. (kan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oplister forskellige muligheder for fysioterapeuter, der skal lave genoptræningsplanen.</li> <li>- Fys. Ved hvilke andre kompetencer/ressourcer, der er tilgængelige i sundhedssektoren. (fx er kommunen måske billigere end hospitalet)</li> </ul>	

#### **Kommentarer**

- Kan de selvhjulpne borgere ikke selv bidrage til, hvilken standardpakke man skal have? (delte meninger)
- Vigtigt, der er fokus på et fælles sprog som borgeren forstår
- Samtykke bør indhentes ved opstart (a la organdonation), men kan ændres under vejs. Samtykke til datadeling på denne måde – ikke telemedicin eller operationen. Forskellige samtykker på forskellige tidspunkter i forløbet.
- ABC-vurderingerne skal udvikles af kommuner og regioner
- Kan revurdering tage udgangspunkt i borgerens brug af telemedicinsk genoptræning?

#### **4. Oplæring → evaluering**

<b>Tiltag</b>	<b>Styrker</b>	<b>Svagheder</b>
Sundhedsfaglige (fysioterapeuter) som en del af FSC (bør)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rutine opgaver kan outsources til generalistfysioterapeuter (Der er allerede et filter indbygget i systemet, kun de alvorlige fejl fremkommer).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklar ansvarsfordeling mellem FSC fysioterapeut og offentlig terapeut.</li> </ul>
Oprettelse i TM løsning (flyttes til præoperativt) (skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De tekniske og praktiske ting afklares tidligt, så patienten er klar til genoptræning med det samme efter udskrivelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Man kommer til at oprette patienter/borgere, som ikke skal bruges alligevel.</li> <li>- Man kan komme til at forvirre nogle borgere, som alligevel ikke skal have TM</li> </ul>
Standardproces, som per definition inkluderer alle til TM (kliniske retningslinjer, forløbsprogram): Der bør skabes evidens.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere borgere vil blive inkluderet end nu.</li> <li>- Styrken i standarder → borger tilbydes det bedste forløb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvem har ansvaret for genoptræningen? (I dag kommunen)</li> <li>- Det kliniske blik kan ofte se mere end standardkriterier umiddelbart kan afsløre på forhånd</li> <li>- Hvem fremover → entydighed tabes.</li> </ul>
Ændret ansvarsfordeling skal undersøges (bør)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giver borger et mere glidende forløb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi piller ved sundhedsaftalerne...</li> <li>- Borger kan blive forvirret → hvem skal borger henvende sig til?</li> </ul>
Standardproces (forløbsprogram). (skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mere gennemsigtighed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle hensyn nedtones.</li> </ul>

#### **Kommentarer**

- Tilgang til sundhedsfaglig ekspertise via virtuelt netværk → IKKE fremmøde i FSC!
- Skal FSC også løse nogle af de problemer borgeren ønsker at få hjælp til? (Testen må ikke kun tage udgangspunkt i hvilke forløb, 'vi' gerne vil have)

## **5. Afslutning + fortsætte træning**



Ikke evalueringsdelen, om hvorvidt borgeren er færdig, det må være en vurdering fra den kommunale fysioterapeut...

Tiltag	Styrker	Svagheder	Aktør
Indgå aftale om afhentning af genoptræningsudstyr fx via webbooking (skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dato der passer borger og FSC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis arbejdet foregår ved siden af afslutning af genoptræning, bliver der nødt til at være flere opkald til borger</li> </ul>	Behandlings-fysioterapeut + borger (når forløbet alligevel skal afsluttes, kan fys. på vegne af FSC hjælpe borgeren med dette)
Aftale om opfølgende opkald, fx efter et halvt år (bør)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forebyggelse</li> </ul>		Fys. på vegne af FSC.
Indgå aftale om mulighed for fortsat virtuel genoptræning i FSC regi. Mulighed for at starte dette forbyggende op før evt. operation. (bør)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forebyggelse/vedligeholdelse</li> </ul>		Fys. på vegne af FSC evt. i samarbejde med privat fysioterapeut/træner
Leje af udstyr ved FSC (hvis ovenstående: skal)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udstyr for dyrt</li> </ul>	FSC
Afhente, bringe, rengøre, lagerføre (skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omkostnings-effektivt, hvis der er koordinering med aktører, der allerede kommer i hjemmet eller er i nærheden af hjemmet, eller hvis borger selv kan aflevere udstyret på en pakkecentral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ikke omkostnings-effektivt, hvis der skal ekstra biler ud at køre, for at hente udstyr hjem.</li> <li>- Styringen af koordineringen kan blive omkostningstung.</li> </ul>	FSC koordinerer, ellers kommune, private virksomheder eller borgeren selv.
Kontakt til ligesindede/ community (kan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borger kan opnå kontakt til ligesindede</li> <li>- Patient empowerment</li> <li>- Konkurrence mellem borgere (bedre træning)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dårlige råd spredes ligeså hurtigt som gode råd.</li> </ul>	FSC
Opfølgende opkald til borgeren (hvis ovenstående: skal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forebyggelse</li> <li>- Hvis forværring kan det opdages</li> </ul>		FSC

	her		
--	-----	--	--

### ***Kommentarer***

- Hvordan undgår man 'lighed i sundhed' diskussionen ved tilbud, der skal finansieres ved egenbetaling fra borger, fx ved leje af udstyr. Eller f.eks. på et motionscenter.

Værdiskabning:

S08-S09:

**Hvor vil Fælles Servicecenter være mest værdiskabende i forhold til virtuel genoptræning:**

### ***Forebyggelse/opstart***

- Forebyggelse/efter forløb
- Forebyggelse inden, der er behov for operation. Måske der ikke bliver behov for operation, hvis forebyggelsen bliver bedre/sker tidligere?
- Screening af borgere
- Ved inkludering af borger tidligere, så de kan komme hurtigere i gang med genoptræningen
- Bedre/mere effektive/kortere forløb ved hurtigere opstart

### ***Ikke-kliniske opgaver***

- Praktiske opgaver, logistik, support
- Ikke kliniske opgaver placeres hos ikke-sundhedsfaglige
- Opsætning af udstyr + koordination
- Oplæring: Billigere forløb

### ***Udvikling og viden***

- Viden og best practice et sted
- Koordineret/sammentænkt udvikling og serviceproduktion på tværs af sektorer
- Opstart af telemedicinsk forløb: Anskaffelse af bedste løsninger – klinisk og TCO

### ***Patient empowerment***

- Patient empowerment via adgang til selvbetjening
- Uddannelse af borger/patient så vedkommende kan/vil mere

### ***Koordinering og måling***

- Gennemtænkning af hele forløb med fokus på
  - Større effekt af indsats
  - Bedre livskvalitet
- Måleparametre:
  - Kroner
  - Tid

### ***Borgeren***

- Mere sammenhæng for borgeren
- Mindre transport for borgeren
- Rette hjælp til rette tid
- Bedre genoptræning af borgeren
  - Funktionsniveau
  - Oplevet livskvalitet
- Hos borger: som support
- Afslutning: Hurtigere frisk

#### **Andet**

- Tilbudsoversigt – dialog mellem borger og sundhedsfaglige
- Udviske gråzone
- Opstart af telemedicinsk forløb: Præhospitalet
- Afslutning: Genbrug

#### **Nye sekvenser på rehab-scenariet**

Postkort rykkes frem... S09 – svært at høre pga. snakken i munden....

Opsummering: S011:

Vi har fjernet nogle ting senere i forløbet, som er flyttet frem, så det hurtigere kan afklares hvem der har brug for det, og så borgeren kan vende sig til tingene før genoptræningsstart – de første dage er vigtigste, så det kan betyde hurtigere tilbage på arbejde.

Så har vi overvejet at nedlægge myndighedsafdelingen, men det blev de ikke, de blev dog rykket frem.

Til sidst, når man afslutter fra offentlig side kan man fortsætte i centeret, det er noget man køber selv.

Den frivillige træning er også rykket op foran, f.eks. kan de praktiserende læger foreslå træning selv – nogen gange kan man helt undgå en operation, hvis man træner, det kan f.eks. give færre smerter.

Kan man lade FSC tjene ved "win-back", hvis borgeren bliver bedre forebygget?

S012:

Horsens på forkant.

Udgangspunkt i diabetes patient, konstateret enten type1 og 2 (for hospitalet: komplekse diabetespatienter). Dette er inklusionstidspunktet.

Før det har vi oplært den sundhedsfaglige i at bruge udstyret, der er indkøbt udstyr. Falck står for at stille udstyret op. Next Step Citizen har udstyret, men det er Falck der har kontakten til borgeren. Vi har vidensopsamling. Vi har en ledelsesbeslutning (tværsektoriel) om at bruge det til brogere med kronisk

forløb – diabetes, KOL, den ældre medicinske patient, hjerteinsufficiens. Vidensmedarbejdere i forhold til at sikre forløbet på tværs – betales af hele organisationen og er fx personer i styregruppen. Nu har praksislægen med, selvom vi mangler §2-aftale, men i hvert fald lægen på hospitalet og sygeplejersken på hospitalet (ambulatorium), samt hjemmesygeplejersken (vi a et uddannelsesforløb for borgere på sundhedscenter) som vurderer inklusion af en borger ud fra inklusionskriterierne. De snakker med borgeren om det og indhenter informeret samtykke.

Det er Falck som håndterer samtykkerne, så de ikke ligger rundt omkring. Der bliver sendt besked til alle om at borgeren er inkluderet. Lidt fremtidsmæssigt, så kunne det være at kommunen reagerer på at hospitalet inkluderer en borger, og siger at der skal kobles nogle flere ting på. Lige nu er det blot video og målinger, men på sigt skal der flere ting på, f.eks. registrere tilstand, medicin, kalender, dagbog. Borgeren kan kalde op selv, på sigt måske også pårørende.

De inkluderede borgere randomiseres, da det er et forskningsprojekt med en kontrolgruppe, der følger almindelig procedure.

Call centeret (Falck) for besked på at (interventionsgruppe-)borgeren skal oprettes i systemet. De sikrer at alt er på plads med samtykke og anden information. Derefter tages en teknologi-afklaring – A,B og C kategorier for hvor godt kørende borgeren er mht. selvhjulpethed og teknologi (fx eget internetopkobling), vurderingen kan justeres når man har haft et besøg ude ved borgeren og kan se mere præcist. Opsætning tager længere eller kortere tid alt efter hvilken kategori, borgeren er i. Hvis borgeren f.eks. har eget internet tager det 2 dage, men længere hvis der skal sættes internet op.

Aftale med borgeren og giver” besked om at de sundhedsfaglige skal tage ud til borgeren”. ??? hvornår gør den sundhedsfaglige det???

Falck tager ud og sætter op og oplærer borgeren. De har ansvar for alt logistikken. De ved hvilket udstyr der skal sættes op for en diabetes-patient. Klarmelding via email – senere via systemet. Så ved de sundhedsprofessionelle at alt er klar (de bliver informeret løbende).’

Så er vi klar og det er med borgeren i centrum, at de kan lave videoopkald og målinger (blodsukker, blodtryk og vægt), og de har aftalt med de sundhedsfaglige, hvor tit de skal ringe op. Der er indsat grænseværdier for den enkelte borger, også hvor mange gange den må slå ud, før der gives en advarsel.

De kører så i et forløb, lidt forskelligt men ca. mellem 3 og 6 måneder, og med en aftale om hvor tit de skal mødes virtuelt med den sundhedsfaglige. Hvis der er noget der ikke virker, skal borgeren eller de sundhedsfaglige tage kontakt til centeret, og så tager de over i forhold til at sikre at måleudstyret virker igen og klarmelder igen.

Der logges på, hvor tit der tages kontakt, også om der tages kontakt på tværs mellem sundhedsprofessionelle. Der opsamles fejlrapporter, så der kan følges op overfor leverandøren. Effektmåling med hvor tit er de på, hvor mange målinger laver borgeren – antagelsen er at jo mere de bruger det, jo mere virker det. (og hvis det aldrig bliver brugt, skal det ikke blive stående).

Så når borgeren er afsluttet – det laves der en aftale om, så tager Falck ud og henter udstyret og står for at rengøre det og lagerført. Afslutningskriteriet er at de har fået en bedre egenmestring. Lige nu er det de

sundhedsfagliges vurdering, men hospitalet kører et fast forløb, men der er forskellige i borgernes behov. De kan ikke få et år, hvad kan man nå inden for 3-6 måneder for en given borger? Der sættes nogle mål op.

Det vides ikke, om det på sigt er noget, som folk skal have lov til at beholde. Business casen beror på færre indlæggelser, færre udkørende besøg, hurtigere overgange mellem hospital og praksislæge m.m.

På sigt er det en generisk platform, hvor man skal kunne koble alle mulige på, men lige nu er det et forskningsprojekt, hvorfor der er valgt 4 diagnosegrupper.

Det kan også tænkes at der sker ændringer i hvilket udstyr de har undervejs, hvis der f.eks. puttes flere aktiviteter på. Så laver man et loop tilbage.

Storyboardet forsøger at tage udgangspunkt i en drift-situation, selvom projektet pt. er et forskningsprojekt.

S013

Røde post-its på snart sagt alle postkort... Der arbejdes med faserne.

S014

Opstart - ens for alle TM projekter			
Tiltag	Bør/Skal /kan	Styrker	Svagheder
<b>Indkøb: "Åben bog" - leverandører og indkøbere har helt åbne regnskaber</b>	Bør	- Tæt samarbejde, derved opnås gode aftaler	- Svært for nye spillere at komme ind
<b>Screening af hvor og til hvad telemedicin kan bruges og hvilken BC, der kan forventes</b>	Skal	- Identisk metode til at vurdere på	- Hvordan får vi tænkt nyt? - det fryser for tidligt
<b>Én indgang for industrien til at anvende platformen til test + evidens</b>	Bør	- Let at teste nyt og påvise besparelser/ effekt / evidens	- Monopolisme - Pas på at standarderne ikke bliver forældet
<b>Opstille vision/mission</b>	Skal	- Alle ved hvad man vil - Udfordrer det eksisterende	- Den kan stå i vejen for, at vi kommer i gang
<b>Forankring</b>		- Hvis man ikke går efter det, når man det ikke	
<b>Sælge viden</b>			- Nogle er bange for at

<b>En vidensbank i værdiskabende innovation</b>  <b>(Exit-option indbygget fra start)</b>  <b>Det organisatoriske set-up skal overvejes – spilleregler</b>	- Eksport	sælge data
	- Meget værdifuldt	- Forretningsmodellen
	- Viden skal ejes mellem det offentlige og det private	- Hvad hvis virksomheden opbygger viden, men hvis virksomheden ændrer strategi? Roadmap.

### Kommentar til opstart:

- Hvad med de 1000 blomster? (der skal stadig være plads til at projekter vokser/skabes lokalt fx på hospitalerne eller i kommunen)
- 2 projektmodeller (den ene er en driftsmodel) – et udviklingsspor og et plug-and-play spor
- Minus MAST vurdering
- Skal IPR ligge i centeret? Hvem skal eje FSC?

Inklusion			
Tiltag	Bør/Skal/kan	Styrker	Svagheder
Markedsføre telemedicinske forløb	Bør	- Lette brugen af telemedicin	- Omkostnings- tungt for FSC
BYOD (Bring your own device) – afklaring af rammer	Skal	- Bredere inklusion -	(ikke nødvendigvis efterspørgsel efter ydelserne)
Administration af registrering	Skal	tilgængelighed	- Komplex koordinering
Samling af ydelseskatalog	Bør/Skal	- Entydig opgavefordeling	- ” For mange kokke”
Opsætning af løsning (lade det indgå i inklusionskriteriet, hvis den ikke bliver brugt, så hentes den igen...)	Bør	- Mere målrettet brug af telemedicin	
Koordinere i forhold til forløb – multisyge	Kan		
(Note: COMMUNITY)			

### Kommentar til inklusion:

- Hvor tit skal der måles

- Hvad skal der måles/ rapporteres
- Hvor tit skal man have svar/ respons fra hospital/ kommune/ praktiserende læge

Forberedelse				
Hvem	Tiltag	Bør/Sk al/kan	Styrker	Svagheder
<b>Call-center</b> + <b>Sygeplejerske</b> + <b>Borger</b>	Systematisk borgerafklaring - Borgerens telemedicinske parathed - Adgang til internet + tekniske devices i borgerens hjem - De sundhedsprofessionelles vurdering af borgerens telemedicinske behov	Skal	Den telemedicinske løsning tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov.	- Ikke standartpakker - Borgeren kan opleve forskellige typer af løsninger → forvirret?
<b>Call-center</b>	Ved indlagte borgerere opsættes udstyret i borgerens hjem, så det er klart når borgeren kommer hjem (i hvert fald skal internetforbindelsen være klar)	Skal	Hurtigt i gang	Den rette placering af udstyr i borgerens hjem? (pårørende kan evt. låse op)
<b>Sygeplejerske</b>	Oplæring af (/præsentation for) borgeren i udstyret inden borgeren udskrives (evt. opstart af hjemmesygeplejerske via. telemedicin).  Afklaring af forløbet, hvor tit skal der måles fx	Skal	- Styrker tværsektorielt samarbejde - Mere læring til borgerne (+ sundhedsfaglige)	Rengøring af udstyret?
	Sociale medier – grupper af borgere	Kan	Snak med nogen som "mig"	Forkerte løsninger

med samme (telemedicinske) løsning + frivillige	(Note: rart for borgeren at snakke med nogen i samme situation)	spredes lige så hurtigt, som gode løsninger
--	--	---

Kommentarer til forberedelse:

- Er Community en femte ydelseskategori for FSC? (ja...)
- Ligeså med gråzone-kliniske beslutninger/vurderinger
- En kiosk-tankegang, hvor det er borgeren der skal vælge, hvad der er relevant. FSC dikterer ikke indhold i kiosken men kan – via selvbejteningsdelen - formidle relevante ydelser fra andre aktører og fra klinikerne.
- FSC skal tage noget arbejde fra andre, det skal ikke være en serviceudvidelse samlet set.

Telemedicin (+ tekniske problemer)			
Tiltag	Bør/Skal/ kan	Styrker	Svagheder
<b>First line support 24/7 (Teknisk)</b>	Skal	- Optimeret forløb/kommunikation for borgeren (overskueligt)	- Sikre rette kompetencer for supportmedarbejder
<b>Kontaktliste ifm. kliniske spørgsmål, således supportcenteret kan sikre besvarelse.</b>	Skal	- Opleve fælles forløb - "mindske" forstyrrelser for sundhedsfaglige. - Tryghed for borgeren	
<b>Triagering af målinger. Grænseværdier bestemmer hvem der skal tage action (regler for antal overskrivelser)</b>	Kan	- Spare tid for de sundhedsfaglige  - Kan FSC tage action selv? Ansvar?	- Vil borgere opleve mange kontaktpersoner? - Hvordan sikres korrekte grænseværdier ved ændring af borgerens tilstand -ansvar?
<b>Behandling af data – opsamlet ved brug af telemedicin. Indrapportering til ledelsen</b>	Bør	- Big data/ viden om telemedicin - Beslutningsgrundlag	Tidskrævende
<b>"Kig besøg" fra servicecenter f.eks. 1</b>	Kan	- Forebyggende - Spare	- ok, med virtuelt besøg? - forskellige personer



<b>gang om ugen. Dialog og opfølgning ved borger.</b>		hjemmeplejetid	skaber utryghed (sikre plan herfor).
<b>(Kommentar fra gruppen: dette kunne måske også glæde for opfølgende hjemmebesøg)</b>			
<b>"Stuegang" – morgenmøde på tværs af sektorer, som koordineres af fælles servicecenter</b>	Kan	- Sikre kommunikation - Blødere overgange	
<b>Borgere/ pårørende adgang til sundhedshotspot - Kan kontakte FSC ved almene spørgsmål, som ikke besvares af info.</b>	Kan	- Forebyggende - Vidensdeling	FSC ansvar...

#### Kommentar til telemedicin:

- Skal alle have 24/7? – Forskellige grupper har forskellige behov. Evt. åbningstid uden for folks arbejdstid.
- Sundhedsfaglig rådgivning
  - Hvis ikke:
    - utryg
    - akut
- Standard-svar, kan evt. håndteres af HK'er, som det ses ved praksislægen med egen telemedicinsk praksis?

S015

Afslutning ?				
Hvem	Tiltag	Bør/Sk al/kan	Styrker	Svagheder
<b>Sundhedsfaglig</b>	Ikke – afslutning: borgeren får lov at køre videre selv evt. egenbetaling. Man afslutter klinikernes	Kan	- Tryghed borgeren - Forebyggelse - <b>Kontinuitet, hvis borgeren får tilbagefald</b>	- Økonomien er uafklaret - Gråzone-ansvar

	pligt til at kigge på data, men borgeren får lov at køre videre selv.			
<b>FSC</b>	Ansvar på "sikkerhedsnet" – niveau	Kan		- Gråzone for klinisk ansvar
	Personlig agent? - på flere niveauer: <b>Personlig</b> /Call-center		- Forebygge	
	Teknisksupport?			- Risiko for falsk negativ
<b>FSC/ computer</b>	Forebygge tilbagefald via automatisk data – analyse / big-data	Kan		
<b>FSC</b>	Opsamle eksempelvis KPI	Bør	Opbygge viden om f.eks. besparelse	
<b>FSC</b>	Rengøring, lagerstyring, etc.	Skal	Aflaste sundhedsfaglige på tværs af sektorerne	Ekstra ture til borgeren, hvis eksempelvis en hjemmesygeplejerske alligevel køre ud til borgeren

### Kommentar til Afslutning:

- Det skal være en strategisk beslutning, at man vil arbejde med BigData

S015:04:34

Der ændres på sekvensen... / pause

S016

Identificering af hvad det er for et hjem, man behøver ikke spørge om det samme 5 gange, det kunne være det var dokumenteret et sted. Skal kommunen evt. kunne se borgerens plan-tegning af hjemmet? (for meget overvågning...)

Der laves en cirkulær model, hvordan sikrer man at der både kan laves revurdering og at man ikke skal spørge om det samme igen og igen?

Processen tegnes rundt – en detour ved tekniske problemer, en tilkørselsrampe og en exit efter en evaluering.

Centergravitationen udgøres af borgerens motivation. Den første cykel er dyr, men derefter kan man bygge oven på – det gør det mere effektivt.

Cash-flow – hvad hvis nogle dele er egenbetaling og andre er offentlig ydelse?

Telemedicin som sundhedsfaglig behandling er en offentlig ydelse. Når behandlingen ikke er indikeret mere, er det ikke længere på offentlig regning, men hvis der er nogle ting i den ydelse som har hjulpet dig, og som du gerne vil fortsætte med, så kan man købe det selv. Og når man så bliver syg igen, og der igen er sundhedsfaglig indikation, så betaler man ikke i den periode..

Hvordan med data – skal den lægges på sundhed.dk?

S016:16:30

hvilke værdier skal FSC bygge på?

Ikke mange kommentarer og "silent structuring"...

S017

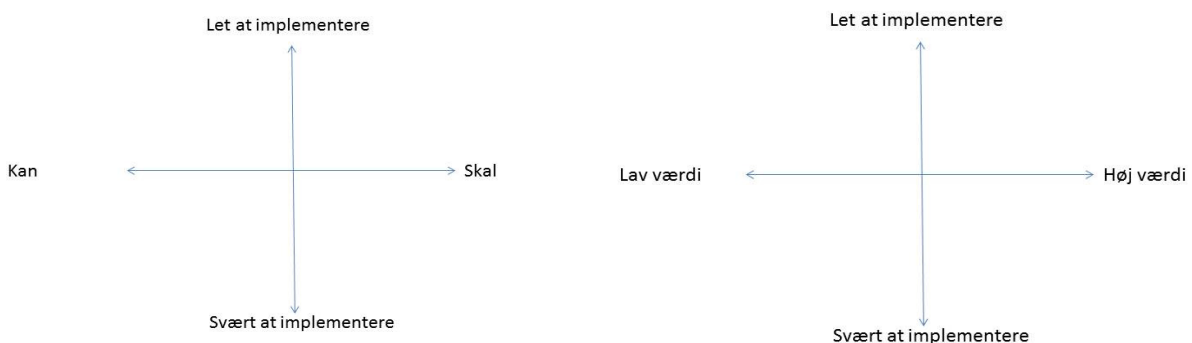
Gruppering af post-its.. **HAR VI NOTE PÅ VÆRDI-postits?**

Tanker om vejen videre. (S017:01:41)

1	Udarbejde et storyboard mere på sår
2	Definere en vision – hvad vil man med FS?
3	Gå ned i scenarierne i forhold til operationalisering - Økonomisk perspektiv – hvad koster det? Hvad er billigt og har stor værdi Hvad er dyrt og har lille effekt Etc.
4	Hvordan skal projektet sælges ind / forankres - Hvordan overbeviser vi, hvilke argumenter - Workshop – få ejerskab over det materiale vi har
5	Konkretisere besparelses potentiale
6	Kritiske værdier / masse - Hvad er vigtigst at få med - sundhedsaftalerne
7	Undersøg mere om projekt EPITALET -Lyngby-Tårnbæk, TCN. Det er de samme tanker, der går igen.
8	Hvem skal eje FS?
9	Hvem skal FS skabe værdi for? Formål, business case
10	Plan for det videre forløb
11	Konkretisering af konceptet og den værdi det skal skabe
12	Formulér hel konkrete services for at kunne prissætte det

	- Forventninger og krav for alle 4 ydelseskategorier
13	Ansætte en udviklingskonsulent.. komme i gang
14	Start med 3-4 cases og prøv af med prototyper, samtidigt med at der laves en BC
15	Skabe et match mellem interessenterne og opgaverne, ædruelig BC på generelt niveau (de færreste TM projekter har data om tidsforbrug...) - Skab en bæredygtig fremtidig ejerform
16	Borgerne – hvad vil de? - Skab et fremtidsbillede, være skarpere på den drivkraft, som ligger hos borgeren
17	Skab dokumentation for storyboard dagen - Måle værdien for borgerperspektivet, funktionsorienteret
18	Afdække de udfordringer, der skal håndteres - Hvad er der af allerede indgåede kontrakter - Forskelle mellem skjern og aarhus etc. - Hvilke barrierer er der?
indsat	Kommunikation, som overbeviser om at vi skal have penge til at fortsætte?  Business case: Hvilke parametre skal indgå i den?  Organisatorisk forankring, scenarier og forslag på det.  Virkelighedstro test i 2014
19	Simplificering af konceptet  Undgå at skære visionerne fra – vi skal finde en model, hvor vi kan gå videre med de ting der ligger til højrebnet samtidigt med at vi arbejder med en større vision.
20	Supplere storyboard med prototyper
Indsat	Det skal udkrystalliseres, hvad FSC egentligt skal gøre. Ambitionen er meget høj (urealistisk høj? Man kan dårligt nok håndtere multisygdom i sundhedsvæsenet, hvordan skal FSC gøre det?)  Ok at løfte barren
Indsat	Dele de forskellige indsatser ud på de 4 ydelseskategorier, og så gradere dem efter om de er fase 1 eller 3. Hvad kan vi gå i gang med at konkretisere?  Hvis der skal kød på nogle af de konkrete opgaver, hvordan kan vi så involvere folk i det (inden udbud i 2068... ☺)
Indsat	Borgerperspektivet – spørge raske personer – det kan være at deres ønsker kan være drivende for de økonomiske snakke, hvad gør at man vil betale 19 kr om måneden?

	Brugerundersøgelse i forbindelse med Region Sjællands portal.
Indsat	Aarhus' egen call center til at understøtte nogle projekter, med nogle sundhedsstuderende har regnet på BC, de mener at der er tilbagebetaling under 2 år, hvis der kommer 25 patienter på. Så: en BC kan godt laves på foreløbigt grundlag  Det er behandlingens effekt, der udgør den største værdi, men vi kommer tit til at retfærdiggøre vores BC i de processer og omkostninger vi har i dag – og så bliver den næsten altid for lille.  Og det er få pilotprojekter, der kan fremvise klinisk effekt
21 – ikke forklaret på videoen	Kvalifikationsniveauet hos medarbejdere i FS - Niveau dele fx 1, 2 og 3
22 – ikke forklaret på videoen	Spørg samarbejdspartnere, om de kan se en forretningsmodel - Hvordan kan vi konkretisere og komme tættere på hinanden
23 – ikke forklaret på videoen	Husk det forebyggende perspektiv i FS - Spørg forskellige grupper: kronikere, raske, andre etc.. - Helbredsprofilen har lavet et stort arbejde
24	Simulation af FS – man skal kunne se, hvordan ting spilles ind i FSC. Projekterne er endnu ikke blevet presset op i skala. Så længe ildsjælene klarer ærterne er der måske ikke udtalt behov for FSC.



Evaluering af dagen: Det har både været innovativt og konkret. Story boards har været godt værktøj for at diskutere på begge niveauer.

S018

Metodikken kan bruges fremadrettet. Tak for i dag.