

Personlig Agent

- en hjælpende hånd



Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Baggrund	3
2.1 Projektbeskrivelsen	3
2.2 Personlig Agents opgaver	4
2.3 Afgrænsning.....	5
3. Metode	6
4. Opsamling på observationer.....	6
4.1 Behov for tryghed.....	7
4.2 Behov for overblik i komplekse forløb.....	7
4.3 Behov for ressourcer	8
4.4 Behov for motivation.....	8
4.5 Fællestræk ved borgerne.....	8
5. Analyse af observationer	8
5.1 Multisygdom	9
5.2 Behovet for tryghed og behovet for overblik	9
5.3 Behovet for ressourcer og behovet for motivation	10
5.4 De to niveauer af Personlig Agent	10
6. Kompetenceprofil.....	11
7. Relation til andre funktioner	13
7.1 Visitationskriterier	14
7.2 Sammenhæng mellem Personlig Agents niveauer og eksisterende funktioner	15
8. Konklusion	16
9. Litteraturliste	18

Personlig Agent

1. Indledning

Fælles Servicecenter for Telesundhed (herefter Fælles Servicecenter) er en støtteenhed til telesundhed, som arbejder på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis. Fælles Servicecenter skal bl.a. understøtte borgere, når de anvender telesundhed. Et mål for Fælles Servicecenter er derfor at gøre det enkelt og trygt for borgerne og de sundhedsfaglige at anvende telesundhed.

Denne rapport omhandler én af Fælles Servicecenters servicekategorier, *Personlig Agent*, og Personlig Agents formål er at bidrage til at skabe tryghed og støtte i forhold til en borgers telesundhedsforløb og sygdomsforløb på afstand af sundhedsvæsenet. Rapporten giver en opsamling på de aktiviteter, der har været i gang for at undersøge, hvordan Personlig Agent kan imødekomme og understøtte borgerens behov. Personlig Agent er derfor undersøgt i relation til borgere, der modtager et telesundhedstilbud. For at undersøge det sundhedsfaglige perspektiv er Personlig Agent ligeledes undersøgt i relation til de øvrige forebyggende, sundhedsfremmende, støttende og koordinerende tiltag i kommuner og region, som en borger kan være tilknyttet.

2. Baggrund

I det følgende beskrives baggrunden for arbejdet med Personlig Agent, herunder konceptet for Personlig Agent, som er beskrevet i Fælles Servicecenters projektbeskrivelse, samt overvejelser om Personlig Agent på den baggrund. Afsnittet leder frem til en afgrænsning.

2.1 Projektbeskrivelsen

Ifølge Fælles Servicecenters projektbeskrivelse drejer Personlig Agent sig i udgangspunktet om, at en Personlig Agent kan tilbydes borgere, der ikke selv er i stand til eller har pårørende, som kan være behjælpelige med at anvende Selvbetjeningen. Personlig Agent er således tæt knyttet til brugen af Selvbetjeningen (Projektbeskrivelsen, 2015).

I projektbeskrivelsen beskrives Personlig Agent endvidere som en person, der bistår borgeren i en tidsbegrænset periode og i et komplekst forløb, hvor anvendelsen af telesundhed er vigtig og betydningsfuld for borgerens forløb. Personlig Agent beskrives på denne vis som en person, der er med til at muliggøre, at en borger kan få tilbudt telesundhed, hvis dette i et samarbejde mellem borger og ordinerende lægefaglig person vurderes at være til gavn for borgeren (ibid.).

Endelig beskrives Personlig Agent som en person, der kan have sundhedsfaglige kompetencer. Den Personlige Agent skal have adgang til relevante borgerdata, som betyder, at Personlig Agent kan hjælpe borgeren med at koordinere sit forløb, flytte aftaler og støtte borgeren i forbindelse med f.eks. genoptræning (ibid.).

Med afsæt i ovenstående hænger Personlig Agent sammen med Selvbetjeningen i forhold til, at det bliver lettere for borgeren at få pleje og behandling på afstand. Dem, der kan selv, vil kunne benytte en selvbetjeningsløsning eller -service, mens dem, som har brug for hjælp, får tildelt en Personlig Agent. Personlig Agent illustrerer således en samling af ydelser, som ikke har været nødvendige tidligere, i og med at borgeren med traditionelle ydelser har været tæt på sundhedsvæsenet.



Selvbetjeningen er en løsning eller en service, som samler viden fra telesundhedsløsninger om hhv. aftaler om ambulante kontroller og tidspunkter for målinger, og den giver en oversigt over kontaktpersoner samt informationer om kontakt til Teknisk Support. Udviklingen af Selvbetjeningen afventer blandt andet nationale services og tiltag, f.eks. i forhold til afklaringsprojektet *Digital understøttelse af komplekse, tværgående patientforløb*, som bl.a. arbejder med udviklingen af en kalender, der går på tværs af sektorer og kan ses af både borger, pårørende og de tilknyttede sundhedsfaglige. Afprøvningen af Personlig Agent har derfor været baseret på prøvehandlinger, desk research, dialog med interessenter, således at konceptet blev mere afklaret.

Der blev afholdt to workshops i efteråret 2015, som har inddraget borgerne og bidraget med input til, hvad borgerne har behov for. Baggrunden for workshops'ene har været at afdække selvbetjeningsbehov. De borgere, der med afsæt i en sundhedsfaglig vurdering har gavn af telesundhed og kan klare sig selv, vil i fremtiden kunne benytte en Selvbetjening til bl.a. at få overblik over sit forløb. De borgere, der med afsæt i en sundhedsfaglig vurdering har gavn af telesundhed, men ikke kan klare telesundhed på egen hånd, vil kunne tilbydes en Personlig Agent. På grund af den tætte konneks mellem Selvbetjening og Personlig Agent kan de input, der kom frem på de to workshops, også belyse nogle af de behov, der kan være til Personlig Agent.

På de to workshops giver borgerne udtryk for at have behov for overblik over deres sygdom og de informationer, der knytter sig sygdommen. Behovene relaterer sig også til tryk, eftersom borgerne har brug for, at der er en sundhedsfaglig, som kan kontaktes hele døgnet. Desuden har borgerne behov for at få overblik over aftaler, som går på tværs af sektorer, således at koordineringen af aftaler med sundhedsvæsnet bliver enklere.

2.2 Personlig Agents opgaver

Med afsæt i det præsenterede koncept om Personlig Agent i projektbeskrivelsen for Fælles Servicecenter og de begrænsninger, konceptet kaster af sig grundet den manglende udvikling af Selvbetjeningen, har det essentielle næste skridt været at identificere opgaver, der kan varetages af en Personlig Agent. Denne tilgang til arbejdet med Personlig Agent er valgt for at konkretisere, hvad en Personlig Agents funktion kan bestå af.

Identificeringen og konkretiseringen af opgaver udspringer bl.a. af Forløbsprogrammet for KOL (2015), Forløbsprogrammet for diabetes (2015) samt rapporten *Is it a bird* (2015), der er udarbejdet i forbindelse med afklaringsprojektet *Digital understøttelse af komplekse, tværgående patientforløb*. Fælles Servicecenter er et offentligt privat innovationsprojekt (OPI) med deltagelse af både private, kommunale og regionale partnere, og i samarbejde med OPI-partnerne har der været arbejdet med at kvalificere en Personlig Agents opgaver. Opgaverne har en telesundheds- og sundhedsfaglig tankegang, og de er præsenteret i to niveauer, se figur 1 nedenfor.

Figur 1: Niveauer i Personlig Agents opgaver

<p>Niveau 1 Niveau 1 illustrerer en Personlig Agent, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtter borgeren i oplæringen af det telemedicinske udstyr samt i at registrere målinger i en telesundhedsløsning • Støtter borgeren ved udfordringer, problemer eller spørgsmål under brugen af det telemedicinske udstyr og brugen af telesundhedsløsningen <p>Niveau 2 Niveau 2 illustrerer en Personlig Agent, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtter borgeren i at huske samt koordinere sine aftaler i relation til borgerens telesundhedsforløb og øvrige aftaler med sundhedsvæsnet • Motiverer borgeren til at tage sine målinger og registrere disse i telesundhedsløsningen • Støtter borgeren i egenomsorg og compliance i forhold til sin(e) sygdom(me) • Vejleder og støtter borgeren i forhold til livsstilsændringer • Er bindeled mellem sektorerne ved at følge op på borgerens forløb efter en indlæggelse, f.eks. i forhold til ændringer i hjemmemonitorering, følge op på aftaler med sundhedsvæsnet samt i forhold til plan for opfølgning ved egen læge eller hospitalslæge.

De to niveauer i figur 1 skal opfattes som bedste bud på et udgangspunkt for arbejdet med at undersøge, hvad en Personlig Agents funktion kan bestå af.

Niveau 1 illustrerer opgaver, der støtter borgeren i det praktiske omkring dét at have en sygdom og dét at være tilknyttet et telesundhedstilbud.

Niveau 2 illustrerer opgaver, som er tilknyttet telesundhed, men som også omhandler mere sundhedsfaglige opgaver, herunder viden om sygdom, vejledning og motivation.

Det vil være et muligt scenarie, at en borger kun delvist har behov for støtten i niveau 1 eller 2. I tillæg til de to niveauer er det væsentligt for støtten fra Personlig Agent, at borgerens behov vurderes ud fra tankegangen om, at støtten skal tilpasses borgerens behov og ikke, at borgerens behov tilpasses niveauerne vedrørende Personlig Agent. Niveauerne er således ikke tænkt som bokse, borgeren skal passes ind i.

Det har i arbejdet med at konkretisere en Personlig Agents opgaver vist sig vanskeligt at løsrive et perspektiv på telesundhed fra en sundhedsfaglig tilgang, da borgerens sygdom, pleje og behandling er af sundhedsfaglig karakter. Dertil kommer, at der altid vil være en sundhedsmæssig problemstilling eller et sundhedsfagligt behov, som ligger til grund for et øget behov for monitorering og deraf at blive fulgt via telesundhed.

2.3 Afgrænsning

Projektbeskrivelsens formål med en Personlig Agent er at være støtte for sårbare borgere i komplekse forløb i anvendelsen af telesundhed, således at borgeren har mulighed for at blive behandlet i eget hjem. Personlig Agent kan opdeles i:

- En teknisk del og
- En sundhedsfaglig del.

Der har i Fælles Servicecenters projektperiode været afprøvet en Personlig Agent, som imødekommer tekniske behov. Støtte til borgerens tekniske behov er afprøvet i forbindelse med Falcks varetagelse af support, opsætning og oplæring af borgere og pårørende i forhold til telemedicinske løsninger. Denne afprøvning viser, at det er betydningsfuldt, at Falcks medarbejdere har pædagogisk indsigt og forståelse, når en borger skal oplæres i brugen af telemedicinsk udstyr. Det er i forbindelse med praktisk oplæring og support ikke væsentligt, at medarbejderen har sundhedsfaglig indsigt og viden, men oplæringen kræver empati og forståelse for, hvad det betyder at leve med sygdom. Empati og forståelse er kompetencer, som har indvirkning på den enkelte borgers evne til at optage informationer og ny viden, og begge kompetencer har indflydelse på, hvordan information til borgeren tilpasses og formidles.

Projektbeskrivelsen peger endvidere på, at en Personlig Agent består af en sundhedsfaglig del. Den sundhedsfaglige del afprøves ved at undersøge og konkretisere, hvilke opgaver der kan ligge i denne sundhedsfaglige del af en Personlig Agent, jf. niveauerne i afsnit 2.2 ovenfor. Indeværende dokument vedrører denne sundhedsfaglige del, og følgende aktiviteter er derfor blevet iværksat:

- Afdækning af behov hos borgere
- Kortlægning af eksisterende funktioner, der varetager sundhedsfaglige opgaver af koordinerende og opfølgende karakter.

Aktiviteten "Afdækning af behov hos borgere" udføres for at få større indblik i, hvilke behov borgere, der modtager telesundhed, har. Behovene er med til at indikere, hvordan opgaverne hos en Personlig Agent kan tilrettelægges for at imødekomme disse behov.



Aktiviteten "Kortlægning af eksisterende funktioner" udføres for at opnå viden om, hvilke opgaver lignende funktioner varetager for at imødekomme borgernes behov. Dette gør det muligt at identificere snitflader mellem eksisterende funktioner og en Personlig Agent.

3. Metode

Følgende afsnit beskriver kort den metode, der er anvendt for at udføre ovenstående aktiviteter vedrørende af-dækning af behov samt kortlægning af eksisterende funktioner.

Der er anvendt en observerende tilgang med det formål at undersøge, hvilke behov borgerne har. Der er observeret behov hos borgere, der anvender telesundhed, og hos borgere, som ikke anvender telesundhed.

Observationerne er ustrukturerede, idet målet har været at registrere så mange detaljer af borgerens adfærd som muligt, og observationerne er foretaget med åbenhed og modtagelighed for, hvad der viser sig i den enkelte situation (Metodeguiden).

Samtidig sættes for forståelsen i spil, og observationerne tager afsæt i viden om, at mange borgere med kronisk og kompleks sygdom og forløb stilles overfor svære udfordringer, som betyder, at borgeren skal have viden om egen sygdom, viden om livsstilens betydning for sygdom, samt at borgeren kan udføre behandlinger i hjemmet, f.eks. i relation til medicin, træning og hjemmemonitorering.

Aktiviteterne, beskrevet i afgrænsningsafsnittet, har givet anledning til, at der er arrangeret følgedage hos kommune og hospital i Region Midtjylland og hos Falck, der varetager teknisk support og logistik for Fælles Servicecenter. Følgedagene hos Falck er tilrettelagt for at observere behov hos borgere, der skal modtage telesundhed, og observationerne er gjort i forbindelse med opsætning af telemedicinsk udstyr i borgerens hjem og oplæring i anvendelsen af udstyret. Følgedagene hos kommune og hospital, herunder Akutteamet Aarhus, Folkesundhed Aarhus, Diabetesambulatoriet på Hospitalsenheden Horsens og sygeplejeklinikken i Silkeborg, er også arrangeret for at undersøge borgernes behov, men har samtidig til formål at give et indblik i de funktioner, der i forvejen eksisterer regionalt og kommunalt, og som varetager opgaver af koordinerende og støttende art for borgerne.

Andre af de eksisterende funktioner, såsom Aktiv Patientstøtte og brobyggere, er der indhentet viden om gennem projektledere og kontaktpersoner i regionen og i kommunerne.

4. Opsamling på observationer

I dette afsnit opsamles observationerne, som er gjort i forbindelse med følgedagene. Observationerne har givet anledning til indsamling af viden om borgernes behov. Desuden er der opnået viden om hvilke fællestræk, der kan være hos de borgere, som tilbydes et telemedicinsk monitoreringsforløb.

Som beskrevet under afgrænsningen kan en Personlig Agent betragtes som bestående af to dele:

- En Personlig Agent, der varetager tekniske behov
- En Personlig Agent, der varetager sundhedsfaglige behov.

Der fokuseres i dette afsnit på en Personlig Agent, der varetager sundhedsfaglige behov. De observerede behov og fællestræk hos borgerne giver input til, hvordan opgaverne fra den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent kan tilrettelægges.

De observerede behov er:

- Behov for tryghed
- Behov for overblik i komplekse forløb



- Behov for ressourcer
- Behov for motivation.

Behovene gennemgås enkeltvis i det følgende.

4.1 Behov for tryghed

Ét af de behov, der viser sig på følgedagene er, at borgerne har et stort behov for tryghed. Trygheden kommer til udtryk på flere måder, og behovet for tryghed handler blandt andet om, at borgeren føler tryghed, hvis der er en sundhedsfaglig, som borgeren har tillid til og kan henvende sig til, hvis der opstår tvivl eller spørgsmål i relation til behandlingsforløbet

Tryghed relaterer sig også til, at borgeren har viden om, hvad der skal ske i behandlingsforløbet – at der findes en tydelig plan for borgeren, som borgeren er grundigt indført i. Flere af borgerne giver udtryk for, at de ikke har viden om, hvornår de skal foretage hjemmemålinger, og hvornår de skal starte med disse. En enkelt borger fortæller, at han ikke er bekendt med årsagen til, at han skal foretage hjemmemålinger. Borgeren er således ikke altid bekendt med behandlingsforløbets næste skridt, og det skaber grundlag for utryghed.

I forlængelse heraf vedrører tryghed, at borgeren og eventuelt pårørende bliver inddraget i beslutninger om behandling. Flere af de borgere, der er besøgt på følgedagene fortæller, at dét at blive inddraget i beslutninger gør, at de har en større oplevelse af at vide, hvad der skal ske fremadrettet, og hvad planen for deres sygdom, pleje og behandling er. På den måde kender borgeren sin behandlingsplan, og borgeren bliver selv taget med på råd.

Tryghed er endvidere relateret til, at borgeren har en pårørende hos sig, som kan være en støtte i forhold til at huske informationer og aftaler om sygdom og behandling samt i forhold til at huske information vedrørende brugen af det tekniske udstyr ved hjemmemålinger.

4.2 Behov for overblik i komplekse forløb

Et andet behov, der træder frem gennem observationerne er, at borgerne har behov for overblik. Dette tema relaterer sig til behovet for tryghed, idet det for borgerne handler om at besidde viden om planen for deres forløb i sundhedsvæsenet, således at borgeren ved, hvad der skal ske i forhold til pleje og behandling samt hvornår.

En del af de borgere, der er besøgt med Falck, har flere sygdomme end dén, de telemedicinsk monitoreres for, og sygdommen(e) fylder i borgernes liv. På grund af flere samtidige sygdomme har borgerne ofte flere forløb og behandlinger, der kører sideløbende i sundhedsvæsenet og foregår uafhængigt af hinanden, hvilket stiller krav til borgernes evne til at holde styr på sine behandlingsforløb, aftaler og opgaver i relation til sygdommene.

Én af de besøgte borgere har to kroniske sygdomme, som følges nøje forskellige steder i sundhedsvæsenet. Borgeren oplever, at der ikke er nogen sundhedsfaglig person, der kan hjælpe med at få et samlet overblik over de to forløb, da de foregår på to forskellige afdelinger. Borgeren prøver således selv sammen med sin hustru at skabe overblik over, hvornår han har hvilke aftaler, og dette gøres ved hjælp af en fysisk kalender, der altid ligger fremme på bordet. Borgeren beskriver denne proces som tidskrævende, fordi han ofte må kontakte de enkelte afdelinger og flytte aftaler, der ligger samtidigt. Det hænder også, at borgeren får blandet de aftaler om opgaver, der ligger forud for en konsultation, sammen, og deraf har behov for at ringe til de enkelte afdelinger og få aftalerne genopfrisket.

Borgerne har behov for overblik over sin(e) sygdom(me) og de eller den behandlingsplan, der knytter sig til den enkelte sygdom. Denne koordinering af forløb er en opgave, som nogle af borgerne giver udtryk for at have behov for støtte til, f.eks. via en pårørende eller en sundhedsfaglig, de har tillid til.



4.3 Behov for ressourcer

Et tredje behov, der viser sig gennem observationerne, handler om, at nogle borgere oplever det som vanskeligt og ressourcekrævende at forholde sig til informationer vedrørende sygdom, behandling og teknik i relation til hjemmemålinger. En betydelig andel af borgernes ressourcer tilvejebringes i kraft af støtte og inddragelse af en pårørende, der kan være behjælpelig med f.eks. at huske informationer.

Det kræver også ressourcer for borgeren at kunne forholde sig til informationer om sygdom, behandling, teknik og eventuelt også telemedicinsk udstyr og telemedicinsk behandling. Har man tidligere erfaringer at trække på, opleves det af den enkelte borger som værende enklere at starte i et telemedicinsk behandlingsforløb.

4.4 Behov for motivation

Et fjerde og sidste behov relaterer sig til behovet for motivation i forhold til at foretage målinger. Det handler ikke i sig selv om den praktiske udførelse af selve målingen, men om at være motiveret for at skulle monitorere sig selv. Nogle af de besøgte borgere har svært ved at finde motivationen til at udføre målinger, selvom de samtidig fortæller, at de er bevidste om vigtigheden af, at målingerne bliver foretaget. Borgerne giver i den forbindelse udtryk for, at det er motiverende, hvis de har en pårørende, der også støtter op om, at målingerne bliver foretaget. For én af de besøgte borgere er det en videokonsultation med en sygeplejerske fra hospitalet, der motiverer hende til at få målingerne foretaget i en periode, da sygeplejersken tager udgangspunkt i, hvorfor hun i første omgang ikke laver sine målinger. Borgeren udtrykker det således: *"For jeg ved jo godt, at jeg skal måle. Og sygeplejersken bliver aldrig sur over, at jeg ikke altid får målt. Hun hjælper mig med at finde ud af hvornår på dagen, det passer mig bedst at måle, og sammen lægger vi en plan."*

For nogle borgere gør det sig gældende, at det er vanskeligt at få målinger lagt ind i hverdagen som en fast opgave, der skal udføres med de intervaller, der aftales med den sundhedsfaglige i kommunen eller på hospitalet. For andre af de besøgte borgere handler det om, at målingerne bliver glemt eller nedprioriteres i en hverdag, som er hektisk i forhold til andre gøremål. En af borgerne fra følgedagene har svært ved at få foretaget sine målinger, og det viser sig i konsultationen med en sygeplejerske, at det skyldes, at borgerens datter har en svær periode, som borgeren beskriver det. Datterens svære periode fylder i borgerens hverdag, og borgeren vil gerne støtte sin datter og får i denne proces nedprioriteret at få foretaget sine målinger. *"Målingerne er ikke så væsentlige, når min datter har det svært. Så har hun brug for mig."*

4.5 Fællestræk ved borgerne

Mange af de observerede borgere er ældre mennesker, som foruden at lide af mere end én kronisk eller længerevarende sygdom også har få ressourcer til rådighed. Nogle borgere kan hente ressourcer gennem en pårørende, mens andre borgere ikke har pårørende, der kan støtte dem. Endnu andre borgere har tillid til en sundhedsfaglig person og finder deri hjælp og støtte til at holde styr på dele af sit behandlingsforløb.

Der er ligeledes flere af borgerne, som modtager hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje fra kommunen i forbindelse med støtte til dagligdagsaktiviteter, herunder personlig pleje.

5. Analyse af observationer

I det følgende afsnit belyses observationerne fra ovenstående afsnit ud fra relevant litteratur. Observationerne vil ligeledes blive sammenholdt med niveauerne for en Personlig Agent, jf. afsnit 2.2, for at give en vurdering af observationernes betydning for tilrettelæggelsen af opgaver hos en Personlig Agent.

5.1 Multisygdom

Som beskrevet i afsnit 4.5 er der nogle fællestræk, der gør sig gældende hos borgere, der modtager telemedicin. Fællestrækkene vedrører bl.a. multisygdom og høj alder. Ifølge Danske Patienter lever op mod 30 procent i den voksne befolkning i Danmark med multisygdom, og hos danskere over 65 år er det mere end halvdelen, der har multisygdom. Danske Patienter definerer multisygdom som dét at leve med mere end én kronisk eller længerevarende sygdom samtidig (Danske Patienter). Ofte oplever borgere med multisygdom komplekse forløb, idet de er tilknyttet forskellige specialer på hospitalet, samt at deres pleje og behandling går på tværs af sektorgrenser (Nielsen, Jensen 2015). Disse borgere stilles overfor udfordringer, som betyder, at de skal have viden om egen sygdom(me), viden om en livsstils betydning for sygdom, samt skal udføre forskellige behandlinger i hjemmet, f.eks. i relation til medicin, træning og udførelse af hjemmemålinger.

Endvidere udfordres borgere i komplekse forløb af at skulle koordinere aftaler og indkaldelser fra flere forskellige sundhedsinstanser (Nielsen, Jensen 2015). Dét at være borger med multisygdom kan derfor være forbundet med et planlægnings- og koordineringsarbejde for at sikre, at aftaler ikke planlægges samtidigt, samt at aftaler huskes. Et komplekst forløb kan indebære både fysiske konsultationer på hospitalet og hos den praktiserende læge, aftaler med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen samt aftaler i forhold til telesundhed, herunder eksempelvis virtuel træning og hyppige hjemmemålinger.

En Personlig Agent bør således have viden om multisygdom og multisygdoms indvirkning på borgerens hverdag. Ligeledes lader der for nogle borgere til at være et behov for støtte til at koordinere forløb, herunder aftaler og prioritering af samme.

Nedenstående analyse af de observerede behov jf. afsnit 4 er inddelt således, at analysen af behovet for tryghed og behovet for overblik foretages i samme afsnit, afsnit 5.2. Ligeledes er analysen af behovet for ressourcer og behovet for motivation udført i samme afsnit, afsnit 5.3.

5.2 Behovet for tryghed og behovet for overblik

Behovet for tryghed og behovet for overblik relaterer sig ifølge observationerne jf. afsnit 4.1 og 4.2 til, at borgerne har behov for at vide, hvad der skal ske hvornår i deres forløb, og at de har behov for at føle sig inddraget i egen behandling.

Hverdagen for en borger, der er multisyg, beskrives ofte som fyldt med udfordringer såsom manglende overblik over behandlinger, dårlig compliance og manglende sundhedskompetencer. Multisygdom har i mange tilfælde negativ indflydelse på det sociale liv, som ofte bliver indskrænket, og borgeren gennemgår et kontinuerligt identitetsskift mellem dét at se sig selv som syg og dét at se sig selv som rask (Ørtenblad, Jønsson, Meillier 2015). Ifølge Ørtenblad, Jønsson og Meillier (2015) har særligt borgere med multisygdom brug for at blive inddraget i beslutninger om deres pleje og behandling. Dette skyldes, at kompleksiteten af sygdomsforløbet påvirker borgerens hverdag i så betydelig grad, at det har indflydelse på, hvordan borgeren prioriterer sin behandling, samt hvordan borgeren klarer sin egenomsorg (ibid).

Inddrages borgeren af de sundhedsfaglige i sit forløb i forhold til beslutninger om pleje og behandling, skabes således også grundlag for, at borgeren kan føle sig tryk, idet borgeren aktivt deltager i at planlægge sit forløb ud fra sit eget ståsted. Inddragelsen giver viden om, hvad der skal ske i forløbet, og borgeren har selv været med i beslutningen om, hvordan forløbet skal tilrettelægges. Inddragelsen sikrer samtidig, at den sundhedsfaglige får indsigt i, hvordan borgeren klarer sin egenomsorg, og om borgeren er i stand til at følge den behandlingsplan, der lægges, idet borgerens behov og udfordringer høres.

I afsnittet om behovet for tryghed jf. afsnit 4.1 beskrives det, at tryghed er relateret til, at borgeren har en sundhedsfaglig person, som borgeren kan henvende sig til ved tvivl eller spørgsmål i relation til sit forløb. Den Personlige Agent kan være den person og bidrage til at sikre, at borgeren inddrages i sit eget forløb. Dog kaster dette nogle udfordringer af sig, eftersom Personlig Agent således må have et indgående kendskab til borgerens forløb samt have viden om, hvordan borgeren kan inddrages og deraf have viden om, hvem der varetager borgerens behandling(er).

5.3 Behovet for ressourcer og behovet for motivation

Som beskrevet under afsnittene, jf. afsnit 4.3 og 4.4, om behovet for ressourcer og behovet for motivation forstår borgerne umiddelbart vigtigheden af, at de må håndtere deres sygdom, f.eks. ved at foretage målinger i eget hjem. Dette er dog ikke ensbetydende med, at borgerne har ressourcerne til at følge behandlingen, selvom de er vidende om, hvad der er bedst at gøre i en given situation.

I en rapport fra Lungeforeningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune er et samarbejde om projektet *Sygdomshåndtering i hverdagen* beskrevet. Dette er gjort på baggrund af et fælles ønske om at skabe et solidt vidensgrundlag for udviklingen af telemedicinske indsatser til borgere med KOL (Lungeforeningen, Københavns Kommune).

I rapporten skitseres det bl.a., at det at håndtere sin sygdom kræver, at borgeren kan abstrahere fra hverdagen og handle på sin sygdom her og nu ud fra en idé om, hvordan sygdommen vil kunne påvirke borgeren i fremtiden. Det kan for mange borgere være svært at foretage abstraktionen, idet de kan opleve andre problemer i hverdagen end deres sygdom, som kan trække på deres ressourcer og øge kompleksiteten af sygdomsforløbet. Problemerne kan f.eks. være relateret til økonomi, familie og arbejdsliv (ibid.). I observationerne under afsnit 4.4 beskrives det, at en borgers datter har det svært, og at borgeren derfor ikke har overskuddet til at få foretaget sine målinger. Datterens svære periode øger kompleksiteten af borgerens sygdomsforløb, og det kan således være andre forhold end multisygdom, der trækker på en borgers ressourcer.

For at kunne imødekomme behovet for ressourcer og behovet for motivation må borgerne således kunne forestille sig, hvordan sygdommen vil kunne få indflydelse på deres liv i fremtiden og samtidig abstrahere fra, hvordan hverdagen fungerer for dem nu. Denne abstraktion kræver, at borgeren har ressourcer til rådighed, og for nogle borgere er det en pårørendes ressourcer, der sikrer, at abstraktionen sker, og sygdommen håndteres. Det kan samtidig også være en pårørende, der utilsigtet forhindrer, at denne abstraktion sker.

Rapporten (ibid) beskriver, at borgeren kan støttes i denne abstraktion ved at blive hjulpet til at konkretisere sine problemer, således at de bliver mulige at handle på. Ligeledes handler abstraktionen også om, at borgeren har den fornødne viden om følgerne ved ikke at handle på sin sygdom her og nu, f.eks. viden om sin sygdom og eventuelle senkomplikationer. Begge forhold vil være mulige for en Personlig Agent med sundhedsfaglige kompetencer at bidrage til forudsat, at den Personlige Agent kender borgeren og borgerens sygdoms- og behandlingsforløb godt.

5.4 De to niveauer af Personlig Agent

I det følgende sammenholdes de to niveauer, som illustrerer opgaverne hos en Personlig Agent, med de fire observerede behov vedrørende tryghed, overblik, ressourcer og motivation. Der vil være fokus på at vurdere, om niveauerne giver mening i forhold til at imødekomme de behov, som borgerne har.

Niveauerne hos en Personlig Agent er visualiseret i figur 1 på side 4.

Behovene, jf. afsnit 4, peger i retning af, at der er brug for sundhedsfaglig indsigt og kompetence hos en Personlig Agent for at kunne imødekomme behovene vedrørende tryghed, overblik, ressourcer og motivation.

Den Personlige Agent må bidrage til at sikre, at borgeren inddrages i eget forløb og i beslutninger om pleje og behandling, hvilket kan hjælpes på vej gennem den Personlige Agents opgave som bindeled mellem sektorer. Ligeledes må den Personlige Agent støtte borgeren i at handle på sin sygdom ud fra viden om sygdommen(e) samt koordinering af aftaler og forløb. De opgaver, som behovene fordrer, er umiddelbart i tråd med de skitserede opgaver i de to niveauer, særligt i relation til niveau 2.



Behovene og litteraturen har tydeliggjort, at borgerne har brug for at blive inddraget i egen behandling og i beslutninger herom. Denne opgave er ikke eksplicit medtaget i de to niveauer.

Rapporten fra Lungeforeningen og Københavns Kommune tegner et billede af, at der er behov for en proaktiv indsats i forhold til at støtte borgerne i at konkretisere hverdagens problemer og handle på problemerne i stedet for at lade stå til. En sådan proaktiv indsats kan bl.a. udføres af en Personlig Agent. I rapporten beskrives, at der særligt kan være behov for at gøre en indsats på f.eks. følgende områder:

- Mobilitet
- Lokale netværk
- Kommunikation om sygdom med f.eks. venner og familie
- Støtte til psykiske og/eller eksistentielle spørgsmål
- Viden om sygdom og forebyggelse.

Flere af disse indsatsområder ligger implicit i sundhedsfaglige opgaver, der vedrører vejledning, egenomsorg og compliance. Indsatsområderne viser også, hvor stor kompleksiteten er i forhold til at støtte borgere, der er syge. Kompleksiteten er stor for den enkelte borger, men også for den sundhedsfaglige, f.eks. den Personlige Agent, som kan hjælpe borgeren med at navigere i forskellige tilbud om mobilitet og lokale netværk, koordinere aftaler med sundhedsvæsenet samt sikre, at borgeren har den nødvendige viden om sin sygdom.

Den Personlige Agent må have grundigt kendskab til borgerens sygdoms- og behandlingsforløb for på bedst mulig vis at kunne støtte borgeren i at konkretisere sine problemer og hjælpe til handling. At støtte borgeren i at imødekomme behovet for tryk f.eks. ved at kunne svare på spørgsmål vedr. sygdom, pleje og behandling samt plan for forløbet, jf. afsnit 4.1, nødvendiggør således, at den Personlige Agent har grundig indsigt i hele borgerens situation.

Den Personlige Agent må nødvendigvis også bistå borgeren i at prioritere sin behandling, f.eks. sine hjemmemålinger, og støtte borgeren i at tilpasse de opgaver, som behandlingen kaster af sig, til borgerens hverdag. Dette kræver udover kendskab til borgerens forløb, sygdom og behandling også empati, indlevelse og forståelse for et andet menneskes livsværdier og behov.

6. Kompetenceprofil

Ovenstående afsnit giver anledning til at udarbejde et forslag til en kompetenceprofil på en Personlig Agent. Dette er gjort på baggrund af de observerede behov, analysen og de to niveauer af en Personlig Agent. Kompetenceprofilen indeholder en beskrivelse af, hvilke kompetencer en Personlig Agent kan besidde for at kunne imødekomme borgernes behov.

Kompetenceprofilen er opdelt og beskrevet ud fra de to niveauer af en Personlig Agent, jf. figur 1 på side 4. Det betyder, at kolonnen *Beskrivelse af opgaver* er de opgaver, som er beskrevet i figur 1 og skitserer de to niveauer af en Personlig Agents opgaver. Kolonnen *Beskrivelse af kompetenceprofil* beskriver forslaget til en kompetenceprofil og er inddelt i forhold til de to niveauer af en Personlig Agent.

Figur 2: Skema over niveauerne af en Personlig Agent og kompetenceprofil.

Niveauer	Beskrivelse af opgaver	Beskrivelse af kompetenceprofil
Niveau 1 (praktisk/teknisk niveau)	<ul style="list-style-type: none"> • Støtter borgeren i oplæringen af det telemedicinske udstyr samt i at registrere målinger i en telesundhedsløsning • Støtter borgeren ved udfordringer, problemer eller spørgsmål under brugen af 	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om telesundhed og telesundhedsløsninger • Viden om teknologi og it • Kendskab til multisygdom, kroniske sygdomme og sygdoms indvirkning på bor-

	<p>det telemedicinske udstyr og brugen af telesundhedsløsningen.</p>	<p>gerens hverdagsliv, herunder at kunne udvise empati og forståelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pædagogiske evner, herunder formidling af informationer ud fra borgerens individuelle behov og ressourcer • Viden om, hvordan borgeren kan inddrages i oplæringen • Evne til samarbejde med borger og pårørende samt sundhedsfaglige aktører.
<p>Niveau 2 (sundhedsfagligt niveau)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Støtter borgeren i at huske samt koordinere sine aftaler i relation til borgerens telesundhedsforløb og øvrige aftaler med sundhedsvæsnets • Motiverer borgeren til at tage sine målinger og registrere disse i telesundhedsløsningen • Støtter borgeren i egenomsorg og compliance i forhold til sin(e) sygdom(me) • Vejleder og støtter borgeren i forhold til livsstilsændringer • Er bindeled mellem sektorerne ved at følge op på borgerens forløb efter en indlæggelse, f.eks. i forhold til ændringer i hjemmemonitorering, følge op på aftaler med sundhedsvæsnets samt i forhold til plan for opfølgning ved egen læge eller hospitalslæge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om telesundhed og telesundhedsløsninger • Kendskab til teknologi og it • Viden om multisygdom, kroniske sygdomme og sygdoms indvirkning på borgerens hverdagsliv, herunder at kunne udvise empati og forståelse • Indsigt i sundhedsvæsnets arbejdsgange • Kendskab til kommunale og regionale tilbud til borgere med multisygdom og/eller kronisk sygdom • Formidling af informationer og viden ud fra borgerens individuelle behov og ressourcer • I et samarbejde med borgeren har den Personlige Agent evnen til at prioritere i borgerens behandlingsplaner, hvis den Personlige Agent også er den behandlende. Ellers foregår prioriteringen ved rådførelse med den behandlende afdeling, så borgeren får den mest hensigtsmæssige koordinering af forløbet. • Viden om, hvordan borgerens handlekompetence og egenmestring kan støttes gennem sundhedspædagogik • Viden om, hvordan borgeren kan motiveres • Viden om, hvordan borgeren kan inddrages i sit forløb • Viden om livsstils betydning for sygdom og evne til at vejlede i forhold til livsstilsændringer • Evne til samarbejde med borger, pårørende og sundhedsfaglige aktører på tværs af sundhedsvæsnets.

7. Relation til andre funktioner

I arbejdet med Personlig Agent er der identificeret flere funktioner, som varetager opgaver, der har snitflader til en Personlig Agent. Nedenfor præsenteres derfor et skema over disse forskellige funktioner, som har snitflader til de opgaver, der er listet op under figur 1, side 4, i de to niveauer for en Personlig Agents opgaver.

I skemaet nedenfor findes navnet på de enkelte funktioner i venstre kolonne under *Funktion*, og i højre kolonne under *Opgaver* specificeres de enkelte funktioners opgaver.

Figur 3: Skema over nogle af de opgaver, som de enkelte funktioner har og som har snitflader til Personlig Agent.

Funktion	Opgaver
Aktiv Patientstøtte	<ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning på sygdom og behandling • Koordinering og overblik • Støtte til egenmestring gennem samtale om forløbet • Formidle viden om sygdom • Motivere borgeren • Bidrage til at sikre compliance ift. behandling • Medinddragelse af borgeren ift. at benytte borgerens egne ressourcer i forløbet.
Forløbskoordinator	<ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning på sygdom og behandling • Koordinering (herunder kontakt til relevante samarbejdspartnere og hjælpe borgeren med at finde rundt i henvisninger mellem forskellige afdelinger) • Viden om relevante kommunale indsatser for borgeren • Støtte gennem samtale om sygdom og forløb • Sikrer højt informationsniveau, så borgeren så vidt muligt ved, hvad næste skridt i forløbet er • Medinddragelse af borgeren ift. at benytte borgerens egne ressourcer i forløbet • Er ofte relateret til støtte ift. specifikke sygdomme som f.eks. KOL, diabetes og kræft.
Udskrivningskoordinator	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af behov for støtte ifm. udskrivelse fra hospital • Vurdering af behov for hjælpemidler og hjemme-hjælp/hjemmesygepleje i hjemmet • Viden om kommunale indsatser, som borgeren kan henvises til • Sikrer sammenhæng mellem iværksat behandling på hospital og det kommunale tilbud om hjemmepleje/hjemmesygepleje.
Brobygger	<ul style="list-style-type: none"> • Bygger bro mellem en indlæggelse på hospital og livet i eget hjem efter udskrivelse • Vurdering af behov for støtte ifm. udskrivelse fra hospital • Vurdering af behov for hjælpemidler og hjemme-hjælp/hjemmesygepleje i hjemmet • Viden om kommunale indsatser, som borgeren kan henvises til • Sikrer sammenhæng mellem iværksat behandling på hospital og det kommunale tilbud om hjemmepleje/hjemmesygepleje.
Sundhedsfaglige hos Folke-	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte, vejledning og motivation i forhold til livsstil i forbindelse med kronisk sygdom, herunder kost og motion

sundhed Aarhus	<ul style="list-style-type: none"> • Henvi sning ift. relevante kommunale tilbud • Støtte til egenmestring • Bidrage til at sikre compliance ift. livsstilsændringer.
Hjemmesygeplejerske	<ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning på sygdom og behandling • Opfølgning efter indlæggelse • Støtte til egenomsorg og compliance ift. behandling • Støtte til konkrete pleje- og behandlingsopgaver, f.eks. medicin håndtering • Støtte ift. lægekontakt • Bindeled mellem sektorer.
Praktiserende læge	<ul style="list-style-type: none"> • Tovholderfunktion ift. borgerens sygdom og behandling • Opfølgning på sygdom og behandling • Bindeled mellem hospital og kommune • Henvi sning til bl.a. Folkesundhed Aarhus, hvis behov for støtte ifm. livsstilsændringer.
Akutteam	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af akut sygdom • Lægekontakt på borgers vegne • Praktiserende læges forlængede arm ift. vurdering af almen tilstand og målinger af bl.a. infektionstal, leukocytal • Iværksættelse af kompleks behandling efter udskrivelse fra hospital.

Erfaringerne fra følgedagene i region og kommuner tegner et billede af, at der er flere eksisterende funktioner, som varetager opgaver, der er i tråd med de opgaver, der tænkes i forhold til den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent. Dette vedrører bl.a. opgaver som støtte i forhold til sygdom og behandling, vejledning angående livsstil, støtte til egenomsorg, opfølgning på sygdom og behandling, koordinering og motivation. Funktionerne beskrevet i figur 3 ovenfor er ikke fyldestgørende, men de baserer sig på sundhedsfaglige kompetencer og støtter borgere, der ikke selv har ressourcer til at begå sig i sundhedsvæsn et.

Den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent må således ses i tæt sammenhæng med de funktioner, som eksisterer i forvejen. På baggrund af kortlægningen af eksisterende funktioner synes det ikke umiddelbart hensigtsmæssigt, at en Personlig Agent etableres som en selvstændig funktion. Den Personlige Agent skitseres i indeværende dokument som en funktion, der muligvis vil kunne varetage en koordineret og sammenhængende indsats for borgeren, idet en Personlig Agents funktion indeholder elementer fra flere af de eksisterende funktioner samt, at Personlig Agent går på tværs af sundhedsvæsn et. Men som en selvstændig funktion er der alligevel risiko for, at den Personlige Agent kan blive endnu en funktion blandt mange andre, og det er ikke fordelagtigt, at flere funktioner varetager de samme opgaver. Dette kan skabe forvirring blandt sundhedsfaglige og borgere i forhold til ansvarsområder og deraf manglende overblik over, hvem der gør hvad.

7.1 Visitationskriterier

På baggrund af ovenstående er det derfor en mulighed, at det vil være mest hensigtsmæssigt, at den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent integreres med de tilbud, der i forvejen eksisterer. Dette kan f.eks. gøres ved, at en Personlig Agent betragtes som en ydelse. Hvis en Personlig Agent tænkes som en ydelse, vil der være en række forhold, der skal tages højde for, eftersom en ydelse vil skulle visiteres til den enkelte borger gennem den kommunale visitation på lige fod med andre kommunale ydelser. Dette har givet anledning til en overvejelse af hvilke kriterier eller forhold, der er nødvendige at visitere en Personlig Agent ud fra.

Visitationskriterierne kan således relatere sig til følgende:

- Det overordnede visitationskriterium for en Personlig Agent er telesundhed. En Personlig Agent involveres på grund af telesundhed. Der skal således være en sundhedsfaglig vurdering af, at borgeren har behov for og kan få gavn af telesundhed
- Vurdering af graden af borgerens egenomsorg og/eller egenmestring. Modtager borgeren i forvejen hjælp til f.eks. personlig pleje?
- Vurdering af kompleksiteten af borgerens sygdomsforløb og behandling, herunder om borgeren er multisyg
- Vurdering af, om borgeren har behov for at blive motiveret til at følge sin(e) behandlingsplan(er). Har borgeren f.eks. svært ved at følge sin(e) behandlingsplan(er)?
- Vurdering af, om borgeren har behov for støtte til at koordinere sit/sine sygdomsforløb
- Vurdering af, om borgeren har behov for støtte til at holde styr på aftaler med forskellige sundhedsaktører og/eller forskellige tilbud, borgeren i forvejen er tilknyttet
- Vurdering af, om borgeren har ressourcer til rådighed, f.eks. i netværket
- Vurdering af, om borgeren har behov for tryghedsskabende støtte.

7.2 Sammenhæng mellem Personlig Agents niveauer og eksisterende funktioner

Som beskrevet tidligere i afsnit 7 er der allerede etableret en del funktioner, som dækker den Personlige Agents opgaver. Ligeledes er det beskrevet, at behovet for en Personlig Agent altid vil udspringe på baggrund af en vurdering af, at en borger har gavn af telesundhed. Det interessante er derfor, hvorledes den enkelte sundhedsfaglige i f.eks. en kommune kan sikre sig, at de behov, borgeren har, bliver imødekommet, når en borger er visiteret til telesundhed. Og ikke mindst i forhold til at finde ud af, hvem den Personlige Agent er.

På den baggrund er der udarbejdet et skema, som, med afsæt i beskrivelsen af niveauerne for Personlig Agent og beskrivelserne af de eksisterende funktioner, forsøger at tydeliggøre hvilke sundhedsfaglige aktører, det vil være nødvendigt at have i spil for at kunne dække de to niveauer af en Personlig Agent og imødekomme borgerens behov.

Figur 4: Skema over sammenhæng mellem behov hos borgere, niveauer af Personlig Agent og eksisterende funktioner.

Borgers behov	Personlig Agent - niveau 1 (teknisk)	Personlig Agent - niveau 2 (sundhedsfaglig)	Aktiv Patientstøtte	Forløbskoordinator	Udskrivningskoordinator	Brobygger	Folkesundhed Aarhus	Hjemmesygeplejerske	Praktiserende læge	Akutteam
Tryghed	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Overblik		x	x	x	x	x		x	x	
Ressourcer	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Motivation		x	x				x	x		

De fire behov, tryghed, overblik, ressourcer og motivation, er hentet fra opsamlingen af borgernes behov på baggrund af følgedagene, jf. afsnit 4. Krydsene i skemaet indikerer, hvilke funktioner det vil være relevant at tænke ind i tilrettelæggelsen af en borgers telesundhedsforløb, såfremt borgeren er visiteret til støtte fra en Personlig Agent.

Skemaet tydeliggør, at Aktiv Patientstøtte og hjemmesygeplejersken er de funktioner, der umiddelbart imødekommer alle borgerens behov og kan dække niveau 2 af en Personlig Agent. Det skal dog samtidig huskes, at Aktiv

Patientstøtte har et primært fokus på at støtte borgeren i at komme trygt igennem et forløb, der varetages på tværs af sundhedsvæsnets, hvor hjemmesygeplejerskens primære fokus ofte vil være konkrete pleje- og behandlingsopgaver. Der er således forskellige måder for de sundhedsfaglige aktører at imødekomme borgerens behov på, hvorfor en sundhedsfaglig aktør ikke nødvendigvis kan stå alene om at dække niveau 2 for en Personlig Agent.

8. Konklusion

Observationerne og analysen tegner et billede af, at de borgere, der har brug for niveau 2, den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent i forbindelse med telesundhed, er borgere, som lider af multisygdom og er ældre. På baggrund af observationerne og den efterfølgende analyse tyder det også på, at de borgere, som modtager hjælp og støtte fra kommunen i forvejen, har mest behov for niveau 2 af en Personlig Agent. Disse borgere har ofte færre ressourcer end borgere, som klarer hverdagens aktiviteter på egen hånd, men deres sygdom, pleje og behandling kan betyde, at de kan have gavn af telesundhed og den heraf hyppigere monitorering. Med sygdom og få ressourcer til rådighed kan telesundhed blive ét af mange gøremål i hverdagen, som en borger kan have svært ved at overskue eller motivere sig til at udføre, og dette kan være årsag til, at en borger ikke tilbydes telesundhed. Såfremt en sundhedsfaglig vurdering peger på, at telesundhed vil være gavnligt for en borger, og borgeren ønsker telesundhed, kan støtten fra niveau 1 (den tekniske del) og niveau 2 (den sundhedsfaglige del) hos en Personlig Agent være med til at muliggøre, at borgeren kan tilbydes telesundhed til trods for få ressourcer.

Gennem observationerne er der fremkommet fire overordnede behov, som borgerne udtrykker på forskellig vis i forhold til deres sygdom, pleje og behandling. Disse er tryghed, overblik, ressourcer og motivation. Sammenholdt med de to niveauer for en Personlig Agent, jf. figur 1 side 4, er disse behov imødekommet gennem niveauerne – særligt gennem niveau 2. I niveauerne er det dog ikke ekspliciteret, at borgeren har behov for at blive inddraget i beslutningsprocesser vedrørende sygdom og behandling.

I niveau 1 er der behov for, at den Personlige Agent støtter borgeren i at varetage de praktiske opgaver, der er forbundet med telesundhed. Dette er dét, der tidligere i dokumentet er beskrevet som den tekniske del af en Personlig Agent, og som er afprøvet i forbindelse med Falcks opsætninger af telemedicinsk udstyr i borgerens hjem samt oplæringer i brugen af samme. En kyndig og grundig oplæring med udgangspunkt i borgerens ressourcer og behov danner grundlag for tryghed i anvendelsen af telesundhed. Tryghed er således et behov, der tilgodeses gennem opgaverne i niveau 1.

I niveau 2 imødekommes behovene for tryghed, overblik, ressourcer og motivation gennem den Personlige Agents opgaver. Behovene imødekommes i forhold til at støtte borgeren i at handle på sin sygdom ud fra viden om sygdommen(e) og gennem motivation og vejledning i forhold til behandling og livsstil. Den Personlige Agent støtter endvidere borgeren gennem inddragelse i eget forløb og beslutninger, eftersom den Personlige Agent agerer bindeled mellem sektorerne og derved hjælper borgeren med at holde styr på sit/sine forløb og koordineringen af samme. Niveau 2 af en Personlig Agents opgaver kræver sundhedsfaglige kompetencer på grund af kompleksiteten af støtten og af borgerens behov. Desuden vil den Personlige Agent som bindeled mellem sektorer nødvendigvis skulle have regelmæssig og kontinuerlig kontakt med de sundhedsfaglige, som borgeren er tilknyttet, for at kunne støtte borgeren i at have et overblik over sit/sine forløb. Dette fordrer ligeledes sundhedsfaglig indsigt for at have viden om f.eks. arbejdsgange i sundhedsvæsnets.

I henhold til niveauerne for en Personlig Agents opgaver vil niveau 1 kunne løses af det team af medarbejdere, der varetager Teknisk Support og Logistik i relation til telesundhed. Der kræves ikke sundhedsfaglig indsigt og viden i forhold til det praktiske og tekniske omkring telesundhed, men der er behov for, at medarbejderen har pædagogiske evner, såsom empati og forståelse, således at medarbejderen kan sætte sig ind i borgerens situation og bruge dette som afsæt for tilrettelæggelsen af formidlingen af nye informationer vedrørende det telemedicinske udstyr.

Niveau 2 af en Personlig Agents opgaver stiller krav til sundhedsfaglige kompetencer, når opgaverne bl.a. handler om støtte i forhold til at motivere, skabe overblik i komplekse forløb, koordinering samt støtte i forhold til viden om sygdom(me) og behandling. Følgedagene hos forskellige eksisterende funktioner viser, at den sundhedsfaglige del af en Personlig Agent, dvs. niveau 2, har tæt sammenhæng til de ydelser, som blandt andre kommunerne i



forvejen leverer til den enkelte borger, f.eks. forløbskoordination og motivation i forhold til behandling og sygdom. Det tyder derfor på, at det vil være mest hensigtsmæssigt, at den sundhedsfaglige del af en Personlig Agents opgaver integreres med de tilbud, der i forvejen eksisterer. Dette indebærer, at opgaverne hos den Personlige Agent betragtes som en ydelse, som borgeren kan visiteres til f.eks. gennem den kommunale visitationsenhed eller i forbindelse med en udskrivelse fra hospital. Dette rejser dog samtidig et økonomisk spørgsmål, som ikke er undersøgt i dette dokument.

Der er i indeværende dokument udarbejdet et forslag til en kompetenceprofil for en Personlig Agent, som medvirker til at præcisere, hvad der kræves af en Personlig Agent. Kompetenceprofilen er udarbejdet med afsæt i de behov, som er observeret under følgedagene. Kompetenceprofilen viser, at den Personlige Agent støtter borgeren på tværs af sundhedsvæsnet og tager udgangspunkt i et behov for telesundhed. De behov, der er fremkommet under følgedagene med Falck og følgedagene med de eksisterende funktioner, tyder derfor på, at der vil være et behov blandt de eksisterende funktioner, som vedrører en kompetencemæssig opgradering i forhold til indsigt i telesundhed samt et større fokus på at støtte borgere, der går på tværs af sundhedsvæsnet og sektorer. Samtidig viser kompetenceprofilen også, at en Personlig Agent ikke blot skal besidde sundhedsfaglige kompetencer og viden, men også må kunne sætte sig ind i samt respektere borgerens livsværdier og ønsker for at kunne støtte borgeren i forbindelse med sygdom, behandling og telesundhed.

9. Litteraturliste

Danske Patienter, www.danskepatienter.dk, besøgt d. 15.6.2017

Forløbsprogrammet for diabetes (2015), Sundhedsaftalen, Region Midtjylland

Forløbsprogrammet for diabetes (2015), Sundhedsaftalen, Region Midtjylland

Fælles Servicecenter (2015) Projektbeskrivelse

Lungeforeningen & Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Sygdomshåndtering i hverdagen.
Fra www.lunge.dk.

Metodeguiden, <http://metodeguiden.au.dk/deltagerobservation/>, besøgt d. 10.5.2017

Nielsen, A.P., Jensen, L.V. (2015) Is it a bird. Antropologisk studie af komplekse, tværgående patientforløb.

Ørtenblad, L., Jønsson, A.R. & Meillier, L. (2015) Komplekse liv: Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 22, s. 83-101.

