

Den Digitale Landevej



Indholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Indledning | 2 |
| Projektets forløb..... | 3 |
| Projekt mål: Billigere at udvikle og drive digitale borgerløsninger | 5 |
| Projekt mål: Opsamling af data systematiseres..... | 6 |
| Projekt mål: Nemmere at komme i gang for sundhedsprofessionelle og borgere | 6 |
| Projekt mål: Apparaturafhængighed..... | 7 |
| Projekt mål: Service til patienterne..... | 7 |
| Projekt mål: Teknisk Support og fokus på de kliniske opgaver | 8 |
| Brug af borgernes eget udstyr (BYOD) | 10 |
| Krav til denne rapport i projektbeskrivelsen..... | 10 |
| Opsummering af konkrete erfaringer..... | 12 |



Indledning

Denne rapport indeholder en evaluering af projektet ”Den Digitale Landevej” (DDL). Rapporten bygger på projektets erfaringer, som kort er skitseret i hvert afsnit. Afslutningsvis samles de vigtigste pointer i det sidste afsnit.

For en mere detaljeret gennemgang af de potentielle økonomiske gevinster fra projektet henvises til den business case der er udarbejdet som en del af projektets leverancer.

”Den Digitale Landevej” (DDL) er et projekt der har til formål at undersøge og beskrive kravene til en fælles digital infrastruktur til understøttelse af telemedicin. I projektet deltager Region Syddanmark (samtlige sygehus enheder), Esbjerg Kommune, Vejen Kommune, Aabenraa Kommune, Varde Kommune, Odense Kommune og den private virksomhed Next Step Citizen. Sygehusenhederne og de deltagene kommuner har bidraget til projektet med deres erfaringer indenfor afprøvning og implementering af telemedicinske løsninger, samt ved at bruge DDL komponenterne i telemedicinske projekter de har kørt lokalt.

Baggrunden for projektet er følgende:

- Drift og udbredelse af telemedicin i storskala er en udfordring
- Dataopsamling fra måleudstyr i hjemmet er en udfordring
- Det er i dag vanskeligt at bruge borgerens eget udstyr til telemedicin

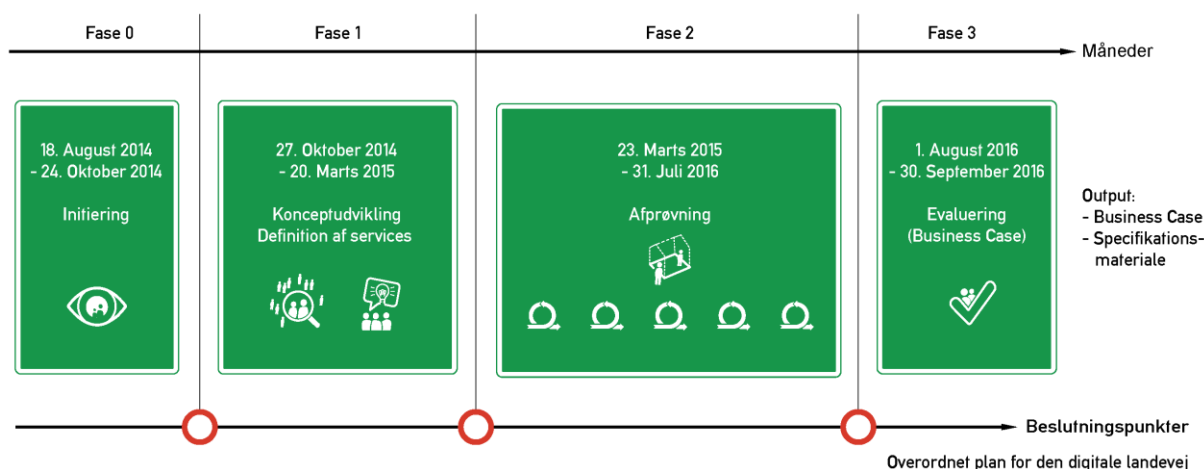
Formålet med projektet er at gøre det lettere og billigere at udvikle, drifte, implementere og anvende telemedicin. Projektet udspringer bl.a. af Sundhedsaftalens formuleringer omkring etablering af fælles infrastruktur til understøttelse af telemedicin.

Den Digitale Landevej består af en række komponenter som kan anvendes efter behov til at understøtte drift og implementering af telemedicin. På nuværende tidspunkt skal hvert telemedicinsk projekt sikre, at f.eks. logistikken med udbringning og afhentning af apparatur og udstyr fungerer samt vejlede og uddanne borgeren i anvendelsen af det telemedicinske udstyr. Hvert projekt opbygger sin egen organisering. Der er ofte ingen support-funktion for patienterne ud over det sundhedsfaglige personale, der har stået for visiteringen til den telemedicinske behandling. Det betyder at personalet anvender tid som teknisk support-organisation i stedet for på det kliniske arbejde. Der er i dag ikke mulighed for at genbruge teknologi på tværs af sektorerne. Hver sektor arbejder med sine egne telemedicinske løsninger og projekter og ”genbrug” er ikke muligt i dag. Det er heller ikke muligt at genbruge data på tværs af løsningerne eller at få data importeret til EPJ, EOJ eller lægesystem.

I DDL er fokus på infrastrukturen, hvor komponenterne kan indgå og genbruges på tværs af de forskellige løsninger. Det gælder f.eks. for logistik, teknisk support til patienterne, håndtering af datadeling, opsamling af data i patientens hjem samt statistik/opfølgning på anvendelse.

Muligheden for at bruge og genbruge komponenterne på tværs af sektorer og projekter vil bidrage til at indfri målsætningen om at gøre det billigere at udvikle telemedicin, idet DDL komponenterne ikke skal opfindes og udvikles forfra i alle løsningerne.

Projektets tidsplan ser således ud:



Leverancerne fra projektet er et sæt specifikationer, der kan bruges som grundlag for senere udarbejdelse af udbudsmateriale samt en business case.

Projektet gennemføres som et OPI-projekt hvor deltagerne er udviklingspartnere, der sammen udvikler nye innovative løsninger på fælles definerede problemstillinger.

Projektets forløb

DDL projektet har fra sin begyndelse været forankret meget højt i de deltagende organisationer. De fleste af projektets parter er repræsenteret på direktionsniveau i projektets styregruppe. På grund af ledelsesmæssige ændringer og organisationsændringer hos de deltagende parter har personkredsen i styregruppen ændret sig flere gange under projektets forløb. Både på formandsposten og på flere af de øvrige poster i styregruppen. Og blandt de deltagende repræsentanter for parterne i de forskellige arbejdsgrupper har der ligeledes været en række ændringer og udskiftninger undervejs i projektets forløb.

Flere af de afprøvningsprojekter der skulle teste DDL komponenterne har været forsinkede og styregruppen besluttede derfor på møde d.4/11-2015 at forlænge projektet med 6 måneder, sådan at afprøvningsfasen forlænges med 6 måneder, mens længden på øvrige faser forbliver uændret.

Projektplanen i forrige afsnit afspejler således den seneste version af projektplanen efter forlængelsen blev vedtaget.

Selv med forlængelsen har det været en udfordring at få sat afprøvningsprojekterne i gang og således måtte 2 planlagte afprøvningsprojekter udgå af projektet, da det ikke var lykkedes at starte dem inden afprøvningsfasen var afsluttet.

Samarbejde med EU projektet "Connected for Health"

Ret tidligt i projektets forløb fik man mulighed for at deltage i et EU finansieret projekt, ledet af en finsk partner. Afprøvningsprojekter fra hhv. Esbjerg kommune, Vejen kommune og OUH bidrog med erfaringer til dette projekt. Det betød blandt andet at det var muligt at gennemføre evalueringer

og interviews med brugere (både patienter og sundhedsprofessionelle) i overensstemmelse med MAST-metoden (en internationalt anerkendt metode til evaluering af telemedicin). Noget der ellers ikke havde været muligt, da DDL projektet ikke selv råder over disse kompetencer. Men ved at deltage i EU projektet fik man adgang til eksperter indenfor MAST og kunne derfor strukturere og evaluere interviews i overensstemmelse hermed.

Oversigt over afprøvning af DDL komponenter i projektet

Nedenfor ses en oversigt over milepæle i projektets afprøvningsfase.

| DDL overordnet milepælsplan | | | |
|---|-----------------------|-----------------|--------------------------|
| | Ansvarlig | Deadline | Resultat |
| Dataopsamling, data, sikkerhed, BOYD | | | |
| | | | |
| Milepæl: Esbjerg Kommune: Diabetes start (dataoverførsel fra Esbjerg) | <i>Esbjerg</i> | 18/4 2016 | OK 10/5 |
| Milepæl: Esbjerg Kommune: KOL start (dataoverførsel fra Esbjerg) | <i>Esbjerg</i> | 18/4 2016 | OK 10/5 |
| Milepæl: Vejen kommune: KOL app, tekniske tests/test af set up med brugere | <i>Vejen</i> | 15/1 2016 | OK |
| Milepæl: Vejen kommune: KOL app, produktionsstart | <i>Vejen</i> | 15/2 2016 | OK 4/3 |
| Milepæl: Vejen kommune: KOL projekt i drift med borgere | <i>Vejen</i> | 14/3 2016 | OK |
| Milepæl: Start på data udveksling (SVS) | <i>Colab Vest</i> | Udgået | - |
| | | | |
| Video | | | |
| Milepæl: Videokonferencer med pt. og pers. på døgnrehabiliteringscenter og praksis | <i>Varde</i> | 1/7 2016 | OK, men kun teknisk test |
| Milepæl: Inkludering af flere afdelinger (bl.a. afdeling med HIV pt.) | <i>OUH</i> | Udgået | - |
| Milepæl: Videokonferencer aftestet med patienter (praksis + døgnrehab.) | <i>Varde</i> | 1/7 2016 | Ikke nået |
| Milepæl: Afdækning af tek. + org. Muligheder for koble SVS med på videokonf. | <i>Colab Vest</i> | Udgået | - |
| Milepæl: Midt-vejs evaluering | <i>Vejen</i> | 01-04-2016 | OK |
| Milepæl: Slut evaluering | <i>Vejen</i> | 01-09-2016 | OK |
| Milepæl: 15 gennemførte videokonsultationer | <i>OUH</i> | 15/7 2016 | 8 gennemført, 20 forsøgt |
| Milepæl: Første udkast til erfaopsamling/videoguide klar | <i>SDSI/Next Step</i> | 22-01-2016 | OK |
| Milepæl: Erfaopsamling/videoguide klar til offentliggørelse | <i>SDSI</i> | 20-05-2016 | OK 14/10 |
| | | | |



| | | | |
|--|-------------------------|------------|--------------------|
| BYOD | | | |
| Milepæl: Fejlretning afsluttet | <i>TeleP</i> | 1/3 2016 | OK |
| Milepæl: Start på inkludering af patienter | <i>TeleP</i> | 31/1 2016 | OK |
| | | | |
| Opfølgning | | | |
| Milepæl: Produktionsdata klar | <i>Aabenraa</i> | 1/3 2016 | OK 14/3 |
| Milepæl: Beskrivelse af data opsamlet fra sensor gulv | <i>Varde</i> | 18/5 2016 | OK 19/5 |
| | | | |
| Kravspecifikationer | | | |
| Milepæl: Første version klar | <i>SDSI+Varde+Vejen</i> | 15/3 2016 | OK |
| Milepæl: Anden version klar | <i>SDSI</i> | 30-05-2016 | OK, dog minus BOYD |

De 3 milepæle der er markeret med udgået måtte udgå pga. manglende igangsættelse inden afprøvningsfasen var afsluttet.

Milepæle markeret med "OK" er gennemført til tiden. Milepæle markeret med "OK" og en dato er gennemført til den angivne dato i resultat kolonnen.

Projektmål: Billigere at udvikle og drive digitale borgerløsninger

Dette afsnit er en komprimering af dele af indholdet i den Business Case der er udarbejdet som en del af DDL projektet. For yderligere information om indholdet heri henvises til dette dokument.

Da DDL komponenterne er designet uafhængigt af den funktionelle og sundhedsfaglige it-løsning, kan komponenterne genbruges på tværs, og vil bidrage til målsætningen om at gøre det billigere at udvikle digitale borger løsninger.

Desuden vil en fælles brug af DDL-komponenterne i Region Syddanmark, betyde en større driftsstabilitet af de enkelte digitale borger løsninger fordi DDL komponenterne løbende forbedres og fejl bliver rettet systematisk på tværs af løsningerne. En større driftsstabilitet vil uden tvivl også bidrage til en billigere drift af løsningerne. Komponenterne i Den Digitale Landevej er i dag en integreret del af de telemedicinske løsninger som indkøbes i dag og komponenterne er derfor ikke prissat. Endvidere er der publiceret meget lidt information om udgifterne til indkøb og drift af de eksisterende telemedicinske løsninger og i de tilfælde hvor udgifterne kendes er udgifterne i ringe grad specificeret og relateret til de infrastrukturkomponenter som findes i Den Digitale Landevej.

Interview med udvalgte fagpersoner peger på at udviklingen af den infrastruktur som dækkes af DDL komponenterne, i visse sammenhænge andrager helt op til 70 % af den samlede tid som skal bruges på at udvikle en digital borger løsning. Det samlede tidsforbrug daler dog drastisk ved udvikling af den næste løsning eller de følgende løsninger, idet større dele af det som er udviklet til en løsning kan genbruges. Erfaringerne viser dog, at især i større firmaer er det en svær disciplin at skulle genbruge detaljeret viden som den enkelte medarbejder har opbygget.

Medarbejdere som har erfaring med en bestemt løsning kan ikke altid frigives på et bestemt tidspunkt og det er derfor nødvendigt at andre medarbejdere sætter sig ind i komplekse specifikationer og standarder.

På den baggrund vil en konservativ betragtning være at der gennemsnitligt kan spares 20-30 % af de samlede udviklingsomkostninger til en digital borgerløsning ved brug af Den Digitale Landevej.

Det betyder reelt at en ”gennemsnitlig” digital borger løsning som anvender DDL komponenterne bliver 20-30 % billigere i anlægs- og driftsudgifter. Besparelsen er dog ikke en netto-besparelse, da udgifterne til anlæg og drift af Den Digitale Landevej skal finansieres.

Projektmål: Opsamling af data systematiseres

Der er i projektet arbejdet med opsamling af data fra forskellige typer løsninger og lagring af disse i et fælles XDS repository (database). Denne måde at lagre data på er i fuld overensstemmelse den nationale ”Reference arkitektur for opsamling af data helbredsdata i borgerens hjem¹” og data vil fra den regionale XDS kunne afleveres i en fælles national XDS (KIH databasen) og deles via denne. På det XDS repository som anvendes i projektet er der lavet en tilkobling til den nationale infrastruktur service (DDS – Dokument Delings Service). Det betyder at man har mulighed for at trække på de samme nationale sikkerhedskomponenter som bruges til KIH – herunder check af behandlerrelation og samtykke.

Eftersom der benyttes en XDS til at gemme data i projektet og KIH også er et XDS er integration til KIH sikret. Dette var et af de oprindelige formål med projektet, som således kan betragtes som værende opfyldt. Bemærk at data i DDL projektet ikke overføres til KIH, men eftersom der er tale om samme type database vil data nemt kunne overføres eller man kan lave en reference til KIH. Eftersom data lagres i XDS kan de deles på tværs uafhængig af hvilke løsninger de forskellige parter benytter. Den pågældende løsning skal blot være i stand til enten at læse data fra XDS (PHMR viewer) eller aflevere data heri.

At man allerede har erfaringer med at arbejde med opsamling af data i XDS fra forskellige kilder på betragtes som en stor fordel for KOL programmet i Region Syddanmark, da man sandsynligvis vil skulle gøre noget lignende her.

Projektmål: Nærmere at komme i gang for sundhedsprofessionelle og borgere

De deltagene kommuner og sygehuse har haft forskellige tilgange til håndteringen af teknisk support.

I Esbjerg Kommune har en teknisk medarbejder bistået med teknisk support og hjælp til logistiske opgaver. Afhængig af hvilken gruppe borgere der var tale om, har det enten været sygeplejerskerne (der også fungerer som projektledere), der har hjulpet borgerne i gang med den tekniske løsning i forbindelse med introduktion til projektet eller den tekniske medarbejder der har gjort dette. Den tekniske medarbejder i kommunen har bistået med support, hvis sygeplejerskerne fik tekniske henvendelser, som de ikke kunne afhjælpe. (Kilde: interview med personale fra Esbjerg)

¹ <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/referencearkitektur-og-it-standarder/referencearkitektur/referencearkitektur-opsamling-helbredsdata-borgere.pdf>



I Vejen Kommune har en teknisk medarbejder bistået pædagogen med installation af skype for business-konto ude hos borgeren. Pædagogen har stået for introduktion til de sundhedsfaglige aspekter af projektet samt støtte til borgeren, og den tekniske medarbejder har fokuseret på at få teknikken til at virke. På den måde har pædagogen ikke skulle bekymre sig om tekniske problemstillinger, men kunne derimod udelukket fokusere på at støtte borgeren (Kilde: interview med personale fra Vejen)

På OUH har afdelingens læge og den tilknyttede projektleder fra sygehuset selv stået for at løse de tekniske problemer, der har opstået under videokonferencerne og på grund af store tekniske problemer med den valgte løsning har det været svært og i værste fald umuligt at gennemføre samtalerne via video. (Kilde: interview med personale fra OUH)

Anbefaling:

Det er projektets opfattelse, at adgang til en teknisk medarbejder gør det lettere for de sundhedsprofessionelle at fokusere på deres kerneopgaver. Dog vil de sundhedsprofessionelle i en eller anden udstrækning også komme til at levere en form for teknisk support, da de ofte er indgangen for patienten/borgeren – det er derfor vigtigt og ofte meget naturligt, at de besidder basale færdigheder omkring det anvendte system og kan rådgive borgeren om simple tekniske foranstaltninger. Det er dog vigtigt, at personalet har en mere kyndig teknisk support, som kan overtage opgaven, hvis den tekniske support bliver for kompleks. Herudover kan det også virke positivt på relationen til borgeren, at det rent faktisk er den kendte sundhedsfaglige person, som introducerer borgeren til den tekniske løsning. Det er tilmed projektets opfattelse, at kravene for hvem der giver support og introduktion afhænger meget af patientgruppen.

Projektmål: Apparaturafhængighed

De deltagende kommuner og sygehuse har brugt en række forskellige apparater i de forskellige afprøvningsprojekter, som har testet komponenterne i Den Digitale Landevej. Blandt andet har man i en del af afprøvningsprojekterne anvendt udstyr som patienterne allerede havde investeret i. Der er ikke foretaget en systematisk opsamling af erfaringer omkring anvendelse af forskellige apparater, så dette er et område man med fordel kan undersøge mere detaljeret efterfølgende. Men eftersom der ikke har været rapporteret tilfælde af apparater, som ikke kunne anvendes giver erfaringerne fra projektet ikke umiddelbart anledning til at antage at komponenterne i DDL ikke skulle være apparaturafhængige. Det skal dog bemærkes at der i projektet ikke har mulighed for at afprøve aflæsningen af data fra forskellige devices, men kun aflevering af data fra forskellige devices.

Projektmål: Service til patienterne

Borger og patienterne har generelt være godt tilfreds med den service, som de har fået i forbindelse med opsætning og installation. (Kilde: interview fra OUH, Esbjerg og Vejen)

I Esbjerg Kommune er det sygeplejersken, der står for introduktion til den tekniske løsning. Oplæring af borgeren sker enten i hjemmet eller på sundhedscentret, hvor borgerne går til træning og får vejledning. Det opleves som en vigtig del, at det er sundhedspersonalet, der sætter borgerne ind i udstyret og ikke en ”anonym” teknisk medarbejder. Det giver en stor trykthed for borgeren, at sundhedspersonen sidder ved siden af. Sundhedspersonen har samtidig også en væsentlig indsigt i deres sygdomsbillede, som gør, at de nemmere kan støtte borgeren. Sundhedspersonalet fungerer i

dette projekt også som projektledere, og kan derfor have nogle andre forudsætninger end en ”almindelig” sygeplejerske.

I Vejen Kommune udfyldes en form for stamkort omkring borgerens internet, udstyr osv. Dette gør, at den tekniske medarbejder har bedre forudsætninger for at levere en god service til borgerens, fordi han har mulighed for at forberede sig inden besøget angående om han skal have ekstra udstyr med eller ej. Det minimerer risikoen for, at der kan opstå mangler og fejl ifm. installationen. Sammen med den tekniske medarbejder er der altid en pædagog med, som kender den givne borgere. Dette øger trygheden for borgeren. ”For nogle vil det være lidt svært at acceptere, at der kommer en de aldrig har set før, som lige pludselige skal til at rode i deres telefon (...)”.

Anbefaling:

Det vil være optimalt at tilbyde borgeren flere forskellige måder at få introduktion til den digitale borgerløsning. Nogle borgere vil have brug for oplæring i hjemmet, andre kan få oplæring i sundhedscentret hvor de alligevel har sin gang, og nogle borgere vil godt kunne mestre at få tilsendt udstyr og en manual til opsætning (sidst nævnte har ikke været afprøvet men det er projektets opfattelse, at det vil kunne lade sig gøre i de tilfælde hvor løsningen er meget simpel og/eller at borgeren har gode IT kundskaber – bemærk at dette dog vil kræve yderligere undersøgelser/afdækning at samt en form for ”IT-mæssig” stratificering af borgerne). For at sikre en god service til patienterne kan det i nogle tilfælde være nødvendigt, at det er den sundhedsfaglige som introducerer borgeren til udstyret, da det senere er dem som har kontakt til borgerne og i nogle tilfælde skal yde en form for teknisk support.

Komponenten stamkort er en vigtig forudsætning for at borgeren oplever god service ifm. opsætning. Det giver (hvad enten det er en teknisk medarbejder eller en sundhedsfaglig person) en god mulighed for at forberede sig på den opsætningssituation, som man skal ud til. Har borgeren internet? Hvilken type og hastighed? Hvilket udstyr har borgeren? Er det nødvendigt at tage ekstra udstyr med osv. Disse er spørgsmål som personalet kan forberede sig inden et besøg, og dermed være betydelig bedre forberedt.

Projektmål: Teknisk Support og fokus på de kliniske opgaver

I Esbjerg Kommune har den sundhedsfaglige været indgang for supporten, da sygeplejersken jævnligt har kontakt med borgerne. De tekniske udfordringer, som sygeplejerskerne ikke har kunnet løse, er blevet stillet videre til en mere teknisk kyndig medarbejder.

De tekniske problemer er ofte ting som glemte password, lavt batteriniveau, netværksproblemer, bluetooth problemer eller problemer med version af henholdsvis app og styresystem. Når den tekniske medarbejder modtager ”en sag” tager han kontakt til borgeren for at undersøge hvad problemet er og hvordan det skal løses. Løsningen bliver enten foretaget via telefon, hjemmebesøg eller ved at borgerne kommer forbi den tekniske medarbejder i forbindelse med besøg på sundhedscentret til fx træning. (Kilde: interview med personale fra Esbjerg)

Vejen Kommune har haft meget få support henvendelser på deres videoprojekt, sandsynligvis fordi den anvendte teknologi er relativ simpel at anvende.

Den læge der var tilknyttet projektet på OUH har brugt meget tid på tekniske problemer i forbindelse med videoopkald. Herimod har Vejen ikke oplevet store tekniske udfordringer, da de værste børnesygdomme havde lagt sig. (Kilde: interview fra OUH og Vejen)

I Esbjerg Kommunes projekt har man valgt, at de sundhedsfaglige også skal bistå med simpel teknisk support og assistance til borgere, da de ofte er dem, som borgerne alligevel har kontakt med.

Selvom man er gået ud fra en antagelse om, at klinikere ikke skal bruge tid på tekniske aspekter er det (i hvert fald i projektøjemed) vanskeligt at lave en skarp opdeling af kliniske og tekniske opgaver, da de ofte er to sider af samme mønt

Erfaringen er, at den sundhedsprofessionelle ofte er indgangen for support, da borgerne i forvejen er i kontakt med dem. Det er deres opgave, at få sendt evt. mere tekniske problemer videre til den tekniske support.

Konklusionerne fra EU-projektet ”Connected for Health” tyder desuden på at den blotte tilstedeværelse af teknisk support – dvs. det at patienterne ved at der er nogen de kan kontakte hvis de får problemer med den tekniske løsning, i sig selv kan bidrage til at skabe en større tryghed omkring løsningen og en højere grad af ”mestring” hos den enkelte patient. Sådan at patientens behov for teknisk support rent faktisk bliver mindre, alene fordi muligheden herfor er til stede. Dette skal dog undersøges nærmere og dokumenteres grundigt før der kan konkluderes noget endeligt i den forbindelse.

Anbefaling:

Det er en stor fordel, at den tekniske assistance er let tilgængelig for borgerne – at det enten er personer, som de jævnligt er i kontakt med eller nemt kan kontakte via telefon eller video.

Det er en fordel, at den tekniske support kender til problemstillingen inden han evt. besøger borgeren i hjemmet, da han på den måde kan medbringe ekstra udstyr, måleudstyr, batterier, kabler etc.

Det er en fordel, at den tekniske support kender de enkelte løsninger grundigt. Erfaring fra Esbjerg viser, at når der skiftes batterier på et bluetooth device til måling af blodsukker, kan batterierne komme til at sidde på en måde (selvom de er korrekt monteret), som gør, at deviceet har svært ved at sende målingerne til tabletten, på trods af, at den faktisk godt kan foretage målingen – det er selve afsendelsen der ikke virker. En sådan erfaring er vigtig at få opsamlet og videregivet til dem, som foretager den tekniske support. Her er det vigtigt at påpege at det ikke er alle patientgrupper, der kan modtage teknisk support af andre end det velkendte kliniske personale. For eksempel kan dette ikke være en mulighed for visse grupper af psykisk svage patienter.

Det anbefales desuden at man som udgangspunkt har en teknisk supportafdeling, som både kan varetage store såvel som små tekniske problemer, så det bliver lettere for det kliniske personale at have fokus på deres kernopgaver, og blot kan hanvise patienten/borgeren til supportafdelingen. Der er dog et behov for at det kliniske personale bliver uddannet i de mest basale tekniske fejl, så de i et vist omfang kan varetage den letteste form for teknisk support. I de før nævnte specielle tilfælde med patienter fra psykiatrien, kan det være nødvendigt at uddanne det kliniske personale, så de kan varetage alle former for teknisk support, så patienten/borgeren føler sig tryk i situationen.



Brug af borgernes eget udstyr (BYOD)

De 2 afprøvningsprojekter der har kørt i Vejen kommune er baseret på anvendelse af det udstyr borgerne har i forvejen (PC, tablet, smartphone) og i forbindelse med evalueringen af disse har man opsamlet erfaringerne hermed. Erfaringerne fra Vejen kommune er følgende:

- Borgerne er mere trygge ved at kunne anvende deres eget udstyr
- Borgerne kender deres eget udstyr og har lettere ved at bruge det
- Fra et supportmæssigt synspunkt, er der større udfordringer med BYOD, da man skal være hjemme i forskellige operativsystemer m.m.
- For at der ikke skal være nogen diskussion om, hvorvidt man har været inde og pille ved noget på borgerens device(s) – så har man i Vejen kommune en retningslinje der går på, at man beder dem (borgeren) om selv at installere Skype på deres device. En medarbejder fra Vejen kommune står ved siden af og hjælper og guider gerne, men rører ikke deres personlige devices. Det skal borgerne selv gøre. På den måde lærer de også bedre at bruge programmet.
- Det er Vejen kommunes indtryk at borgeren generelt har OK udstyr selv
- Vejen kommune har skullet sikre os at de havde et data abonnement så de ikke ender med en stor regning på mobilen grundet skype opkald via mobilen Så det har vi spurgt grundigt ind til – bl.a. via et spørgeskema som udfyldes sammen med borgeren før borgeren bliver del af projektet.
- Generelt kender kommunens medarbejdere forholdene (ift mobildækning) hos borgere temmelig godt fordi man er vant til at køre rundt til dem. Alle teleselskaber har dækningskort som medarbejderne tjekker. Så længe det kun er borgere der bor i byen er mobildækning ikke det store problem.

Generelt har man i Vejen kommunes pilotprojekter haft gode erfaringer med BYOD.

Krav til denne rapport i projektbeskrivelsen

I projektbeskrivelsen er følgende krav til evalueringsrapporten beskrevet:

| Mål jf. forventet forretningsudbytte | Indikatorer | Måleproces |
|---|--|--|
| 1. Billigere at udvikle digitale borgerløsninger | Billigt integrationsmiljø Reducerer behov for infrastrukturelle løsninger i ”devices” | Arkitekturvurdering Interview med udviklere |
| 2. Billigere at drifte | Måles ift. alternativomkostninger og der søges efter break even på antallet af løsninger | Gennemgang af løsnings udgifter i dag målt op mod omkostninger ved infrastruktur |
| 3. Opsamling af data systematiseres | Alle data genereret i digitale borgerløsninger kan opsamles og videresendes | Kontrol ift. KIH |
| 4. Nemmere at komme i gang for | Ekstraarbejde der er for sundhedsprofessionelle at sætte | Interviews med sundhedsprofessionelle |

| | | |
|--|---|--|
| sundhedsprofessionelle og borgere | patienterne i gang med en behandling. | |
| 5. Apparaturafhængighed | Alle løsninger kan benytte sig af infrastrukturen | Tekniske tests ift. nationale standarder |
| 6. Service til patienterne | Patienterne og borgerne oplever god service ifm installation i hjemmet | Tilfredshedsundersøgelse |
| 7. Teknisk support | Anvendelsen af teknisk support | Optælling af henvendelser og løsninger. Døgnfordelt og viderehenvissningsfordelt |
| 8. Fokus på kliniske opgaver | Vurderes på, hvor megen tid der bruges på varetagelse af ikke-kliniske problemstillinger. | Interviews med sundhedsprofessionelle |

Som det kan ses er evalueringsrapporten i store træk bygget op omkring de 8 punkter der er nævnt i skemaet ovenfor. Det er dog ikke alle måleprocesserne som det har været muligt at gennemføre i løbet af projektet. Arkitekturvurderingen er således udskudt til efter projektets afslutning, blandt andet fordi kravmaterialet skulle være helt færdigt først. Derudover har det ikke været muligt at gennemføre tekniske tests i forhold til apparaturafhængighed eller lave systematiske optællinger af henvendelser og løsninger vedr. support. Der er dog blevet gennemført en række interviews af både patienter og klinikere i forbindelse med det EU projekt, som man har deltaget i med dele af DDL og konklusionerne fra dette projekt kan til en vis grad også bidrage til at belyse dette spørgsmål.

Opsummering af konkrete erfaringer

Nedenfor ses en opsummering af nogle af de mest væsentlige konkrete erfaringer, som projektet har været med til at producere og opsamle fra de forskellige afprøvningsprojekter.

Det er vigtigt at informationen i komponenten Stamkort er korrekt og til rådighed ved start af et forløb med anvendelse af digital borgerløsning hos en ny patient/borger. Dette er vigtigt fordi den information som ligger i denne komponent skal give teknikeren eller hvem der skal installere udstyret til borgeren, information om der er adgang til internet, hvilken hastighed det køre med, hvilke deviser der findes i hjemme etc. Dermed er det lettere at finde det rigtige udstyr, eller blot at installere løsningen på brugerens eget devise.

Det er en fordel at der er mulighed for oplæring flere steder. Både i hjemmet, på eksempelvis plejecenteret eller blot via en manual som bliver tilsendt sammen med udstyret. Det kan være en fordel at der under oplæringen kan være både en sundhedsfaglig og en tekniker til stede, så den sundhedsfaglige kan skabe tryghed for borgeren, og teknikeren kan installere og bistå med den mere tekniske del.

Det vil være nødvendigt at overveje behovet for en speciel løsning for udsatte patientgrupper, som fx psykiatriske patienter, når man taler om oplæring og support. Her viser erfaringen at det er vigtigt at det er noget kendt personale, som hjælper med installation af udstyret og hvis der opstår tekniske problemer.

Når behovet for teknisk support opstår, er det vigtigt at det tekniske personale let kan finde informationer om internethastigheden, udstyr og anden relevant information, så de har de vigtige informationer og kan bistå borgeren bedste muligt med en løsning.

Det er vigtigt at det som udgangspunkt er det tekniske personale, som står for den tekniske support. Det kan til tider være nødvendigt at det kliniske personale assisterer ved mindre problemer, men det er dog vigtigt at de som udgangspunkt har fokus på deres kerneopgaver, og ikke agere teknisk supporter på alle tekniske problemer hos borgeren.

For at kunne opnå den optimale besparelse, er det en fordel hvis der lægges vægt på både vidensdelingen i organisationen og kompetenceudviklingen hos de ansatte, så man kan genbruge den allerede tilegnede viden omkring en bestemt løsning, og at denne viden lette kan frigives når der er brug for den.