



ANALYSE AF SKÆRMBESØG OG VIRTUELLE KONSULTATIONER

HOVEDRAPPORT

4. december 2018

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

LEDELSESSAMMENDRAG

Indledning

I regi af initiativ 3.3 'Udbredelse af digitale velfærdsløsninger' i Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi er det besluttet at igangsætte en analyse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer i 2018. Analysen skal blandt andet kortlægge anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer inden for social, sundhed og pleje i kommuner, regioner og almen praksis samt tværsektorielt. Analysen skal desuden evaluere økonomiske og kvalitative potentialer ved anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer på udvalgte målgrupper og ydelser.

Derudover skal analysen afdække tekniske forudsætninger for anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer, afdække mulige tekniske og erfarede juridiske samt øvrige barrierer for anvendelse og landsdækkende udbredelse af løsningen samt give konkrete løsningsforslag til at overkomme tekniske og øvrige barrierer. Ydermere skal analysen beskrive best practice for anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer og komme med anbefalinger til anvendelse og implementering.

Analysens resultater og konklusioner skal tjene som beslutningsgrundlag for KL, Danske Regioner og regeringen, således at der eventuelt kan træffes beslutning om landsdækkende udbredelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer på en række udvalgte områder ved ØA20. Analysen er gennemført af PA Consulting i perioden juni til december 2018.

Som led i den indledende kortlægning er der identificeret 12 ydelser med 33 tilhørende målgrupper på tværs af kommuner, regioner, almen praksis og tværsektorielt. Empirien udgøres af 100 demonstrationsprojekter og evaluerede idriftsatte initiativer. På baggrund af kortlægningen er følgende fire områder udvalgt til videre analyse:

1. Videokonsultationer til ambulant behandling af patienter i den regioale psykiatri
2. Skærmbesøg til online bostøtte i kommunerne til borgere visiteret til SEL§85
3. Skærmbesøg til virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne til borgere, der modtager hjælp i eget hjem
4. Virtuelle tværsektorielle udskrivningskonferencer i overgangen fra sygehus til kommune for apopleksipatienter med udvidede koordineringsbehov.

Analysens hovedkonklusioner

Analysens hovedkonklusioner er gældende for den indledende kortlægning og de fire udvalgte områder. Den samlede analyse rummer følgende fem hovedkonklusioner:

- Anvendelsen af skærmbesøg og videokonsultationer er mest udbredt i kommunerne, mens regionerne har en bred vifte af mindre pilotprojekter
- På tværs af de fire udvalgte områder er der identificeret kvalitative effekter for både borgere og medarbejdere
- Skærmbesøg og virtuelle konsultationer understøtter en generel bevægelse på social- og sundhedsområdet fra omsorgsfokuserede til rehabiliterende indsatser over for borgerne
- Implementering tager tid og kræver et solidt ledelsesfokus og tydelige målsætninger for anvendelse og udbredelse
- Den opstillede businesscase viser et samlet positivt nettopotentiale på godt 253 mio. kr. over fem år med en betydelig forskel på potentialet i de fire målgrupper.

Anvendelsen af skærmbesøg og videokonsultationer er mest udbredt i kommunerne, mens regionerne har en bred vifte af mindre pilotprojekter

En kortlægning af anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer inden for social, sundhed og pleje viser, at der er stor forskel på graden af udbredelse og anvendelse i henholdsvis regioner, kommuner og almen praksis samt på tværs af ydelser og målgrupper.

Kortlægningen viser, at anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer er relativt udbredt i landets kommuner. Særligt på bostøtteområdet er der identificeret mange demonstrationsprojekter, og der foreligger dokumenterede erfaringer og kommuner, som er i drift med tilbud om skærmbesøg til borgerne. På hjemme- og sygeplejeområdet er der også identificeret en række demonstrationsprojekter, og der er dokumenterede erfaringer fra fire kommuner samt enkelte kommuner i drift med tilbud til borgerne og adskillige kommuner med igangværende pilotprojekter.

Kortlægningen viser, at anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer i regionerne er karakteriseret ved enkelte løsninger i drift og mange mindre pilotprojekter. Der er således kun identificeret enkelte

dokumenterede erfaringer med implementering og anvendelse af virtuelle konsultationer, der særligt retter sig mod diagnosticering og udredning samt kontrol og opfølgning. Der er identificeret mange mindre pilotprojekter, hvoraf enkelte er overgået til drift. På det psykiatriske område er der i to regioner identificeret idriftsatte tilbud om videokonsultationer til ambulans behandling af psykiatriske patienter. Der foreligger ikke evaluering af effekter eller dokumenterede erfaringer fra de to regioner.

I forhold til tværsektoriel anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer er der kun identificeret få dokumenterede erfaringer, og det er kun få pilotprojekter, der er overgået til drift. I almen praksis er der ikke identificeret dokumenterede erfaringer men enkelte pilotprojekter under opstart.

På tværs af de fire udvalgte områder er der identificeret kvalitative effekter for både borgere og medarbejdere

Inden for alle de udvalgte områder er der identificeret kvalitative effekter for både medarbejdere og borgere/patienter. For borgere og patienter er der især fokus på, at anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer muliggør en mere individuelt tilpasset behandling eller ydelse, øger fleksibilitet i behandlingen og ydelsen, og at behandling eller ydelser leveret over skærm generelt opleves som værende af mindst samme kvalitet som fysiske ydelser eller behandling.

Medarbejderne oplever generelt, at skærmbesøg og virtuelle konsultationer muliggør mere fleksible og effektive arbejdsgange og mindre spildtid. Dog finder nogle medarbejdere det besværligt at skulle anvende en ny løsning, og nogle medarbejdere tvivler på, om de kan levere samme kvalitet over skærm som ved fysisk tilstedeværelse.

Generelt har patienter og borgere meget høj tilfredshed med skærmbesøg og virtuelle konsultationer. Medarbejderne er generelt også tilfredse men ikke i lige så grad som deres patienter eller borgere.

Skærmbesøg og virtuelle konsultationer understøtter en generel bevægelse på social- og sundhedsområdet fra omsorgsfokuserede til rehabiliterende indsatser over for borgerne

Brug af skærmbesøg og virtuelle konsultationer understøtter en mere generel bevægelse på social- og sundhedsområdet, hvor medarbejdere i højere grad skal have en mere rehabiliterende tilgang i deres omsorgsarbejde og støtte borgerne i at blive mere selvhjulpne. Erfaringer fra flere projekter viser, at det at implementere skærmbesøg som led i den daglige levering af social- og sundhedsydelser rykker ved medarbejdernes og borgernes indbyrdes relation, ved medarbejderens oplevelse af kerneopgaven, ved fagligheden og ved arbejdskulturen. At implementere skærmbesøg og virtuelle konsultationer medfører således et behov for, at medarbejderen tilegner sig nye kompetencer og tillærer sig en ny måde at løse sin kerneopgave på og også anderkender metoden som fagligt tilstrækkelig. En sådan kulturforandring kræver prioritering af forandringsprocessen og er afgørende for anvendelse og udbredelse nye løsninger.

Implementering tager tid og kræver et solidt ledelsesfokus og tydelige målsætninger for anvendelse og udbredelse

Det er en gennemgående pointe på tværs af de fire udvalgte ydelsesområder og adskillige demonstrationsprojekter, at ledelsen vurderer, at skærmbesøg og virtuelle konsultationer er egnede til anvendelse i indsatserne til flere borgere og patienter end dem, der rent faktisk får det tilbudt i dag.

De nødvendige organisatoriske forudsætninger for, at dette sker, er, at medarbejderne er motiverede og kompetente til at anvende løsningen, at der er egnede fysiske rammer til at foretage videosamtaler, at nye arbejdsgange og roller beskrives, samt at der er solidt ledelsesfokus på udbredelse og anvendelse af løsningen og i særlig grad på den nødvendige forandringsproces, som skal gennemføres. I den sammenhæng er det særligt vigtigt, at ledelsen arbejder målrettet for implementering og udbredelse, opstiller og kommunikerer tydelige mål, der er koblet til øvrige indsatser på området, engagerer medarbejderne og følger op på udmeldte mål og milepæle. Nødvendige tekniske forudsætninger omhandler blandt andet devices til medarbejdere og borgere, en velfungerende videoløsning, gode vejledninger og nødvendig adgang til og brug af kritiske mødeinfrastrukturkomponenter. Nødvendige juridiske forudsætninger er blandt andet, at de anvendte løsninger skal leve op til krav om datasikkerhed, og at ledelse og medarbejdere skal være bekendt med GDPR-krav.

Den opstillede businesscase viser et akkumuleret positivt nettopotentiale på godt 253 kr. over fem år med en betydelig forskel på potentialet i de fire målgrupper

Der er opstillet en businesscase, som omfatter de fire udvalgte målgrupper. Businesscasen viser samlet set et akkumuleret positivt nettopotentiale på godt 253 mio. kr. over fem år. Der er betydelig forskel på det estimerede potentiale for hver af de fire målgrupper, idet to målgrupper viser et positivt resultat, én målgruppe viser et neutralt resultat, og én målgruppe viser et negativt resultat. Den opstillede businesscase er forbundet med en vis usikkerhed. Usikkerheden varierer for hver af de fire målgrupper.

- Businesscasen for videokonsultationer til ambulans behandling af patienter i den regionale psykiatri har et negativt nettopotentiale på cirka. –44 mio. kr. over fem år. Businesscasen beror på et mindre solidt datagrundlag, idet der kun i begrænset omfang foreligger dokumenterede erfaringer, som beskriver resultaterne af at indføre videokonsultationer i psykiatrien fra to regioner, med en lav udbredelsesgrad.
- Businesscasen for skærmbesøg til online bostøtte i kommunerne har et positivt nettopotentiale på godt 69 mio. kr. over fem år. Resultatet af businesscasen beror på et solidt datagrundlag, idet der foreligger evalueringer, som beskriver resultaterne af at implementere online bostøtte i samlet set 20 kommuner. Endvidere foreligger spørgeskemadata fra 89 kommuner.
- Businesscasen for skærmbesøg til virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne har et positivt nettopotentiale på godt 228 mio. kr. over fem år. Businesscasen beror på et forholdsvis solidt datagrundlag, idet der foreligger evalueringer af resultater ved at implementere skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen fra tre kommuner. Endvidere foreligger spørgeskemadata fra 89 kommuner.
- Businesscasen for Virtuelle tværsektorielle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter har et neutralt resultat på omkring 0 mio. kr. Businesscasen beror på et mindre solidt datagrundlag, idet der kun foreligger erfaringer fra to evaluerede pilotprojekter vedrørende tværsektorielle udskrivningskonferencer.

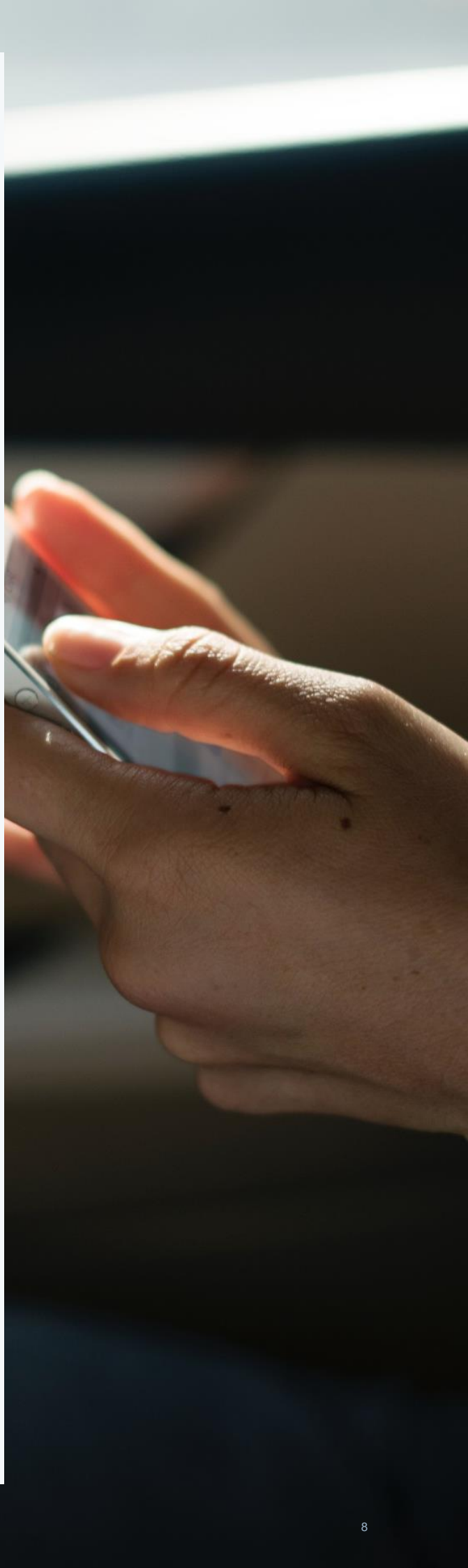
INDHOLD

LEDELSESSAMMENDRAG		2
1	INDLEDNING	9
1.1	Opdrag og formål	9
1.2	Scope og fremgangsmåde	9
1.3	Rapportens struktur	11
2	ANVENDELSE AF SKÆRMBESØG OG VIRTUELLE KONSULTATIONER	13
2.1	Den gennemførte kortlægning	13
2.2	Vurdering af målgrupper og ydelser	17
2.3	Udvælgelse af ydelser og målgrupper til videre analyse.	19
3	VIDEOKONSULTATIONER TIL AMBULANT PSYKIATRISK BEHANDLING I REGIONERNE	21
3.1	Ydelse og målgruppe	21
3.2	Kontekst for videokonsultationer i den ambulante psykiatri	21
3.3	Organisering af den ambulante psykiatri i Danmark.	22
3.4	Anvendelse af videokonsultationer i psykiatrien	22
3.5	Erfaringer med anvendelse af videokonsultationer i psykiatrien i Danmark	24
3.6	Kvalitative effekter ved anvendelse af videokonsultationer	25
3.7	Effektiviseringspotentiale og businesscase	27
3.8	Opsummering.	27
4	SKÆRMBESØG TIL ONLINE BOSTØTTE I KOMMUNERNE TIL BORGERE I EGET HJEM	29
4.1	Ydelse og målgruppe	29
4.2	Kontekst for bostøtte leveret via skærmt teknologi	29
4.3	Organisering af bostøttetilbud i Danmark.	30
4.4	Anvendelse af skærmbesøg i til online bostøtte	30
4.5	Erfaringer med anvendelse af skærmbesøg til online bostøtte	31
4.6	Kvalitative effekter ved anvendelse af skærmbesøg	33
4.7	Effektiviseringspotentiale og businesscase	34
4.8	Opsummering.	35

5	SKÆRMBESØG TIL VIRTUEL HJEMME- OG SYGEPLEJE TIL BORGERE DER MODTAGER PLEJE I EGET HJEM.	36
5.1	Ydelse og målgruppe	36
5.2	Kontekst for ydelser leveret via skærmt teknologi i hjemme- og sygeplejen	36
5.3	Organisering af hjemme- og sygeplejen i Danmark	37
5.4	Anvendelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen	37
5.5	Erfaringer med anvendelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen i Danmark	38
5.6	Kvalitative effekter ved anvendelse af skærmbesøg	40
5.7	Effektiviseringspotentiale og businesscase	41
5.8	Opsummering.	42
6	VIRTUELLE UDSKRIVNINGSKONFERENCER I OVERGANGEN FRA SYGEHUS TIL KOMMUNE TIL BORGERE MED KOMPLEKSE PLEJEBEHOV	43
6.1	Ydelse og målgruppe	43
6.2	Behandlingsmæssig kontekst for virtuelle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter	43
6.3	Organisering af apopleksibehandling og neurorehabilitering i Danmark.	44
6.4	Anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter	45
6.5	Erfaringer med anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer i Danmark	46
6.6	Kvalitative effekter ved anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer	48
6.7	Effektiviseringspotentiale og businesscase ved VUK	49
6.8	Opsummering.	50
7	BUSINESSCASE	51
7.1	Videokonsultationer i psykiatrien	52
7.2	Skærmbesøg i bostøtte	55
7.3	Skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen	58
7.4	Videokonsultationer i tværsektorielle udskrivningskonferencer	60
8	TEKNISKE LØSNINGER OG INFRASTRUKTUR	65
8.1	Overblik over tekniske løsninger og leverandører	65
8.2	Teknologiarketyper på tværs af målgrupper og ydelser	66
9	FORUDSÆTNINGER FOR LOKAL ANVENDELSE OG NATIONAL UDBREDELSE SAMT IMPLEMENTERINGSANBEFALINGER	70
9.1	Organisatoriske forudsætninger	70

9.2	Tekniske forudsætninger og barrierer	74
9.3	Juridiske forudsætninger	78
9.4	Overblik over forudsætninger	80
9.5	Implementeringsanbefalinger	81
10	REFERENCER	82

INDLEDNING



1 INDLEDNING

I dette indledende kapitel beskrives opdrag og formål for analyse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer samt kontekst for analysen. Scope og fremgangsmåde for analysen præciseres og rapportens struktur og opbygning forklares.

1.1 Opdrag og formål

Initiativ 3.3 'Udbredelse af digitale velfærdsløsninger' i Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi har til formål at forberede og accelerere udbredelse af solidt dokumenterede og effektive digitale velfærdsløsninger på social- og sundhedsområdet. Initiativet fokuserer på at analysere løsninger, som har været afprøvet i demonstrationsprojekter i enten kommuner eller regioner. Som led i initiativet vurderes projekternes egnethed til udbredelse, herunder om de kan bidrage med produktivits- og serviceforbedringer i den offentlige sektor.

I regi af initiativet har styregruppen for initiativ 'Udbredelse af digitale velfærdsløsninger' besluttet at igangsætte en analyse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer i 2018.

Formålet med analysen er blandt andet at kortlægge anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer i kommuner, regioner og tværsektorielt samt evaluere økonomiske og kvalitative potentialer ved anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer på udvalgte målgrupper og ydelser. Derudover skal analysen afdække tekniske forudsætninger for anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer, afdække mulige tekniske og erfarede juridiske samt øvrige barrierer for dels anvendelse, dels landsdækkende udbredelse af løsningen samt konkrete løsningsforslag til tekniske og øvrige barrierer. Ydermere skal analysen beskrive best practice for anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer og anbefalinger til anvendelse og implementering.

Analysens resultater og konklusioner skal tjene som et solidt beslutningsgrundlag, der klart og tydeligt forholder sig til kvalitative og kvantitative effekter ved anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer, således at KL, Danske Regioner og regeringen eventuelt kan træffe beslutning om landsdækkende udbredelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer ved ØA20.

Analysen er gennemført af PA Consulting i perioden juni til december 2018. Analysens resultater er løbende afrapporteret til den for analysen nedsatte styregruppe, der har bestået af Digitaliseringsstyrelsen (formand), KL, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet samt Børne- og Socialministeriet.

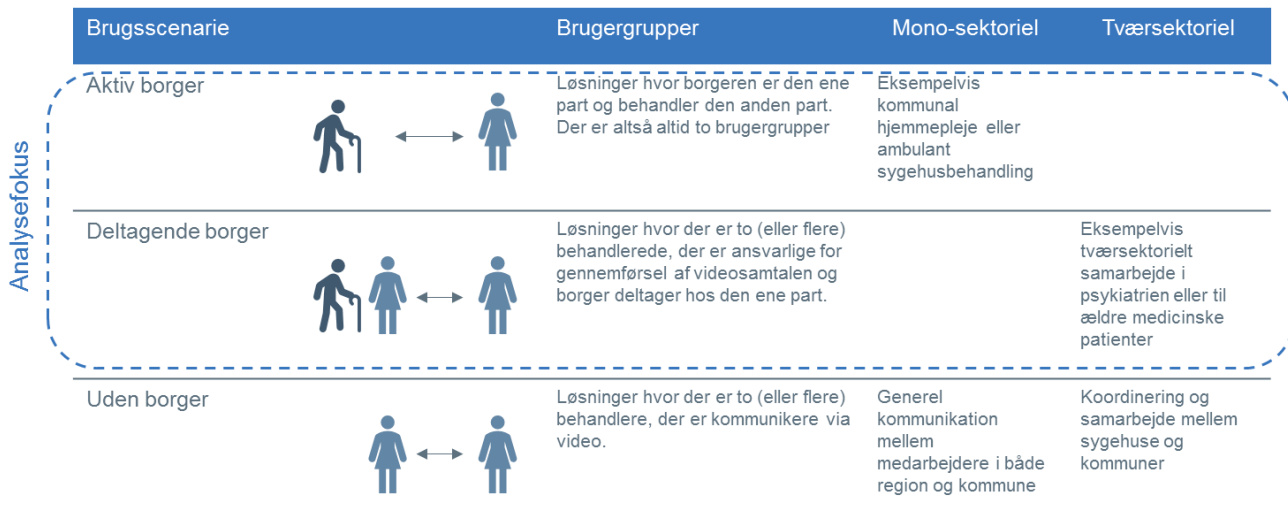
1.2 Scope og fremgangsmåde

De følgende afsnit beskriver scope og fremgangsmåde for den gennemførte analyse, herunder særlige fokusområder og fravalg.

1.2.1 Definition og afgrænsning af analysens fokus

I nærværende analyse er fokus udelukkende på at kortlægge og vurdere anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer, hvor borgeren direkte indgår som part. En borger kan dog indgå i en samtale, et besøg eller et møde på forskellig vis. I denne analyse differentierer vi mellem to typer af brugsscenarier illustreret i figur 1.

- **Aktiv borger:** Ydelser hvor borgeren er den ene og modtagende part, og den sundhedsfaglige/behandleren er den anden part. Her er formålet med anvendelse af skærmbesøg og videokonsultationer som udgangspunkt at substituere udvalgte fysiske møder eller konsultationer for borgeren eller behandleren
- **Deltagende borger:** Ydelser hvor der er to eller flere sundhedsfaglige/behandlere, der er ansvarlige for gennemførelsen af videosamtalen, og hvor borgeren deltager hos den ene part. Her er formålet med anvendelsen af skærmbesøg og videokonsultationer som udgangspunkt at substituere udvalgte fysiske møder eller konsultationer for en eller flere behandlere og give mulighed for øget borgerinddragelse.



Figur 1. Analysens fokus

Særligt for arbejdet med vurdering af økonomiske potentialer er karakteren og formålet med skærmbesøg og videokonsultationer af betydning. Potentialernes karakter differentierer alt efter, om formålet er at øge borgerinddragelse, eller om det er at erstatte fysiske besøg med virtuelle besøg eller en kombination. For at opnå de største mulige potentialer og med fokus på ressourcetræk i regioner og kommuner vil analysen sigte på at udvælge ydelser og målgrupper hvor borgeren indgår som aktiv partner.

1.2.2 Fremgangsmåde

Denne analyse er gennemført som fire på hinanden følgende delanalyser, hvor resultater og konklusioner ved afslutningen af hver fase er blevet forelagt analysens styregruppe med henblik på beslutning om retning og udvælgelse af særlige fokusområder i det videre analysearbejde.

I det følgende skitseres de fire delanalyser

- Delanalyse 1 – Kortlægning og udarbejdelse af bruttoliste over ydelser og målgrupper:** Formålet har været at kortlægge anvendelsen og udbredelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer på socialområdet og i sundhedsvæsenet; det vil sige anvendelse i almen praksis, i regioner, i kommuner og tværspektorielt. Kortlægningen har bestået af grundig desk research og taget udgangspunkt i eksisterende evalueringer og publikationer. Kortlægningen har resulteret i en liste med 100 demonstrationsprojekter, der alle er blevet kategoriseret i overordnede ydelser og vurderet ud fra kriterier om volumen, ressourcetræk, digitaliseringspotentiale, modenhed og hensyntagen til igangværende eller afsluttede evalueringer. Resultatet af delanalyse 1 er en konsolideret bruttoliste over de ydelser og tilhørende målgrupper, hvor der vurderedes at være største potentiale på baggrund af flest mulige demonstrationsprojekter. Styregruppen udvalgte i fællesskab fire områder til videre analyse
- Delanalyse 2 - Evaluering af kvalitative effekter og økonomiske potentialer:** Formålet med denne del af analysen har været nøje at beskrive de fire udvalgte områder, at gennemgå praksiserfaringer på området, at vurdere de kvalitative effekter og økonomiske potentialer og opstille en national businesscase. Delanalyse 2 har bestået af en gennemgang af resultater fra eksisterende rapporter og evalueringer af demonstrationsprojekter samt interviews med projektledere, medarbejdere, ledere og andre personer, der har været aktive brugere af løsningerne. Til vurdering af økonomiske potentialer blev der taget udgangspunkt i statens businesscase-model, og arbejdet blev udført som en iterativ proces. Data stammer fra evalueringer af demonstrationsprojekter og er løbende blevet valideret ved udvalgte nøglepersoner. Resultatet af delanalyse 2 er en uddybende beskrivelse af de fire udvalgte områder indeholdende kvalitative effekter for borgere og medarbejdere samt en businesscase for alle fire områder over fem år. Businesscasen beskriver nettopotentialet, usikkerhed og følsomhedsberegninger.
- Delanalyse 3 – Beskrivelse af den eksisterende infrastruktur og løsninger på markedet samt afdækning af forudsætninger for anvendelse og udbredelse.** Formålet med denne del af analysen har dels været at beskrive og kategorisere den infrastruktur og arkitektur, der aktuelt anvendes til skærmbesøg og videokonsultationer samt at danne et overblik over, hvilke arketyperiske løsninger der er på markedet. Dels har formålet været at identificere og beskrive de nødvendige organisatoriske, tekniske og juridiske forudsætninger for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger til skærmbesøg og virtuelle konsultationer. Delanalyse 3 har bestået af en gennemgang af resultater fra eksisterende rapporter og evalueringer af demonstrationsprojekter samt interviews med projektledere, specialkonsulenter, ledere og andre personer, der har været involveret i implementering af løsningerne. Resultatet af delanalyse 3 er en

detaljeret beskrivelse af det aktuelle tekniske landskab, herunder arkitektur, infrastruktur og arketyperiske videoløsninger, samt nødvendige forudsætninger og handlingsanvisninger for lokal anvendelse og national udbredelse.

- **Delanalyse 4 – anbefalinger til anvendelse og implementering.** Formålet med denne del af analysen har været at beskrive implementeringsanbefalinger til de fire udvalgte områder. Fokus har været på at udarbejde anbefalinger målrettet medarbejdere og ledere i kommuner, regioner og tværsektorielle projekter. Anbefalingerne er udarbejdet som konkrete handlingsanvisninger, således at de er lette at operationalisere og kan anvendes som en håndbog eller tjekliste. Delanalyse 4 har bestået i en gennemgang af de forudsætninger der er identificeret i delanalyse 3, gennemgang af implementeringsanbefalinger fra eksisterende rapporter og evalueringer af demonstrationsprojekter samt interviews med projektledere, specialkonsulenter, ledere og andre personer, der har været involveret i implementering af skærmløsninger.

1.3 Rapportens struktur

Rapporten har en struktur, der følger analysens fire delanalyser og indeholder følgende elementer:

Sektion 1 - Kortlægning af anvendelsen af skærmbesøg og virtuelle konsultationer

- Kapitel 2: Anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer

Sektion 2 - Uddybende beskrivelse og vurdering af fire udvalgte områder

- Kapitel 3: Videokonsultationer til ambulans psykiatrisk behandling i regionerne
- Kapitel 4: Skærmbesøg til online bostøtte i kommunerne til borgere visiteret til §85
- Kapitel 5: Skærmbesøg til virtuel hjemme- og sygepleje til borgere der modtager pleje i eget hjem
- Kapitel 6: Virtuelle udskrivningskonferencer i overgangen fra sygehus til kommune til borgere med komplekse plejebehov
- Kapitel 7: Businesscase for de fire udvalgte områder

Sektion 3 – Overblik over tekniske løsninger og generelle forudsætninger for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger

- Kapitel 8: Overblik over tekniske løsninger og tilhørende infrastruktur
- Kapitel 9: Forudsætninger for lokal anvendelse og national udbredelse. Implementeringsanbefalinger for de fire områder fremgår af bilag C, D E og F.

Derudover består afrapporteringen af følgende bilag:

- Bilag A: Oversigt over demonstrationsprojekter
- Bilag B: Forudsætninger for businesscase (herunder inputparametre, metode og fremgangsmåde)
- Bilag C: Anbefalinger til implementering af videokonsultationer i psykiatrien
- Bilag D: Anbefalinger til implementering af online bostøtte i kommunerne
- Bilag E: Anbefalinger til implementering af virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
- Bilag F: Anbefalinger til implementering af virtuelle udskrivningskonferencer

Sektion 1

KORTLÆGNING AF
ANVENDELSEN AF
SKÆRMBESØG OG
VIRTUELLE
KONSULTATIONER

2 ANVENDELSE AF SKÆRMBESØG OG VIRTUELLE KONSULTATIONER

I dette kapitel beskrives den gennemførte kortlægning, de identificerede ydelser og målgrupper og endeligt vurdering og udvælgelse af områder til videre analyse.

2.1 Den gennemførte kortlægning

Den gennemførte kortlægning tager udgangspunkt i en systematisk gennemgang af foreliggende materiale i form af større skriftlige evalueringer og statusrapporter fra Danmark, eksempelvis KL's statusrapport, evaluering af "Projekt Online Bostøtte", regionale notater og MedComs projektbeskrivelser. Yderligere er alle styregruppemedlemmer blevet adspurgt om deres kendskab til gangværende projekter og har bidraget med relevante demonstrationsprojekter til kortlægningen. Øvrige interessenter såsom de fem regioner, MedCom og PLO er blevet adspurgt om deres kendskab til igangværende eller afsluttede demonstrationsprojekter, og endeligt er det telemedicinske- og velfærdsteknologiske landkort gennemgået.

I kortlægningen af ydelser og målgrupper, hvor der anvendes skærmbesøg og videokonsultationer, er relevante demonstrationsprojekter gennemgået og grupperet på baggrund af sektorer, navnlig kommuner, regioner, almen praksis, og tværsektorielle projekter. Yderligere er der taget stilling til, om borgeren i de identificerede projekter er aktiv eller deltagende i brugen af skærmbesøg, og demonstrationsprojekternes status er kategoriseret efter, om projektet er et pilotprojekt, et implementeringsprojekt, i drift, eller afsluttet, for at afgøre modenheden.

Resultatet af kortlægningen er en bruttoliste bestående af 12 overordnede ydelser og 33 tilhørende målgrupper. Ydelser og målgrupper er identificeret på baggrund af på 100 demonstrationsprojekter.

For yderligere information om de 100 demonstrationsprojekter samt volumen og modenhed på de enkelte målgruppe henvises der til Bilag A: Oversigt over demonstrationsprojekter.

I det følgende listes de 12 ydelser med tilhørende målgrupper¹ fordelt per sektor.

2.1.1 Ydelser i Almen Praksis:

Ydelse	Beskrivelse	Identificerede målgrupper
Virtuel konsultation	Anvendelsen af videosamtaler i almen praksis i form af planlagte virtuelle konsultationer med almen medicinske patienter i eget hjem. Eksempelvis anvendes virtuelle konsultationer i ydreområder såsom Tirstrup, hvor lægedækningen udfordres af stor afstand. Potentiale: En videokonsultation kan erstatte et fysisk besøg.	<ul style="list-style-type: none">Borgere der vurderes egnede til virtuel konsultation

Udbredelsesstatus er meget lav, og der er kun identificeret to projekter, hvoraf ingen er i drift.

Der er dog identificeret initiativer, der har fokus på at skabe forudsætninger for anvendelse af videosamtaler i almen praksis, idet der er installeret videoudstyr til tolkning i mange praksisser, og der foreligger en overenskomst for virtuelle konsultationer i almen praksis i Region Syddanmark.

¹ Bemærk, at enkelte målgrupper går igen ved flere ydelser, hvorfor summen af alle identificerede målgrupper, der er listet på tværs af ydelserne, er mere end 33.

2.1.2 Ydelser i regionerne

Udbredelsesstatus er sporadisk, idet alle regioner har projekter på pilotstatus, og enkelte regioner er i drift med anvendelse af videokonsultationer, eksempelvis til ambulante behandling i psykiatrien. I nærværende kortlægning er der identificeret 36 regionale projekter, hvoraf mange har få projektdeltagere og vedrører en specifik diagnose.

Ydelse	Beskrivelse	Identificerede målgrupper
Diagnosticering og udredning	<p>Online videokonsultation hvor der ydes specialistbistand/fjernkonsultation til afdelinger/ambulatorier. Eksempelvis fjernkonsultation mellem ortopædkirurgisk specialfunktion Rigshospitalet og patient i ortopædkirurgisk ambulatorium på Bornholms Hospital.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation erstatter og/eller supplerer telefonsamtaler og evt. billeddokumentation og muliggør direkte involvering af patienten. I nogle tilfælde kan fysiske konsultationer erstattes.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere i udredningsforløb• Senhjærneskade• Patienter i yderområder med lav lægedækning• Patienter med ortopædkirurgiske diagnoser• Patienter i psykiatrien• Børn med kræft• Borgere med parkinson sygdom• Borgere med øjensygdomme.
Ambulant behandling	<p>Online videokonsultation hvor behandler og patient taler sammen over skærm. Eksempelvis behandlingstilbud i psykiatrien hvor borgeren kan modtage behandling i form af psykologsamtaler for angst og let til moderat depression over skærm.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation kan erstatte/supplere fysiske besøg.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Patienter i psykiatrien• Børn og unge i psykiatrien• Personer med Tourettes syndrom.• Borgere med KOL• Patienter med ortopædkirurgiske diagnoser.
Kontrol og opfølgning	<p>Online videokonsultation hvor ambulante kontroller eller opfølgninger foretages over skærm og erstatter fysisk fremmøde. Eksempelvis modtager sengeafdelingen opkald fra udskrevne, nybagte forældre og kan foretage kvalificeret vejledning og vurdere et barns sutteteknik eller størrelsen på blødning hos moderen.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation erstatter fysiske besøg.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Psykiatriske patienter• Nybagte forældre• Borgere med autisme• Borgere med cystisk fibrose• Diabetespatienter• Borgere med KOL• Endokrinologiske patienter• Neurologiske patienter• Borgere med parkinson• Borgere med spondylodiscitis• Borgere med øjensygdomme• Forældre til præmature børn.

2.1.3 Tværsektorielle ydelser

Generelt er udbredelsen lav tværsektorielt. Der er identificeret 18 projekter, hvoraf seks er i drift. De to primære områder er videokonsultationer ved udskrivning fra sygehus samt samarbejde mellem psykiatri og lokalpsykiatri.

Ydelse	Beskrivelse	Identificerede målgrupper
Sektorovergang fra sygehus til kommune	<p>Anvendelsen af videokonsultationer til virtuelle udskrivningskonferencer eller opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospitalet. Når borgeren er udskrevet og kommer hjem, foretages en videokonference, hvor både den kommunale syge- eller hjemmepleje deltager, borgeren deltager og en sygeplejerske fra den udskrivende afdeling deltager.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation erstatter et fysisk besøg</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der modtager palliativ behandling og er udskrevet fra hospitalet• Borgere med apopleksi• Borgere med diabetes• Borgere med KOL• Neurologiske patienter• Øvrige borgere uden specifik diagnose der udskrives med behov for ydelser i kommunen.
Sektorovergang fra kommune til sygehus	<p>Anvendelsen af videokonsultationer til videndeling når borgere fra hjemme- eller sygeplejen indlægges akut. Akutafdelingen foretager videokonsultation med borgerens syge- eller hjemmeplejer for at sikre overlevering af viden om borgerens historik og tilstand.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation erstatter ikke et fysisk besøg. Potentialet ligger i øget videndeling og en forbedret patientoplevelse og -sikkerhed.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere uden specifik diagnose der bliver akut indlagt, og som er kendt i hjemme- og sygeplejen.
Samarbejde mellem psykiatrisygehuset og lokal psykiatri	<p>Anvendelsen af videokonferencer mellem lokalpsykiatri og regional psykiatri hvor borgeren deltager med det formål at tilrettelægge lokale tilbud og videndele samt i nogle tilfælde erstatte fysiske besøg. Eksempelvis videokonsultationer mellem ungdomspsykiatrisk center i regionen og den lokale ungdomspsykiatri og forældre.</p> <p>Potentiale: En videokonsultation erstatter ikke nødvendigvis et fysisk besøg. Potentialet ligger i lige så høj grad i øget videndeling mellem behandlingstilbud og en forbedret patientoplevelse.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Voksne psykiatriske patienter• Psykiatriske patienter der ikke bor hjemme• Børn og unge i psykiatrien.

2.1.4 Ydelser i kommunerne






Generelt er udbredelsesstatus høj, idet over halvdelen af landets kommuner anvender skærmbesøg til enten bostøtte eller hjemmepleje ifølge KL's statusrapport. I nærværende kortlægning er der identificeret 38 kommunale projekter, heraf samarbejdsprojekter, der involvere flere kommuner. Hovedparten af projekterne er i drift.

Ydelse	Beskrivelse	Identificerede målgrupper
Virtuel sygepleje	<p>Sygepleje og vejledning der foretages via skærm, hvor borgeren og den sundhedsfaglige kan se hinanden og tale sammen.</p> <p>Skærmbesøg i sygeplejen anvendes bl.a. til følgende aktiviteter på SEL§83: Medicinadministration, (antabus), sårbehandling (observation og guidning), blodsukkermåling og insulin, medicindosering, psykisk støtte og omsorg, stomipleje, instruktion, råd og vejledning.</p> <p>Potentiale: Et skærmbesøg kan erstatte udvalgte fysiske besøg.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der modtager sygepleje i eget hjem.
Virtuel hjemmepleje	<p>Hjemmepleje og vejledning der foretages via skærm, hvor borgeren og den sundhedsfaglige kan se hinanden og tale sammen.</p> <p>Skærmbesøg i hjemmeplejen anvendes blandt andet til følgende aktiviteter på SEL§83: Guide og støtte ifm. bad, støtte til medicinindtag, støtte til at komme op om morgenen (få morgenmad og skift af plaster) støtte til middag (mad og drikke) og støtte til aften (tryghed).</p> <p>Potentiale: Et skærmbesøg kan erstatte udvalgte fysiske besøg.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der modtager hjemmepleje i eget hjem.
Online bostøtte	<p>Borgerne modtager ydelser inden for servicelovens SEL§85, SEL§107 og SEL§108 over skærm i stedet for fysiske besøg. Skærmbesøg anvendes blandt andet til følgende aktiviteter: motiverende samtaler, kontakt med andre, struktur i hverdagen.</p> <p>Potentiale: Skærmbesøg kan erstatte/supplere fysisk besøg og telefonsamtaler.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der har psykiske eller fysiske funktionsnedsættelser eller sociale udfordringer.
Online rådgivning	<p>Online rådgivning bestående af mails, telefonsamtaler og videosamtale, der foretages via skærm. Eksempelvis online alkoholrådgivning (muligvis SEL§10 el SEL§12).</p> <p>Potentiale: Et skærmbesøg er en ekstra ydelse og erstatter ikke nødvendigvis fysiske besøg.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere med behov for alkoholrådgivning• Borgere med behov for støtte til livsstilsændringer.
Virtuel genoptræning / rehabilitering	<p>Online rehabiliteringshold foregår ved, at en fysioterapeut livestreamer en træningssession til udvalgte borgere, der bliver instrueret "live" via skærm i deres eget hjem (SEL§86.1 og SEL§86.2).</p> <p>Potentiale: En online træningssession erstatter en fysisk træningssession.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der modtager sundhedstilbud til livstilssygdomme, fx KOL• Øvrige borgere der modtager rehabilitering på hold.

2.2 Vurdering af målgrupper og ydelser

- For at generere en bruttoliste, hvor kun relevante ydelser og målgrupper fremgår, og hvor der er tilstrækkelig empiri i form af demonstrationsprojekter eller projekter, der er i drift, er hver ydelse og målgruppe vurderet ud fra nedenstående vurderingskriterier. For en detaljeret gennemgang og vurdering af alle ydelser og målgrupper henvises der samt Bilag A: Oversigt over demonstrationsprojekter

2.2.1 Anvendte vurderingskriterier til generering af bruttoliste

Kriterium	Definition	Skala
 <p>Modenhed (af ydelsen)</p>	Dækker over antallet af projekter, der er i drift samt omfanget af dokumenterede erfaringer og evalueringer af effekter af ydelsen.	<ul style="list-style-type: none"> • Lav: Ingen eller få (0-5) projekter i drift • Medium: Mange projekter i drift og dokumenterede erfaringer fra (1-10) kommuner/afdelinger • Høj: Mange projekter i drift og dokumenterede erfaringer fra mindst ti kommuner/afdelinger.
 <p>Volumen (på potentiel målgruppe)</p>	Antal potentielle personer i målgruppen for den givne ydelse. Eksempelvis antal personer der modtager sygepleje i eget hjem.	<ul style="list-style-type: none"> • Lav: 0-9999 personer/antal besøg • Medium: 10.000-29.999 personer/antal besøg • Høj: over 30.000 personer/antal.
 <p>Ressourcetræk (ved brug af ydelse)</p>	Ydelsen skal kunne erstatte fysiske besøg, eller der skal være dokumenterede erfaringer på gevinster af ydelser, der supplerer fysiske besøg.	<ul style="list-style-type: none"> • Lav: Der er potentiale for kvalitative gevinster (fx forbedret patientoplevelse) men intet potentiale for at erstatte fysiske besøg • Medium: Der er potentiale for at erstatte enkelte fysiske besøg/dele af ydelsen • Høj: der er potentiale for at erstatte alle fysiske besøg.
 <p>Digitaliseringsegnet (af ydelse)</p>	Arbejdsgange, hvor skærmbesøg og virtuelle konsultationer indgår, skal kunne digitaliseres ved systematisk anvendelse.	<ul style="list-style-type: none"> • Lav: Arbejdsgange relateret til ydelsen kan ikke digitaliseres • Medium: Arbejdsgange relateret til ydelsen kan i nogen grad digitaliseres under specifikke forudsætninger • Høj: Arbejdsgange kan digitaliseres.
 <p>Hensyn til andre evalueringer (målgruppe/ydelser)</p>	At forløb, der udvælges til videre analyse, ikke allerede er evalueret - eksempelvis teletolkning.	Målgrupperne og ydelserne, som vælges til videre analyse, skal bygge på eksisterende erfaringer samtidig med, at der skal tages højde for, at den videre analyse ikke gentager allerede gennemførte evalueringer.

2.2.2 Vurdering af de 12 ydelser og tilhørende målgrupper

Vurdering af ydelser og målgrupper viser, at der er store forskelle på modenhedsniveauet på tværs af sektorer.

I det følgende listes vurdering af modenhed af de 12 ydelser og volumen på de tilhørende målgrupper.

Ydelse	Volumen på målgruppe	Modenhed af ydelse
Kommunale		
Virtuel sygepleje	Høj	<i>Medium.</i> Der er dokumenterede erfaringer fra mindst tre kommuner: København, Viborg og Odsherred, og 21 kommuner leverer iflg. KL's rapport skærmbesøg i hjemme- eller sygepleje. (Vi har identificeret ni projekter; to er i drift)
Virtuel hjemmepleje	Høj	<i>Medium.</i> Der er dokumenterede erfaringer fra mindst fire kommuner: København, Ballerup Viborg og Odsherred, og 21 kommuner leverer iflg. KL's rapport skærmbesøg i hjemme- eller sygepleje. (Vi har identificeret syv projekter; fire er i drift)
Online bostøtte	Medium	<i>Høj.</i> Dokumenterede erfaringer fra ni nordjyske kommuner (Rambøll-rapport), Viborg kommune og evaluering af projekt "Virtuel Bostøtte" fra Region Midtjylland, og mindst 42 kommuner leverer iflg. KL's rapport bostøtte til borgere visiteret til SEL\$85.
Online rådgivning	Medium	<i>Lav.</i> Vi har identificeret to projekter i pilot. 1) 13 kommuner i pilotstatus med online alkoholrådgivning og 2) 18 kommuner i drift eller pilot med Liva App. Der er ingen dokumenterede erfaringer.
Virtuel genoptræning/ rehabilitering	Ikke målbart	<i>Lav.</i> To identificerede projekter; ingen dokumenterede erfaringer
Regionale		
Diagnosticering og udredning	Flere målgrupper med høj volumen	<i>Lav.</i> Otte identificerede projekter, fire i drift. Ingen dokumenterede erfaringer.
Ambulant behandling	Flere målgrupper med høj volumen, herunder patienter i psykiatrien.	<i>Medium.</i> Region Syddanmark og Region Midtjylland er i drift i psykiatrien. Der er publiceret artikler og viden på området, men der er ikke dokumenterede erfaringer på effekt. Otte identificerede projekter, heraf fire i drift.
Kontrol og opfølgning	Flere målgrupper med høj volumen	<i>Lav.</i> 19 identificerede projekter i pilotstatus, herunder "Det virtuelle ambulatorie" der slutter til december 2018. Der er ikke identificeret dokumenterede erfaringer på nogen målgrupper.
Tværasektorielle		
Sektorovergang fra sygehus til kommune	Flere målgrupper med høj volumen	<i>Medium.</i> Flere mindre projekter hvor mange er i drift. Der er dokumenterede erfaringer fra projekter i tre regioner. 18 identificerede projekter hvor tre er i drift.
Sektorovergang fra kommune til sygehus	Uklart men vurderes at være medium - høj	<i>Lav.</i> Der er identificeret et projekt i pilotstatus.
Samarbejde mellem psykiatrisygehuset og lokal psykiatri	Medium	<i>Lav.</i> Fem identificerede projekter hvoraf tre er i drift. Der er umiddelbart ikke identificeret dokumenterede erfaringer.
Almen praksis		
Virtuel konsultation	Høj	<i>Lav.</i> Der er identificeret to små pilotprojekter, der er afsluttede uden at gå i drift.

2.3 Udvalgelse af ydelser og målgrupper til videre analyse.

På baggrund af en samlet vurdering ud fra ovenstående kriterier, perspektiver for realisering og mulighed for realisering af kvalitative effekter for borgere og medarbejdere samt økonomiske potentialer er følgende målgrupper og ydelser udvalgt til analysens videre forløb.

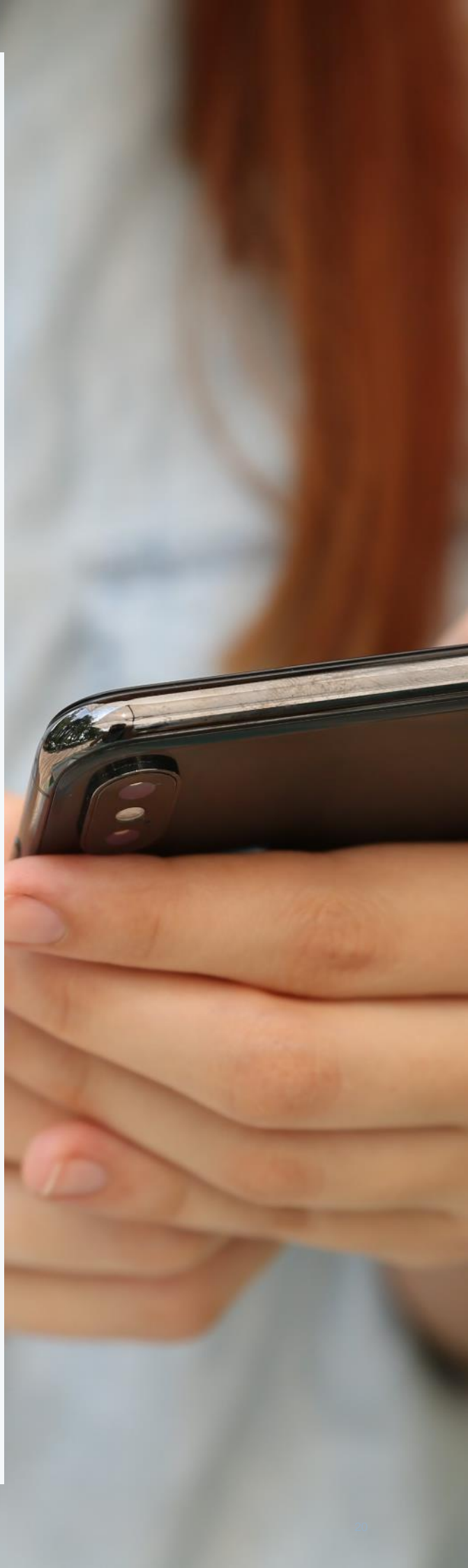
1. Videokonsultationer til ambulans behandling af patienter i den regionale psykiatri
2. Skærmbesøg til online bostøtte i kommunerne til borgere i eget hjem
3. Skærmbesøg til virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne til borgere der modtager hjælp i eget hjem
4. Virtuelle tværsektorielle udskrivningskonferencer i overgangen fra sygehus til kommune for apopleksipatienter med udvidet koordineringsbehov.

I udvælgelsen af de ovenstående målgrupper og ydelser har PA og styregruppen særligt lagt vægt på en spredning på tværs af sektorer, og at modenhed af ydelsen er høj; det vil sige, at der så vidt foreligger dokumenterede erfaringer og evalueringer fra demonstrationsprojekter, og at der er projekter, der er overgået til drift.

I den følgende rapport vil de fire udvalgte målgrupper og ydelser blive refereret til som de fire udvalgte *områder*.

Sektion 2

UDDYBENDE
BESKRIVELSE OG
VURDERING AF FIRE
UDVALGTE OMRÅDER



3 VIDEOKONSULTATIONER TIL AMBULANT PSYKIATRISK BEHANDLING I REGIONERNE

Dette kapitel indeholder en uddybende beskrivelse af, hvorledes videokonsultationer kan anvendes som alternativ til fysiske konsultationer til ambulantly behandling i den regionale psykiatri.

3.1 Ydelse og målgruppe

Ydelse	Anvendelse af videokonsultationer til ambulantly behandling af psykiatriske patienter i eget hjem.
Målgruppe	Målgruppen omfatter patienter, der modtager ambulantly psykiatrisk behandling, herunder børn, unge og voksne, hvor samtaleterapi anvendes. Diagnosen er ikke afgørende.
Centrale aktører	<ul style="list-style-type: none">• Patienten• Medarbejdere i psykiatrien: psykiatere, sygeplejersker, psykologer m.fl.• Evt. pårørende, særligt forældre til børn med psykisk sygdom.
Volumen	I 2017 var der 1.266.288 ambulante besøg i psykiatrisygehusvæsnet. Ca 20% af de ambulante kontakter skønnes at være hjemmebesøg. Ca.152.000 patienter deltog i ambulantly behandling ² .
Substitutionsgrad og formål	En videokonsultation erstatter en fysisk konsultation i forholdet 1:1. I praksis anvender behandlere en kombination af fysiske konsultationer og videokonsultationer i et samlet behandlingsforløb. Formålet med at anvende videokonsultationer er at sikre, at alle patienter har adgang til specialistbehandling, uagtet om de bor langt fra behandlingsstedet, at nedbringe transporttid for både behandlere og patienter og tilbyde øget fleksibilitet i behandlingen og endeligt at bidrage til at nedbringe antallet af udeblivelser/afbud.

3.2 Kontekst for videokonsultationer i den ambulante psykiatri

Videokonsultationer kan som udgangspunkt anvendes til alle former for psykisk sygdom, hvor samtaler indgår som en del af behandlingen. Eksempler på diagnoser, hvor der kan anvendes videokonsultationer, er depression, angst, stress, skizofreni, spiseforstyrrelser, mani, PTSD m.fl. Hovedparten af patienterne, der modtager ambulantly psykiatrisk behandling i regionerne, er henvist af egen læge. Patienterne kan dog også henvises fra en psykiatrisk akutmodtagelse eller som følge af en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Når en patient henvises til psykiatrisk behandling, foretages der en udredning, hvorefter den nødvendige behandling tilrettelægges og iværksættes.

Der findes ikke statistik på, hvor mange besøg/sessioner et gennemsnitlig ambulantly behandlingsbeløb består af. Det varierer alt efter diagnose og den specifikke patients behov. Hovedparten af de psykiatriske behandlinger består af samtaleterapi kombineret med farmakologisk behandling. Behandlingen varetages af flere fagligheder, herunder psykiatere og specialuddannede sygeplejersker. Hovedparten af de ambulante besøg foregår på psykiatrisygehuset. Der skønnes, at godt 20% af de ambulante besøg består af hjemmebesøg hos patienten.³

Videokonsultationer med patienter, som sidder i eget hjem eller på en institution, og hvor behandler sidder i Psykiatrien, registreres som "ydelse uden besøg" med procedurekoden videokonsultation (BVAA33D).⁴

Aktuelt er der uklarhed om, hvorledes afdelingerne skal afregne virtuelle konsultationer internt i regionerne. Der er forskelle fra region til region på, hvorledes videokonsultationer afregnes økonomisk. Selvom ydelsen skal registreres uden besøg, får afdelingen i én region afregning svarende til et almindeligt ambulantly besøg i én region. I en anden region får en afdeling afregning svarende til en telefonkonsultation og andre afdelinger som et hjemmebesøg.

² Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2017: Nøgletal i Sundhedsvæsnet tabel 30

³ Kilde: Aalborg Universitetshospital, psykiatrien: Psykiatriplan 2015-2020, præsentation ved Sundhedspolitisk Dialogforum

⁴ Kilde: Sundhedsdatastyrelsen – Interaktiv DRG, 2018 DRG

3.3 Organisering af den ambulante psykiatri i Danmark.

I Danmark varetager regionerne den ambulante og stationære psykiatriske behandling. Ambulant behandling foregår på ambulante klinikker eller centre, hvor patienten møder op til behandling efter aftale.

I 2017 var der 1.266.288 ambulante besøg i psykiatrisygehusvæsnet. 150.009 patienter deltog i ambulant behandling. Der var i gennemsnit 8,4 ambulante besøg per patient.⁵

Der er stor forskel på, i hvilket omfang regionerne anvender videokonsultationer til ambulant behandling. Aktuelt tilbyder to regioner videokonsultationer som en del af deres ambulante behandlingstilbud på hovedparten af deres psykiatriske afdelinger. Yderligere en region anvender udelukkende videokonsultationer på en enkelt afdeling, og to regioner anvender aktuelt ikke videokonsultationer. Tabel 1 viser et overblik per region.

Region	Organisering	Antal ambulante patienter (2017)	Antal ambulante besøg (2017)	Anvendelse af videokonsultationer ⁶
Region Hovedstaden	Ni psykiatriske centre der tilsammen rummer mere end 15 ambulatorier	45.688	434.315	Psykiatrisk Center Bornholm tilbyder videokonsultationer til patienter, der ikke taler dansk.
Region Sjælland	Seks psykiatriske afdelinger	21.772	149.771	<i>Anvendes ikke i patientbehandling.</i>
Region Syddanmark	13 psykiatriske afdelinger	39.237	304.787	På alle afdelingerne kan der foretages videokonsultationer som en del af ambulante behandlingsforløb. I regionen har man etableret Telepsykiatrisk Center, der er en klinisk afdeling og kompetencecenter for telepsykiatri samt huser forskningsenhed inden for eMental Health.
Region Midtjylland	Otte psykiatriske afdelinger	32.086	233.184	Videokonsultationer kan anvendes som en del af et ambulant behandlingstilbud på de fleste afdelinger.
Region Nordjylland	Otte psykiatriske afdelinger	13.770	104.861	<i>Anvendes ikke i patientbehandling.</i> I regionen er man ved at implementere videokonsultationer til samtale mellem patient og behandler.
Hele landet ⁷		152.523	1.226.918	

Tabel 1: Overblik over organisering og anvendelse per region

3.4 Anvendelse af videokonsultationer i psykiatrien

At anvende videokonsultationer i ambulante psykiatrisk tilbud giver patienten mulighed for at modtage behandling i eget hjem, mens behandleren befinder sig på den psykiatriske afdeling.

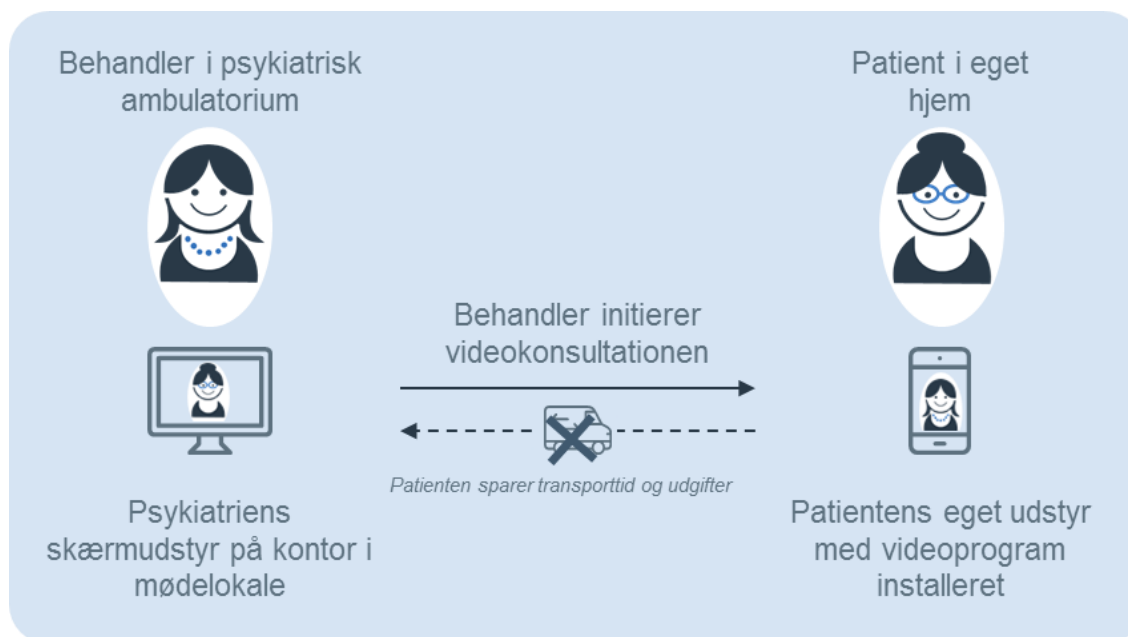
Når en patient med psykiske lidelser er udredt og henvist til ambulant psykiatrisk behandling, kan dele af de samtaler/sessioner, som patienten skal deltage i, foregå som videokonsultation i stedet for et fysisk møde. Det kræver, at patienten er motiveret herfor, og at både behandler og patient mener, at det giver mening. Videokonsultationer kan således indgå på forskellige tidspunkter i et behandlingsforløb afhængigt af patientens behov.

⁵ Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2017: Nøgletal i Sundhedsvæsnet tabel 30

⁶ Overblikket beror på desk research samt mailrundspørge til de fem regioner i kortlægningsfasen

⁷ Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2017: Nøgletal i Sundhedsvæsnet tabel 12, tabel 13 og tabel 30

Som udgangspunkt anvender patienten sit eget udstyr til videokonsultationen. Videokonsultationen foregår ved, at behandleren initierer opkaldet til en patient, der ligeledes har installeret et videoprogram på sin pc eller en app på sin tablet. Forud for dette har patienten fået tildelt en licens og oprettet brugernavn og adgangskode. Brugssceneriet for en videokonsultation er som illustreret på figur 2.⁸



Figur 2: Brugsscenerier for videokonsultation til ambulat psykisk behandling

Det skal her bemærkes, at der er en klar forventning om, at alle regioner overgår til fællesregionale infrastrukturer og går væk fra licensbaserede videoløsninger. Det bliver hermed både billigere og mindre administrativt end den nuværende løsning, som er baseret på licenser til medarbejdere og patienter⁹.

I kapitel 8 præsenteres et overblik over konkrete tekniske løsninger anvendt i det regionale landskab for videokonsultationer, herunder MedComs VDX (pexip) samt fag-apps som eksempelvis appinux der beror på licenser.

Formålet med at anvende videokonsultationer i ambulant behandling i psykiatrien er blandt andet at tilbyde fleksibilitet i behandlingen til den enkelte patient og at nedbringe transporttid for patienter. Sygehusene kan spare tid og udgifter til transport for behandlere, der ellers foretager hjemmebesøg.¹⁰ Desuden vurderes det, at anvendelse af videokonsultationer kan bidrage til at nedbringe antallet af udeblivelser og afbud til ambulant behandling og at øge adgangen til psykisk behandling af høj kvalitet i områder med lægemangel.¹¹

Patienter, der bor langt fra det sygehus, hvor de modtager ambulant behandling, er derfor ofte meget motiverede for videokonsultationer, idet de kan spare store mængder af tid og også udgifter til transport.

Desuden finder mange psykiatriske patienter grundet diagnoser som eksempelvis angst, skizofreni eller depression det uoverskueligt eller ligefrem umuligt at skulle møde op til fysiske behandlinger på et sygehus, idet det for manges vedkommende indebærer transport med offentlige transportmidler, samtale med andre mennesker, planlægning mm. Dette menes at være en væsentlig grund til, at der på tværs af de fem regioner er omkring 7,5-9,5% af planlagte ambulante besøg, hvortil patienten udebliver. Det betyder dels, at en gruppe af patienter frafalder behandling, dels medfører det spildtid for de behandlere, der venter på en patient, som ikke møder op, hvilket har konsekvenser for patientflow. Der er således et potentiale i at minimere antallet af afbud/udeblivelser¹². Forventningen er, at indfører man videokonsultationer i den ambulante behandling hos psykisk sårbare målgrupper, vil flere patienter, end hvad tilfældet er i dag, kunne gennemføre behandlingen til trods for eksempelvis angst eller social fobi. Færre afbud og udeblivelser vil betyde en øget kontinuitet i behandlingen og i sidste ende en bedre effekt af behandlingen. Der findes dog endnu ikke dokumenterede erfaringer på, hvilken effekt implementering af videokonsultationen har på antallet af udeblivelser.

⁸ Brugssceneriet beror på interviews med projektledere i Region Midtjylland samt Region Syddanmark samt en pjece fra Region Midtjylland "Videomøder – spar turen til hospitalet" (2017)

⁹ Kilde: Interview med specialkonsulent og afdelingsledelse i Region Syddanmark

¹⁰ Kilde: Telepsykiatri-blog. Telepsykiatrisk Hjemmebehandling – behandlinger over video. 2016

¹¹ Interviews med projektledere i psykiatrien i Region Syddanmark og Region Midtjylland

¹² Interview med projektleder i psykiatrien, Region Midtjylland

3.5 Erfaringer med anvendelse af videokonsultationer i psykiatrien i Danmark

I det følgende gennemgås udbredelsesstatus og praksiserfaringer på det psykiatriske område i de to af landets fem regioner, som er i drift med virtuelle konsultationer.

Dette kapitel beror på kvalitative interviews med en afdelingsleder, to projektledere og en registreringskoordinator på tværs af de to regioner, der er i drift. Desuden er resultatet fra følgende evalueringer/rapporter inddraget:

- Telepsykiatrisk Center, Psykiatrisk Center Region Syddanmark og Børne- og ungdomspsykiatri Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark. *Telepsykiatri giver nye muligheder for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom*
- Psykiatrien i Region Syddanmark. *Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave*. 2017. Retningslinjen indeholder en gennemgang af international forskning på området
- Region Midtjylland. *Evaluering af iPadprojektet Psykiatri og Social*. 2013. Resultatet beror på fokusgruppeinterviews med behandlere samt telefoninterviews med patienter (30 patienter diagnosticeret med skizofreni deltog i evaluering)
- Telepsykiatri-blog. *Telepsykiatrisk Hjemmebehandling – behandlinger over video*. 2016.

PA vurderer, at der er tale om et mindre solidt datagrundlag, idet der kun i begrænset omfang foreligger dokumenterede erfaringer, som beskriver resultaterne af at indføre videokonsultationer i psykiatrien i de to regioner. Endvidere er det ud af den samlede målgruppe et meget begrænset antal borgere, der anvender det idriftsatte tilbud. Erfaringerne fra de to regioner omfatter et bredt udsnit af borgere i målgruppen for virtuelle konsultationer i psykiatrien. Endvidere er erfaringerne i de to regioner i høj grad ensartede. Samlet set indikerer det, at der - trods et mindre solidt datagrundlag - må forventes en rimelig grad af overførbare af de opnåede resultater og erfaringer til psykiatrien. I relation til den opstillede businesscase for skærmbesøg i hjemme- og sygepleje er der usikkerhed omkring en række centrale inputparametre, hvilket betyder, at det estimerede nettopotentiale er forbundet med usikkerhed.

3.5.1 Udbredelsesstatus og praksiserfaringer:

I dag tilbyder to regioner videokonsultationer som en del af deres ambulante tilbud på tværs af hele psykiatrien. Begge regioner er i drift med videoløsninger og teknisk setup til formålet. Yderligere en region tilbyder virtuelle konsultationer inden for transkulturel psykiatri til patienter, som ikke taler dansk og bor langt fra behandlingsstedet.

I Region Syddanmark har man været i drift med videokonsultationer i psykiatrien siden januar 2015. I Region Midtjylland har man været i drift med en videoløsning til videokonsultationer, kaldet Remind, siden 2016. I begge regioner er videokonsultationer en metode, der kan bruges i kombination med psykiatrisk behandling ved fremmøde eller hjemmebesøg og ikke et selvstændigt behandlingstilbud. Videokonsultationer skal således betragtes som et af flere redskaber, en behandler kan benytte sig af, såfremt behandler og patient er enige om, at det er en god ide, og ikke som et selvstændigt behandlingskoncept eller -metode. I begge regioner er det altså op til behandlerne at vurdere, i hvilket omfang det giver mening at bruge videosamtaler i netop deres afsnit. Derfor er brugen af videokonsultationer forskellig fra afdeling til afdeling og fra patientforløb til patientforløb.

Erfaringen på tværs af begge regioner er dog, at i praksis anvendes videokonsultationer meget lidt. Knap 1% af alle ambulante kontakter i psykiatrien foregår over video. Årsagerne til dette nuanceres i afsnit 3.6.2 Projektledere og afdelingsledere i både Region Midtjylland og Region Syddanmark peger på, at der er et uforløst potentiale, og en højere udbredelsesgrad er realistisk, idet videokonsultationer kan anvendes til langt hovedparten af psykiatriske patienter ud fra et sundhedsfagligt synspunkt¹³. I analysens businesscase påregnes en udbredelsesgrad på 10%¹⁴. Af samme grund påregnes det, at 10% af medarbejderne vil skulle uddannes. Det estimeres, at 20% af de ambulante besøg i et forløb kan afholdes som videokonsultationer¹⁵.

I begge regioner har man en fungerende teknisk videoløsning, hvor behandlere har installeret et videoprogram på deres pc eller en app på deres tablet. Patienter skal ligeledes installere et program på deres pc eller en app på deres tablet eller smartphone og får tildelt en licens af behandleren via mail og skal oprette brugernavn og adgangskode.

I Region Syddanmark har man et særligt fokus på telepsykiatri. Der er etableret Telepsykiatrisk kompetencecenter med dedikerede medarbejdere, som har fokus på udbredelse af telepsykiatriske løsninger. Regionen huser Danmarks eneste forskningsenhed for eMental Health og har igangværende projekter på

¹³ Kilde: Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave, juni 2017 samt interviews med projektkonsulent og afdelingsledelse i telepsykiatrien, Region Syddanmark

¹⁴ En udbredelsesgrad på 10% er fastsat på baggrund af dokumenterede erfaringer med udbredelse af skærmløsninger i i socialpsykiatrien sammenholdt med udbredelseserfaringer i Region Midtjylland og Region Syddanmark.

¹⁵ En substitutionsgrad på 20% er PA's estimat på baggrund af interviews samt erfaringer med brug af skærmbesøg i kommunerne. Der foreligger ikke dokumenterede erfaringer med substitutionsgrad i psykiatrien. Dog er der i både Region Syddanmark og Region Midtjylland en praksis for, at behandlingsforløb altid starter med et fysisk møde

området. Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark har sammen med en tværfaglig arbejdsgruppe udarbejdet en retningslinje for videokonsultation i Psykiatrien. Retningslinjen giver anbefalinger til anvendelse, belyser evidensgrundlaget, juridiske forhold, kliniske forhold, herunder hvilke samtaletyper der er egnede, og hvilke overvejelser en behandler skal gøre sig i sin vurdering af, om videosamtaler er hensigtsmæssige, sikkerhedsmæssige forhold, tekniske forhold og administrative procedurer herunder registrering og dokumentation af videokonsultationer. Retningslinjen er offentlig tilgængelig men er ikke umiddelbart kendt af de andre regioner.

Til trods for at begge regioner er i drift, og at der er udarbejdet en retningslinje på området, anvendes videokonsultationer kun meget lidt. I begge regioner har man en fungerende videoløsning, og der berettes om efterspørgsel fra patienter ¹⁶.

I Region Syddanmark var ca. 0,2% af ambulante besøg i psykiatrien videokonsultationer i 2016, svarende til knap 600 besøg. I oktober 2018 var dette på 0,5% svarende til 1500 videokonsultationer. I regionen understøtter Telepsykiatrisk Center afdelingerne med implementering.

I Region Midtjylland ses et lignende billede. I 2016 var ca. 0,14% af ambulante besøg i psykiatrien videokonsultationer, svarende til knap 400 besøg. I 2017 var dette tal steget marginalt til ca. 500 videokonsultationer. I Region Midtjylland har man en dedikeret projektleder, som arbejder på udbredelse af videokonsultationer i psykiatrien.

I Region Hovedstaden anvender man udelukkende videokonsultationer til en meget lille målgruppe. Det drejer sig om patienter, der modtager ambulante behandling i den transkulturelle psykiatri. Her tilbydes patienter bosiddende på Bornholm, som ikke taler dansk, virtuelle konsultationer ved en behandler, der befinder sig i København på Kompetencecenter for Transkulturel psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup.

På tværs af regionerne er der identificeret forskelle i, hvorledes man internt afregner virtuelle konsultationer. I Region Syddanmark har man internt i regionen indført samme afregning for ambulante samtaler over video som ved fysisk fremmøde, men det gør sig ikke gældende i alle regioner. På nogle afdelinger afregnes en virtuel konsultation som en telefonkonsultation og på andre afdelinger som et udebesøg. Der kan således ligefrem være et økonomisk incitament for i højere grad at have fysiske møder med patienten frem for videomøder, hvor afregningen til en afdeling kan være helt ned til det halve af et fysisk møde trods samme tidsforbrug.

Med indførelse af LPR 3 primo 2019 forventes der at komme klarhed over registrering og afregning, idet en virtuel konsultation ifølge LPR3 skal indberettes som en kontakt og altså sidestilles med ambulante fremmøder eller udebesøg. Dette forventes at påvirke det manglende økonomiske incitament, som findes i dag¹⁷.

3.6 Kvalitative effekter ved anvendelse af videokonsultationer

I det følgende gennemgås de kvalitative effekter, der er identificeret hos patienter og medarbejdere.

3.6.1 Effekter for patienter:

På tværs af interviews med afdelingsledelse og specialkonsulenter samt de nævnte artikler og evalueringer er der bred enighed om, at patienterne er meget tilfredse med videokonsultationer, og dette er på tværs af alder, køn, diagnose og bopæl.

Følgende forventede effekter er identificeret for patienter, der deltager i videokonsultationer:

- Patienter, der bor langt fra behandlingsstedet, får reduceret den samlede transporttid til og fra ambulante behandling, når nogle af de ambulante besøg erstattes med videokonsultationer. De bliver således i mindre grad nødsaget til at holde fri eller sygemelde sig fra arbejde eller skole for at deltage i behandling
- At anvende videokonsultationer øger adgangen til specialiseret psykiatrisk behandling, uafhængig af hvor i regionen man har bopæl
- At kunne tilrettelægge et ambulante behandlingsforløb med en kombination af fysiske besøg og videokonsultationer giver patienterne en oplevelse af øget fleksibilitet, og at behandlingen i højere grad tilpasses patienternes behov

En projektleder for implementering af videokonsultationer i Region Midtjylland fortæller at:

"Vi har mange patienter, der har langt til den behandlende afdeling. Det kan derfor være både dyrt, tidskrævende og trættende at skulle møde op til ambulante behandling. Særligt vores patienter, der skal rejse fra Samsø til AUH oplever, at det er en lettelse, at nogle samtaler kan klares over video"

En projektleder for implementering af videokonsultationer i Region Syddanmark fortæller at:

"For nogle patienter kan videokonsultationer opleves som en fleksibel løsning, som giver mindre fravær fra studie eller arbejde. Endelig kan det for nogle patienter føles mere trygt at kunne sidde hjemme og tale med behandleren. Eksempelvis har en patient givet udtryk for, at det var rigtig rart, hun kunne være hjemme i sin trygge stue, for hun havde rigtig svært ved at gå ud pga. angst."

Kilde: Telepsykiatri-blog.dk

¹⁶ Interviews med projektlejere i psykiatrien i Region Syddanmark og Region Midtjylland

¹⁷ Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Vejledning til indberetning til landspatientregisteret (LPR3), 2018

- Nogle patienter med psykiatriske diagnoser finder det mindre intimiderende at modtage behandling over video i eget hjem. Nogle patienter, der lider af angst, socialfobi eller er sensitive over for stimuli, oplever, at de i højere grad kan deltage i og fokusere på samtalen, når de er hjemme og ikke har skullet bruge energi på at køre med offentlig transport eller fokusere på at komme afsted hjemmefra.

Det er et opmærksomhedspunkt, at nogle patienter grundet deres diagnose har tendens til at isolere sig og derfor er særligt motiverede for videokonsultationer. Her er det vigtigt, at videokonsultationer ikke øger isolationen. Videokonsultationer kan dog samtidig være et redskab til at muliggøre behandling af svært isolerede patienter med eksempelvis socialfobi, der ellers ikke ville kunne møde fysisk op på et ambulatorie. I Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark er de forhold uddybet, der kræver særlig opmærksomhed ved brug af video¹⁸.

Internationale studier af videokonsultationer peger gennemgående også på meget høj patienttilfredshed og accept af behandlingsformatet på tværs af diagnosegrupper, alder, køn og etniske minoriteter. Der er tilsvarende høj tilfredshed ved fysiske konsultationer. Patienter oplever nedsat rejsetid, mindre fravær fra arbejde, kortere ventetid, øget fleksibilitet og øget kontrol med behandling¹⁹.

3.6.2 Effekter for medarbejdere

På tværs interviews med afdelingsledelse og specialkonsulenter samt de nævnte artikler, evalueringer og forskning på området peges der på, at det er en udfordring at få medarbejdere og behandlere i psykiatrien til at anvende videokonsultationer, til trods for at mange patienter efterspørger det.

Det er endnu ikke fuldt afdækket, hvorfor nogle behandlere fravælger at anvende videokonsultationer. En årsag kan være, at den enkelte behandler ikke har et tilstrækkeligt incitament for at anvende video i forhold til den ændrede adfærd, det kræver af ham/hende. Eksempelvis sparer mange behandlere ikke nødvendigvis tid på at anvende video, idet tiden, der er afsat til eksempelvis samtaleterapi, er den samme, uagtet om samtalen foregår over video eller ansigt til ansigt.

Følgende positive effekter er identificeret hos medarbejdere og behandlere i psykiatrien:

- Behandlere oplever, at de i nogle tilfælde kan yde bedre og mere tilpasset behandling til psykisk sårbare patienter. Det betyder øget kontinuitet i behandlingen og derved højere behandlingskvalitet for patientgrupper, der ellers kan være svære at fastholde i tilstrækkelig behandling
- Behandlere forventer, at anvendelse af videokonsultationer medfører færre udeblivelser og afbud
- Specialiserede behandlere kan nå ud til en større målgruppe og være til rådighed i hele regionen, uden det kræver øget transporttid.

Ovenstående effekter gør sig gældende for den del af det samlede antal behandlere og medarbejdere, der har erfaring med at anvende videokonsultationer.

En projektleder for implementering af videokonsultationer i Region Syddanmark fortæller at:

” Det at implementere og anvende videokonsultationer stiller på mange måder store krav til den enkelte behandler. Han eller hun skal have mod lyst til at prøve nye veje i sin kommunikation med patienten, kunne lære sammen med patienten og have modet til at kaste sig ud i en teknologisk verden, som er ny for mange. Heldigvis møder mine kolleger og jeg mange af disse modige klinikere, som kaster sig ud i video-verdenen med entusiasme og nysgerrighed. Og på grund af det er vi alle mange erfaringer rigere.”

Kilde: Telepsykiatri-blog.dk

Følgende bekymringer er identificeret blandt behandlere, der er skeptiske over for brugen af video. Bekymringer er udtryk for, at de nødvendige forudsætninger, uddybet i kapitel 9, skal være til stede.

- Nogle behandlere frygter, at de ikke har samme faglige autoritet, når der kommunikeres over video
- Det kan være svært for behandleren at vurdere, hvilke patienter der egner sig til videokonsultationer
- Nogle behandlere føler sig ikke kompetente, rent teknisk, til at anvende videoløsningen og foretrækker derfor ansigt-til-ansigt-samtaler.

Der er lavet en række internationale studier, der afdækker den kliniske effekt samt tilfredshed blandt behandlere og patienter. Studierne er beskrevet i Retningslinje for videokonsultationer i Psykiatrien i region Syddanmark²⁰.

Studier konkluderer, at videokonsultationer har samme kliniske effekt som konsultationer med fysisk fremmøde på en række diagnoser.

¹⁸ Kilde: Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave, juni 2017

¹⁹ Kilde: Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave, juni 2017

²⁰ Kilde: Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave, juni 2017

Endvidere vidner studierne om forskellige grader af tilfredshed blandt behandlere, der dog generelt er mindre tilfredse med videokonsultationer end patienter. Patienterne er generelt meget tilfredse.

Hvad angår patient-behandler-forholdet, viser flere studier, at nogle psykiatriske patienter oplever, at det er nemmere at kommunikere over video. Det er forbundet med øget selvkontrol og kan opleves mindre intimiderende end et fysisk møde med en behandler. Der peges desuden på, at patienter vurderer relationen og nærværet ligeså højt som ved fysiske samtaler.

3.7 Effektiviseringspotentiale og businesscase

Businesscasen har et negativt nettopotentiale på cirka -44 mio. kr. over fem år.

Businesscasen er drevet af en række centrale parametre. Den primære driver for besparelser er en reduktion af personaletid til konsultationer i borgerens eget hjem samt reducerede rejseomkostninger for patienter, særligt når patienten bor langt væk fra psykiatrien. Ved anvendelse af videokonsultationer skal færre personer have udbetalt befordringsgodtgørelse til og fra behandling²¹. De primære omkostninger udgøres af borgerlicenser og uddannelse af personale, der skal anvende videokonsultationer.

Der er i businesscasen regnet med en egnethedsprocent i målgruppen på 10%. Denne værdi beror ikke på en sundhedsfaglig vurdering, idet man blandt andet i Region Syddanmark forventer, at videokonsultationer kan anvendes bredt i psykiatrien på tværs af patientgrupper. Værdien er fastsat med udgangspunkt i konkrete udbredelseserfaringer blandt andet fra socialpsykiatrien.

Bemærk, at eventuelle afledte økonomiske effekter af de listede kvalitative effekter ikke indgår i businesscasen. De mest signifikante kvalitative effekter, der ikke indgår i businesscasen er, at implementering af videokonsultationer forventes at medføre, at antallet af udeblivelser fra ambulante behandling nedbringes. At færre patienter udebliver fra ambulante psykiatriske behandling betyder samtidig en øget kontinuitet i deres behandling og derved en forventet bedre behandlingseffekt for patienten.

For at kunne påregne den økonomiske effekt af at nedbringe antallet af udeblivelser og øge kontinuitet i behandlingen er yderligere forskning på området nødvendig.

Det er en kritisk antagelse i analysen og businesscasen, at anvendelse af videokonsultationer ikke forringer effekten af den leverede behandling til patienten.

De mest centrale parametre for businesscasen er opstillet i tabel 2. For en beskrivelse af hvert enkelt parameter og dennes kilde, henvises til bilag B.

Parameter	Værdi
Antal borgere i målgruppe	152.000
Andel af målgruppe til hvem videokonsultationer er egnet	10 %
Andel af personale der uddannes	10 %
Antal besøg pr. borger pr. år	8,4
Pris pr. licens ²²	500 kr.
Andel møder der afholdes som videokonsultationer	20 %

Tabel 2: Parametre til brug for businesscase

3.8 Opsummering.

To af landets fem regioner er i dag i drift med at anvende videokonsultationer til ambulante behandling i psykiatrien. Erfaringer fra både praksis og forskningen peger på, at medarbejderne ser mindre positivt på at anvende videokonsultationer end patienterne, der generelt er meget positive. Udbredelsesgraden i begge regioner er lav. Under 1% af det samlede antal ambulante besøg foregår som videokonsultationer. Der peges dog på et markant større potentiale for udbredelse. Erfaringer fra de to regioner vidner om, at det at have en

²¹ Jf. Sundhedsloven Kapitel 3 §15 har en række patienter, der deltager i ambulante behandling, ret til befordringsgodtgørelse

²² Prisestimat per licens beror på input fra regioner ud fra deres nuværende løsninger. Estimatet er efterfølgende nedskrevet med en forventning om, at der kan opnås stordriftsfordele ved indkøbsaftaler. Bemærk, at alle fem regioner forventer at overgå til at anvende en regional videoinfrastruktur og gå væk fra licensbaserede løsninger

fungerende videoløsning implementeret og at udarbejde retningslinjer for anvendelse ikke i sig selv er tilstrækkeligt til at få medarbejderne til at anvende videokonsultationer. Der er behov for en fokuseret implementeringsindsats og ledelsesfokus for at øge udbredelsesgraden og opnå de italesatte kvalitative effekter.

Businesscasen har et negativt nettopotentiale på ca. -44 mio. kr. over fem år.

De besparelser, der kan hentes hjem ved sparede transportudgifter i form af kørselsrefusion til patienter, sparet personaletid og driftsomkostninger ved hjemmebesøg, overgår af omkostninger til nødvendig uddannelse af personale. Det skal bemærkes, at kvalitative effekter i form af at antallet af udeblivelser forventes nedbragt, og at patienter, der opnår øget kontinuitet i behandlingen, ikke er medregnet i businesscasen.

Tekniske, juridiske og organisatoriske forudsætninger og barrierer i beskrevet rapportens sektion 3.

4 SKÆRMBESØG TIL ONLINE BOSTØTTE I KOMMUNERNE TIL BORGERE I EGET HJEM

Dette kapitel indeholder en uddybende beskrivelse af, hvorledes skærmbesøg i nogle tilfælde kan anvendes som alternativ til fysiske besøg til borgere, der modtager bostøtte i eget hjem i kommunerne.

4.1 Ydelse og målgruppe

Ydelse	Anvendelse af digital skærmt teknologi til levering af bostøtte i borgerens eget hjem.
Målgruppe	Målgruppen omfatter voksne borgere med betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller sociale problemer, som er visiteret til socialpædagogisk støtte i form af bostøtte efter servicelovens § 85. Det er således både borgere i socialpsykiatrien og på handicapområdet, der bor i eget hjem ²³ .
Centrale aktører	<ul style="list-style-type: none">• Voksne borgere med betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller særlige sociale problemer• Medarbejdere i socialpsykiatrien og på handicapområdet.
Volumen	I 2016 var der 39.700 borgere, som modtog socialpædagogisk støtte efter SEL § 85 som boede i eget hjem (som modtog støtte grundet handicap og/eller grundet sindslidelser eller sociale problemer) ²⁴ Det antages, at 65% af denne målgruppe modtager støtte i form af bostøtte, svarende til 25.805 borgere.
Substitutionsgrad og formål	En støttesamtale leveret over skærm erstatter en fysisk samtale i forholdet 1:1. I praksis anvender bostøtte-medarbejderne en kombination af fysiske møder, skærmbesøg, telefonsamtaler og sms'er i deres kontakt med borgeren. Det er således som udgangspunkt ikke forventningen, at brug af skærmbesøg i sig selv fører til et lavere tidsforbrug i det direkte møde med borgeren. Formålet med at anvende skærmbesøg er i stedet at øge fleksibilitet og kvalitet i det samlede tilbud til en borger samt at nedbringe transporttid for medarbejderen og eventuelt at nedbringe antallet af aflyste møder.

4.2 Kontekst for bostøtte leveret via skærmt teknologi

Bostøtte udgør et af kommunens tilbud, der retter sig mod borgere i socialpsykiatrien og på handicapområdet med betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller sociale problemer i deres hverdag. Bostøtte er en form for socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85²⁵. Der er således andre former for socialpædagogisk støtte ud over bostøtte, der ikke behandles i nærværende analyse. Formålet med bostøtte er at bistå borgeren i at leve et liv på egne betingelser, hvor de er så selvhjulpne som muligt. Bostøtte skal derfor ikke bestå i, at medarbejderne udfører opgaver for borgeren – f.eks. ved at tage opvasken, udarbejde en indkøbsliste mv. I stedet skal fokus være på at lære og støtte borgeren i at udføre de huslige opgaver selv.

Borgere med betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller særlige sociale problemer kan ansøge om at modtage tilbud efter servicelovens § 85.

Tildelingen af socialpædagogisk støtte i form af bostøtte tager udgangspunkt i en konkret individuel vurdering. Det er sagsbehandlere ved kommunerne, der vurderer den enkelte borgers behov og forudsætninger for at modtage bostøtte. Vurderingen foretages på baggrund af udtalelser, erklæringer og sagens akter. På baggrund af denne vurdering og i samarbejde med borgeren tilrettelægges støtten. Støtten kan eksempelvis bestå i

²³ Beboere i botilbud er således ikke omfattet af målgruppen

²⁴ Kilde: Socialministeriet: Socialpolitisk redegørelse 2017, s. 230. Bemærk at det opgjorte antal personer, der modtager socialpædagogisk støtte efter SEL § 85, er eksklusiv dem, der er registreret som modtagere af socialpædagogisk støtte på botilbud, og eksklusiv dem, der er registreret som modtagere af botilbud i løbet af året. Det skal bemærkes, at der er usikkerhed forbundet med opgørelsen af socialpædagogisk støtte og botilbud, bl.a. idet den kommunale registreringspraksis varierer.

Bemærk desuden, at antallet udgør alle borgere, der modtager socialpædagogisk støtte efter SEL §85, og altså rummer borgere, der modtager andre former for socialpædagogisk støtte end bostøtte. Den reelle målgruppe for borgere, der modtager bostøtte, forventes at være 65% af den samlede målgruppe. Dette estimat beror på interviews samt desk research. Bemærk yderligere

²⁵ Socialministeriet (2017): Socialpolitisk redegørelse 2017, s. 257

ugentlige møder med fokus på at skabe struktur i borgerens hverdag, eller det kan være motiverede samtaler eller hjælp til at forberede sociale aktiviteter.

Online bostøtte er en betegnelse for, når et fysisk besøg erstattes af et skærmbesøg. Det vil sige, at bostøtten ydes ved, at en medarbejder foretager et skærmopkald til borgeren, der befinder sig i eget hjem, og derved bistår borgeren i at kunne overkomme almindelige daglige gøremål.

Online bostøtte er egnet til flere former for bostøtte og kan indgå på forskellige tidspunkter i et bostøtteforløb alt efter borgerens behov og medarbejderens faglige vurdering af, hvor og hvornår det giver mening og værdi at foretage samtalen over skærm

4.3 Organisering af bostøttetilbud i Danmark.

I Danmark er kommunerne ifølge Serviceloven forpligtet til at levere en række ydelser på det sociale område på handicapområdet. En af disse ydelser er socialpædagogisk støtte ifølge SEL §85, som kommunerne ofte yder i form af bostøtte. Øvrige ydelser omfatter blandt andet midlertidige botilbud (§ 107) eller længevarende botilbud (§ 108) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104).

De sociale tilbud, herunder socialpsykiatriske tilbud og tilbud på handicapområdet, varetages af den sociale forvaltning i kommunerne.

I nærværende analyse behandles udelukkende socialpædagogisk støtte efter SEL § 85 i form af bostøtte til borgere, der bor i eget hjem.

4.4 Anvendelse af skærmbesøg i til online bostøtte

Når en borger er visiteret til bostøtte, kan nogle af de besøg, borgeren modtager, omlægges til skærmbesøg. Skærmbesøg kan derfor indgå på forskellige tidspunkter i et bostøtteforløb alt efter borgerens behov og medarbejderens faglige vurdering af, hvor og hvornår det giver mening og værdi at foretage samtalen over skærm. En borger visiteres således ikke til online bostøtte. Det er medarbejderen, der foreligger borgeren et tilbud om skærmbesøg, hvorpå der i fællesskab træffes beslutning, om det er en god løsning for borgeren. Borgeren kan således også selv ønske skærmbesøg. Mange former for bostøtte kan leveres over skærm. Eksempler på dette er støtte til aktivitetstilbud/dagtilbud, støtte til at klare praktiske ting i hjemmet, støtte til at deltage i fritidsaktiviteter, støtte til at få kontakt med og indgå i netværk, støtte til at få struktur på hverdagen, støtte til at kunne håndtere egen økonomi, støtte til at kunne håndtere kontakt til offentlige myndigheder og støtte til personlige udfordringer²⁶.

Målgruppen for online bostøtte er borgere, der er visiteret til socialpædagogisk bistand i form af bostøtte ifølge SEL § 85, hvor en medarbejder vurderer, at online bostøtte giver mening, og borgeren er motiveret herfor. Det er en selvstændig pointe, at hvorvidt online bostøtte egner sig til en borger ikke afhænger af den pågældende borgers diagnose eller graden af funktionsnedsættelse, men det derimod er en individuel vurdering hver gang. Der findes eksempler på borgere, med "lettere" psykiske funktionsnedsættelser, der får online bostøtte til ydelser som at strukturere deres dag, lave to-do lister etc. Ligeledes er der eksempler på borgere, med svære psykiske funktionsnedsættelser, der isolerer sig, er paranoide og ikke vil lukke bostøttemedarbejdere ind i deres hjem, og hvor skærmbesøg har været den eneste løsning for at kommunikere med og yde støtte til borgeren. Enkelte kommuner har forsøgt at lave skriftlige retningslinjer for vurderingen af, til hvilke borgere skærmbesøg er egnet, Denne praksis har dog ikke været nyttig, idet en individuel vurdering altid er nødvendig. I kommuner i Region Sjælland valgte man ikke at tilbyde online bostøtte til borgere med senhjerneskade²⁷. I en evalueringsrapport fra kommuner i Region Midtjylland vurderer flere medarbejdere, at online bostøtte er så fleksibel i sin anvendelighed, at man med fordel kan tilbyde online bostøtte til borgere med udviklingshæmning eller autisme.

I de evalueringsrapporter, der er foretaget, og som ligger til grund for denne analyse, er online bostøtte anvendt til borgere på både handicapområdet og i socialpsykiatrien og omfatter altså samlet set både borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser samt sociale problemer. I afsnit 4.5 fremgår det, hvilke kategorier af borgere de fremstillede resultater gør sig gældende for.

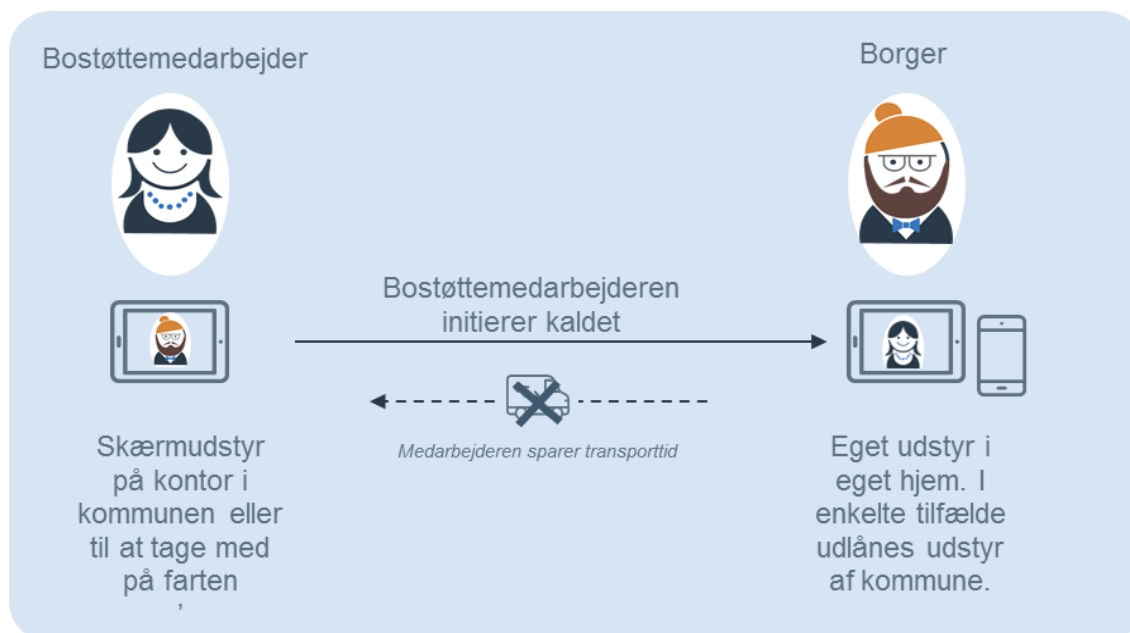
Formålet med at anvende online bostøtte er at give borgeren mulighed for at modtage støtte på en mere fleksibel måde, der bedre kan tilpasses den enkeltes behov. Flere kommuner giver således udtryk for, at skærmbesøg skal ses som én af flere kontaktkanaler, der i kombination med fysiske møder, telefonsamtaler og sms'er udgør en samlet værktøjskasse, som støtte-/kontaktpersonerne kan anvende i deres dialog med borgeren. Desuden er en gevinst ved online bostøtte, at medarbejderne sparer transporttid. Det er altid medarbejderen, der initierer skærmopkaldet. Brugssceneriet for skærmbesøg for online bostøtte er illustreret i figur 3 på næste side.

Ud over en øget fleksibilitet for både borgere og medarbejdere, er der også indikationer på, at skærmbesøg kan bidrage til at nedbringe antallet af aflyste møder og besøg, hvor medarbejderen går forgæves. En evaluering af

²⁶ Kilde: Region Midtjylland (2015) Evaluering af Projekt virtuel Bostøtte

²⁷ Kilde: VelfærdsInnovation Sjælland (2017) Evalueringsrapport Projekt Virtuel Bostøtte.

virtuel bostøtte i en række midtjyske kommuner viser således et mindre fald i antallet af aflyste møder og forgæves besøg efter implementeringen af online bostøtte²⁸. Nogle modtagere af bostøtte kan have større udsving i deres psykiske velbefindende, hvilket gør det svært for dem at skulle være fysisk sammen med andre mennesker, og de finder det derfor uoverskueligt at skulle lukke medarbejderen ind i deres hjem. Dette kan resultere i, at medarbejderne engang imellem oplever at møde op hos en borger forgæves. I disse situationer er der med online bostøtte potentiale for både at spare forgæves transport og medarbejdertid men også for at levere ydelsen således, at det lader borgeren modtage støtte på en måde, der passer til den enkeltes øjeblikkelige tilstand.



Figur 3: Brugsscenarie for skærmbesøg til online bostøtte

Rent teknisk leveres skærmbesøg via en smartphone eller tablet hos borgeren, hvorpå der er installeret en videoklient. Der er identificeret to forskellige tilgange til det tekniske setup, der skal til for at understøtte online bostøtte. Nogle kommuner anvender en Bring Your Own Device (BYOD)-tilgang, hvor borgere i målgruppen kun tilbydes skærmbesøg som en del af deres bostøtte, såfremt de selv er indehavere af en tablet eller smartphone, der muliggør installation af en videoklient. Andre kommuner anvender en tilgang, hvor de borgere, som online bostøtte vurderes at være egnet til, får udleveret en tablet af kommunen, såfremt de ikke kan anvende deres eget udstyr²⁹. På baggrund af evalueringer samt interviews arbejder vi i vores businesscase ud fra en antagelse om, at 50% af borgerne anvender deres eget udstyr. I kapitel 8 præsenteres et overblik over konkrete tekniske løsninger anvendt i det kommunale landskab for skærmbesøg. Derudover præsenteres en række definerede teknologiarketyper identificeret på tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser samt et overblik over særegnede karakteristika for henholdsvis kommunal, regional og tværsektoriel anvendelse.

4.5 Erfaringer med anvendelse af skærmbesøg til online bostøtte

I det følgende gennemgås udbredelsesstatus og praksiserfaringer for anvendelse og afprøvning af online bostøtte i kommunerne.

Dette kapitel beror på kvalitative interviews med tre projektledere for implementering af online bostøtte samt en afdelingsleder i tre kommuner, der er i drift. Desuden er resultatet fra følgende evalueringer/rapporter inddraget:

- KL. *Statusrapport for 2017 med fokus på digital understøttet træning og skærmbesøg, 2017* (Besvarelser fra 84 kommuner) samt *Statusrapport 2018, 2018* (Besvarelser fra 89 kommuner)
- Rambøll og Aalborg kommune. *Evaluering af projekt online bostøtte, 2016*: Ni kommuner deltog. Resultater beror på medarbejderudfyldte surveys om 114 borgere samt interviews med ni borgere. Der er foretaget start- og slutmålinger og spørgerunder, hvor hhv. 94 (start) og 95 (slut) medarbejdere har svaret. Der er desuden

²⁸ Kilde: Region Midtjylland (2015) Evaluering af projekt Virtuel Bostøtte

²⁹ I Projekt online bostøtte i Nordjylland uddelte fire ud af ni kommuner udstyr til borgerne. Fem ud af ni kommuner har en BYOD-tilgang. I Projekt Virtuel bostøtte i Region Sjælland anvendte borgerne som udgangspunkt deres eget udstyr. I Projekt Virtuel bostøtte i Region Midtjylland blev der i nogle tilfælde udleveret webcams til borgerne.

foretaget opfølgende kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews med en række medarbejdere. Borgerne i projektet modtager støtte på baggrund af psykisk funktionsnedsættelse

- VelfærdsInnovation Sjælland. *Evalueringssrapport Projekt Virtuel Bostøtte*. 2017: Seks kommuner deltog. Resultater beror på spørgeskemabesvarelser fra 42 borgere. Der er foretaget start- og slutmålinger og spørgerunder, hvor hhv. 67 (start) og 47 (slut) medarbejdere har svaret. Der er desuden foretaget opfølgende kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews med en række medarbejdere. Projektet er afprøvet inden for psykiatri- og handicapområdet, eksklusive senhjerneskadeområdet
- Region Midtjylland, CFK. *Evaluering af Projekt Virtuel Bostøtte*. 2015: Fem kommuner deltog. Resultatet beror på, at 52 borgere har besvaret spørgeskema. Der er foretaget start- og slutmålinger og spørgerunder, hvor hhv. 78 (start) og 43 (slut) medarbejdere har deltaget. Der er desuden foretaget opfølgende kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews med en række medarbejdere. Borgerne i projektet modtager støtte grundet sociale udfordringer er sindslidelser
- Københavns Kommune, Socialforvaltningen. *Online hjælp og støtte, Midtvejsevaluering, april 2015*. 2015: Opsamlingen beror på data fra 19 borgere og 23 medarbejdere. Borgerne i projektet modtager støtte grundet sociale udfordringer og sindslidelser.

PA vurderer, at der er tale om et solidt datagrundlag, idet der foreligger flere evalueringer, som beskriver resultaterne af at implementere online bostøtte i samlet set 20 kommuner. Endvidere foreligger spørgeskemadata fra 89 kommuner. De ovenstående evalueringer omfatter tilsammen borgere fra alle dele af målgruppen for online bostøtte. Endvidere er resultater og erfaringer fra evalueringer og interviews i høj grad ensartede. Samlet set indikerer det, at der må forventes en høj grad af overførbare af de opnåede resultater og erfaringer til andre kommuner. Det er i den sammenhæng et opmærksomhedspunkt, at der på det specialiserede socialområde er væsentlige forskelle på tværs af landets kommuner. Denne forskellighed er dog ikke i datagrundlag og analyse blevet udpeget som et tema i relation til online bostøtte. I relation til den opstillede businesscase for online bostøtte er der usikkerhed omkring en række centrale inputparametre, hvilket betyder, at det estimerede nettopotentiale er forbundet med usikkerhed.

4.5.1 Udbredelsesstatus og praksiserfaringer:

Der er stor forskel på, i hvilket omfang landets kommuner anvender online bostøtte. I 2017 angiver 42 kommuner, at skærmbesøg er en del af tilbuddet til deres borgere, som modtager SEL § 85-ydelser³⁰. I 2018 svarer hhv. 13 og syv kommuner, at de er i drift med skærmbesøg i socialpsykiatrien eller på handicapområdet, og hhv. 16 og ti svarer, at de er under implementering³¹. Nedenstående tabel 3 giver et overblik over driftsstatus.

Status	Antal kommuner, der anvender online bostøtte i socialpsykiatrien	Antal kommuner, der anvender online bostøtte på handicapområdet
I drift	13	7
Under implementering	16	10
Under afprøvning	16	13
Planlagt afprøvning	14	12
Ikke planlagt	30	48
Ikke besvaret	9	8
Total	98	98

Tabel 3: Driftsstatus for anvendelse af skærmbesøg i socialpsykiatrien og handicapområdet 2018

Der foreligger evalueringer på anvendelsen af skærmbesøg fra både Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark³². Tilsammen dækker evalueringerne erfaringer fra 20 kommuner. Skærmbesøg indgår som udgangspunkt som en integreret del af det samlede bostøttetilbud og skal derfor ikke ses som et selvstændigt støttetilbud.

³⁰ Spørgeskemaundersøgeles foretaget af KL i forbindelse med statusrapport i 2017 med fokus på digital understøttet træning skærmbesøg

³¹ Spørgeskemaundersøgelse foretaget af KL i forbindelse med statusrapport 2018

³² Kilde: Evaluering af projekt online bostøtte, udarbejdet af Rambøll for Aalborg Kommune i 2016; Evalueringssrapport af projekt virtuel bostøtte, udarbejdet af velfærdsinnovation Sjælland i 2017; Evaluering af projekt virtuel bostøtte, Region Midtjylland i 2014

På tværs af kommuner i både Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Midtjylland er der identificeret forskellige tilgange til anvendelsen af skærmbesøg til online bostøtte. I nogle kommuner har man arbejdet med en mere struktureret tilgang, hvor de enkelte medarbejdere eksempelvis har afsat en bestemt dag om ugen til at foretage skærmbesøg. På denne dag vil medarbejderen kunne arbejde hjemmefra eller fra kontoret og i højere grad være til stede sammen med kollegaer. I andre kommuner har tilgangen været, at det er helt op til den enkelte medarbejder at beslutte, hvornår og hvor ofte de vil anvende skærmbesøg.

På samme vis er der identificeret to forskellige modeller for, hvordan og hvorfra medarbejderne kan foretage skærmbesøg. Nogle kommuner har valgt at etablere arbejdsstationer på en eller flere lokaliteter, hvorfra medarbejderne kan foretage skærmbesøg. Andre kommuner vægter mobilitet højt og har valgt en løsning, der muliggør, at medarbejderne kan afholde skærmbesøg uden for kontoret via tablet eller telefon, eksempelvis i bilen mellem to fysiske besøg. Der er observeret fordele og ulemper ved begge modeller. Når skærmbesøg foretages fra en fast arbejdsstation, hvor der er ro, og hvor medarbejderen har det rette udstyr til formålet, er der gode muligheder for at gennemføre mere dybdegående samtaler på faste tidspunkter. Derimod giver denne løsning ikke så gode muligheder for fleksibilitet i forhold til, hvornår bostøtten kan gennemføres virtuelt, da det i højere grad kræver planlægning at sikre, at medarbejderen kan være ved arbejdsstationen. Omvendt giver skærmbesøg fra mobile enheder gode muligheder for at yde mere fleksibel bostøtte, hvis borgerne har behov for det. Men bostøtte via mobile enheder giver ikke altid de samme gode betingelser for at gennemføre mere dybdegående samtaler.

En evaluering fra Region Sjælland viser, at det med en struktureret tilgang til anvendelse af virtuel bostøtte samt en løbende ledelsesmæssig opfølgning kan lykkes at tilpasse og optimere arbejdsgange og derved gennemføre de enkelte møder på kortere tid³³. Særligt ledelsesfokus vurderes af både medarbejdere og ledere i flere kommuner at have stor betydning for succesraten i anvendelse af skærmbesøg til bostøtte. Hovedparten af de interviewede kommuner giver dog udtryk for, at det ikke har været et selvstændigt mål at nedbringe tidsforbruget i det direkte møde med borgeren men i stedet at sikre, at borgeren samlet set får mest muligt ud af den tilbudte støtte på tværs af forskellige kommunikationskanaler

Flere af de interviewede kommuner, der er i drift med skærmbesøg som en del af deres bostøttetilbud iht. SEL § 85, anvender skærmbesøg som led i deres bostøtte til omkring 10% af den samlede målgruppe. Dette bekræftes både af andre interviewede kommuner, der ikke selv har nået samme udbredelsesgrad, og i KL's rundspørge som en realistisk andel af egnede i målgruppen på nuværende tidspunkt. Nogle kommuner vurderer, at andelen af egnede på sigt må forventes at blive højere. På tværs af interviews med kommuner samt de nævnte evalueringer og rapporter er der identificeret en række udfordringer for implementering og en række konkrete forudsætninger, der skal være til stede for at øge udbredelsen. Forudsætninger er uddybet i kapitel 9.

Omfanget af behov for bostøtte efter SEL § 85 varierer betydeligt, både hvad angår antallet af visiterede timer og antallet af besøg, den visiterede tid er fordelt på, afhængigt af den enkelte borgers tilstand og funktionsevne. Eksisterende evalueringer³⁴ viser, at borgere, for hvem skærmbesøg er egnet, typisk er visiteret til 2,5 timers støtte om ugen³⁵. I forlængelse heraf er der i de gennemførte interviews samt i opsamling af erfaringer fra nogle kommuner givet udtryk for, at et fysisk møde i bostøttesammenhæng typisk har en varighed på omkring en time. Det svarer til to til tre ugentlige møder per borger eller omkring 130 møder om året. Baseret på to evalueringer vurderes det, at 25 % af et bostøtteforløb kan leveres over skærm³⁶.

4.6 Kvalitative effekter ved anvendelse af skærmbesøg

I det følgende gennemgås de kvalitative effekter, der er identificeret ved indførelse af skærmbesøg i de kommunale bostøttetilbud.

4.6.1 Effekter for borgere:

På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere samt de nævnte evalueringer og rapporter er der bred enighed om, at borgere, der benytter skærmbesøg som en del af deres bostøtte, er meget tilfredse med at have denne mulighed.

Følgende effekter er identificeret hos borgere, der har anvendt skærmbesøg som led i deres bostøtte:

- At anvende skærmbesøg øger adgangen til støtte og vejledning. Nogle borgere kan have meget lidt psykisk overskud nogle dage og slet ikke overkomme fysiske besøg. I disse tilfælde kan besøget omlægges fra fysisk besøg til skærmbesøg. Borgerne oplever derved større tryk og kan lettere overskue at modtage bostøtte.

³³ Kilde: Evalueringsrapport af projekt virtuel bostøtte, udarbejdet af velfærdsinnovation Sjælland i 2017

³⁴ Kilde: Evaluering af projekt online bostøtte, udarbejdet af Rambøll for Aalborg Kommune i 2016; Evalueringsrapport af projekt virtuel bostøtte, udarbejdet af velfærdsinnovation Sjælland i 2017; Evaluering af projekt virtuel bostøtte, Region Midtjylland i 2014

³⁵ Kilde: Region Midtjylland (2014) Evaluering af projekt Virtuel Bostøtte

³⁶ En substitutionsgrad på 25% beror på den konkrete ratio mellem fysiske besøg og skærmbesøg i slutregistreringen i Evalueringsprojekt fra Velfærdsinnovation Sjælland samt tabel over borgernes ønsker til, hvor stor en andel af deres besøg, der bør foregå via skærm i evaluering fra midtjyske kommuner

- At kunne tilrettelægge et bostøtteforløb med en kombination af fysiske besøg og videokonsultationer giver borgerne en oplevelse af øget fleksibilitet, og at behandlingen i højere grad tilpasses deres behov. Når bostøtten kan leveres selv i perioder med ophold uden for hjemmet såsom uddannelsesophold eller ferie, gør det, at bostøtten ikke bliver en hindring for borgerens bevægelighed
- Når bostøtten kan leveres over skærm, kan et besøg, der førhen tog 60 minutter, nu deles op i seks små besøg af ti minutters varighed. Det kan være særligt nyttigt for borgere med angst eller et borgere med behov for mere kontinuerlig støtte. Borgerne oplever derigennem, at problemerne ikke når vokse sig så store, når de kan tale med medarbejderen oftere.
- Skærmbesøg kan øge borgerens selvstændighed. Når medarbejderen ikke er til stede, kan vedkommende ikke "lige" tage opvasken for borger men er i stedet begrænset til at opfordre borgeren til selv at gøre det
- Når samtalen foregår over skærm, har borgeren større selvbestemmelse over, hvad medarbejderen skal se. Der er derfor en øget grad af privatliv i eget hjem. Et opmærksomhedspunkt her er dog, at tilstanden i borgerens hjem kan være et præj for medarbejderen om borgerens almene tilstand, hvorfor skærmbesøg ikke kan erstatte alle besøg
- Skærmbesøg kan give borgeren en tryghed i udfasning af tilbuddet. Når borgeren kan komme i kontakt med medarbejderen over telefonen eller et andet device, kan det styrke modet til at gå ud i verden. Derudover kan en overgang til skærmbesøg i en udfasning værne borgeren til ikke at modtage fysiske besøg men stadig med mulighed for psykisk støtte i udfasningsperioden.

Der er ikke identificerede negative erfaringer eller bekymringer blandt borgerne. Det skal i den forlængelse bemærkes, at skærmbesøg indgår i en medarbejdes samlede "værktøjskasse" af kommunikationskanaler med en borger, og i nogle tilfælde er det mere egnet end et fysisk møde, i andre tilfælde er det et ligeværdigt alternativ, ligesom der er tilfælde, hvor det ikke er det rigtige valg. Borgere, der modtager skærmbesøg, er således som udgangspunkt motiveret herfor.

Det er et opmærksomhedspunkt, at nogle borgere grundet deres psykiske udfordringer har en tendens til at isolere sig og derfor er særligt motiverede for skærmbesøg. Her er det vigtigt, at skærmbesøg ikke øger isolationen. Skærmbesøg kan dog samtidig være et redskab til at muliggøre støtte og kontakt med svært isolerede borgere, der ellers ikke ville bryde sig om at lukke medarbejderen ind i deres hjem. Det er derfor vigtigt, at skærmbesøg anvendes som et redskab i værktøjskassen efter en faglig vurdering og ikke som en komplet erstatning af fysiske samtaler.

4.6.2 Effekter for medarbejdere

På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere samt de nævnte evalueringer og rapporter er det en gennemgående observation, at det, til trods for at borgerne er positive over for tilbuddet om online bostøtte, kan være svært at få medarbejdere på socialområdet til at anvende skærmbesøg som et led i deres arbejde. Det er vurderingen på tværs af de interviewede projektledere, at der er behov for at italesætte anvendelsen af online bostøtte som en "skal"-opgave, hvis andre medarbejdere end ildsjælene også skal begynde at arbejde aktivt med brug af skærmbesøg. Erfaringen fra de kommuner, der er i drift med skærmbesøg, er imidlertid, at det på nuværende tidspunkt i vid udstrækning er op til den enkelte medarbejder at vurdere, i hvilket omfang det giver mening at bruge skærmbesøg i et konkret forløb. Konsekvensen af dette er, at brugen af skærmbesøg varierer fra forløb til forløb, og at dette i lige så høj grad skyldes forskellige holdninger hos de enkelte medarbejdere som borgernes ønsker og behov.

Følgende effekter er identificeret hos medarbejdere, der arbejder med bostøtte:

- Skærmbesøg muliggør, at medarbejderne i nogle tilfælde kan yde mindre invasiv og mere fleksibel behandling til psykisk sårbare patienter. Det betyder øget kontinuitet i leveringen af støtte og vejledning og derved højere oplevet kvalitet for borgere, der ellers kan være svære at levere bostøtte til
- Medarbejderne oplever ikke, at det kræver øgede tekniske kompetencer udover almindeligt brugerniveau. Det bemærkes dog, at yngre medarbejdere måske hurtigere får teknologien indarbejdet i deres arbejde
- Medarbejderne oplever, at anvendelse af skærmbesøg i et vist omfang kan bidrage til at nedbringe antallet af aflyste samtaler og forgæves møder.

Følgende bekymringer er identificeret blandt medarbejderne:

- Nogle medarbejdere oplever, at skærmbesøg stiller krav til, at borgeren stilles nye typer af spørgsmål, da medarbejderen ikke har adgang til lugtesansen eller et fuldt overblik over tilstanden i borgerens hjem

Nogle medarbejdere savner input til, i hvilke situationer det giver mening at anvende skærmbesøg. Derudover har de efterspurgt instruktion i at gennemføre "det gode virtuelle møde" (øjeblikkontakt, mødeledelse mm.). Dette bør ifølge medarbejderne og de interviewede projektledere indgå i undervisningen

4.7 Effektiviseringspotentiale og businesscase

Businesscasen har et positivt nettopotentiale på godt 69 mio. kr. over fem år

Bruttopotentialet i den opstillede businesscase for online bostøtte er hovedsageligt drevet af sparede transportomkostninger, herunder sparet transporttid.

Businesscasens omkostningsside er i vid udstrækning drevet af omkostninger til den borgervendte skærmløsning; det vil sige tablet med videoklient og tilhørende licenser mm. Der er i kortlægningen identificeret en lang række forskellige løsninger i brug i kommunerne (jf. afsnit 8.1). Kortlægningen viser endvidere, at der er væsentlige forskelle på prisniveauet på tværs af de identificerede løsninger. Valget af konkret skærmløsning har derfor væsentlig betydning for den samlede businesscase.

Bemærk, at eventuelle afledte økonomiske effekter af de listede kvalitative effekter - eksempelvis, at større fleksibilitet i de leverede ydelser til borgerne giver mere effektfulde indsatser og hjælper målgruppen bedre – ikke indgår i businesscasen, da vi ikke har grundlag for at beregne disse.

Det er en kritisk antagelse i analysen og businesscasen, at anvendelse af skærmbesøg ikke forringer effekten af den leverede støtte til borgeren.

De mest centrale parametre for businesscasen er opstillet i nedenstående tabel 4. Parametrene er baseret på tidligere evalueringer, interne dokumenter, interviews og statistikker. For en beskrivelse af hvert enkelt parameter og dets kilde, henvises til bilag B.

Parameter	Værdi
Antal borgere i målgruppe	25.805
Andel af målgruppe hvor skærmbesøg er egnet	10 %
Antal besøg pr. borger pr. år	130
Andel af møder i et forløb der afholdes som skærmbesøg	25 %
Andel af borgere med BYOD	50 %

Tabel 4: Parametre til brug for businesscase

4.8 Opsummering.

I en opfølgende rundspørge til kommunerne i 2018 svarer hhv. 13 og syv kommuner, at de er i drift med skærmbesøg i socialpsykiatrien eller på handicapområdet, og hhv. 16 og ti kommuner svarer, at det er under implementering.

Erfaringer fra både evalueringer og interviews peger på, at de borgere, der har afprøvet online bostøtte, er meget positive over for skærmbesøg i bostøttetilbud. Skærmbesøg tilbyder borgerne en fleksibilitet og en større fornemmelse af at være privat i eget hjem. Derudover kan skærmbesøg give borgere med fx svær angst en mulighed for at modtage støtte og vejledning uden risiko for aflysninger eller udeblivelser. På tværs af evalueringer og interviews er der imidlertid også en lavere opbakning fra medarbejderne. Medarbejderne er overvejende positive over for den fleksibilitet, skærmbesøg bidrager med i forløbet, og de tror på, at skærmbesøg betyder færre aflyste samtaler, men de oplever, at de mangler at kunne bruge lugte- og synssansen i borgernes hjem til at vurdere deres almene tilstand. Skærmbesøg stiller derfor nye krav til medarbejdernes udøvelse af deres faglighed. Erfaringer fra de interviewede kommuner indikerer, at det er nødvendigt med tydelige ledelsesmæssige målsætninger og kompetenceudvikling til medarbejderne. Medarbejdere, der ikke er overbevist om teknologiens positive kvaliteter, får ikke tilbudt skærmbesøg til deres borgere, som ellers ville have kunnet drage nytte af tilbuddet.

Businesscasen har et positivt nettopotentiale på godt 69 mio. kr. over fem år

Tekniske, juridiske og organisatoriske forudsætninger og barrierer er beskrevet i rapportens sektion 3.

5 SKÆRMBESØG TIL VIRTUEL HJEMME- OG SYGEPLEJE TIL BORGERE DER MODTAGER PLEJE I EGET HJEM.

Dette kapitel indeholder en uddybende beskrivelse af, hvorledes skærmbesøg kan anvendes som alternativ til fysiske besøg inden for udvalgte ydelser til borgere, der modtager hjemmepleje eller sygepleje i kommunerne.

5.1 Ydelse og målgruppe

Ydelse	Anvendelse af skærmbesøg til hjemme- og sygepleje til borgere der modtager pleje i eget hjem.
Målgruppe	Målgruppen omfatter borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje i eget hjem. Diagnosen er ikke afgørende.
Centrale aktører	<ul style="list-style-type: none">• Borgere der modtager pleje eller sygepleje i eget hjem• Medarbejdere i hjemme- og sygeplejen: social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker.
Volumen	I 2017 var der ca. 77.800 borgere, der modtog hjemmepleje i form af enten personlig pleje eller både personlig og praktisk pleje i eget hjem ³⁷ . Knap 100.000 borgere modtog i 2017 hjemmesygepleje ³⁸ . Der antages at være en stort overlap mellem disse to målgrupper.
Substitutionsgrad og formål	Et skærmbesøg erstatter et fysisk besøg. I praksis anvender hjemme- og sygeplejen en kombination af fysiske og skærmbesøg i et samlet ydelsesforløb. Formålet med at anvende skærmbesøg er at nedbringe transporttid for medarbejderen og øge fleksibilitet og kvalitet i tilbuddet til borgeren. Ligeledes er formålet at øge fleksibilitet for medarbejder, herunder at frigøre tid fra en opgave til en anden.

5.2 Kontekst for ydelser leveret via skærmt teknologi i hjemme- og sygeplejen

Hjemmepleje og hjemmesygepleje varetages lokalt i kommunerne.

Hjemmepleje kan gives til borgere, der har behov for hjælp til praktisk gøremål, personlig pleje eller madservice ifølge SEL § 83. Borgere skal selv ansøge om at få hjemmehjælp hos kommunen. Det er kommunen, der afgør, om den ældre er berettiget til at modtage hjemmehjælp. Hjemmehjælp kan være varig hjælp eller hjælp i en kortere periode.

Hjemmesygepleje gives til borgere, der har behov for sygepleje og behandling, eller hvor der er et behov for at forebygge sygdom og fremme sundhed ifølge SUL § 138. Borgere henvises til hjemmesygepleje af egen læge, en speciallæge eller sygehuset.

Når en borger ansøger om hjemmehjælp eller visiteres til hjemmesygepleje, vurderes pleje- og støttebehovet af en kommunal visitator. På baggrund af denne vurdering og i samarbejde med borgeren visiteres borgeren til at modtage den fornødne hjælp i form af konkrete ydelser. Ydelser i hjemmeplejen kan eksempelvis være rengøring, hjælp til at komme i bad og op af sengen om morgenen. Ydelser i hjemmesygeplejen kan eksempelvis være hjælp til sårpleje, medicinadministration og stompleje. Ydelserne leveres i borgerens hjem på et aftalt tidspunkt og med en aftalt frekvens.

Det er ikke alle ydelser, der kan leveres over skærm. Praktisk hjælp i form af eksempelvis rengøring og madservice kræver fysisk tilstedeværelse.

³⁷ Kilde: Danmarks Statistik – statistikbanken, tabel AED06

³⁸ Kilde: Danmarks Statistik - statistikbanken tabel HJEMSYG. Bemærk, disse tal er forbundet med usikkerhed

Flere ydelser inden for personlig pleje og sygepleje egner sig imidlertid godt til skærmbesøg. Støtte til at huske at drikke væske og spise samt medicinadministration er særligt velegnede.

Når en borger visiteres til hjemmepleje eller sygepleje, visiteres de til en ydelse og ikke til et bestemt antal timer. Den samme ydelse, eksempelvis støtte til bad, kan altså have forskellig varighed afhængig af, hvor ofte den leveres og borgerens funktionsniveau. For give et indblik i omfanget af den hjemmehjælp, der leveres i Danmark, føres der statistikker over de ydelser, borgerne er visiteret til, samt hvor mange timer de ydelser svarer til.

5.3 Organisering af hjemme- og sygeplejen i Danmark

I 2017 var der omkring 145.000 borgere, der modtog hjemmepleje. Ud af denne gruppe modtog ca. 77.800 borgere enten personlig pleje eller både personlig og praktisk pleje i eget hjem og er altså i målgruppen for at modtage skærmbesøg.³⁹ I 2017 modtog knap 100.000 borgere hjemmesygepleje⁴⁰. Der antages at være et stort overlap mellem borgere, der modtager hjælp til personlig pleje og hjemmesygepleje.

Kommunernes hjemme- og sygepleje er forankret i sundheds- og omsorgsforvaltningerne. Hjemmeplejere og sygeplejere kører ud til borgernes hjem, hvor plejen gives med afsæt i de ydelser, den enkelte borger er visiteret til. Hjemmepleje leveres af flere forskellige fagligheder, herunder social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og i nogen grad ufaglærte. Hjemmesygepleje leveres af sygeplejersker og i nogen grad social- og sundhedsassistenter. I nogle kommuner er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen organiseret hver for sig, mens det i andre kommuner er integreret.

5.4 Anvendelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen

Formålet med at anvende skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen er dels at skabe større fleksibilitet i planlægning og levering af ydelser og nedbringe transporttid for medarbejderne, og dels at yde mere fleksible ydelser til borgeren, give mulighed for tilpasse ydelserne og forbedre borgerens oplevelse af plejen.

Efaringer fra kommuner, der er i drift, samt inspirationskatalog fra Copenhagen Healthtech Cluster viser, at antal minutter per besøg er ti minutter ved fysiske besøg og fem minutter ved skærmbesøg⁴¹.

Erfaringerne fra de kommuner, der arbejder med skærmbesøg, viser, at skærmbesøg kan anvendes til en række af ydelser under personlig pleje. Eksempler på ydelser er medicinindtag og -administration, instruktion, råd, vejledning, let morgen-/middag-/aftenstøtte, tryghedsopkald, stomi- og kateterpleje samt særlig støtte til personlig hjælp og pleje.

Det er i den forbindelse en vigtig pointe, at skærmbesøg ikke erstatter alle fysiske besøg hos borgeren men anvendes i kombination med fysiske besøg. Den samlede bistand til en borger kan således leveres med færre fysiske fremmøder samtidig med, at der i højere grad kan planlægges med afsæt i borgerens behov. Konkret betyder det, at man ved anvendelse af skærmbesøg ikke skal tage højde for, at flest muligt ydelser skal kunne leveres i det samme fysiske besøg. Eksempelvis giver det mulighed for at hjælpe borgere med at tage medicin på de rette tidspunkter, eksempelvis om morgenen, selvom besøg fra hjemmeplejen først er om aftenen.

Skærmbesøg i hjemmeplejen og sygeplejen muliggør endvidere, at borgerne kan modtage hjælp under ferie eksempelvis i udlandet eller i et sommerhus i en anden kommune end bopælskommunen.

På tværs af evalueringer, rapporter og interviews tegner der sig to tilgange til at levere skærmbesøg til borgere i hjemme- og sygeplejen. Skærmbesøg leveret af *dedikerede skærmmedarbejdere* og skærmbesøg leveret af *almene medarbejdere*.

De kommuner, der har organiseret sig med dedikerede skærmmedarbejdere, har typisk udpeget to til fire årsværk, der er særligt trænede, og som foretager alle skærmbesøg til borgere i hele lokalområdet eller kommunen. Skærmmedarbejderne indgår typisk i en turnus, således at de arbejder ved skærm 50% af tiden og indgår i normale vagtplaner de resterende 50%. En borger vil derfor modtage de ydelser, der kræver fysisk fremmøde fra én medarbejder, og de ydelser, der kan leveres over skærm, fra en anden medarbejder. At arbejde med dedikerede skærmmedarbejdere kræver, at disse medarbejdere tilegner sig særlige kompetencer og er motiverede for at arbejde på denne måde. Denne fremgangsmåde kræver altså ikke indkøb af skærmudstyr til alle medarbejdere. Det kræves dog, at der indrettes særligt egnede lokaler med skærmudstyr på plejecentret, og at de dedikerede skærmmedarbejdere gennemgår grundig træning.

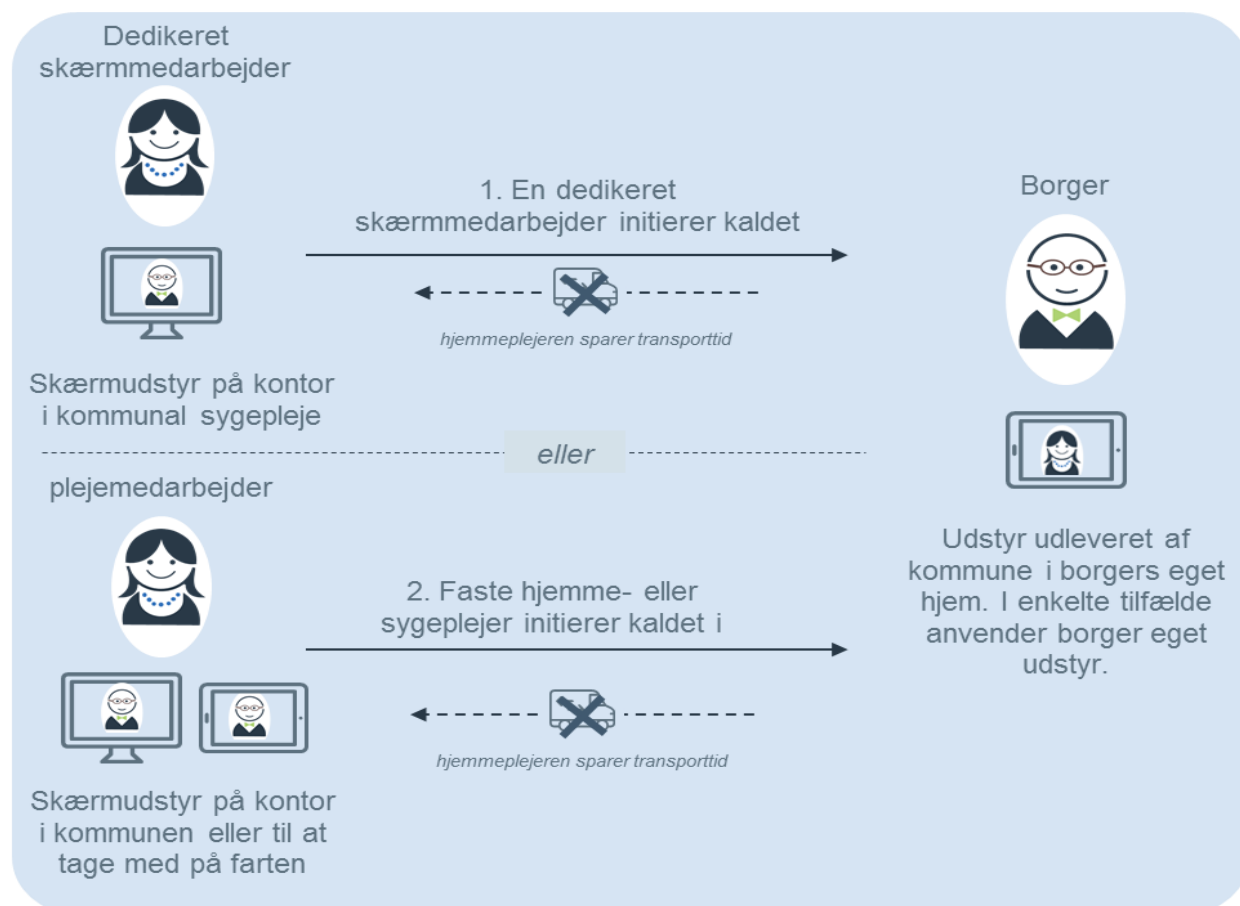
De kommuner, der arbejder med, at alle medarbejdere skal kunne foretage skærmbesøg via et device såsom en smartphone eller tablet, skal sikre, at alle medarbejdere er udstyret med eller har adgang til skærmudstyr. Skærmbesøg foretages i disse kommuner af borgerens faste hjemme- eller sygeplejer. Denne organisering muliggør i høj grad, at medarbejderne er mobile og kan foretage skærmpopkaldet i bilen imellem fysiske besøg

³⁹ Kilde: Danmarks Statistik - statistikbanken tabel AED06

⁴⁰ Kilde: Danmarks Statistik - statistikbanken tabel HJEMSYG

⁴¹ Baseret på fem evalueringer udarbejdet af fire danske (anonyme) kommuner og Copenhagen Healthcare Cluster samt interviews med kommunale projektledere. At et skærmbesøg tager fem minutter er PA's konservative skøn. I de nævnte evalueringer tager skærmbesøg i helt ned til to minutter

eller på plejecentret. Denne løsning er dog ikke egnet i kommuner med høj befolkningstæthed, hvor medarbejdere transporterer sig via cykel og ikke har mulighed for at være i rolige omgivelser og foretage skærmbesøget eksempelvis mellem to fysiske besøg. Brugsscenarier for anvendelse af skærmbesøg er illustreret i figur 4.



Figur 4: Brugsscenarier for skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen

Rent teknisk leveres skærmbesøg via en tablet hos borgeren, hvorpå der er installeret en klient til video-samtaler. Der er identificeret en tilgang til etablering af det tekniske setup, hvor kommunen udleverer tablets med en installeret klient til borgeren. Om klienten er et dedikeret kommunikationsprogram eller en del af et fagprogram varierer. I enkelte kommuner er det muligt for borgeren at anvende sit eget udstyr, en såkaldt Bring Your Own Device (BYOD)-løsning, såfremt borgeren ønsker det. Som udgangspunkt har alle kommuner nu en tilgang, hvor kommunen udleverer udstyr til borgeren. Vi regner derfor i businesscasen med, at 0% af borgerne anvender deres eget udstyr. I kapitel 8 præsenteres et overblik over konkrete tekniske løsninger anvendt i kommunale landskab for videokonsultationer og skærmbesøg. Derudover præsenteres en række definerende teknologiarketyper, som er identificeret på tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser samt et overblik over særegne karakteristika for henholdsvis kommunal, regional og tværsektoriel anvendelse.

5.5 Erfaringer med anvendelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen i Danmark

I det følgende gennemgås udbredelsesstatus og praksiserfaringer for anvendelse og afprøvning af virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne.

Dette kapitel beror på kvalitative interviews med fire projektledere for implementering af bostøtte, en afdelingsleder og en evalueringskonsulent fra VIVE på tværs af fire kommuner, der er i drift eller under implementering. Desuden beror kapitlet på indsigt i interne dokumenter såsom projektevalueringer, businesscases og plan for service, support og logistik. Disse dokumenter er fortrolige og er i høj grad anvendt til at validere businesscasen. Desuden er resultatet fra følgende evalueringer/rapporter inddraget:

- KL. *Statusrapport for 2017 med fokus på digital understøttet træning og skærmbesøg*. 2017 (Besvarelser fra 84 kommuner) samt *Statusrapport 2018*. 2018 (Besvarelser fra 89 kommuner)
- Copenhagen Healthtech Cluster. *Større fleksibilitet med virtuel hjemmepleje – inspirationskatalog til skærmbesøg i kommunernes hjemme- og sygepleje*. 2017

- VIVE. *Skærmopkald i hjemme- og sygepleje – Videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde*. 2018. Resultater beror på netværksmøde, ni dages observationer af medarbejdere, interviews med tillidsrepræsentant, projektleder og velfærdsteknologisk konsulent samt 22 interviews med medarbejdere og gennemgang af interne dokumenter
- Fredensborg kommune. Referat Social- og Seniorudvalget (18-21) 17-04-2018 Nr. 43 – Skærmbesøg i hjemmeplejen. 2018. Der indgår 17 borgere i evalueringen
- Anonym kommune der er i drift. *Skærmbesøg evalueringsrapport*. 2016. Resultatet beror på et spørgeskema til medarbejdere, der arbejder med skærmbesøg (16 ud af 22 medarbejdere besvarede), et spørgeskema til borgere der får eller har fået skærmbesøg (31 ud af 51 borgere besvarede), fokusgruppeinterviews med hhv. gruppeledere, sygeplejerskere og hjemmeplejere, enkeltinterviews med borgere (seks stk.), den koordinerende gruppeleder og en implementeringskoordinator.

PA vurderer, at der er tale om et forholdsvis solidt datagrundlag, idet der foreligger evalueringer af resultater ved at implementere skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen i tre kommuner. Endvidere foreligger spørgeskemadata fra 89 kommuner. De ovennævnte evalueringer omfatter tilsammen borgere fra alle dele af målgruppen for hjemme- og sygepleje. Endvidere er resultater og erfaringer fra evalueringer og interviews i høj grad ensartede. Samlet set indikerer det, at der må forventes en høj grad af overførbare af de opnåede resultater og erfaringer til andre kommuner. Det er i den sammenhæng et opmærksomhedspunkt, at der er identificeret forskellige tilgange til at levere skærmbesøg, samt at landets kommuner har organiseret deres hjemme- og sygepleje forskelligt. Det er ikke vurderingen, at disse forskelle har betydning for overførbare af de opnåede resultater kommunerne imellem, men der er behov for at træffe en række implementeringsmæssige valg ved indførelse af skærmbesøg i hjemme- og sygepleje i den enkelte kommune. I relation til den opstillede businesscase for virtuelle konsultationer i psykiatrien er der usikkerhed omkring en række centrale inputparametre, hvilket betyder, at det estimerede nettopotentiale er forbundet med usikkerhed.

5.5.1 Udbredelsesstatus og praksiserfaringer

Der er stor forskel på, i hvilket omfang landets kommuner anvender skærmbesøg i den kommunale hjemme- og sygepleje. I en rundspørge, KL har foretaget i 2018, angiver 25 kommuner, at de enten er i drift med skærmbesøg eller er i gang med forsøg på området. Ud af de 25 kommuner er hhv. 18 og 16 kommuner under implementering eller i drift og tilbyder skærmbesøg som et fast tilbud i hjemmeplejen og/eller sygeplejen. Nedenstående tabel 5 giver et overblik over status for brug af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen.

Driftsstatus	Antal kommuner, der anvender skærmbesøg i hjemmepleje	Antal kommuner, der anvender skærmbesøg i Sygepleje
Ikke planlagt	51	47
Planlagt afprøvning	13	16
Under afprøvning	7	9
Under implementering	8	7
I drift	10	9
Ikke besvaret	9	10
I alt	98	98

Tabel 5: Driftsstatus for anvendelse af skærmbesøg i den kommunale hjemme- og sygepleje i 2018⁴².

Til trods for at henholdsvis 18 og 16 kommuner er under implementering eller i drift med en velfungerende videoløsning, og at borgerne er tilfredse med skærmbesøg, er løsningerne generelt ikke ret udbredte. På tværs af demonstrationsprojekter og de kommuner, der afprøver, implementerer eller drifter skærmbesøg, er der i gennemsnit ca. 6. % af borgerne i målgruppen, der modtager ydelser over skærm.⁴³ Mange kommuner skønner dog, at minimum 10% af deres borgere er egnede til at modtage ydelser over skærm. Der er således et ikke indfriet potentiale for yderligere udbredelse. Vi påregner således en udbredelsesgrad på 10% i vores businesscase. På tværs af interviews med kommuner samt evalueringer og rapporter er der identificeret en

⁴² Spørgeskemaundersøgelse foretaget af KL i forbindelse med statusrapport 2018

⁴³ Spørgeskemaundersøgeles foretaget af KL i forbindelse med statusrapport i 2017 med fokus på digital understøttet træning skærmbesøg

række udfordringer for implementering samt en række konkrete forudsætninger, der skal være til stede for at øge udbredelsen. Forudsætninger er uddybet i kapitel 9.

I analysen er der identificeret to kommuner, der skiller sig ud ved at have et særligt fokus på at øge udbredelsesgraden.

I Københavns Kommune har man et særligt fokus på at vurdere borgerne, og man arbejder med dedikerede skærmmedarbejdere. København Kommune har arbejdet med afprøvning og implementering af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen siden 2015 og har som mange andre kommuner haft svært ved at få udbredt skærmbesøg til tilstrækkeligt mange borgere. Derfor valgte man at ændre tilgangen. Til at vurdere hvilke borgere, der kan drage nytte af skærmbesøg, har man udpeget en dedikeret "modtagerfunktion". Modtagerne besøger alle nyvisiterede borgere og vurderer, om den enkelte borger er egnet til og motiveret for skærmbesøg. Såfremt det er tilfældet, sørger modtagerfunktionen for, at borgeren får en skærm og bliver instrueret i at anvende denne og bekendt med, hvem der leverer ydelser over skærmen. I praksis er modtagerfunktionen en hjemmeplejer, der er særligt dygtig til at vurdere borgerens egnethed. Modtagerfunktionen medfører, at alle borgere får et ensartet tilbud. Selve vurderingen foregår under et alment besøg. Modtagerfunktionen "overtager" et vanligt besøg eller flere og vurderer borgerens egnethed under besøget.

Til at levere skærmbesøg har man organiseret sig med dedikerede skærmmedarbejdere, der leverer skærmbesøg til borgere i hele lokalområdet. Et hold af flere hjemmeplejere bemande således en skærmfunktion i en turnus, som beskrevet under afsnit 5.4. Københavns Kommune har altså prioriteret en effektiv, ensartet og kompetent vurdering og udvælgelse af borgere samt dedikerede skærmmedarbejdere som et middel til en succesfuld udbredelse

I Viborg Kommune har man arbejdet med skærmbesøg siden 2012. Man arbejder med en tilgang, hvor alle medarbejdere er uddannet i at levere skærmbesøg. Sammen med leverandøren af skærmløsningen, har kommunen udviklet en funktionel og fleksibel tilgang til skærmbesøg, hvor det er den af borgeren kendte medarbejder, der leverer både fysiske besøg og skærmbesøg – en kvalitet og kontinuitet som kommunen vægter højt. Alle medarbejdere kan udføre skærmbesøg via en app på deres tablet på de aftalte tidspunkter både fra kontoret og fra hjemmeplejebilen. I Viborgs løsning er der indbygget ledelsesinformation. Ledelsen har derved mulighed for at følge arbejdet og udviklingen med at udbrede skærmbesøg, herunder danne sig overblik over hvilke borgere der får skærmbesøg, og hvilke typer af medarbejdere som anvender skærmbesøg. Således kan ledelsen understøtte udbredelsen og fokusere deres indsats på områder med særligt behov for dette.

5.6 Kvalitative effekter ved anvendelse af skærmbesøg

I det følgende gennemgås de kvalitative effekter, der er identificeret ved indførelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen.

5.6.1 Effekter for borgere:

På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere samt de nævnte evalueringer og rapporter fremgår det, at der er høj borgertilfredshed med skærmbesøg på tværs af målgruppen.

Følgende effekter er identificeret hos borgere, der har modtaget ydelser via skærmbesøg:

- Borgerne oplever en højere grad af ro i samtalen med medarbejderne; enkelte oplever, at medarbejderne var mere nærværende end ved fysisk fremmøde, fordi der var fokus på opgaven
- Ydelserne leveres i højere grad på borgerens præmis, når de leveres digitalt, således at det er en mere borgerdrevet tilgang. Eksempelvis skal en borger, der skal have hjælp til at indtage medicin over skærm om morgenen, ikke gøre sig klar, komme i tøj og være i stand til at modtage besøg. En borger kan også tage sin tablet med på besøg hos eksempelvis pårørende og er således ikke bundet af at skulle være hjemme
- Besøgene leveres i højere grad til tiden, hvilket kan mindske frustrationer hos borgeren i planlægningen af deres hverdag
- Plejen forstyrres og griber i mindre grad ind i borgerens hverdag. Der er dermed en større grad af privatliv i eget hjem for borgeren, hvilket opleves som et markant livskvalitetsløft
- Der foretages færre dobbeltbesøg hos borgerne, hvilket betyder, der er mere helhed i ydelserne.

Der er ikke identificerede negative erfaringer eller bekymringer blandt borgerne. Dette skønnes at være et udtryk for, at kun borgere, der selv har ønsket at anvende skærmbesøg og har været motiveret herfor, har afprøvet metoden.

5.6.2 Effekter for medarbejdere:

På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere samt de nævnte evalueringer og rapporter adresseres det, at det er en udfordring at få medarbejdere til at anvende videokonsultationer, til trods for at mange patienter efterspørger det.

Følgende effekter er identificeret hos medarbejdere i hjemme- og sygeplejen;

- Medarbejderne oplever, at de kan yde større nærvær til borgeren under skærmbesøg, fordi de ikke har travlt med at få overtøjet af og på, finde medicin og redskaber frem eller med at komme ud af døren
- Medarbejderne oplever, at skærmbesøg støtter borgerne i at bruge deres færdigheder i højere grad til selv at udføre deres daglige aktiviteter. Et eksempel er, at medarbejderen ville smøre eller hente borgerens frokost til dem, hvis de var fysisk tilstede, men borgeren kan ofte godt selv, og en videosamtale sikrer, at borgeren anvender selv gør ting i højere grad.⁴⁴
- Medarbejderne oplever, at der er forbedrede og mere effektive arbejdsgange og mindre spildtid, når skærmbesøg implementeres. Det giver mere luft i hverdagen og mere tid til kerneopgaven
- Nogle medarbejdere oplever, at de får et kompetenceløft ved at lære at anvende en ny metode og teknologi, og at brugen af skærmbesøg øger deres faglige stolthed, da de oplever, at borgerne er tilfredse
- Medarbejderne oplever, at de sparer tid og får frigivet tid til kerneydelsen.

Følgende bekymringer er identificeret blandt medarbejdere:

- Nogle medarbejdere føler sig ikke rustet til at opfange samme mikrosignaler om borgerens almene tilstand over skærm som ved fysisk besøg
- Det kan være svært for medarbejderen at vurdere, hvilke borgere der egner sig til skærmbesøg
- Nogle medarbejdere føler sig ikke kompetente rent teknisk til at anvende videoløsningen og foretrækker derfor ansigt-til-ansigt-samtaler.

I flere kommuner er det op til medarbejderne at identificere, til hvilke borgere skærmbesøg er egnet og til hvilke ydelser. På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere peges der på, at det kan være en af årsagerne til den relativt lave udbredelsesgrad i kommuner, der er i drift. Når skærmbesøg ikke er en "skal"-opgave, risikerer man, at det kun bliver ildsjælene og de medarbejdere, der føler sig trygge ved skærmbesøg, der indstiller borgere. Derved tilbydes skærmbesøg ikke til alle egnede borgere.

5.7 Effektiviseringspotentiale og businesscase

Businesscasen har et positivt nettopotentiale på godt 228 mio. kr. over fem år

Bruttopotentialet i den opstillede businesscase er drevet af sparede transportomkostninger for medarbejdere samt sparet tid på levering af kerneydelsen. I relation til den estimerede tidsbesparelse på kerneydelsen er det et væsentligt opmærksomhedspunkt, at der er for den enkelte aktivitets vedkommende, eksempelvis bistand til medicinindtag, er tale om en tidsbesparelse på relativt få minutter, hvilket stiller krav om en tæt opfølgning, hvis potentialet i praksis skal realiseres.

Businesscasens omkostningsside er i vid udstrækning drevet af omkostninger til den borgervendte skærmløsning, hvilket vil sige tablet med videoklient og tilhørende licenser mm. Der er i kortlægningen identificeret en lang række forskellige løsninger i brug i kommunerne (jf. afsnit 8.1). Kortlægningen viser endvidere, at der er væsentlige forskelle på prisniveauet på tværs af de identificerede løsninger. Valget af konkret skærmløsning har derfor væsentlig betydning for den samlede businesscase.

Der er i interviews identificeret enkelte kommuner, der arbejder med dedikerede skærmmedarbejdere. Der er ikke regnet med denne model i businesscasen, da der er større erfaringsgrundlag med, at alle medarbejdere kan foretage skærmpopkald. I praksis beregnes potentialet pr. konverteret besøg, hvorfor kun omkostningerne til uddannelse af medarbejdere vil ændre sig i en sådan alternativ businesscase. Implementering af et organisatorisk setup med dedikerede medarbejdere vil alt andet lige betyde, at nettopotentialet vil være større.

Bemærk, at eventuelle afledte økonomiske effekter af de listede kvalitative effekter - eksempelvis at større fleksibilitet i de leverede ydelser til borgerne giver mere effektfulde indsatser, og borgeren blive mere selvhjulpne - ikke indgår i businesscasen, da vi ikke har grundlag for at beregne disse.

Det er en kritisk antagelse i analysen og businesscasen, at anvendelse af skærmbesøg ikke forringer effekten af den leverede hjælp til borgeren.

De mest centrale parametre for businesscasen er opstillet i nedenstående tabel 6. Parametrene er baseret på tidligere evalueringer, interne dokumenter, interviews og statistikker. For en beskrivelse af hvert enkelt parameter og deres kilde henvises til bilag B.

⁴⁴ Kilde: Referat af møde den 17. april 2018 i Social- og seniorudvalget i Fredensborg kommune, sagsfremstilling til pkt. 43

Parameter	Værdi
Antal borgere i målgruppe	77.833 ⁴⁵
Andel af målgruppe, hvor skærmbesøg er egnet	10 %
Andel af borgere med BYOD	0 %
Minutter pr. besøg AS-IS	10 minutter
Minutter pr. besøg TO-BE	5 minutter
Andel møder i et forløb der afholdes som skærmbesøg ⁴⁶	25 %

Tabel 6: Parametre til brug for businesscase

5.8 Opsummering.

I 2018 er 25 af de 98 danske kommuner under afprøvning, under implementering eller i drift med skærmbesøg i hjemmeplejen og sygeplejen. Der er i hjemme- og sygeplejen to forskellige tilgange til at implementere skærmbesøg: en løsning med enkelte, dedikerede skærmbesøgsmedarbejdere, og en hvor alle medarbejdere foretager skærmbesøg til deres egne borgere. Tilgangen hvor alle medarbejdere foretager skærmbesøg vurderes at være den dominerende. Erfaringer fra praksis er, at borgerne er meget positive over for skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen. Det skyldes blandt andet, at borgerne oplever større nærvær hos medarbejderne, mere fokuserede samtaler, øget fleksibilitet, og at de kan være private i eget hjem. Medarbejderne er også tilfredse med anvendelse af skærmbesøg men ikke i lige så høj grad som borgerne. De er overvejende positive omkring den øgede oplevelse af nærvær, skærmbesøg bidrager med, mere effektive arbejdsgange og øget tid til kerneopgaven. Det er nødvendigt med tydelige ledelsesmæssige målsætninger for udbredelse og anvendelse. Medarbejdere, der ikke er overbevist om teknologiens positive kvaliteter, får ellers ikke tilbudt skærmbesøg til deres borgere, som ellers ville have kunne drage nytte af tilbuddet.

Businessscasen har et positivt nettopotentiale på godt 228 mio. kr. over fem år.

Tekniske, juridiske og organisatoriske forudsætninger og barrierer er beskrevet i rapportens sektion 3.

⁴⁵ Det har ikke været muligt at estimere overlappet mellem de 77.833 borgere, der modtager hjemmepleje (personlig pleje), og de knap 100.000 borgere, der modtager hjemmesygepleje. Ifølge Danmarks Statistik er tallene for borgere, der modtager hjemmesygepleje, forbundet med stor usikkerhed. I businessscasen regner vi derfor udelukkende med en målgruppe på de 77.833 borgere. Det må derfor forventes, at der er et større nettopotentiale end det, der fremgår af businessscasen

⁴⁶ PA's egne beregninger baseret på oplysninger fra en større dansk kommune

6 VIRTUELLE UDSKRIVNINGSKONFERENCER I OVERGANGEN FRA SYGEHUS TIL KOMMUNE TIL BORGERE MED KOMPLEKSE PLEJEBEHOV

Dette kapitel indeholder en detaljeret beskrivelse af, hvorledes virtuelle udskrivningskonferencer kan anvendes som metode til samarbejde og koordinering ved udskrivning af apopleksipatienter med komplekse forløb og udvidet behov for koordinering mellem modtagerkommune og udskrivende afdeling.

6.1 Ydelse og målgruppe

Ydelse	Anvendelse af video til virtuelle udskrivningskonferencer i overgangen fra sygehus til kommune til patienter med komplekse forløb.
Målgruppe	Målgruppen omfatter apopleksipatienter med komplekse forløb og udvidet koordineringsbehov i forbindelse med udskrivning fra sygehus.
Centrale aktører	<ul style="list-style-type: none">• Patienten og evt. pårørende• Kommunal visitator og evt. hjemmesygeplejerske eller terapeuter• Relevante medarbejdere på udskrivende afdeling, eksempelvis læge, sygeplejerske, assistenter, hjælpere, talepædagoger og terapeuter.
Volumen	I Danmark er der årligt omkring 15.000 nye tilfælde af apopleksi. Ca. 30% af disse, svarende til ca. 4500 patienter, estimeres at have brug for rehabilitering i hospitalsregi og behov for udvidet koordination ved udskrivning.
Substitutionsgrad og formål	En virtuel videokonference afvikles på samme vis som konventionelle udskrivningskonferencer, og der anvendes samme lokale. Kommunens visitator og evt. pårørende deltager via skærm. En videokonsultation muliggør altså, at den kommunale visitator substituerer et fysisk møde med et virtuelt møde i forholdet 1:1. Formålet med virtuelle konferencer er at nedbringe transporttiden for kommunale medarbejdere og øge muligheden for, at pårørende, der ikke kan være fysisk til stede, kan deltage i konferencen.

6.2 Behandlingsmæssig kontekst for virtuelle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter

Apopleksipatienter er kendetegnet ved at have komplekse sygdomsforløb. Hovedparten af patienterne får varige mén og nedsat funktionsniveau, hvorfor der er behov for en tydelig kommunikation mellem sygehus og kommune. Patienter, der indlægges på afdelinger for neurorehabilitering, har en så markant funktionsnedsættelse, at de er for dårlige til at blive udskrevet og deltage i ambulant rehabilitering. En indlæggelse på en afdeling for neurorehabilitering skønnes i gennemsnit at vare omkring 27-30 dage, og hovedparten af patienterne (95%) skønnes at have behov for udvidet koordinering med kommunen ved udskrivning.⁴⁷

Når en patient indlægges på sygehuset med apopleksi, genereres automatisk en *indlæggelsesadvis* fra sygehuset til kommunen via PAS-/EPJ-systemet. I kommunen modtager man kun denne avis, såfremt borgeren i forvejen er registreret med en ydelse i hjemme- eller sygeplejen. Ligeledes fremsender kommuner automatisk en *indlæggelsesrapport*, når kommuner med kontakt til hjemmeplejen- eller sygeplejen indlægges på sygehus. Jævnfør samarbejdsaftale om borger-/patientforløb suppleres den automatiske indlæggelsesrapport med en manuel rapport. For at sikre tidligst mulig inddragelse af kommunen for patienter der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, skal sygehuset sende en elektronisk *plejeforløbsplan* til den kommunale hjemmepleje. Plejeforløbsplanen udarbejdes af den afdeling, hvor patienten er indlagt, og udgør et resumé med særligt fokus på overgangen fra sygehus til kommune og skal indeholde nødvendige oplysninger om patienten, for at kommunen tidligst muligt kan påbegynde forberedelser til at modtage patienten i hjemmet.

⁴⁷ Disse skøn beror på estimater fra afdeling for neurorehabilitering, der er i drift med virtuelle udskrivningskonferencer

Plejeforløbsplanen skal udarbejdes, så snart de nødvendige undersøgelser er foretaget, og sygehuset har lagt en behandlingsplan. For patienter med varige mén efter apopleksi indebærer behandlingsplanen rehabilitering under indlæggelse på en afdeling for neurorehabilitering. Når kommunen har modtaget en plejeforløbsplan, skal de sende en *kvittering for modtagelse af plejeforløbsplan* til sygehuset via en elektronisk korrespondancemeddelelse⁴⁸.

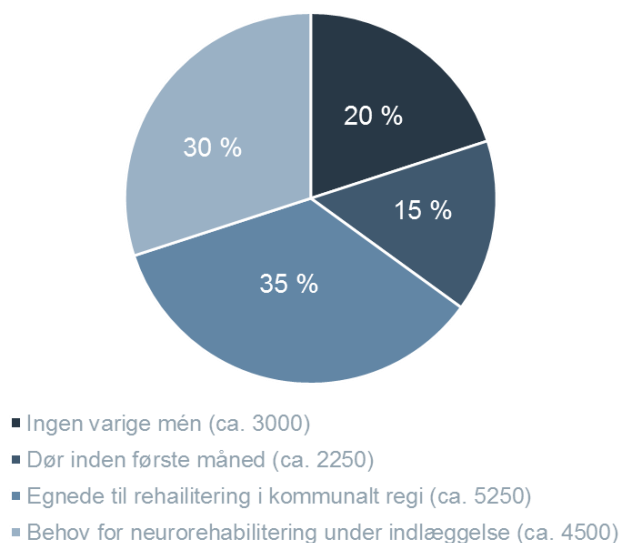
For de patienter, der får væsentlige ændringer af funktionsniveau og har behov for udvidet koordinering ved udskrivelsen og kommunale ydelser efter indlæggelse, kan sygehuset invitere en visitator fra patientens bopælskommune til en *udskrivningskonference* på sygehuset for at drøfte detaljer i plejeforløbsplanen.

Formålet med udskrivningskonferencer er at skabe en god og tryk udskrivelse for patienter med komplekse forløb og udvidet behov for koordinering og evt. pårørende. På konferencerne videregives informationer fra sygehuspersonale til kommunale medarbejdere, og borgere og pårørende har mulighed for at stille spørgsmål. Konferencen afholdes, når sygehuset vurderer, at patienten er klar til udskrivelse, og plejeforløbsplan er sendt i til kommunen. Patienten udskrives først, når konferencen er afholdt, og kommune og sygehus har etableret en fælles aftale. Områder, der kræver koordinering og drøftelse er ofte plan for fortsat genoptræning, undervisning, hjemmepleje, medicin, hjælpemidler, boligindretning, ændret funktionsniveau, og hvad det betyder, herunder evt. ændringer i personlighed hos patienten mm.

6.3 Organisering af apopleksibehandling og neurorehabilitering i Danmark.

I Danmark varetager regionerne den akutte behandling af apopleksitilfælde på trombolyseafdelinger/ neurologiske afdelinger. Efter den mere akutte behandling af patienter forbliver de patienter, der har behov for dette på neurologiske afdelinger, til de er klar til at starte rehabilitering. Patienter med mindre skader udskrives til eget hjem, evt. med kommunale ydelser, og deltager i rehabilitering i kommunalt regi. Patienter, der har brug for rehabilitering med indlæggelse, visiteres til neurorehabilitering i hospitalsregi, inden de udskrives til eget hjem med kommunal hjemmepleje eller til plejehjem.

15.000 nye apopleksitilfælde årligt



I Danmark er der årligt omkring 15.000⁴⁹ nye apopleksitilfælde årligt, og der registreres årligt omkring 18.000 indlæggelser grundet karsygdomme i hjernen⁵⁰. Ca. 20% får ingen varige mén, og ca 15 % dør inden for den første måned⁵¹. I en rapport fra SST fra 2005 konkluderer man på baggrund af en række studier samt et pilotprojekt i Svendborg, at knap 45% af alle førstegangs diagnosticerede apopleksipatienter skulle være i målgruppen for hjemmetræning⁵². Fordelingen af patienter er illustreret i figur 5.

For at estimere omfanget af den gruppe apopleksipatienter, der har behov for neurorehabilitering i hospitalsregi, antager vi, at en mindre del af de patienter, der er egnede til hjemmetræning, overlapper med de patienter, der ikke få varige mén. De resterende overlevende patienter skønnes således at være i målgruppen for rehabilitering i hospitalsregi med udvidet behov for koordinering ved udskrivning, svarende til 30 % af de nye apopleksitilfælde eller ca. 4500 patienter.

Figur 5: Fordeling af udfaldet for nye apopleksitilfælde

Når en borger udskrives fra sygehuset og har behov for kommunale ydelser enten i form af plads på et plejehjem, hjælpemidler eller hjemmepleje i eget hjem, er det en visitator fra kommunen, der bevilliger den rette hjælp og de rette ydelser til borgeren. Visitatorer kan være organiseret forskelligt og arbejde på forskellig vis afhængig af kommunen. Derfor er der også forskel på, hvordan en kommune samarbejder og koordinerer med de sygehusafdelinger, der udskrives patienter til dem. Ud over neurologiske afdelinger kan det være medicinske og geriatriske afdelinger. I nogle kommuner arbejder man med det, der kaldes *fremskudt visitation* som middel til udskrivningskoordination. Her har kommunale visitatorer en mere fast gang på sygehuset og har ofte egne

⁴⁸ Kilde: Sundhed.dk – kommunikation mellem sygehuse og kommuner

⁴⁹ Kilde: Sundhedsstyrelsen – Sygdomsbyrden i Danmark, 2015

⁵⁰ Kilde: Danmarks Statistik: Statistikbanken tabel IND01

⁵¹ Kilde: Hjerneskadeforeningen: Tal og fakta om hjerneskrader

⁵² Kilde: SST: Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering, 2005

kontorer. I andre kommuner arbejder man med udskrivningskonferencer, hvor den kommunale visitator inviteres med til et tværfagligt møde forud for udskrivning af borgeren.

Tværsæktoriel koordinering og samarbejde om borgere ved udskrivning tager afsæt i formelle samarbejdsaftaler mellem en eller flere sygehusafdelinger og kommunerne i optageområdet. Samarbejdsaftaler er en del af indsatsen om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som er beskrevet i sundhedsaftalerne mellem en region og tilhørende kommuner.

I regionerne varetages behandling af apopleksipatienter på neurologiske afdelinger eller afdelinger for neurorehabilitering afhængigt af graden af funktionsnedsættelse. Nedenstående tabel viser antallet af lokaliteter, der behandler apopleksipatienter under indlæggelse.

Region	Organisering	Antal indlæggelser ⁵³ (2017)	Samarbede med kommunale visitatorer
Region Hovedstaden	5 lokationer	5000	Anvender ikke video. Der foretages forskellige former for konventionel udskrivningskoordinering. Virtuelle konferencer er afprøvet på Apopleksiafsnittet Rigshospitalet Glostrup i 2016 men er ikke idriftsat.
Region Sjælland	3 lokationer	3700	Anvender ikke video. Der foretages forskellige former for konventionel udskrivningskoordinering. Virtuelle konferencer er afprøvet med projekt "Apovideo" på Holbæk Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus og Center for Neurorehabilitering Næstved i 2014-2015 men er ikke idriftsat.
Region Syddanmark	4 lokationer	3400	Man er i drift med virtuelle konferencer hos Afdelingen for neurorehabilitering i Svendborg. På OUH og Svendborg Sygehus og kommuner i optageområdet er pilotprojekt igangsat på medicinsk og geriatrisk afdeling.
Region Midtjylland	5 lokationer	3900	Anvender ikke video. Der foretages forskellige former for konventionel udskrivningskoordinering.
Region Nordjylland	3 lokationer	2200	Anvender ikke video. Der foretages forskellige former for konventionel udskrivningskoordinering.
Hele landet	20 lokationer	18.200 ⁵⁴	

Tabel 7: Overblik over organisering og indlæggelser fordelt per region

6.4 Anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter

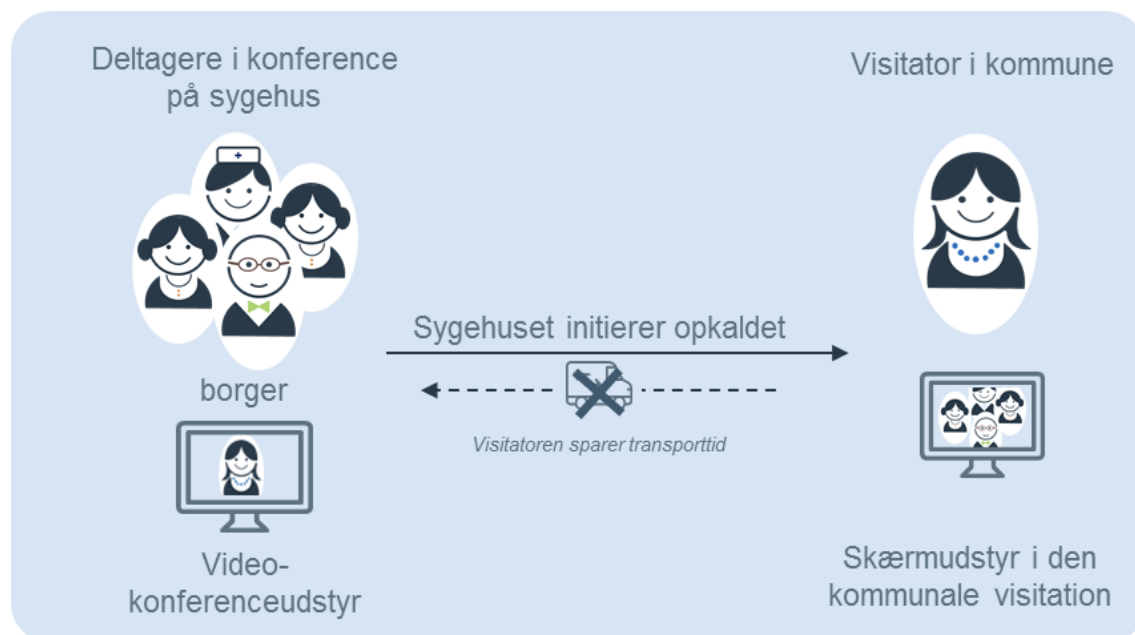
Formålet med at anvende video til virtuelle udskrivningskonferencer (i det følgende kaldet VUK) er at sikre, at alle borgere, uagtet om de bor tæt på eller langt fra indlæggelsesstedet, oplever samme trygge udskrivning. Faktum er, at specialer som neurorehabilitering er centraliseret til få steder i regionerne, og at patientens bopælskommune derfor kan ligge langt væk fra indlæggelsesstedet. Det betyder, at kommunale medarbejdere, der er en del af koordineringen omkring udskrivning, kan have lang transporttid og svært ved at deltage fysisk. Det er således også formålet at sikre en øget effektivitet og fleksibilitet omkring planlægning og afvikling af det tværsæktorielle arbejde for de medarbejdere, der deltager både fra sygehus og kommune. De tre primære parter i VUK er medarbejdere fra den udskrivende afdeling (det kan både være sygeplejer, fysioterapeut, ergoterapeut, talepædagog m.fl.), den kommunale visitator og borgeren, der skal udskrives sammen med eventuelt pårørende.

VUK ligner en konventionel konference. Medarbejdere fra den udskrivende afdeling og patienten samles i et mødelokale. Den kommunale visitator deltager i mødet via video og er således synlig på en skærm i mødelokalet. Det er sygehusafdelingen, der initierer videoopkaldet til kommunen og som udgangspunkt har ansvaret for mødeledelsen. Sygehusafdelingen anvender eget videokonferenceudstyr og opretter et virtuelt møderum. Visitator i kommunen ringer til det virtuelle møderum fra egen videoklient eller via link i browser. De konkrete retningslinjer for afvikling af VUK er ofte beskrevet i detaljerede samarbejdsaftaler mellem sygehus og

⁵³ Antal indlæggelser er det samlede antal indlæggelse af patienter med karsygdomme i hjernen og er således ikke kun et udtryk for apopleksipatienter med behov for neurorehabilitering og udvidet koordinering

⁵⁴ Kilde: Danmarks Statistik: Statistikbanken tabel IND01

kommuner. I kapitel 8 præsenteres et overblik over konkrete tekniske løsninger anvendt i det kommunale landskab for videokonsultationer og skærmbesøg. Derudover præsenteres en række definerende teknologiarketyper identificeret på tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser samt et overblik over særegne arakteristika for henholdsvis kommunal, regional og tværsektoriel anvendelse. Brugsscenariet for VUK er illustreret i figur 6.



Figur 6: Brugsscenarier for virtuelle tværsektorielle udskrivningskonferencer

6.5 Erfaringer med anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer i Danmark

I det følgende gennemgås udbredelsesstatus for VUK til apopleksipatienter, der udskrives fra neurorehabilitering i sygehusregi til bopælskommune samt praksiserfaringer.

Dette kapitel beror på kvalitative interviews med projektledere på sygehuse for hhv. et igangværende og et afsluttet pilotprojekt, en afdelingssygeplejerske samt en kommunal projektleder for initiativet, der er i drift samt interviews med en it-professionel i regionen, hvor man er i drift. Desuden er resultatet fra følgende tre evalueringer inddraget

- Odense Universitetshospital. Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonference – en mini-MTV. 2010. Resultaterne beror på erfaringer fra data fra 20 konventionelle konferencer (omtalt som førmåling) samt 14 virtuelle udskrivningskonferencer (omtalt som eftermåling). Der er foretaget interview med personale på afdelinger og i kommuner i forbindelse med afholdelse af konferencer, fokusgruppeinterviews med medarbejdere og spørgeskemaundersøgelse. Patienteffekter er undersøgt ved en spørgeskemaundersøgelse. 16 patienter deltog i evaluering. Otte deltog i en virtuel udskrivningskonference, og otte deltog i en konventionel konference
- Region Hovedstaden, VihTek. *Telekoordination – Afprøvning af tværsektorielle telekonferencer ved udskrivning af apopleksipatienter*. 2018. projektet indeholder 131 udskrivningskonferencer. 21 konferencer i baseline-perioden og 110 konferencer i interventionsperioden hvoraf 44 var telekonferencer. Resultatet beror på besvarelser af registreringskemaer for 33 medarbejdere, 44 strukturerede patientinterviews samt en spørgeskemaundersøgelse blandt personalet (29 ud af 33 har besvaret)
- Region Sjælland og VelfærdsInnovation Sjælland. Evalueringsrapport Apovideo.2015. Resultatet beror på før og efter-måling i form af en spørgeskemaundersøgelse med medarbejdere i kommune og på sygehus, herunder et medarbejderudfyldt borgersurvey. Der er data fra 31 konferencer. 82 medarbejdere har besvaret før-målingen, og 55 medarbejdere har besvaret efter-målingen. Desuden er der foretaget tre fokusgruppeinterviews med medarbejdere fra deltagende organisationer samt to kvalitative interviews med borgere og pårørende.

PA vurderer, at der er tale om et mindre solidt datagrundlag, idet der kun foreligger erfaringer fra to evaluerede pilotprojekter vedrørende tværsektorielle udskrivningskonferencer. De to ovennævnte evalueringer omfatter tilsammen et rimeligt antal borgere fra et ud af flere medicinske specialer, der af de deltagende afdelinger er vurderet som værende en del af den potentielle målgruppe. Endvidere er resultater og erfaringer fra evalueringer

og interviews i høj grad ensartede. Samlet set indikerer det, at der trods et mindre solidt datagrundlag må forventes en rimelig grad af overførbare af de opnåede resultater og erfaringer til andre landsdele og specialer. Det er i den sammenhæng et opmærksomhedspunkt, at organiseringen af det tværsektorielle samarbejde har væsentlig betydning for, om de opnåede resultater i praksis er anvendelige i et konkret samarbejde mellem afdeling og kommune. I relation til den opstillede businesscase for tværsektorielle udskrivningskonferencer er der usikkerhed omkring en række centrale inputparametre, hvilket betyder, at det estimerede nettopotentiale er forbundet med usikkerhed.

6.5.1 Udbredelsesstatus og praksiserfaringer:

Aktuel udbredelse

I en af landets fem regioner er man i drift med VUK på en afdeling for neurorehabilitering og har et igangværende pilotprojekt på medicinsk og geriatrisk afdeling på samme sygehus. To andre regioner har gennemført pilotprojekt og afprøvet virtuelle udskrivningskonferencer på udvalgte afdelinger med positive resultater men er ikke gået i drift. To regioner anvender ikke video i deres kommunikation med kommunerne om udskrivning.

I Region Syddanmark er man i drift med VUK til koordinering med kommunerne om apopleksipatienter på Neurorehabiliteringen, Neurologisk afdeling, Svendborg Sygehus. Afdelingen skønner, at der i gennemsnit er 37 patienter indlagt, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er omkring 29 dage, og at stort set alle har brug for en udskrivningskonference ved udskrivning. Der foretages ca. 7-8 udskrivningskonferencer om ugen, hvoraf ca. 15% er virtuelle.

Yderligere har OUH og kommunerne på Fyn og øerne besluttet at indføre VUK som et naturligt værktøj og supplement til den skriftlige kommunikation på geriatrisk klinik og hjertemedicinsk afdeling. Derfor har man igangsat et pilotprojekt, der skal afprøve en samarbejdsaftale mellem sektorerne, om teknologien virker gnidningsfrit og er brugervenlig. Pilotprojektet løber i efteråret 2018 med forventet overgang til drift og udrulning i december 2018.

Erfaringer fra pilotprojekter

Der er gennemført tre projekter, hvor et virtuelt tværsektorielt samarbejde er afprøvet i forbindelse med udskrivning af apopleksipatienter. Alle tre projekter viser på et overordnet plan, at de tekniske løsninger fungerede, var driftssikre og brugervenlige. Desuden viste de, at patienterne var tilfredse og trygge, og at der er en tendens til, at patienter, der deltager i videokonferencer, er mere tilfredse end ved konventionelle konferencer. Desuden viser projekterne, at hovedparten af personalet i både kommuner og på afdelinger er positive og vurderer videokonferencer som et godt alternativ. Personalet, der har afprøvet virtuelle konferencer, vurderer, at patienter med svære kognitive skader eller nedsat hørelse, syn eller taleevne ikke er egnede. På baggrund af interviews samt erfaringer fra Glostrup Hospital antages det, at virtuelle konferencer er egnet til 40% af patienterne⁵⁵.

Nedenfor uddybes resultater fra de tre projekter.

- Tilbage i 2010 gennemførte OUH og tre fynske kommuner et mindre pilotprojekt⁵⁶, hvor der blev gennemført 14 virtuelle udskrivningskonferencer mellem kommunale visitatorer og medarbejdere fra afdelingerne. I projektet fandt man, at der kunne spares store mængder tid. I gennemsnit var de virtuelle konferencer 64 minutter hurtigere end konventionelle konferencer. De konventionelle konferencer varede i snit 109 minutter (transporttid 52 min., modtagelse af visitator fem min., selve konferencen 52 min), og de virtuelle varede i gennemsnit 45 minutter (klargøring af udstyr 14 min., selve konferencen 31 min.). Sygehuset sparer således 12 min. per konference (-5 min. modtagelse og -21 min på konference og +14 min. forberedelse af udstyr). Kommunen sparer samlet 73 min. per konference (-52 min. på transport og -21 minutter på konference)
- I 2016 gennemførte Neurologisk afdeling, Rigshospitalet Glostrup, Vithek og fem kommuner (København, Høje Taastrup, Glostrup, Vallensbæk og Ishøj) et pilotprojekt kaldet "Telekoordination"⁵⁷. Der blev afholdt 44 virtuelle udskrivningskonferencer mellem kommunale visitatorer og medarbejdere på afdelingen. I dette projekt hævder nogle kommunale visitatorer, at VUK forringer deres mulighed for at vurdere patienten med "egne øjne". De påpeger derfor, at der er det afgørende, at plejeforløbsplaner er af høj kvalitet og grundigt udfyldt ved videokonferencer. I projektet var der tendens til, at konferencer fungerede mere smidigt end normalt, og der var en tidsbesparelse i forhold til konventionelle konferencer for kommunerne. De konventionelle konferencer (forberedelse, kommunikation, transport, selve konferencen, sagsbehandling) varede i snit 64,5 min. mod 71,6 min. for afdelingen og 137,1 min. mod 109,2 min. for kommunen. Sygehuset bruger således 7,1 min mere per videokonference (+2,9 min forberedelse, -0,5 transport, -7,4 selve konferencen, +12,1 min. sagsbehandling). Kommunen sparer 27,9 min. per videokonference (+3,9 min.

⁵⁵ Vihtek: Telekoordination – Afprøvning af tværsektorielle telekonferencer ved udskrivning af apopleksipatienter, 2017

⁵⁶ Kilde: SDSI: Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonferencer – en mini-MTV, december 2010

⁵⁷ Kilde: Vihtek: Telekoordination – Afprøvning af tværsektorielle telekonferencer ved udskrivning af apopleksipatienter, 2017

forberedelse, +0,6 min. kommunikation, -32,3 min. transport, -7,8 selve konferencen, -7,7 min. sagsbehandling). Den øgede sagsbehandlingstid på afdelingen ved videokonferencer skal tildeles, at sygehuspersonalet anvender mere tid på at gennemgå og sikre, at plejeforløbsplanen er tilstrækkeligt udfyldt. Trods det øgede tidsforbrug for afdelingen oplever personalet at videokonferencen en mere tidsbesparende metode end konventionelle konferencer. Ud over tidsmæssige gevinster i forbindelse med afholdelse af konferencen modtog de patienter, der fik videokonferencer, i højere grad udskrivningskonference inden for to hverdage efter, at plejeforløbsplanen var sendt til kommunen

- I 2014-2015 gennemførte tre sygehuse i Region Sjælland (Holbæk Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus og Center for Neurorehabilitering Næstved) og syv kommuner (Holbæk, Kalundborg, Lolland, Næstved, Roskilde, Solrød og Vordingborg) et pilotprojekt kaldet "Apovideo"⁵⁸. Der blev afholdt 31 videokonferencer, primært mellem terapeuter på sygehuset og kommunale terapeuter. Resultaterne er derfor ikke direkte overførbare til udskrivningskonferencer, hvor det er kommunale visitatorer og blandet sygehuspersonale, der deltager. I projektet peges der dog på, at kommunale visitatorer kan spare tid ved at deltage i VUK.

Til trods for erfaringer i pilotprojekterne er det kun på Svendborg Sygehus og i de tilhørende kommuner, at man er i drift i dag.

Årsagerne til dette kan være blandede, men en faktor er, at der er mange forudsætninger, der skal være på plads i både kommunen og på sygehuset for at opnå de ønskede effekter. Tilgangen til at vurdere borgernes behov for hjælp i hjemmet og rehabilitering er forskellig i kommunerne. Nogle kommuner har etableret kommunale rehabiliteringspladser, hvor patientens behov for hjælp i kommunen vurderes i detaljer efter udskrivning. Andre kommuner arbejder med "fremskudt visitation", hvor kommunale visitatorer har fast gang på sygehuset. I flere kommuner har hjerneskadekoordinatorer desuden snitflader med den kommunale visitators opgaver. Alle ovenstående kan ændre behovet for at afholde virtuelle udskrivningskonferencer mellem visitator og den udskrivende afdeling. Ved eventuelt implementering af virtuelle udskrivningskonferencer i tværsektorielt regi er det således afgørende at kortlægge og kende til igangværende initiativer og samarbejdsformer på apopleksiområder i de givne kommuner i optageområdet til et sygehus.

I projektet på Glostrup Hospital peges der på, at en anden årsag kan være, at anvendelse af virtuelle konferencer er et spørgsmål om at opnå en kritisk masse for både kommuner og sygehusafdelinger. For sygehusafdelingerne giver det kun mening at implementere VUK, såfremt hovedparten/alle kommunerne i deres optageområde vil være med til det. Hvis det kun er et udpluk af kommunerne, skal medarbejderne på afdelingen huske på, hvilke kommuner der er med i ordningen, og hvem der ikke er, og risikoen er, at medarbejderne ikke får det anvendt.

På samme måde giver det kun mening for den kommunale visitator at anvende VUK, såfremt den pågældende kan erstatte hovedparten af sine besøg på et sygehus på tværs af afdelinger. Visitatorer besøger ofte både borgere på neurologiske, geriatriske og medicinske afdelinger. Såfremt det eksempelvis kun er neurologisk afdeling, der anvender VUK, skal visitatoren ofte besøge sygehuset alligevel og anvende transporttid.

6.6 Kvalitative effekter ved anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer

I det følgende gennemgås de kvalitative effekter, der er identificeret hos patienter og medarbejdere.

6.6.1 Effekter for patienter:

På tværs af interviews med udviklingskonsulenter og kvalitetskoordinatorer på sygehuse, ledende terapeuter og kommunale projektledere samt de nævnte evalueringer, er der bred enighed om, at patienterne er tilfredse og trygge, når de deltager i VUK.

Følgende effekter er identificeret hos patienter, der har deltaget i videokonferencer.

- Patienterne oplever generelt, at virtuelle udskrivningskonferencer såvel som konventionelle konferencer er af høj kvalitet. Der er ikke forskel på oplevelsen, om der anvendes video eller ej
- Patienterne føler sig generelt medinddraget ved virtuelle udskrivningskonferencer såvel som konventionelle konferencer. Der er ikke forskel på oplevelsen, om der anvendes video eller ej
- Der er en tendens til, at patienterne bedre kan høre, hvad der bliver sagt til videokonferencer end ved konventionelle konferencer. På samme måde viser et pilotprojekt, at patienterne i højere grad føler, at de kan komme til orde på videokonferencer. Dette skyldes, at mødedeltagerne ofte er mere opmærksomme på ikke at tale i munden på hinanden og støje mindre med papirer o.l. end ved konventionelle konferencer
- Patienterne føler sig generelt lige trygge og velinformerede ved videokonferencer som ved konventionelle konferencer

⁵⁸ Kilde: Velfærdsinnovation Sjælland: Evalueringsrapport Apovideo, 2015

- Patienterne finder det positivt, at pårørende, der ikke har mulighed for at være fysisk tilstede på afdelingen, eksempelvis børn eller søskende der bor langt væk, alligevel kan deltage i videokonferencen
- Enkelte patienter har oplevet, at de hurtigere kunne blive udskrevet, hvis de gik med til, at udskrivningskonferencen kunne være med video, idet planlægning og koordinering med den kommunale visitator på den måde var lettere. Det betød, at patienten kunne blive udskrevet lidt hurtigere
- I projektet "Apovideo" fra Region Sjælland melder både kommunale og sygehusterapeuter, at patienter, der deltager i udskrivningskonferencer, generelt er mere trygge ved det videre forløb end patienter, der ikke deltager i konferencer. Dette skyldes blandt andet, at de får mulighed at stille spørgsmål.

Generelt rapporterer patienter som minimum om, at der opleves samme hvis ikke bedre kvalitet ved videokonferencer som ved konventionelle.

Det er et opmærksomhedspunkt, at patienter med kognitive vanskeligheder, nedsat hørelse, nedsat syn eller afasi ikke vurderes egnede til at deltage i videokonferencer af nogle medarbejdere. Videokonferencer er derfor ikke testet på denne målgruppe i nogen af de nævnte pilotprojekter.

6.6.2 Effekter for medarbejdere på sygehusafdeling og i kommune

På tværs af interviews med udviklingskonsulenter og kvalitetskoordinatorer på sygehuse, ledende terapeuter og kommunale projektledere samt de nævnte evalueringer er der generel enighed om, at videokonferencer er et godt alternativ til konventionelle konferencer for patienter, der er kognitivt fungerende, kan høre, se og tale. Dette såfremt plejeforløbsplanerne er udfyldt tilstrækkeligt, at teknologien virker, og medarbejderne har modtaget tilstrækkelig uddannelse i anvendelse af teknologien. Forudsætninger for anvendelse er uddybet i kapitel 9.

Følgende positive effekter er identificeret hos medarbejdere og behandlere, der har arbejdet med videokonsultationer.

- Generelt finder sygehuspersonale og kommunale visitatorer, at teknologien er nem at anvende
- Kommunale visitatorer oplever generelt, at de kan spare store mængder transporttid. Af samme grund oplever visitatorerne, at de kan udvise større fleksibilitet ift. planlægning af udskrivningskonference. Ofte kan en visitator hurtigere finde en ledig tid til at deltage i en konference over video, end hvis de skal være fysisk til stede
- Enkelte medarbejdere forklarer, at de oplever, at nogle patienter har lettere ved at forstå, hvad der tales om på konferencen og forklarer dette med, at man ved videokonferencer taler en ad gangen, og at samtalen ofte er mere struktureret end normalt.

Følgende opmærksomhedspunkter er adresseret af medarbejdere:

- Nogle kommunale visitatorer stiller spørgsmålstegn ved, om de observationer, de kan gøre sig over video, er et fyldestgørende grundlag for en vurdering af patientens behov og videre forløb. I den forbindelse understreges nødvendigheden af, at det fornødne mødegrundlag og skriftlig dokumentation er tilgængeligt forud for og under konferencen
- Nogle medarbejdere på afdelingerne føler sig ikke kompetente, rent teknisk, til at anvende videoløsningen og efterspørger mere træning
- Det er tidskrævende for medarbejderne på afdelingen at forberede en videokonference, og nogle mødelokaler er ikke egnede, og der skal rykkes rundt på møbler, for at patienter i kørestol kan deltage
- Nogle kommunale medarbejdere oplever, at det er problematisk at finde ledige mødelokaler, der er egnede til videosamtaler
- Nogle sygehusmedarbejdere beskriver, at det er besværligt at holde styr på, i hvilke kommuner man kan foretage videokonferencer, når det ikke er alle kommunerne i optageområdet, der anvender det
- På samme vis beskriver kommunale visitatorer, at hvis flere afdelinger anvendte videokonferencer, ville det være endnu smartere. Det kan ikke betale sig for en visitator at deltage i videokonferencer med neurorehabiliteringsafdelinger, hvis den pågældende alligevel skal besøge andre borgere, der eksempelvis er indlagt på geriatriske, medicinske eller ortopædkirurgiske afdelinger.

6.7 Effektiviseringspotentiale og businesscase ved VUK

Businesscasen for har et neutralt nettopotentiale på cirka 0 mio. kr.

Businesscasen for implementering af virtuelle udskrivningskonferencer er hovedsageligt drevet af sparede transportomkostninger til de kommunale medarbejdere, herunder sparet transporttid for medarbejderne. Der er imidlertid også identificeret sparet tid på gennemførelsen af selve udskrivningskonferencen.

Bemærk, at eventuelle afledte økonomiske effekter af de listede kvalitative effekter - eksempelvis flere borgere oplever tryghed i overgangen fra sygehus til kommune og visiteret til de rette ydelser - ikke indgår i businesscasen, da vi ikke har grundlag for at beregne disse.

Det er en kritisk antagelse i analysen og businesscasen, at anvendelse af virtuelle udskrivningskonferencer ikke forringer kvaliteten af konferencen for hverken patienten eller medarbejdere.

De mest centrale parametre for businesscasen er opstillet i nedenstående tabel. Parametrene er baseret på tidligere evalueringer, interne dokumenter, interviews og statistikker. For en beskrivelse af hvert enkelt parameter og deres kilde henvises til bilag B.

Parameter	Værdi
Antal borgere i målgruppe	4.500
Andel af målgruppe, hvor virtuelle udskrivningskonferencer er egnet	40 %
Minutter pr. konference AS-IS ⁵⁹	52 minutter
Minutter pr. konference TO-BE ⁶⁰	30 minutter

Tabel 8: Parametre til brug for businesscase

6.8 Opsummering.

Erfaringerne fra afdelingen, der er i drift, og tre pilotprojekter i tre forskellige regioner er, at patienter generelt er mindst lige så tilfredse med virtuelle udskrivningskonferencer som med konventionelle konferencer. Der er endda tendenser til, at patienter oplever, at de bedre kommer til orde og kan høre, hvad der bliver sagt til virtuelle konferencer, da deltagerne her er mere opmærksomme på ikke at tale i munden på hinanden og følge en mødestruktur. Blandt medarbejderne er der generel enighed om, at videokonferencer er et godt alternativ til konventionelle konferencer, såfremt patienten er kognitivt velfungerende, kan høre, se og tale. Dette såfremt plejeforløbsplanerne er udfyldt tilstrækkeligt, at teknologien virker, og medarbejderne har modtaget tilstrækkelig uddannelse i anvendelse af teknologien. Rent økonomisk viser pilotprojekterne, at der kan spares tid med virtuelle konferencer, idet selve mødet afvikles hurtigere. Kommunerne kan spare store mængder transporttid, imens sygehusafdelingerne skal afsætte lidt mere tid til at forberede videokonferencer end konventionelle konferencer.

Til trods for de positive erfaringer i pilotprojekterne er det kun en sygehusafdeling og de tilhørende kommuner, der i dag er i drift med virtuelle udskrivningskonferencer.

Businesscasen for har et neutralt nettopotentiale på cirka 0 mio. kr.

Tekniske, juridiske og organisatoriske forudsætninger og barrierer for anvendelse af VUK er beskrevet i rapportens sektion 3.

⁵⁹ Kilde: SDSI: Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonferencer – en mini-MTV, december 2010

⁶⁰ Kilde: SDSI: Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonferencer – en mini-MTV, december 2010

7 BUSINESSCASE

I dette kapitel beskrives businessscasene for de fire udvalgte områder. Resultaterne udfoldes for alle fire businessscasene, herunder nettopotentialet, usikkerheden forbundet med inputparametre og følsomhedsberegninger. Businessscasene er opstillet over en femårig periode fra 2020 til 2024 og er beregnet i 2018 PL-niveau. Resultater er angivet i nettonutidsværdi.

Ved en fuld implementering af skærmbesøg og virtuelle konsultationer for alle fire målgrupper er der et samlet positivt nettopotentiale på godt 253 mio. kr. over fem år i nettonutidsværdi (NNV). Der er imidlertid stor forskel på potentialet i de fire målgrupper og der er stor forskel på, hvor let det er at realisere potentialet i de fire målgrupper.

Tabel 9: Akkumuleret nettopotentiale over fem år for de fire områder

Område	Nettopotentiale over fem år i mio. kr.
Videokonsultationer i psykiatrien	-44,3
Skærmbesøg I bostøtte	68,5
Skærmbesøg I hjemme- og sygeplejen	228,2
Videokonsultationer i tværsektorielle udskrivningskonferencer	0,4
Akkumuleret nettopotentiale	252,8

De fire businesscases adskiller sig ved at anvende forskellige teknologiske arketyper, og derved består de af forskellige omkostningsmodeller. For en uddybelse af de tre teknologiske arketyper se afsnit 8.2.

For alle fire målgrupper gør det sig gældende, at der er beregnet effekten på et gennemsnitligt behandlings- eller plejeforløb. Estimatet er derfor forbundet med en vis usikkerhed, idet der i sagens natur vil være patient/borgerforløb, der afviger fra gennemsnittet. Businessscasens nettopotentiale kan som følge af usikkerhed vise sig både større og mindre end det estimerede, hvilket er udtrykt ved en worst case- og en best case-scenarie. Det samlede nettopotentiale vurderes til i worst case-scenariet at være godt 230 mio. kr., mens best case-scenariet vurderes til at være godt 282 mio. kr. Der er generelt anvendt et forsigtighedsprincip i businessscasenes antagelser.

Der opereres i de fire businesscases med tre scenarier: worst case, estimat og best case. De tre scenarier synliggør usikkerheden i businesscasen ved hjælp af en Monte Carlo-simulering af potentialet for hver enkelt af de mest usikre inputvariable. Det drejer sig blandt andet om:

- Antal konsultationer eller besøg AS-IS⁶¹
- Varighed af konsultation eller besøg TO-BE⁶²
- Andel af traditionelle konsultationer eller besøg, der omlægges til skærmbesøg eller videokonsultationer
- Distance imellem borgere i målgruppen.

I de følgende afsnit udfoldes resultaterne for alle fire businesscases, herunder nettopotentialet, usikkerheden forbundet med inputparametre og følsomhedsberegninger.

De opstillede businesscases er baseret på de grundlæggende principper og retningslinjer fra statens businesscase-model. Der er dog foretaget enkelte justeringer - bl.a. er det vurderet, at det vil være for ressourcemæssigt omfattende at opgøre alle omkostninger på baggrund af regnskabstal. De konkrete afvigelser fra statens businesscase-model er beskrevet i bilag C.

Businesscasen er opstillet over en femårig periode fra 2020 til 2024. Businesscasen er beregnet i 2018 PL-niveau, og resultaterne er angivet i nettonutidsværdi.

⁶¹ AS-IS er en betegnelse for den nuværende situation

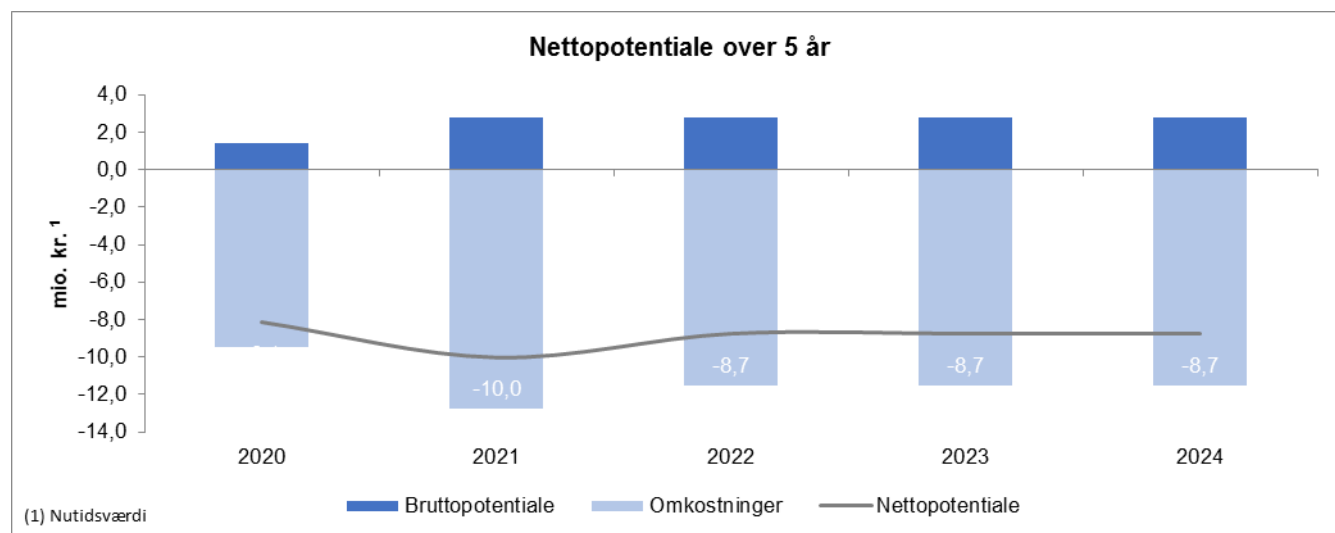
⁶² TO-BE er en betegnelse for den kommende situation, hvor udbredelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer har fundet sted

7.1 Videokonsultationer i psykiatrien

Den opstillede businesscase for en national udbredelse af videokonsultationer i psykiatrien er samlet set negativ med et akkumuleret nettopotentiale over 5 år på godt -44 mio.kr.

Nedenstående figur 7 og tabel 10 giver et overblik over udviklingen i businesscasens bruttopotentiale, omkostninger og nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid. Det negative nettopotentiale i alle år skyldes at potentialet ved sparet medarbejdertid og drift til transport ved hjemmebesøg samt udbetaling af kørselsgodtgørelse ikke opvejer omkostningerne til projektledelse, uddannelse af medarbejdere og særligt licenser. Der er i businesscasen påregnet en estimeret pris på licens ud fra realiserede priser sammenholdt med en forventet reduktion i pris ved national udbredelse.⁶³

Figur 7: Businesscasens hovedeffekter (mio.kr. NNV)



Tabel 10: Akkumuleret nettopotentiale over fem år, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024
Bruttopotential	1,4	4,2	6,9	9,7	12,5
Omkostninger	-9,5	-22,3	-33,8	-45,3	-56,7
Nettopotentiale	-8,1	-18,1	-26,8	-35,6	-44,3

Der er i businesscasen regnet med følgende grundlæggende forudsætninger i relation til realisering af potentiale og investeringsbehov:

- **Bruttopotential:** Bruttopotential udgøres af en besparelse på medarbejdertid og drift af kørsel til og fra hjemmebesøg samt en reduktion af udbetalt kørselsgodtgørelse for transport til borgere til og fra ambulat behandling. Da der forudsættes en egnet andel af målgruppen på 10 %, samt at det for denne andel estimeres, at ca. 20 % af de fysiske besøg kan erstattes med virtuelle konsultationer, er potentialet begrænset. Der er i en evaluering af 30 unge patienter med paranoid skizofreni identificeret en effektivisering på op til 30 minutter pr. konsultation fra AS-IS til TO-BE. Da effektiviseringen ikke er undersøgt på andre diagnoser, er dette potentiale ikke indregnet i businesscasen⁶⁴. Der er ligeledes identificeret et potentiale i en reduktion af udeblivelser samt øget kontinuitet i behandling. Grundet manglende empiriske erfaringer med en realisering heraf, er dette potentiale ikke indregnet i businesscasen
- **Omkostninger:** Det forudsættes, at 10% af behandlerne i psykiatrien skal frikøbes til uddannelse i at anvende videokonsultationer. Der er på tværs af interviews, evalueringer og statusartikler ikke identificeret nogen diagnose- eller patientgrupper, der vurderes uegnede til anvendelse af videokonsultationer, hvorfor der kan være potentiale til at udvide udbredelsesgraden fra de 10 %, der regnes med i businesscasen. En

⁶³ Bemærk, at der er en klar forventning om at alle regioner overgår til fællesregionale infrastrukturer og går væk fra licensbaserede violøsninger. Det bliver hermed både billigere og med mindre administration end den nuværende løsning.

⁶⁴ Kilde: Evaluering af Ipadprojekt Psykiatri og Social, 2013, Region Midtjylland

øgning i antallet af patienter, der modtager virtuelle konsultationer, vil dog øge omkostningerne til licens mv., hvormed det akkumulerede nettopotentiale vil blive yderligere negativt.

Tabel 11: Årligt nettopotentiale, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Bruttopotentiale	1,4	2,8	2,8	2,8	2,8	12,5
Omkostninger	-9,5	-12,8	-11,5	-11,5	-11,5	-56,7
Nettopotentiale	-8,1	-10,0	-8,7	-8,7	-8,7	-44,3

7.1.1 Usikkerhed og følsomhedsberegninger

I forbindelse med udarbejdelsen af businesscasen er der foretaget følsomhedsberegninger og beregninger af usikkerhed i form af worst case- og best case-forløb.

Følsomhedsberegninger viser, hvor følsom businesscasen er over for ændringer i værdier for inputvariabler. Efter identifikation af de mest følsomme variabler er det blevet vurderet, i hvilket omfang der også knytter sig usikkerhed til fastlæggelsen af parameter værdien. På de områder, hvor der vurderes at være størst usikkerhed, er der fastlagt et usikkerhedsspænd, som efterfølgende anvendes til at beregne worst case- og best case-forløb ved hjælp af Monte Carlo-simulering.

Følsomhedsberegninger

Der er gennemført følsomhedsanalyser på alle inputvariabler, der indgår i businesscasen. Følsomhedsanalysen viser, hvilke variabler der har stor betydning for businesscasens samlede resultat, og hvor det derfor er særligt vigtigt at sikre et præcist estimat for inputvariablenes værdi.

Følsomhedsanalysen viser dog ikke i sig selv, hvilke inputvariabler i businesscasen er behæftet med usikkerhed i fastlæggelsen af variabelens værdi. For inputvariabler der viser høj følsomhed, og hvis værdi samtidig er forbundet med betydelig usikkerhed, er der i businesscasen tilføjet et usikkerhedsspænd (worst case, estimat og best case).

Følsomhedsanalysen er foretaget for hver inputvariabel og separat for hvert behandlingsområde. Følsomheden opgøres ved at øge den enkelte inputvariabel med 10% og beregne den gennemsnitlige ændring i værdien af businesscasen.

Tabel 12 nedenfor viser følsomheden af de mest følsomme inputvariabler. Tabellen viser desuden de variabler, hvis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd. De mest følsomme variabler er relateret til den primære omkostning: at uddanne 10% af behandlere i at anvende videokonsultationer.

Tabel 12: Oversigt over inputvariabler med størst følsomhed

	Usikkerhedsskøn	Input-værdi	Ændring i samlet nettopotentiale ved 10 % ændring i input-variabel
Mål for udbredelses%	Ja	10%	9%
Pris pr. licens	Ja	500	8%
Årsløn (medarbejdere)	Ja	606.237	3%
Årsløn (udkørende medarbejdere)	Ja	581.912	2%
Uddannelsesvarighed - borgere (timer)	Ja	0,5	3%
Årsværksløn (projektledelse)	Nej	660.000	1%

Fraværet af behovet for et usikkerhedsspænd for de fleste AS-IS-variabler skyldes, at for variabler som antal regioner, antal projektledere og årsværksløn er den enkelte inputvariables værdi enten normbestemt (f.eks. antal

regioner) eller opgjort på baggrund af opslag i statistiske kilder (f.eks. det Fælleskommunale Lønkontor (SIRKA), DST mv.).

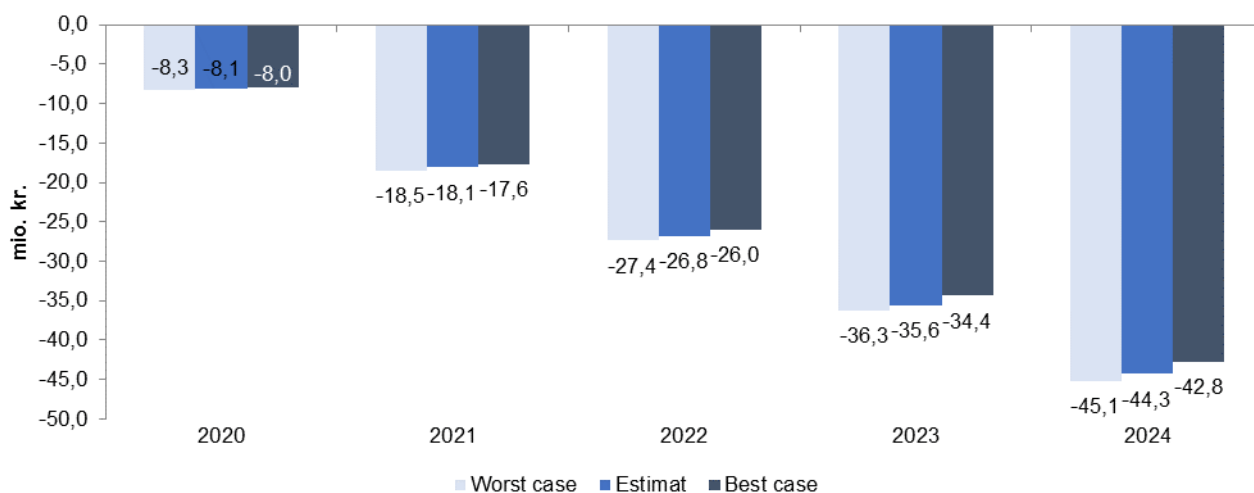
Usikkerhed beregnet som worst case og best case

I businesscasen for videokonsultationer i psykiatrien er et spænd imellem knap -45 mio. kr. og godt -43 mio. kr. mellem worst case og best case for det samlede femårige nettopotentiale. Spændet mellem worst case og best case bestemmes af den indregnede usikkerhed på businesscasens inputvariabler.

Businesscase-resultatet for worst case- og best case-scenarier er beregnet ved Monte Carlo-simulering (nærmere beskrevet i bilag D).

Nedenstående figur 8 giver et overblik over udviklingen i worst case, estimat og best case for businesscasens nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 8: Akkumuleret nettopotentiale over fem år (mio. kr. NNV)



7.1.2 Bruttopotentiale og omkostninger

Den opstillede businesscase opererer med tre typer af potentiale:

- Spartet medarbejdertid til transport til og fra de hjemmebesøg der konverteres til videokonsultationer
- Sparede omkostninger til drift i forbindelse med kørsel til og fra hjemmebesøg
- Spartet udbetaling af refusion af udgifter til transport for borgere i ambulans behandling (kørselsgodtgørelse). Borgere, der lever op til en række krav, har ret til at søge om refusion fra regionen for deres udgifter til transport i forbindelse med en ambulans behandling. I praksis er det dog begrænset, hvor mange borgere der er berettigede til denne refusion, da der dels er en række restriktioner såsom en minimumsats for udgiften til transport, borgerens alder og antal rejste kilometer, og dels fordi en borger aktivt skal søge om refusion. Vi har derfor foretaget en konservativ beregning på regionernes udgifter til refusionsudbetaling i den ambulante psykiatri.

På omkostningssiden opererer den opstillede businesscase med fire hovedtyper af omkostninger:

- Licens til videokomponent til borgeren⁶⁵
- Omkostning til projektledelse
- Frikøb af medarbejdertid til uddannelse i, hvordan man anvender videokonsultationer
- Driftsomkostninger til support til medarbejderne.

Bilag B giver en uddybende gennemgang af definitioner, kildegrundlag mm. for de enkelte inputvariabler i den opstillede businesscase.

Bruttopotentiale fordelt på typer

Nedenstående tabel 13 viser fordelingen af businesscasens samlede femårige omkostninger på de forskellige hovedtyper.

⁶⁵ Bemærk, at der er en klar forventning om, at alle regioner overgår til fællesregionale infrastrukturer og går væk fra licensbaserede videoløsninger. Det bliver hermed både billigere og mindre administrativt end den nuværende løsning

Tabel 13: Årligt bruttopotentiale, femårig udvikling fordelt på omkostningstyper (nutidsværdi; mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Projektomkostninger til implementering	-5,3	-4,4	-3,1	-3,1	-3,1	-19,1
Driftsomkostninger	-4,2	-8,4	-8,4	-8,4	-8,4	-37,6
Omkostninger i alt	-9,5	-12,8	-11,5	-11,5	-11,5	-56,7

Projektomkostninger. Implementeringsomkostninger, herunder projektledelse og uddannelse af medarbejdere. Da indfasningstakten for disse to omkostninger er to år, ophører implementeringsomkostningerne i 2022; der pågår imidlertid en kontinuerlig uddannelse af borgere, der kobles på tilbuddet om videokonsultationer.

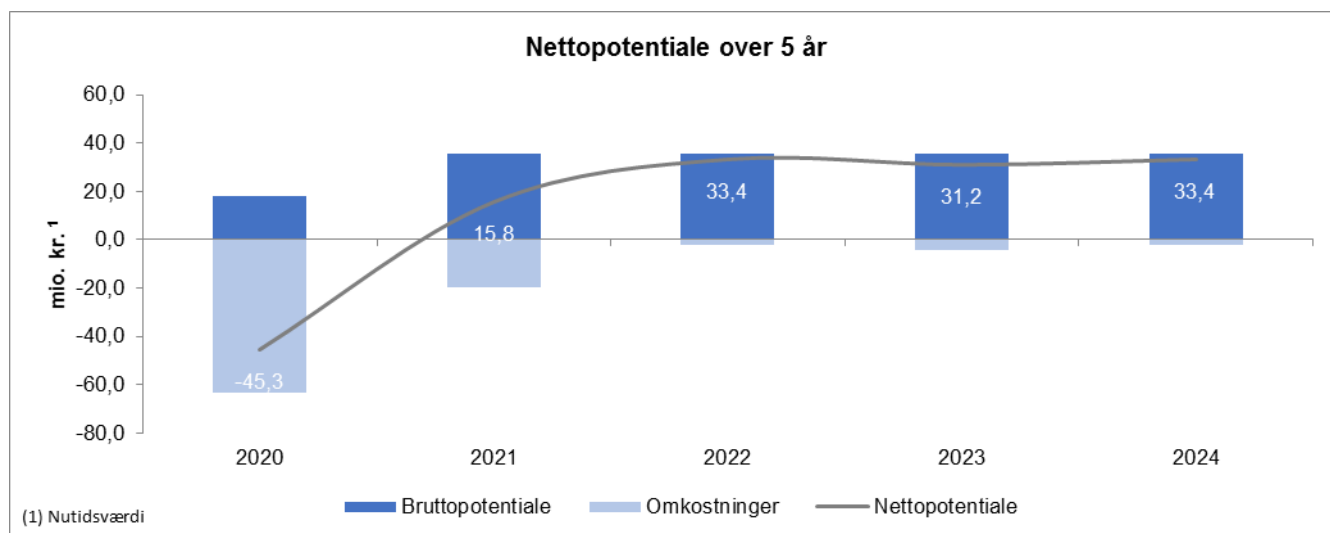
Driftsomkostninger. Driftsomkostningerne udgøres af licenser og support til borgere. Da indfasningstakten er fem år, er driftsomkostningerne støt stigende igennem hele perioden.

7.2 Skærmbesøg i bostøtte

Den opstillede businesscase for en national udbredelse af skærmbesøg i bostøtte er samlet set positiv med et akkumuleret nettopotentiale over fem år på godt 69 mio.kr.

Nedenstående figur 9 og tabel 14 giver et overblik over udviklingen i businesscasens bruttopotentiale, omkostninger og nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid. Det negative nettopotentiale i 2020 skyldes, at der er omkostninger til projektledelse, indkøb af tablets og uddannelse af medarbejdere, mens anvendelse af skærmbesøg først er indfaset fuldt ud fra 2021.

Figur 9: Businesscasens hovedeffekter (mio.kr. NNV)



Tabel 14: Akkumuleret nettopotentiale over fem år, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2016	2017	2018	2019	2020
Bruttopotentiale	17,8	53,4	89,1	124,7	160,3
Omkostninger	-63,1	-83,0	-85,2	-89,6	-91,8
Nettopotentiale	-45,3	-29,5	3,9	35,1	68,5

Der er i businesscasen regnet med følgende grundlæggende forudsætninger i relation til realisering af potentiale og investeringsbehov:

- **Bruttopotentiale:** Bruttopotentialet ved national udbredelse af skærmbesøg i bostøttetilbud er primært drevet af reducerede transportomkostninger til medarbejderne. Det er forudsat, at skærmbesøg udrulles til alle egnede borgere i målgruppen – svarende til 10 % – således at alle egnede borgere modtager skærmbesøg i 2021. Endvidere forudsættes det, at de egnede borgere modtager 25 % af deres besøg som skærmbesøg,

mens de resterende 75 % fortsat er fysiske besøg. Det kan derfor flytte businesscasens potentiale, såfremt man erstatter en større eller mindre del af de egnede borgeres fysiske besøg med skærmbesøg⁶⁶

- **Omkostninger:** Omkostningerne til projektledelse forudsættes at være et fuldt årsværk i 1 1/4 år, der afsluttes i 2021. Der forudsættes, at 50 % af de egnede borgere anvender deres eget device, hvorfor der skal investeres i tablets til de resterende 50 % af de egnede borgere. Tablets forudsættes at have en afskrivningsperiode på tre år. Der påløber omkostninger til brugerlicenser til både de borgere, der ikke anvender eget udstyr, og de borgere, der anvender eget udstyr. Det forudsættes, at skærmbesøg er udrullet til alle egnede borgere i 2021.

Tabel 15: Årligt nettopotentiale, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Bruttopotentiale	17,8	35,6	35,6	35,6	35,6	160,3
Omkostninger	-63,1	-19,9	-2,2	-4,5	-2,2	-91,8
Nettopotentiale	-45,3	15,8	33,4	31,2	33,4	68,5

7.2.1 Usikkerhed og følsomhedsberegninger

Der er gennemført følsomhedsanalyser på alle inputvariabler, der indgår i businesscasen. Følsomhedsanalysen viser, hvilke variabler der har stor betydning for businesscasens samlede resultat, og hvor det derfor er særligt vigtigt at sikre et præcist estimat for inputvariablenes værdi.

Tabel 16 nedenfor viser følsomhed af inputvariablerne. Der er seks variabler, der har stor følsomhed over for det samlede nettopotentiale. Det samlede nettopotentiale er kun i svag grad følsom over for udsving i øvrige variable.

Tabellen viser desuden de variabler, hvis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd.

Tabel 16: Oversigt over inputvariable med størst følsomhed

	Usikkerhedsskøn	Input-værdi	Ændring i samlet nettopotentiale ved 10% ændring i inputvariabel
Antal borgere i målgruppen	Ja	25.805	21%
Gennemsnitlig distance ml. borgere (km)	Ja	10,1	23%
Andel af møder der afholdes som skærmbesøg	Ja	25%	23%
Antal besøg pr. borger	Ja	130	23%
Minutter pr. besøg	Ja	60	42%
Omk. pr. km	Ja	3,54	19%

Antallet af kommuner er en beregnet faktor baseret på, at 13 kommuner ifølge eget udsagn var i drift i 2018⁶⁷. Variablen benyttes således til at indberegne en besparelse på projektlederomkostninger i de pågældende kommuner, således at det er et reduceret antal kommuner, der kan høste det fulde potentiale.

For variable såsom antal kommuner, antal projektledere og årsværksløn skyldes fraværet af usikkerhedsskøn, at inputvariablen værdi enten er normbestemt (f.eks. antal kommuner i landet) eller er opgjort på baggrund af opslag i statistiske kilder (f.eks. det Fælleskommunale Lønkontor (SIRKA), DST mv.).

Usikkerhed beregnet som worst case og best case

Spændet mellem worst case og best case for det samlede femårige nettopotentiale er knap 66 mio. kr. til knap 85 mio. kr. Spændet bestemmes af den indregnede usikkerhed på businesscasens inputvariable.

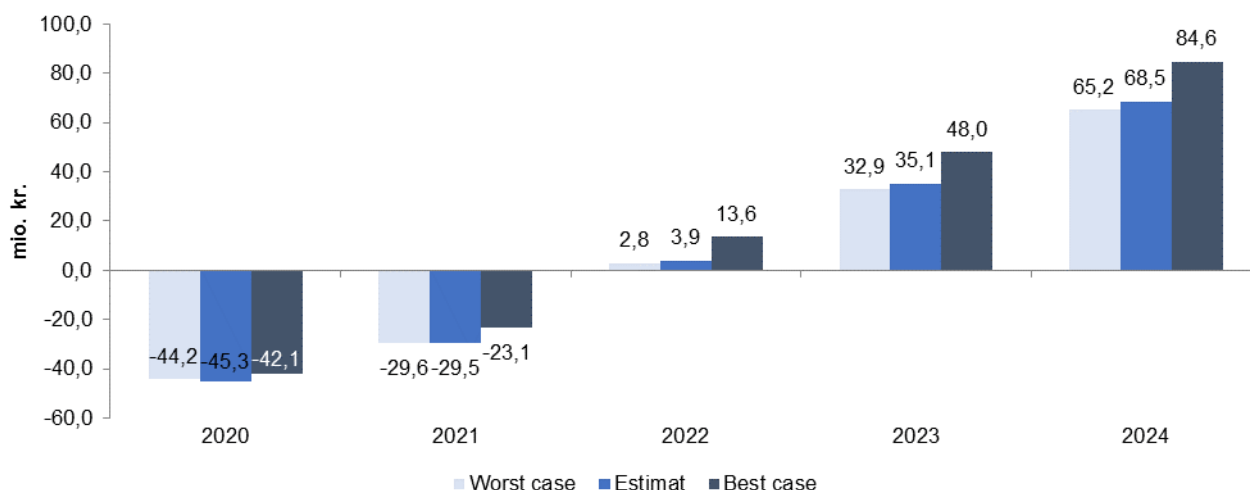
⁶⁶ En enkelt evaluering har identificeret en mærkbar effektivisering af leveringen af bostøtte; det skønnes imidlertid, at der ikke er stærk nok empiri til at indregne en effektivisering i ansigt-til-ansigt-tid

⁶⁷ Spørgeskemaundersøgelse foretaget af KL i forbindelse med 2017 Statusrapport for 2017 med fokus på digital understøttet træning og skærmbesøg

Businesscase-resultatet for worst case- og best case-scenarier er beregnet ved Monte Carlo-simulering (nærmere beskrevet i bilag B).

Nedenstående figur 10 giver et overblik over udviklingen i worst case, estimat og best case for businesscasens nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 10: Akkumuleret nettopotentiale over fem år (mio. kr. NNV)



7.2.2 Bruttonpotentiale og omkostninger

Den opstillede businesscase opererer med to typer af potentialer:

- Sparet personaletid i forbindelse med transport til og fra borgere. Potentialet realiseres ved, at der afholdes færre fysiske besøg til de borgere, der modtager skærmbesøg. Et skærmbesøg erstatter derved et fysisk besøg, hvorfor der ikke skal anvendes personaletid på kørsel. Det er lagt til grund i businesscasen, at den tid, der forbruges på opkald og afslutning af opkald i TO-BE, går ud med den tid, der i AS-IS-scenariet er anvendt til parkering, transport fra køretøj til borgerens hjem og med at få overtøjet af og på
- Sparede transportudgifter som følge af at en mindre andel af bostøttesamtalerne resulterer i et behov for, at medarbejderen transporterer sig fra arbejdspladsen til borgerens hjem. Det er i businesscasen forudsat, at skærmbesøg for de egnede borgere erstatter 25% af de eksisterende fysiske besøg.

På omkostningssiden opererer den opstillede businesscase med to hovedtyper af omkostninger:

- Projektomkostninger til implementering af skærmbesøg i det kommunale bostøttetilbud. Det inkluderer bl.a. omkostninger til indkøb af tablets, indkøb af licenser, projektledelse i hver enkelt kommune samt frikøb af tid til uddannelse af medarbejdere og oplæring af borgere
- Driftsomkostninger vedrørende den indkøbte hardware og support til videokomponenten.

Bilag B giver en uddybende gennemgang af kildegrundlag mm. for de enkelte inputvariabler i den opstillede businesscase.

Bruttonpotentiale fordelt på typer

Nedenstående tabel 17 giver et overblik over udviklingen i det årlige bruttonpotentiale fordelt på de to hovedtyper – projektomkostninger til implementering og driftsomkostninger – over businesscasens femårige løbetid.

Tabel 17: Årlige omkostninger over fem år (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Projektomkostninger til implementering	-59,8	-17,7	-0,0	-0,0	-0,0	-77,6
Driftsomkostninger	-3,3	-2,2	-2,2	-4,4	-2,2	-14,2
Omkostninger i alt	-63,1	-19,9	-2,2	-4,5	-2,2	-91,8

Projektomkostninger. Implementeringsomkostninger, herunder projektledelse, og uddannelse af medarbejdere og borgere.

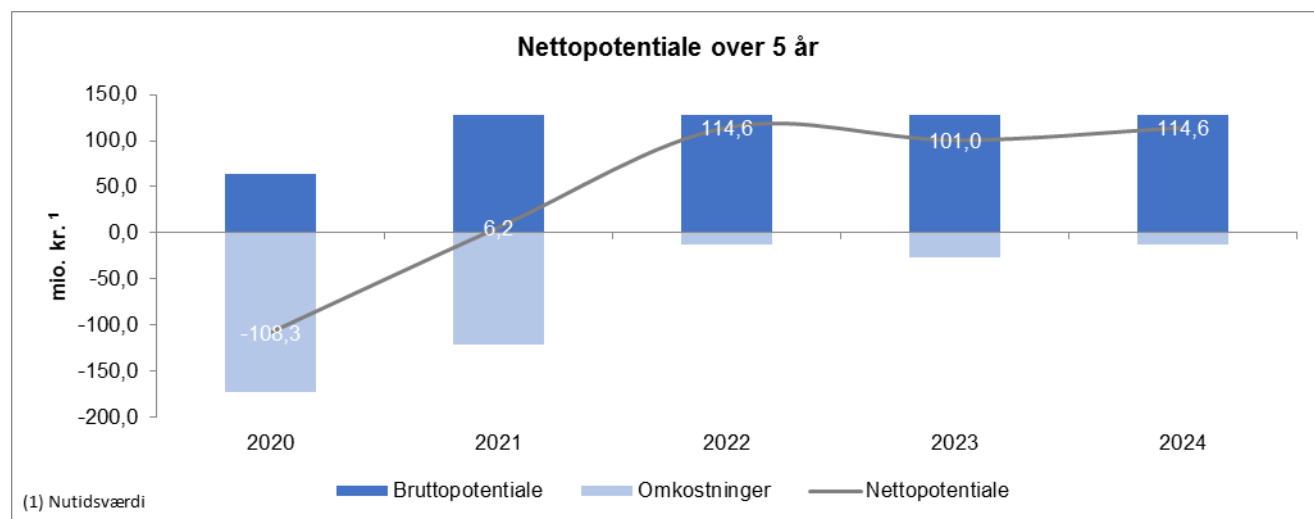
Driftsomkostninger. Driftsomkostningerne udgøres af indkøb af tablets, support til licenser og vedligehold og support af indkøbte tablets. Da der er en afskrivningsperiode på tre år, er der en stigning i driftsomkostninger i 2023.

7.3 Skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen

Den opstillede businesscase for en national udbredelse af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen er samlet set positiv med et akkumuleret nettopotentiale over fem år på godt 228 mio.kr.

Nedenstående figur 11 og tabel 18 giver et overblik over udviklingen i businesscasens bruttopotentiale, omkostninger og nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 11: Businesscasens hovedeffekter (mio.kr. NNV)



Tabel 18: Akkumuleret nettopotentiale over fem år, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024
Bruttopotentiale	63,9	191,6	319,4	447,1	574,9
Omkostninger	-172,2	-293,7	-306,8	-333,5	-346,7
Nettopotentiale	-108,3	-102,1	12,6	113,6	228,2

Der er i businesscasen regnet med følgende grundlæggende forudsætninger i relation til realisering af potentiale og investeringsbehov:

- **Bruttopotentiale:** Det forudsættes, at 10 % af målgruppen er egnede til at modtage skærmbesøg. Endvidere er det en forudsætning for businesscasen, at der for modtagere af skærmbesøg kan erstattes 25% af de fysiske besøg med skærmbesøg. Der er derudover identificeret en væsentlig effektivisering af leveringen af kerneydelsen, når ydelsen leveres over skærm, hvorfor det forudsættes, at mødetiden halveres. På tværs af interviews med projektledere og afdelingsledere, præsentationer, evalueringer, og rapporter fremgår en endnu større reduktion af mødetiden end beregnet i denne businesscase for derved at følge et forsigtighedsprincip⁶⁸
- **Omkostninger:** Der er i businesscasen anvendt en beregnet sats for licens pr. borger, der inkluderer licens til en videokomponent, MDM-system og internet pådstyret. Satsen er baseret på flere datapunkter og udgør et gennemsnit⁶⁹. Omkostningerne til projektledelse forudsættes at være et fuldt årsværk i 1,25 år, der afsluttes i 2021. Der forudsættes, at ingen af de egnede borgere anvender deres eget device. Tablets forudsættes at have en afskrivningsperiode på tre år. Der påløber derudover omkostninger til brugerlicenser. Der forudsættes, at skærmbesøg er udrullet til alle egnede borgere i 2021.

⁶⁸ Der er på tværs af interviews og evalueringer identificeret en effektivisering svarende til, at en ydelse, der tager ti minutter ved fysisk besøg, kan afholdes på 2,5-3,5 minut over skærm. Kilder: Copenhagen Healthcare Cluster, "Større fleksibilitet med Virtuel Hjemmepleje", 2017 samt resultater fra to kommuner, der er i drift

⁶⁹ For en uddybning af satsens kilder se Bilag B

Tabel 19: Årligt nettopotentiale, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2016	2017	2018	2019	2020	Samlet
Bruttopotentiale	63,9	127,7	127,7	127,7	127,7	574,9
Omkostninger	-172,2	-121,5	-13,1	-26,7	-13,1	-346,7
Nettopotentiale	-108,3	6,2	114,6	101,0	114,6	228,2

7.3.1 Usikkerhed og følsomhedsberegninger

I forbindelse med udarbejdelsen af businesscasen er der foretaget følsomhedsberegninger og beregninger af usikkerhed i form af worst case- og best case-forløb.

Tabel 20 nedenfor viser hvor følsom businesscasen er for inputvariablene. Der er fire variabler, der har stor følsomhed over for det samlede nettopotentiale. Det samlede nettopotentiale er i lille grad følsom over for udsving i øvrige variabler.

Tabellen viser desuden de variabler, hvis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd.

Tabel 20: Oversigt over inputvariabler med størst følsomhed

	Usikkerheds-skøn	Input-værdi	Ændring i samlet nettopotentiale ved 10% ændring i inputvariable
Antal besøg pr. år	Ja	780	30%
Andel møder der afholdes som skærmbesøg	Ja	25%	25%
Afstand ml. borgere	Ja	5,8	17%
Antal kommuner der ikke har implementeret virtuel hjemmepleje	Nej	94,4	11%

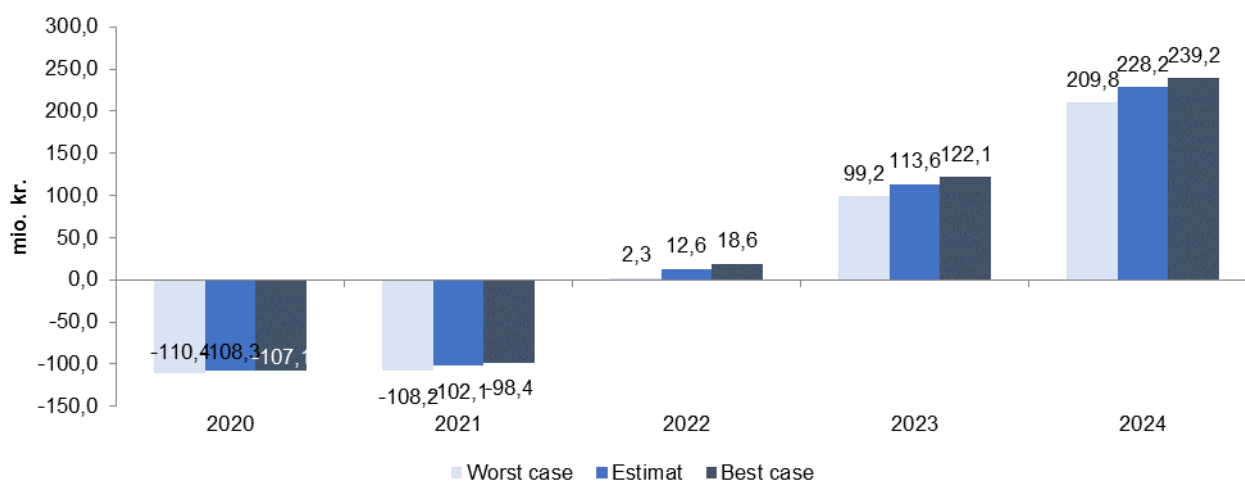
Fraværet af behov for et usikkerhedsspænd for de fleste AS-IS-inputvariabler skyldes, at variabler såsom antal kommuner, antal effektive arbejdstimer og andel af borgere i målgruppen enten er normbestemt (f.eks. antal effektive arbejdstimer og antal kommuner) eller er opgjort på baggrund af opslag i statistiske kilder (f.eks. det Fælleskommunale Lønkontor (SIRKA), DST mv.).

Usikkerhed beregnet som worst case og best case

I den samlede businesscase er spændet mellem worst case og best case for det samlede femårige nettopotentiale knap 210 mio. kr. til godt 239 mio. kr. Spændet mellem worst case og best case bestemmes af den indregnede usikkerhed på businesscasens inputvariable.

Businesscase-resultatet for worst case- og best case-scenarier er beregnet ved Monte Carlo-simulering (nærmere beskrevet i bilag B).

Nedenstående figur 12 giver et overblik over udviklingen i worst case, estimat og best case for businesscasens nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 12: Akkumuleret nettopotentiale over fem år (mio. kr. NNV)

7.3.2 Bruttonpotentiale og omkostninger

Den opstillede businesscase opererer med tre typer af potentialer:

- Sparet personaletid i forbindelse med omlægning af fysiske besøg til skærmbesøg. Potentialet realiseres ved, at personalet kan levere ydelsen mere effektivt over skærm end ved fysisk tilstedeværelse hos borgeren. Der er lagt til grund i businesscasen, at den gennemsnitlige besøgstid forkortes med fem minutter i TO-BE-scenariet. Antagelsen om et sænket gennemsnitligt tidsforbrug for besøg leveret via skærm er baseret på evalueringer, businesscases og interviews med projektledere og afdelingsledere i hjemme- og sygeplejen
- Sparede transportudgifter som følge af et mindre behov for transport til og fra borgere
- Sparede personaletid til transport som følge af et mindre behov for transport til og fra borgere.

På omkostningssiden opererer den opstillede businesscase med to hovedtyper af omkostninger:

- Projektomkostninger til implementering af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen. Herunder indkøb af tablets, omkostninger til projektledelse, uddannelse af medarbejdere og uddannelse af borgere
- Driftsomkostninger til licens til borgere, vedligehold og support af hardware og support til borgere til videokomponenten.

Bilag B giver en uddybende gennemgang af definitioner, kildegrundlag mm. for de enkelte inputvariabler i den opstillede businesscase.

Bruttonpotentiale fordelt på typer

Nedenstående tabel 21 giver et overblik over udviklingen i det årlige bruttonpotentiale fordelt på de to hovedtyper – projektomkostninger til implementering og driftsomkostninger – over businesscasens femårige løbetid.

Tabel 21: Årlige omkostninger over fem år (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Projektomkostninger til implementering	166	109	0	14	0	288
Driftsomkostninger	6	13	13	13	13	58
Omkostninger, i alt	172	122	13	27	13	347

Projektomkostninger. Implementeringsomkostninger, herunder projektledelse, indkøb af tablets, og uddannelse af medarbejdere. Stigningen i projektomkostninger i 2023 begrundes med en afskrivningshorisont på indkøbte tablets på tre år.

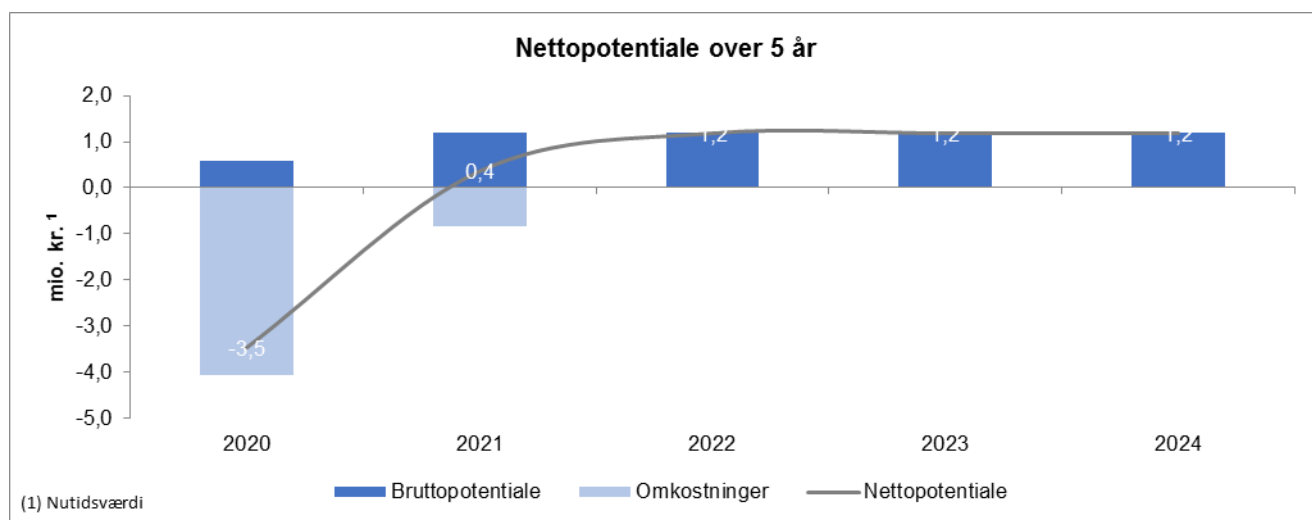
Driftsomkostninger. Driftsomkostningerne udgøres af support til licenser samt vedligehold og support af indkøbte tablets. Da indfasningstakten er to år, er driftsomkostningerne lavere i 2020 end i den resterende periode.

7.4 Videokonsultationer i tværsektorielle udskrivningskonferencer

Den opstillede businesscase for en national udbredelse af virtuelle udskrivningskonferencer er samlet set neutral med et akkumuleret nettopotentiale over fem år på omkring 0 mio.kr.

Nedenstående figur 13 og tabel 22 giver et overblik over udviklingen i businesscasens bruttonpotentiale, omkostninger og nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 13: Businesscasens hovedeffekter (mio.kr. NNV)



Tabel 22: Akkumuleret nettopotentiale over fem år, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024
Bruttopotentiale	0,6	1,8	3,0	4,2	5,3
Omkostninger	-4,1	-4,9	-4,9	-4,9	-4,9
Nettopotentiale	-3,5	-3,1	-1,9	-0,7	0,4

Der er i businesscasen regnet med følgende grundlæggende forudsætninger i relation til realisering af potentiale og investeringsbehov:

- **Bruttopotentiale:** Bruttopotentialet udgøres af reduceret transporttid til kommunale visitatorer samt reducerede transportomkostninger til samme. Da visitatorerne så vidt muligt planlægger udskrivningskonferencer for flere borgere på samme dag, er der i businesscasen regnet med en tur pr. borger (svarende til en halv tur-retur), hvorfor potentialet herfor er konservativt skønnet. Potentialet drives derudover af en reduceret mødetid som resultat af større fokus iblandt mødedeltagerne (baseret på interviews og tidligere gennemførte evalueringer)
- **Omkostninger:** Der forudsættes, at alle medarbejdere på hospitalsafdelingerne skal frikøbes til uddannelse i virtuelle udskrivningskonferencer. Denne forudsætning er baseret på interviews med regionale projektledere der peger på, at det er nødvendigt, at alle medarbejdere mestrer redskabet for at øge anvendelsen.

Tabel 23: Årligt nettopotentiale, udvikling over perioden (mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Bruttopotentiale	0,6	1,2	1,2	1,2	1,2	5,3
Omkostninger	-4,1	-0,8	0,0	0,0	0,0	-4,9
Nettopotentiale	-3,5	0,4	1,2	1,2	1,2	0,4

7.4.1 Usikkerhed og følsomhedsberegninger

I forbindelse med udarbejdelsen af businesscasen er der foretaget følsomhedsberegninger og beregninger af usikkerhed i form af worst case- og best case-forløb.

Tabel 24 neden for viser businesscasens følsomhed overfor en 10% ændring i størrelsen på inputvariablene. Der er fem variable, der har stor følsomhed over for det samlede nettopotentiale. Det samlede nettopotentiale er i mindre grad følsomt over for udsving i øvrige variabler.

Tabellen viser desuden de variabler, hvis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd.

Tabel 24: Oversigt over inputvariabler med størst følsomhed

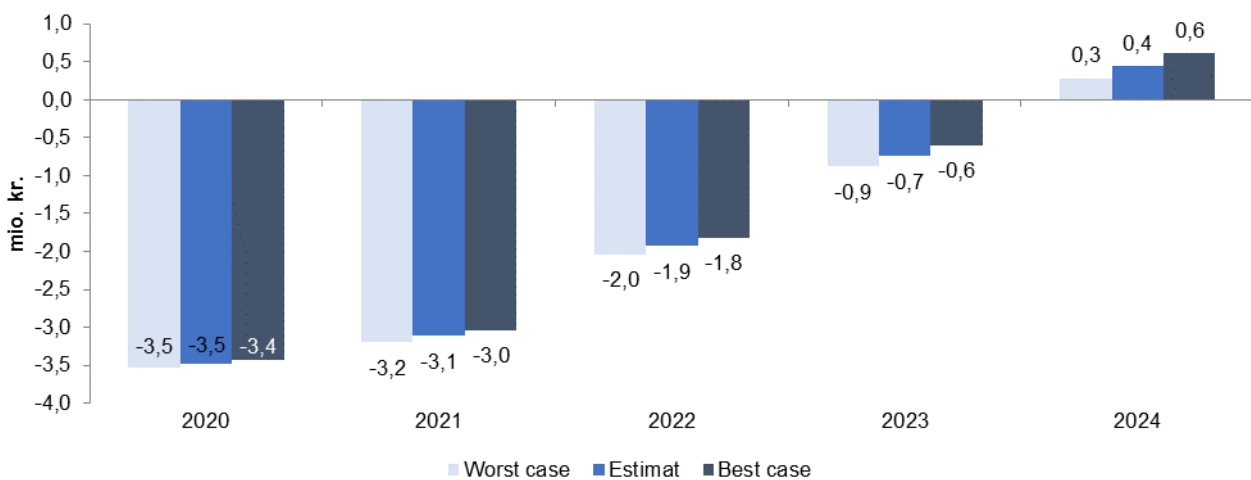
	Usikkerhedsskøn	Inputværdi	Ændring i samlet nettopotentiale ved 10% ændring i inputvariable
Minutter pr. besøg AS-IS	Ja	52	120%
Årsværksløn (projektledelse)	Ja	660.000	93%
Gennemsnitlig distance ml. kommune og hospital (km)	Ja	35,7	70%
Ture pr. borger	Ja	1	70%
Minutter pr. besøg TO-BE	Ja	30	60%

I den samlede businesscase er spændet mellem worst case og best case for det samlede femårige nettopotentiale cirka 0 mio. kr. til knap 1 mio. kr. Spændet mellem worst case og best case bestemmes af den indregnede usikkerhed på businessscasens inputvariabler.

Businesscase-resultatet for worst case- og best case-scenarier er beregnet ved Monte Carlo-simulering (nærmere beskrevet i bilag B).

Nedenstående figur 14 giver et overblik over udviklingen i worst case, estimat og best case for businessscasens nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 14: Akkumuleret nettopotentiale over fem år (mio. kr. NNV)



7.4.2 Bruttonpotentiale og omkostninger

Den opstillede businesscase opererer med to typer af potentialer:

- Reduceret personaletid for kommunale visitatorer til transport til og fra tværsektorielle udskrivningskonferencer samt reducerede transportomkostninger til samme
- Reduceret personaletid for både kommunale visitatorer og medarbejdere på hospitalsafdelinger grundet reduceret mødelængde ved TO-BE.

På omkostningssiden opererer den opstillede businesscase med en hovedtype af omkostninger:

- Projektomkostninger til implementering af virtuelle udskrivningskonferencer. Herunder indkøb, opsætning og serviceaftale på videokonferenceudstyr, omkostninger til projektledelse, uddannelse af medarbejdere og uddannelse af borger.

Bilag B giver en uddybende gennemgang af definitioner, kildegrundlag mm. for de enkelte inputvariabler i den opstillede businesscase.

Bruttonpotentiale fordelt på typer

Nedenstående tabel 25 viser fordelingen af businessscasens samlede femårige bruttonpotentiale og omkostninger på de forskellige hovedtyper.

Tabel 25: Årligt bruttopotentiale, femårig udvikling fordelt på potentiale typer (nutidsværdi; mio. kr. NNV)

Type	2020	2021	2022	2023	2024	Samlet
Projektomkostninger til implementering	4,1	0,8	0,0	0,0	0,0	4,9

Projektomkostninger. Implementeringsomkostninger, herunder projektledelse og uddannelse af medarbejdere. Da indfasningstakten for disse to omkostninger er to år, ophører implementeringsomkostningerne i 2022. Da bruttopotentialet er ca. 1. mio. kr. årligt, vil investeringen således ikke have tjent sig hjem i 2024.

Sektion 3

OVERBLIK OVER
TEKNISKE LØSNINGER
OG GENERELLE
FORUDSÆTNINGER
FOR LOKAL
ANVENDELSE OG
NATIONAL
UDBREDELSE AF
LØSNINGER

8 TEKNISKE LØSNINGER OG INFRASTRUKTUR

Indeværende kapitel præsenterer et overblik over konkrete tekniske løsninger anvendt i det kommunale, regionale og tværsektorielle landskab for videokonsultationer og skærmbesøg. Derudover præsenteres en række definerende teknologiarketyper identificeret på tværs af de udvalgte fire områder samt et overblik over særegne karakteristika for henholdsvis kommunal, regional og tværsektoriel anvendelse.

På tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser, der er belyst i delanalyse 2, er der blevet identificeret en række konkrete tekniske løsninger til understøttelse af både medarbejdere, borgere og pårørende i brugen af videokonsultationer og skærmbesøg. Dette i både det kommunale, regionale og tværsektorielle landskab.

Der er på baggrund af de konkrete tekniske løsninger blevet identificeret et arketyrisk overblik over de forskellige software-, hardware- og infrastrukturmuligheder, som markedet tilbyder, og som primært anvendes af de forskellige aktører.

Der er flere steder et positivt sammenfald mellem de arketyriske teknologiløsninger på tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser, men der er også identificeret en særegen karakterskala for enkelte områder, som derfor er eksplicit fremhævet og behandlet særskilt.

8.1 Overblik over tekniske løsninger og leverandører

Som en del af den overordnede kortlægning i delanalyse 1, og især den senere uddybning af de udvalgte områder i delanalyse 2, er der blevet identificeret en række konkrete tekniske løsninger. Løsningerne spænder bredt i deres faktiske anvendelse og leverandørens eller projektets valg af konkrete teknologier i den enkelte tekniske løsning.

Herunder ses et overblik over de mest anvendte løsninger på markedet. Listen fokuserer primært på tekniske løsninger, som har været anvendt og aktuelt anvendes i de identificerede projekter og inden for de udvalgte områder i delanalyse 2 og er derfor ikke udtømmende.

Det bemærkes yderligere, at løsninger spænder fra meget generiske og globale kommercielle løsninger og leverandører på markedet til mere lokale og dedikerede løsninger til specifikke fagområder. Det er en direkte konsekvens af bredden i de faktisk anvendte løsninger.

Tabel 26: Overblik over tekniske løsninger

Navn	Beskrivelse	Leverandør
Viewcare	Dedikeret totalløsning som understøtter både behandlere og borgere med en end-to-end løsning for virtuelle besøg, med særligt fokus på hjemmepleje, sygepleje og bostøtte.	Viewcare A/S
Skype For Business	Standard video- og samtaleløsning med et bredt fokus på en-til-en- eller flerparts møder, herunder både understøttelse af lyd og video. Ingen særlige fokusområder grundet løsningens generiske anvendelsesmuligheder.	Microsoft
EWII Telecare	Dedikeret totalløsning med fokus på sundhedsprodukter og telemedicinske løsninger til forskellige patientkategorier, herunder fokus på virtuel sundhedspleje og rehabilitering via telemedicin.	Tunstall Danmark A/S
TDC NetDesign	NetDesign leverer kundetilpassede løsninger fra en række kommercielle kommunikationspartnere eller egne faste koncepter bygget på partners løsninger, fx Cisco Webex Teams. Kan derfor levere dedikerede totalløsninger inklusive den underliggende infrastruktur.	TDC NetDesign
SharePlan (carePlan)	Løsning med fokus på at tilbyde en informations- og kommunikationsplatform. Er en videreudvikling af carePlan og videreudviklet i samarbejde med og med særligt fokus på	E.G.

	specialområdet, fx autisme. Tilbyder i nogle versioner ansigt-til-ansigt-samtaler mellem borgere og behandlere.	
VDX (Pexip)	VDX en fællesoffentlig og tværsektoriel videoinfrastruktur for stat, regioner og kommuner. VDX er et supplement til brugerkredeens egen videoinfrastruktur og videostrategi. Tilbyder en dedikeret løsning for en-til-en eller flerpartsvideomøder for brugerkrede og med mulighed for tilbud til borgere.	Medcom (Brugerkrede)
Cisco	Generisk og bred video- og hardwareinfrastruktur til video- og audiokonferencer, som inkluderer både den underliggende infrastruktur samt nødvendige softwareklienter, til en bred vifte af enheder. Oftest brugte klienter er Jabber og Tandberg.	Cisco
Life-Manager	Modulopbygget platform som kan tilpasses kommunens eget udstyr. Bygger på en egenudviklet videoløsning med fokus på hjemmeplejen, sygeplejen og socialpsykiatrien.	Life-Partners
Appinux	Appinuxs skærmbesøgsmodul er video med en meget enkel brugergrænseflade hvor en tablet anvendes i kioskmåde (kræver MDM-modul) eller installeres som en egen app/link på lige fod med andre apps/browsere på hardwaren.	Appinux
Remind	Remind er Region Midtjyllands behandlingsstøtteværktøj til patienter og borgere i Psykiatri og Social, som leverer infrastruktur og software til videomøder mellem borgere og behandlere.	Region Midtjylland (Appinux)
SCOPIA	Med SCOPIA Desktop tilbydes en vifte af videoløsninger, herunder dedikeret udstyr til videotelekonference samt en browserbaseret klient.	AV Fusion
KMD Viva	KMD Viva er en digital borgerplatform, der understøtter kommunernes indsats til borgerne inden for flere områder. KMD Viva understøtter bl.a. videokommunikation via browser eller en dedikeret app.	KMD
WebRTC	Er en general og open source-platform, som tillader videomøder en-til-en eller flerpartsvideomøder via en browser eller indlejret i dedikerede applikationer.	WebRTC

Udover ovenstående liste af hel- eller delvise komplette løsninger gælder det, at både VDX-mødeinfrastrukturen og fx de dedikerede mødeinfrastrukturer i Region Syddanmark og Region Nordjylland understøtter videokonferencemøder med videokonferenceanlæg og videosoftware fra en række større spillere på markedet. Dette inkluderer løsninger fra fx Cisco, Jabber, Radvision, LG-Nortel, LifeSize, Panasonic, Sony, Vidyo, Avaya Scopia, Clearview og Polycom.

Den bredere afdækning i delanalyse 1 viser dog, at førnævnte løsninger fra de nævnte leverandører primært anvendes mellem fagpersoner eller af fagpersoner i en fagperson/borger-samtale. Der er dog enkelte tilfælde, hvor borgerne får leveret mobilt telekonferenceudstyr som en del af løsningen i enkelte kommunale projekter. Udstyret er da af samme type som det der leveres fra førnævnte leverandører.

8.2 Teknologiarke typer på tværs af målgrupper og ydelser

Indeværende afsnit introducerer en række teknologiske arketyper identificeret på tværs af de udvalgte målgrupper og ydelser. Arketyperne er anvendt som et værktøj til at kategorisere de identificerede tekniske løsninger, som på gruppeniveau udviser sammenlignelige karakteristika i relation til eksempelvis borger/patient- og behandler/medarbejder-interaktion, men primært har sammenlignelige karakteristika i relation til de tekniske komponenter der er i spil. Dertil kommer, at arketyperne delvist har en unik omkostningsprofil.

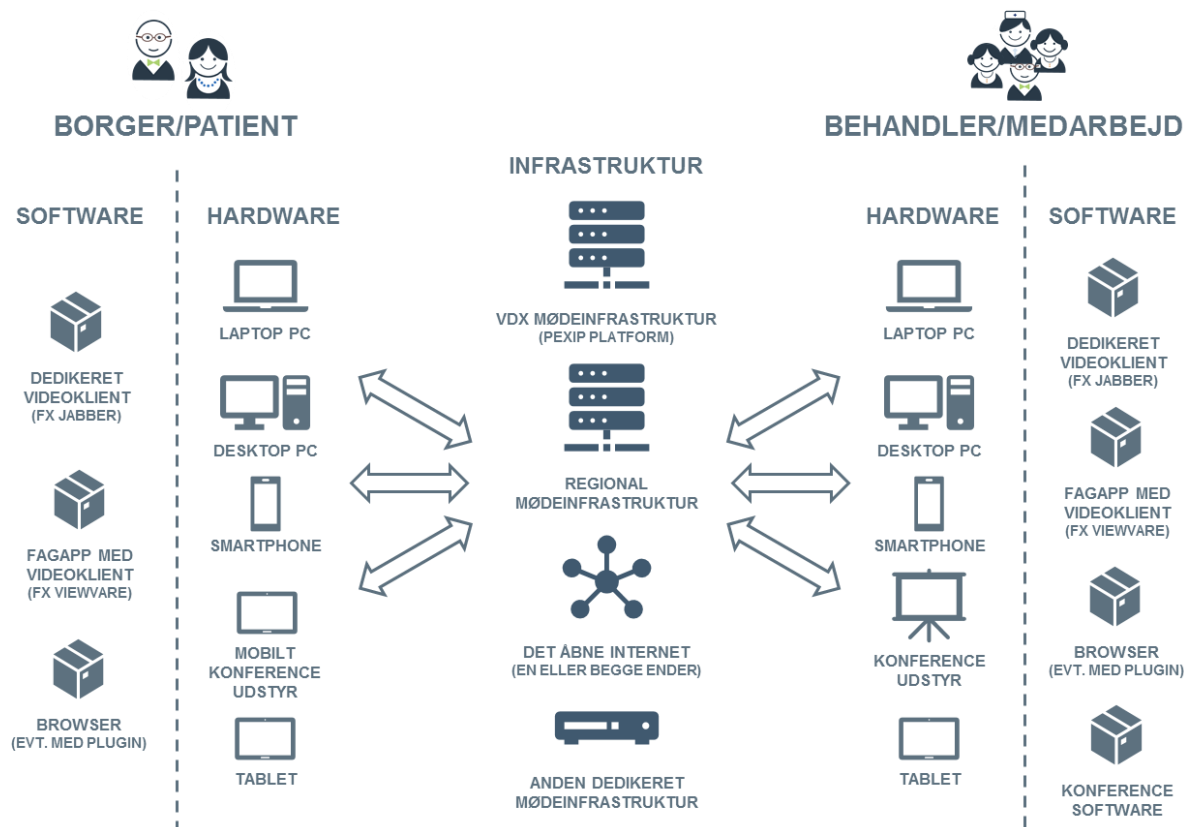
Derudover gør arketyperne det også muligt at udtale sig om sikkerhed, herunder efterlevelsen af GDPR-kravene, på et mere teknologiafhængigt niveau. Det bliver muligt at skabe udtale sig om arketyperne har særlige

forhold, man skal være opmærksom på i relation til GDPR, men ikke hvorvidt en konkret løsning efterlever alle GDPR-kravene.

Arketyperne udtrykker derfor tilsammen spændvidden i de tekniske løsninger, som er identificeret i forbindelse med den brede afdækningen i delanalyse 1, samt den mere detaljerede afdækning af de udvalgte områder i delanalyse 2.

8.2.1 Det samlede landskab af tekniske løsninger

Nedenstående figur 15 giver et samlet overblik over de samlede komponenter, der er i spil for de teknologiske arketyper, hvorefter følgende afsnit og figur ekspliciterer de tre forskellige arketyper, som er udledt af det samlede landskab.



Figur 15: Samlet landskab for de teknologiske arketyper

Ud over de illustrerede hardware- og infrastrukturkomponenter i ovenstående figur er der i visse tilfælde behov for yderligere udstyr. Behovet for ekstraudstyr afhænger af, hvilken enhed/hardware man bruger.

Der er fx behov for et webcam, hvis det ikke allerede er i enheden, et head-set, hvis man sidder alene, og en "skildpade", dvs. en mikrofon/højtaler til at sætte på bordet, hvis man er flere deltagere omkring samme enhed. Det er ikke nødvendigt med ekstraudstyr, når man bruger nyere videokonferencesystemer.

I borger/patient-enden af løsningen varierer det derudover på tværs af de identificerede anvendelsesscenarier, hvorvidt man tillader eller anvender et BYOD (Bring Your Own Device)-paradigme, samt hvorvidt man tillader eller anvender borgerens/patientens egen internetforbindelse (mobilt eller bredbånd).

8.2.2 De teknologiske arketyper i landskabet

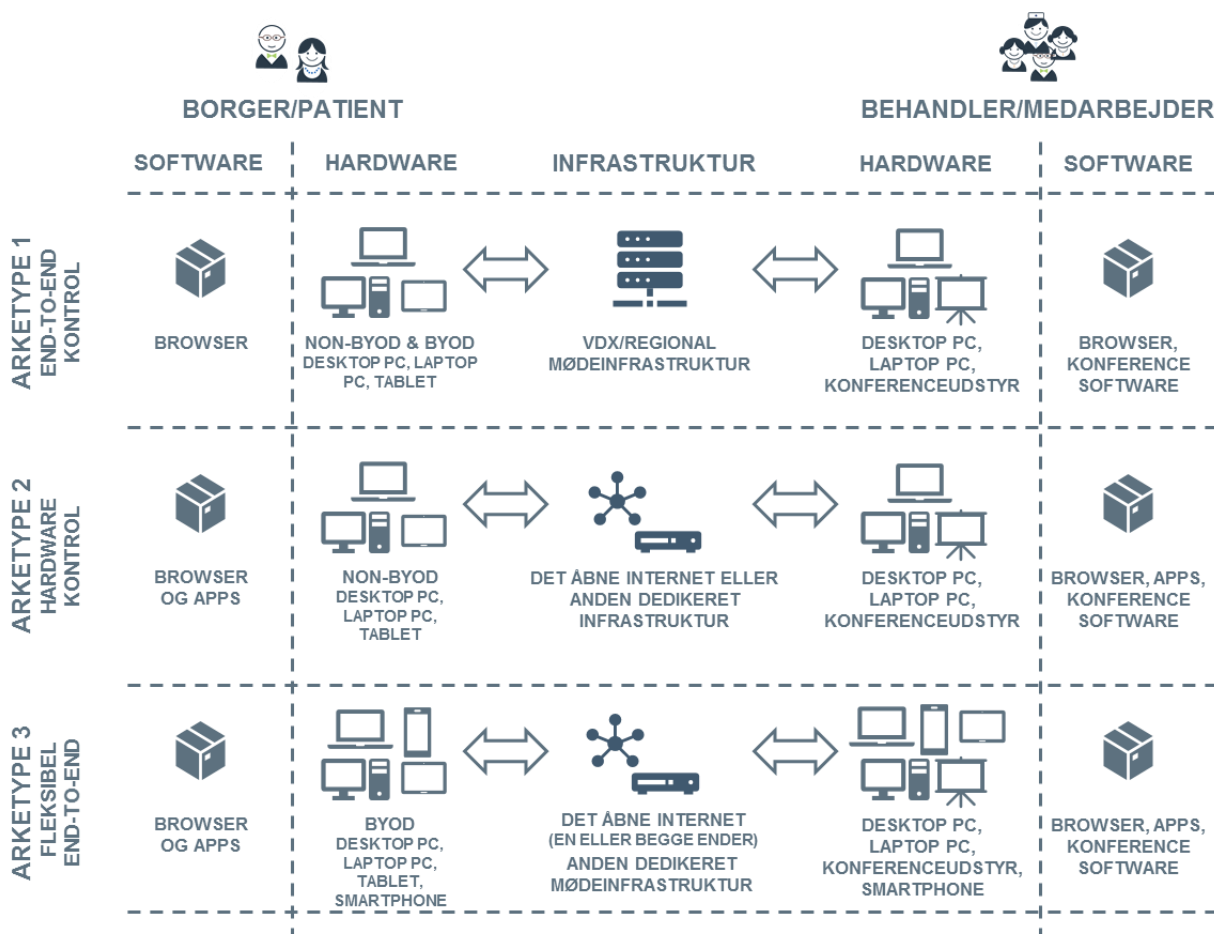
Udledt af det samlede landskab er der blevet identificeret tre teknologiske arketyper. Arketyperne er som nævnt tidligere, primært bestemt af karakteristika i relation til borger/patient- og behandler/medarbejder-interaktionen, men der er primært tale om de tekniske komponenter og delvist de tilhørende omkostningsprofiler.

Det, som kendetegner og differentierer de tre arketyper, er graden af kontrol og de tekniske komponenter i den samlede løsning, dvs i hele end-to-end scenariet. Mere specifikt beskriver den enkelte arketype, hvorvidt enten den kommunale eller den regionale aktør har fuld eller delvis kontrol over alle dele af både software, hardware og tilhørende infrastruktur og derfor har større mulighed for at påvirke de enkelte komponenter i brug.

Graden af transparens og kontrol over komponenterne kan have en særlig betydning fx i relation til at sikre, at alle sikkerhedskrav er mødt eller kan mødes fremadrettet.

De tre arketyper er derfor primært et udtryk for, hvor mange dele af den samlede løsningen der er under fuld kontrol og af hvilke aktører. Dette er enten afledt af eksplicite designvalg eller en afledt konsekvens af de konkrete teknologier, der er i brug.

Nedenstående figur 16 giver et samlet overblik over de tre arketyper, herunder hvilke teknologier som primært er i spil for både software-, hardware- og infrastrukturen. Det efterfølgende afsnit giver en kort tekstuel beskrivelse af arketypernes mere detaljerede karakteristika.



Figur 16: De tre teknologiske arketyper

Det er vigtigt at bemærke, at der som en del af den bredere afdækning er identificerede projekter og tekniske løsninger, som er mindre variationer af en af ovenstående teknologiske arketyper. Det er dog muligt at kategorisere flertallet af de identificerede tekniske løsninger ud fra en af de tre arketyper.

I den følgende tabel 27 ses en kort tekstuel beskrivelse af de tre arketyper. Dertil kommer en markering af, hvilke målgrupper og ydelser belyst i delanalyse 2 som primært anvender en eller flere af tre teknologiske arketype.

Tabel 27: Kort beskrivelse af de tre teknologiske arketyper

Navn	Beskrivelse	Målgruppe og ydelse
Arketype 1 End-to-end kontrol	Denne arketype er kendetegnet ved, at videokonsultationerne primært foregår via brug af enten Medcoms VDX eller de dedikerede regionale mødeinfrastrukturer, og hvor klienten i borger/patient-enden eller i den kommunale ende består af et link via en browser eller installerede og dedikerede videoklienter. I det primære brugsscenarie har den regionale aktør derfor fuld kontrol over hele end-to-end kommunikationen med enten patienten/borgeren eller den kommunale aktør, alle dele inklusive. I patient/borger-enden samt kommune-enden er der mulighed for at gøre brug af enten udleverede enheder eller brug af et BYOD paradigme.	<ul style="list-style-type: none"> • Virtuelle udskrivningskonferencer • Videokonsultation i psykiatrien
Arketype 2 Hardware-kontrol	Denne arketype er kendetegnet ved, at videokonsultationerne primært foregår via brug af enten løsninger, som beror på brug af det åbne internet til deres kommunikation, eller en anden opsat og dedikeret infrastruktur (stadig via det åbne internet). Dog gælder det for denne arketype, at alle enheder i brug i patient/borger-enden er udstyr ejet og udleveret af den offentlige aktør, her primært en kommune, dvs. hardware og installeret software er under fuld kontrol af den offentlige part. Der tillades eller anvendes ikke et BYOD-paradigme.	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal hjemme- og sygepleje • Online bostøtte
Arketype 3 Fleksibel end-to-end	Denne arketype er kendetegnet ved, at videokonsultationerne primært foregår via brug af enten løsninger, som beror på brug af det åbne internet til deres kommunikation, eller en anden opsat og dedikeret infrastruktur (stadig via det åbne internet). Dertil kommer, at der tillades eller anvendes et BYOD-paradigme for enheder i borger/patient-enden, dvs. at den hardware og software, som er i brug i den ende af løsningen, kun delvist er under den offentlige aktørs kontrol, her primært en kommune.	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal hjemme- og sygepleje • Online bostøtte

9 FORUDSÆTNINGER FOR LOKAL ANVENDELSE OG NATIONAL UDBREDELSE SAMT IMPLEMENTERINGSANBEFALINGER

Der er identificeret meget få egentlige barrierer for lokal anvendelse og national udbredelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer. Dette til trods ses et generelt billede af, at udbredelsesgraden er lav, og at implementering af løsninger tager længere tid end forventet. I dette kapitel beskriver vi derfor de nødvendige forudsætninger for, at løsningerne kan anvendes lokalt og udbredes nationalt. Kapitlet suppleres af fire bilag, der beskriver implementeringsanbefalinger for hvert af de fire områder.

På tværs af de udvalgte områder, der er belyst i delanalyse 2 er der identificeret en række generelle og ydelsesspecifikke forudsætninger, der skal være i stand for hhv. lokal anvendelse og national udbredelse af løsningerne. Forudsætningerne dækker blandt andet over kompetencer hos medarbejdere, nødvendig kulturforandring og implementering af nye teknologier. Forudsætningerne er kategoriseret i *organisatoriske*-, *tekniske*, og *juridiske* forudsætningerne. Forudsætninger beskrives i de følgende afsnit. Beskrivelserne indeholder en detaljering af forudsætningen, hvorfor den er nødvendig, hvilke målgrupper og ydelser den vedrører og konkrete handlingsanvisninger. Kapitlet afsluttes med et samlet overblik i tabel 28. Kapitlet suppleres af fire bilag indeholdende implementeringsanbefalinger for hvert af de områder.

9.1 Organisatoriske forudsætninger

Nødvendige organisatoriske forudsætninger er, at medarbejderne er motiverede og kompetente til at anvende løsningen, at der er egnede fysiske rammer til at foretage videosamtaler, at nye arbejdsgange og roller beskrives, og at der er solidt ledelsesfokus på udbredelse og anvendelse af løsningen og i særlig grad på den nødvendige forandringsproces, der skal gennemføres. Særligt på det tværsektorielle område er det endvidere vigtigt, at initiativer, hvor videosamtaler indgår, nøje afstemmes med øvrige tværsektorielle samarbejdsinitiativer, eksempelvis samarbejde med hjerneskadekoordinatorer.

9.1.1 Motiverede og kompetente medarbejdere

Niveau: Forudsætning for lokal anvendelse af løsninger.

Berørte ydelser og målgrupper:

- Medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
- Behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer
- Kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: På tværs af pilotprojekter inden for alle ydelser og målgrupper er det fremhævet, at det er afgørende for lokal anvendelse af løsningerne, at medarbejderne, der skal anvende løsningerne, føler sig kompetente til det og ser en mening med løsningen. Ofte er det den enkelte medarbejder, der i en given situation med en given borger selv skal vurdere, om det vil være nyttigt at anvende et virtuelt møde frem for et fysisk møde. Er medarbejderne ikke motiverede, eksempelvis fordi de tvivler på, om de kan levere den samme kvalitet til borgeren over skærm, betyder det i praksis, at de ikke anvender virtuelle møder. Om medarbejderne er motiverede og føler sig kompetente har altså betydning for, i hvilken grad løsningerne bliver udbredt og udbredelsestempoet, samt hvilke borgere der får tilbuddet og vurderes at være egnede til virtuelle ydelser.

Erfaringer fra en række pilotprojekter⁷⁰ samt interviews med projektledere i hjemmeplejen og i kommunernes visitation samt i psykiatrien viser, at det at implementere skærme i mødet mellem en sundhedsfaglig eller pædagogisk medarbejder og borgeren rykker ved relationen med borgeren, definitionen af kerneopgaven, fagligheden og arbejdskulturen. Implementeringen af skærme i mødet med borgeren medfører således et behov for, at medarbejderen tilegner sig nye kompetencer og tillærer sig en ny måde at løse sin kerneopgave på samt også anderkender metoden som fagligt tilstrækkelig. At introducere og gennemføre forandringer der kræver, at arbejdskultur, faglighed og relationer redefineres, er en proces, der skal prioriteres, styres og følges op på af ledelsen. Det er ikke givet, at medarbejderne er motiverede for en sådan forandring, der stiller krav til, at medarbejderne også i nogle tilfælde skal redefinere deres fagidentitet og værdier. Introduktionen af skærmløsninger på det sociale område og sundhedsområdet er et meget håndgribeligt eksempel på en mere

⁷⁰ Ni nordjyske kommuner evalueret af Rambøll og Aalborg Kommune - Evaluering af projekt online bostøtte (2016)

generel bevægelse, hvor medarbejderne i højere grad skal være rehabiliterende i deres tilgang og omsorgsarbejde og støtte borgerene i at blive selvhjulpne. Eksempelvis skal en bostøttemedarbejder ikke besøge en ensom borger for, at han eller hun får social kontakt. Derimod skal formålet med kontakten være at støtte borgeren i at skabe sig et netværk og blive i stand til at være socialt aktiv.

Handlingsanvisninger:

- *Iværksæt kompetenceudvikling* - Gennemfør kompetenceudvikling hos medarbejderne i forbindelse med implementering af løsningerne, således at de bliver i stand til at anvende teknologien men også til at mestre en ny faglig, virtuel metode
- *Prioriter og støt kulturforandring* – Planlæg, støt og afsæt ressourcer til en forandringsproces med to spor. Et spor hvor medarbejderne skal lære at anvende en ny teknologi, og et spor hvor medarbejderne skal anerkende og lære at mestre en ny faglig metode, hvor fokus skal rettes mod at støtte borgerne i at være selvhjulpne, og hvor introduktion af skærme i mødet mellem medarbejderen og borgeren medvirker til dette. Erfaringen viser, at sporet omhandlende en ny faglig metode er en langt større forandringsproces end sporet omhandlende teknologi
- *Overvej, hvilke medarbejdere der skal gøre hvad* – Overvej, om alle medarbejdere skal kunne yde virtuelle ydelser, og/eller der skal udpeges ”dedikerede” skærmmedarbejdere, der trænes i at levere ydelser over skærm. Udvalgte medarbejdere kan med fordel modtage mere dybdegående træning og fungere som superbrugere
- *Overvej, hvem der skal udvælge og vurdere borgerne/patienterne* – Overvej, om det er den enkelte medarbejder eller behandler, der skal vurdere, hvilke borgere der er egnede til virtuelle ydelser, eller om det skal være en dedikeret medarbejder, der foretager vurderingen. Her skal medarbejdernes mulighed for at foretage en faglig vurdering holdes op imod ønsket om at levere et ensartet tilbud eller ydelse til borgerne uagtet, hvem der er deres behandler eller kontaktperson. Se endvidere afsnit 9.1.3.

9.1.2 Optimale fysiske rammer til videosamtaler

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Behandlere i psykiatrien der yder ambulans behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: På tværs af pilotprojekter inden for alle ydelser og målgrupper fremhæves det, at videosamtaler generelt stiller særlige krav til de fysiske rammer i det rum, hvor samtalen eller mødet afholdes. For at samtalen kan forløbe uforstyrret, og både lyd og skærbillede er af en ordentlig kvalitet, er det vigtigt, at de medarbejdere, der deltager i samtalen, sidder i en rum, hvor de ikke bliver forstyrret, hvor der er passende lys, således at medarbejderen tydeligt kan ses over video, og hvor der ikke er generende støj fra forbigående, knitren fra papirer, trafik og lignende. Den organisation, der vil indføre skærmbesøg, videokonsultationer eller virtuelle konferencer, skal således sikre, at både mødelokaler, samtalebåse og kontorer tilpasses til videosamtaler.

Hvis de fysiske forhold ikke er egnede til at foretage samtaler over video, vil medarbejderne opleve det som besværligt at foretage videosamtalerne og foretrække fysiske møder. Desuden vil samtalerne blive forstyrret i en grad, hvor det påvirker kvaliteten af den ydelse/samtale, der leveres over skærmen.

Erfaringer fra enkelte pilotprojekter peger på, at indførelse af skærmbesøg medfører et øget brug af mødelokaler.

- **Handlingsanvisninger:**
 - *Sørg for, at kontorer og mødelokaler gøres egnede til video* - Der skal være gardiner til at skærme for sollys, god loftsbelysning og videoudstyr til stede i form af højttaler, mikofon, headset, skærm etc. Det nødvendige udstyr afhænger af den konkrete løsning, der anvendes
 - *Indret evt. dedikerede lokaler til skærmsamtaler* - Dette er særligt relevant i kommunerne, hvor der i hjemmeplejen og på bostøtteområdet opstår et nyt behov for at føre samtaler fra kommunens lokaler, og hvor der ikke tidligere nødvendigvis har været tilgængelige mødelokaler for medarbejderne
 - *Nem mødebooking* - Sørg for, at det er let for medarbejdere at booke lokaler til videosamtaler.

9.1.3 Nye arbejdsgange og rollefordelinger:

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Behandlere i psykiatrien der yder ambulans behandling via videokonsultationer

- Medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: Flere pilotprojekter og afdelinger eller kommuner, der er i drift, vidner om, at der opstår nye roller og arbejds gange, når videosamtaler indføres. Arbejds gangene for samtalen ændrer sig, idet der kræves mere eller mindre forberedelse, der skal ofte afsættes mindre tid til selve mødet, der skal bookes et passende lokale og lignende. Selve måden, hvorpå et møde eller en ydelse leveres på over skærm, særligt i kommunerne, er desuden markant anderledes. Medarbejderen har mindre transporttid, og besøget får et øget fokus på samtale og dialog, end hvad tilfældet er ved fysiske besøg. Et skærmbesøg indeholder således andre arbejds gange og trin end et fysisk besøg. Det samme gælder for medarbejderne i psykiatrien og medarbejderne på en sygehusafdeling, dog i mindre grad. For alle typer af videosamtaler, -møder eller -konferencer, der erstatter et lignende fysisk møde, gør det sig gældende, at den arbejds gang, der er for videosamtalen, skal sikre, at elementer, som afdækkes ved et fysisk møde, nu skal afdækkes via en samtale ved hjælp af særlige spørgeteknikker. Det kan være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem (er der beskidt eller rengjort), borgerens tilstand (er han/hun soigneret, varm, bleg etc.) og borgerens funktionsniveau (er han/hun gående, bevægelse, tempo etc.).

For at opretholde den samme kvalitet ved en videosamtale, -møde eller -konference som ved et fysisk møde, er det altså vigtigt, at medarbejderne, der deltager i mødet, er klar over, hvilke nye arbejds gange der er for mødet, og hvilke trin et møde eller en ydelse skal indeholde.

På samme vis er det vigtigt, at medarbejderne er klar over, hvorledes et skærmbesøg, en videokonsultation eller en virtuel konference registreres og dokumenteres, såfremt det skal gøres på en anden måde end ved et fysisk møde.

• **Handlingsanvisninger:**

- *Beskriv arbejds gange* - Inddrag medarbejderne, der deltager i videosamtaler, i at beskrive nye arbejds gange for møder, konferencer og samtaler. Og sørg for, at nye arbejds gange kommunikeres til alle relevante medarbejdere, og følg op på, at de følges
- *Afdæk og beskriv nye roller og savarsområder* - Såfremt roller og ansvar for medarbejdere ændrer sig ved indførelse af skærmbesøg og videosamtaler, er det vigtigt at beskrive nye roller og savarsområder og sikre, at medarbejderne er motiverede og kompetente til at påtage sig disse, jf. afsnit 9.2.1. Et eksempel på en ny rolle kan være, at en borgers tilknyttede sygeplejerske på neurologisk afdeling får ansvaret for mødeledelse til den virtuelle konference og altså skal sikre, at dagsordenen følges, og samle op på aftaler og runde mødet af, når tiden er gået
- *Tydeliggør, hvorledes videosamtaler registreres og dokumenteres* – Sørg for, at alle medarbejdere er klar over, hvorledes skærmbesøg eller videosamtaler dokumenteres og registreres. Dette både i forhold til dokumentation og afregning og ledelsesrapportering
- *Definer klare retningslinjer for vurdering og udvælgelse af egnede borgere/patienter* – Udarbejd tydelige retningslinjer for, hvilke borgere der er i målgruppen for at modtage skærmbesøg, videokonsultationer eller kan deltage i virtuelle konferencer, således at det er let for medarbejderne at vurdere og udvælge borgere, der er egnede. Disse retningslinjer skal stemme overens med, hvilke medarbejdere der vurderer og udvælger borgere.

9.1.4 Solidt ledelsesfokus og -engagement:

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer
 - Medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: Det er en gennemgående pointe på tværs af flere pilotprojekter, at det er helt afgørende, at ledelsen har et tydeligt fokus og engagement i implementering og anvendelse af videosamtaler, hvad enten det er kommunalt, regionalt eller tværsektorielt. Ledelsen skal tydeligt kommunikere og synliggøre, hvad formålet er med at indføre videosamtaler, hvad ledelsen forventer at opnå, hvad borgerne kan opnå, og hvad medarbejderne kan opnå. Ligeledes at det uhyre vigtigt, at ledelsen opstiller klare mål for, hvilke borgere der er i målgruppen, ambitionerne for udbredelsen, og om det er obligatorisk eller valgfrit for medarbejderne at anvende videosamtaler. Endeligt skal ledelsen være tydelig omkring, hvordan den vil måle på anvendelse og udbredelse og følge op på, om de opstillede mål nås. Erfaringer fra pilotprojekter viser tydeligt, at implementering og udbredelse er gået hurtigst og med størst effekt i de tilfælde, hvor ledelsen har været tydelig omkring formålet med anvendelse af eksempelvis skærmbesøg i hjemmeplejen, og har kommunikeret, at det er en "skal-opgave" og ikke en "kan-opgave" samt konsekvent har støttet og fulgt op på de organisatoriske enheder, der har haft svært ved at opnå målsætninger.

I pilotprojekter, hvor anvendelse af videosamtaler har været en mulighed for medarbejderne at gøre brug af, og hvor ledelsen ikke har italesat en ambition om, i hvilket omfang og hvor hurtigt en løsning skal tages i brug, er det en gennemgående erfaring, at videosamtaler ikke bliver anvendt i det omfang, man forventede. Konsekvent peges der på, at der blandt borgerne eller patienterne er et større potentiale for anvendelse. Et potentiale, der udelukkende kan indfries, hvis ledelsen arbejder målrettet for dette.

Interviews med projektledere i kommunernes hjemmepeje nævner endvidere, at det er afgørende med politisk opbakning til indførelse af skærmbesøg eller videosamtaler. På samme vis er det afgørende for finansieringen af implementeringsprojekter såvel som varig finansiering af nye videoløsninger, at der er politisk opbakning bag.

Det er endvidere afgørende for udbredelse og anvendelse af videosamtaler og skærmbesøg særligt i kommunerne, at ledelsen vælger et strategisk passende tidspunkt at implementere løsningen på og sikrer sammenhæng på tværs af relaterede initiativer. Implementering af skærmbesøg i hjemme- og sygeplejen kan have snitflader til eller synergier med andre projekter som eksempelvis udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Samtidig er det en vigtig ledelsesopgave at bistå medarbejderne i at prioritere og fokusere på de projekter, der er af størst betydning. Der er adskillige eksempler på, at udbredelse af skærmbesøg i kommunerne tager længere tid end forventet, fordi et givent projekt "konkurrerer" med andre velfærdsteknologiske pilot- eller implementeringsprojekter. Medarbejdere i nogle kommuner beskriver det som "implementation-overload". Hvis ikke ledelsen bistår medarbejderne i at prioritere og fokusere, risikerer ledelsen, at medarbejderne prioriterer forskelligt og i værste fald forkert.

- **Handlingsanvisninger for lokal anvendelse:**

- *Vælg et strategisk passende tidspunkt for implementering* – Der er afgørende, at ledelsen særligt i kommunerne vælger et strategisk passende tidspunkt for implementering og udbredelse af videosamtaler/videobesøg. Står en kommune over for at skulle implementere et nyt EOJ-system, at skulle foretage en større reorganisering eller et lignende større forandringsprojekt, vil medarbejdernes og ledelsens fokus naturligvis være på dette, og forudsætningerne for implementering og udbredelse af videosamtaler vil være ringere
- *Kommunikér tydeligt* – Kommunikér tydeligt formålet og ambitionen med at implementere og anvende videosamtaler
- *Sæt tydelige mål, og følg op på disse* – Opstil klare mål for anvendelse, udbredelse og effekt af videosamtaler, og følg løbende op på disse, også efter idriftsættelse
- *Sæt videosamtaler på ledelsesdagsordenen* – Drøft og følg op på anvendelse, udbredelse og effekt af videosamtaler, og tilret eller afsæt de nødvendige ressourcer til at opnå målene.

- Handlingsanvisninger for national udbredelse

- Beskriv ambitionerne for anvendelse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer i fællesoffentlige strategier og strategier for hhv. kommuner og regioner.

9.1.5 Nøje afstemte og koordinerede tværsektorielle samarbejdsinitiativer

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger.

- **Berørte ydelser og målgrupper:**

- Tværsektorielle udskrivningskonferencer - medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer.

- **Beskrivelse:**

Der er et udpræget fokus på at forbedre det tværsektorielle samarbejde på tværs af kommuner og regioner og på at øge sammenhæng i patientforløb. Dette afspejles i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet og i konkrete Initiativer som "Den ældre medicinske patient". Virtuelle udskrivningskonferencer er én type af tværsektoriel koordinering og samarbejde om borgerne ved udskrivning. Konferencerne tager ofte afsæt i formelle samarbejdsaftaler, der er en del af indsatsen om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som er beskrevet i sundhedsaftalerne mellem en region og de tilhørende kommuner. Udskrivningskonferencer er en udbredt måde for en udskrivende afdeling og modtagerkommune af samarbejde på. Men i nogle kommuner arbejder man med udskrivningskoordination på anden vis, eksempelvis med initiativer som fremskudt visitation. I mange kommuner arbejder hjerneskadekoordinatorer tæt sammen med sygehusafdelinger og visitatorer og eliminerer behovet for udskrivningskonferencer.

For lokal anvendelse og regional udbredelse af virtuelle udskrivningskonferencer er det altså afgørende at afdække, hvorledes sygehuse og kommuner i regionen samarbejder og koordinerer ved udskrivning af patienter med komplekse forløb. Virtuelle udskrivningskonferencer vil udelukkende skabe værdi der, hvor der i forvejen afholdes konventionelle udskrivningskonferencer, eller hvor der ikke allerede er et formaliseret samarbejde mellem kommuner og sygehuse. Virtuelle udskrivningskonferencer kan ikke blindt erstatte andre initiativer såsom fremskudt visitation.

- **Handlingsanvisning**

- *Afdæk eksisterende tværsektorielle samarbejdsinitiativer* – Gennemgå eksisterende samarbejdsaftaler mellem sygehuse og kommuner, inden der tages beslutning om implementering af virtuelle udskrivningskonferencer
- *Etabler samarbejdsaftaler* - Etabler specifikke samarbejdsaftaler for virtuelle udskrivningskonferencer mellem sygehusafdelinger og kommuner i optageområdet.

9.2 Tekniske forudsætninger og barrierer

Nødvendige tekniske forudsætninger er tilgængelige enheder for både medarbejdere og borgere, en velfungerende videoløsning og lokale vejledninger til anvendelse af denne, nødvendig adgang til brug af kritisk mødeinfrastrukturkomponenter og en etableret model for logistik, herunder udbringning, service og hjemtagning. Barriererne består af udfordringer med det rette niveau af kompetencer til at yde support, udfordringer med brug af borgerens/patientens eget udstyr (BYOD), udfordringer med forskellige kommunale og regionale løsninger i tværsektorielt regi og udfordringer med mobil- og bredbåndsdækning i patient/borger-enden.

9.2.1 Tilgængelige enheder for medarbejdere og borgere (ikke BYOD-paradigme)

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse af løsningerne.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** Det er en gennemgående pointe på tværs af flere pilotprojekter, at det er helt afgørende, at medarbejderne har let adgang til de enheder, de skal bruge for at udføre de konkrete videokonsultationer. Dette gælder for både selve gennemførelsen af en given videokonsultation og i forbindelse med bestilling af nye eller ekstra enheder. Hvis der er tale om adgang til videokonferenceudstyr, skal dette altid være klogt og virke, og hvis det drejer sig om adgang til tablets eller pc, skal disse være klar og fysisk til at finde. Når det drejer sig om bestilling, skal det være let at udvælge det udstyr, man skal bruge, og der skal være et minimum af opsætning og klargøring. Hvis enheder ikke er lette tilgængelige udfordrer det de enkelte medarbejders villighed til at adoptere og anvende, og derfor gennemføre, videokonsultationerne.
- **Handlingsanvisninger:**
 - *Sikre rette vejledninger for anskaffelse eller sikre rette adgang til portaler til direkte bestilling* – Der skal udarbejdes simple og bredt kommunikerede vejledninger, som beskriver, hvordan udstyr anskaffes, eller hvordan det direkte kan bestilles. Dette gælder både for udstyr til medarbejdere og for patienten/borgeren, det som skal udleveres direkte eller vejledning i, hvordan det udbringes
 - *Udpeg eksplicite personer, som har direkte ansvar for enhederne* - Der skal sikres en forandring og et entydigt ansvar for udstyret i de enkelte afdelinger. Erfaringerne viser at dette sikrer at udstyret er løbende tilgængeligt og klogt for en større gruppe af brugere. Dette skal ske i afdelingen og ikke af en repræsentant fra it-afdelingen eller lignende. Denne person skal også være tilgængelig men til andre, mere tekniske formål (se forudsætning om support og service). Dette ansvar gælder både medarbejder- og borger/patient-udstyr, dog ikke i de tilfælde hvor en anden aktør står for udbringning af borger/patient-delen.

9.2.2 Velfungerende videoløsning og gode vejledninger

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** Det er et gennemgående tema på tværs af de forskellige tekniske løsninger og på tværs af de belyste målgrupper og ydelser, at løsninger skal være velfungerende. Dette kommer til udtryk i flere dimensioner, herunder den rette fysiske størrelse på skærme, brugervenlige løsninger, fleksibilitet i sammenspil med andre videoløsninger og lette login-muligheder. Det er ikke kun brugervenligheden for den anvendte software, der skal fungere, det er den samlede pakke af alle førnævnte elementer. Løsningerne skal ses i et samlet og bredere perspektiv, og det er i dette brede perspektiv, at løsninger skal være

velfungerende. Hvis løsningerne driller og tager tid, udfordrer det de enkelte medarbejders villighed til at adoptere og anvende løsningerne og derfor til at gennemføre videokonsultationerne. Pointen er her ikke kun at bedømme, hvor velfungerende de enkelte delelementer er i det samlede setup, men at vurdere alle delene sammen i en konkret anvendelse.

Handlingsanvisninger:

- *Vejledning/træning i brug af udstyr* – Der skal foreligge guidelines og gives den rette træning i brug af udstyret til både medarbejderen og borgeren/patienten. Det er især, når teknikken driller, at begge parter mister motivationen og derfor ikke får anvendt eller får ringe udbytte af løsningerne. Erfaringen viser, at bredere uddannelsestiltag i brug af it-udstyr har en positiv påvirkning på dette område, og at disse med fordel kan supplere eller helt overtage specifik træning
- *Afklaring af minimumskrav til anvendt udstyr* – Der skal for det specifikke område afklares de rette minimumskrav til fx skærmstørrelse, internet, eventuelt brug af ekstraudstyr, fx beskyttelse til tablets og telefoner, brug af højttalere eller headset, etc. Det er erfaringen, at disse minimumskrav allerede er velkendt fra eksisterende projekter, og fokus skal derfor ikke ligge på at udarbejde nye krav men i stedet på at kommuniker kravene tydeligt.

9.2.3 Adgang til og brug af kritiske mødeinfrastrukturkomponenter

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** Det er vigtigt at have adgang til de rette mødeinfrastrukturer til gennemførelse af videokonsultationer ved brug af denne teknologi. Det gælder især for understøttelse af udskrivningskonferencer og videokonsultationer i psykiatrien. Den enkelte medarbejder i regionalt regi skal derfor have adgang ikke alene til det rette udstyr men også have adgang til enten regional dedikeret og tværregional (MedCom VDX) mødeinfrastruktur. Dertil kommer de rette vejledninger til at guide enten kommune-enden eller borger/patient-enden i, hvorfor disse enten anvender et link i browseren eller en dedikeret videoklient, og at mødeinfrastrukturen understøtter disse klienter. Ud over adgang til mødeinfrastruktur bør det overvejes, om eller hvordan løsningen kan eksistere i samspil med resten af den enten nationale eller regionale infrastruktur. Dette for at understøtte at løsningen kan indgå i et samlet patient- eller borgerforløb. Erfaringer fra nuværende projekterne viser, at en tæt og systemmæssig integration til kliniske systemer, patient- eller borgerportaler samt brug af nationale eller regionale services ikke er særligt udbredt endnu. Derimod gives de udtryk for et potentiale i sådanne integrationer og en klar intention om, at dette er et ønske fremadrettet. Der bør derfor undersøges om afklares, hvordan brug af de eksisterende mødeinfrastrukturer på sigt bedre kan integreres til kliniske systemer, herunder et EPJ- og EOJ system. Dette for fx at kunne automatisere journaliseringen af gennemførte videokonsultationer via eksempelvis brug af eksisterende eller fremtidige MedCom-standarder og -journalkoder.
- **Handlingsanvisninger:**
 - *Afklaring om brug af regional eller national infrastruktur* – Flere regioner anvender for den pågældende region en dedikeret mødeinfrastruktur eller den af MedCom udbudte nationale VDX-mødeinfrastruktur. Begge infrastrukturer anvendes i dag, og begge infrastrukturer kan anvendes fremadrettet, men der skal sikres afklaring af, hvad der bruges til hvad. Dertil kommer et overblik over muligheder og begrænsninger mellem de to infrastrukturer, herunder forskelle i hvilke klienter de understøtter. Eksempelvis, om infrastrukturen understøtter, at borger/patient-enden kan ringe ind via Skype for Business eller "blot" kan besvare et opkald via et link i en browser. På samme vis bør det afklares i kommune-enden, om kommunerne kan ringe ind fra en pexip-klient, eller om de også "blot" skal ringe ind via et link i en browser.
 - *Afklar muligheder for bedre eller fremtidigt samspil med anden national eller regional infrastruktur* – Som en del af udvælgelsen af en endelig løsning samt videreudviklingen af denne skal der afklares og planlægges detailkøreplaner for yderligere integrationsbehov og løsninger hertil. Det gælder både til udveksling af data, eventuel indlejring af video i andre systemer eller portaler, eller brug af national eller regionale services. Dette kunne fx være etablering og brug af dedikerede autentifikationsportaler for borgere samt integration til andre patient- og borgertaler, herunder sundhed.dk eller Min Sundhedsplatform. Dertil kommer fx en afklaring af brug af nationale komponenter som NemID-autentifikation og brug af borgerens aftaler på NSP (Nationale Service Platform). I relation til registrering af samtykke skal det undersøges og afklares, hvordan brug af fx behandlerrelationsservicen og samtykkeservicen på NSP kan udnyttes på sigt. Der vil være omkostninger forbundet med sådanne tiltag, som ikke for nuværende er medregnet i business casen.

9.2.4 Model for logistik, herunder udbringning, service og hjemtagning

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne.
- **Beskrivelse:** For de løsningsvalg, hvor man har valgt fysisk at udlevere enheder til borgeren/patienten under administration af den offentlige aktør, primært kommunerne, hører der også en større logistik- og serviceopgave med. Udstyr skal indkøbes, klargøres, udbringes, serviceres og sluttelig hjemtages. Denne opgave er yderst kritisk for både en god opstart og for at sikre løbende løsninger, som fungerer, og når forløbet er slut at sikre hjemtagning og klargøring til den næste borger/patient. Der er flere forskellige modeller for dette på tværs af projekterne med hver deres fordele og ulemper og hver deres omkostningsprofil. Det essentielle her er at have en afklaret og afprøvet model på plads for at sikre fornævnte vigtige omkringliggende krav til løsningen.
- **Handlingsanvisninger:**
 - *Afklar og afprøv en sammenhængende model* – Det er erfaret fra projekterne, at hvis man ikke sammentænker alle elementer i på dette område, dvs. sammentænker både opstart og logistik, herunder udbringning og hjemtagning, samt service og support, så skaber det ofte problemer med at levere en eller alle delene på det rette niveau. Anbefalingen er derfor at læne sig op ad etablerede modeller hos den enkelte aktør eller sikre, at disse elementer er dækket af hele pakken, hvis dette indkøbes, som en del af et skræddersyet system.

9.2.5 Kompetencer til at yde support til borgerne

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** På tværs af de anvendte tekniske løsninger er det erfaret, at både rette det kompetenceniveau hos medarbejdere og det rette niveau af support eller evnen til at yde support er kritisk for succes på områderne. Udviklingen viser en naturlig udvikling af medarbejdernes teknologikompetencer over de næste par år, hvilket afhjælper generel viden om brug af browser apps, tablets og apps samt videosamtaler mere bredt. Der er dog stadig et stort fokus på at uddanne og træne medarbejderne i at anvende i konkrete teknologier både for at sikre, at de er motiverede og tager teknologien i brug og for at kunne understøtte og supportere i spørgsmål fra borgeren/patienten - dette for at minimere yderligere behov for teknisk support i it-afdelingen eller hos systemleverandøren. Uddannelsen er derfor kritisk på to områder: konkret anvendelse og ibrugtagning samt træning og support af patienten/borgeren.
- **Handlingsanvisninger:**
 - *Afklar behov, planlæg og udfør generel og/eller specifik træning* – Det skal afklares, hvilket behov for træning der er sammenlignet med medarbejdernes egen brug af udstyr samt deres behov for en eventuel supportrolle over for borgeren/patienten. Det skal derudover afklares, om træningen bør indgå i et bredere initiativ vedr. brug af it-udstyr hos den offentlige aktør, eller om der er behov for område-/teknologispecifik uddannelse og træning.

9.2.6 Ekstraordinært fokus på uddannelse og træning til medarbejderne når borgerne anvender deres eget udstyr (BYOD)

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** For de projekter som vælger at bero på et bring-your-own-device-paradigme (BYOD), viser erfaringerne forsat, at der er behov for et ekstraordinært fokus på uddannelse og træning af medarbejderen. Det skyldes, at der ofte er udfordringer i at guide borgeren/patienten i at anvende sine egne enheder, selv

hvad angår simple browserbaserede løsninger men særligt, når der skal installeres dedikeret software på borgerens/patientens enheder. Dertil kommer, at medarbejderen skal være forberedt på flere og mindre tekniske udfordringer ved borgerens udstyr, end blot anvendelsesudfordringer. Diversiteten i udstyret i borger/patient-enden tillægger yderligere kompleksitet til denne udfordring.

- **Handlingsanvisninger:**

- *Der henvises til forudsætning 9.2.5.* – I tillæg til forudsætning 9.2.5 skal der fokuseres på uddannelse af mere teknisk karakter ved BYOD, som sikrer, at medarbejderen er klædt på til at håndtere ofte sete udfordringer i borger/patient-enden. Dertil kommer et øget fokus på at undgå løsninger, som kræver ekstraordinær installation af software men derimod vælge løsninger, som virker gennem simple links i en browser (eventuelt med brug af plug-ins), som minimerer udvalgsrummet af steder, hvor der skal ydes support
- *Fokuseret indsats på GDPR-kompatible apps eller mobile løsninger* – BYOD-paradigmet udfordrer på nogle områder efterlevelsen af udvalgte dele af GDPR-kravene, fx sikring af lagring af data og det at undgå utilsigtet deling af data. Det skyldes primært en manglende kontrol over selve enheden og derfor manglende kontrol, under hvilke omstændigheder en app eller en browser-applikation afvikles. Det er ikke muligt at kontrollere sikkerhedsindstillinger, sikre rette versioner af operativsystemet eller konkrete apps samt muligheden for at håndtere et eventuelt data breach ved omgående sletning af alt data. Under et BYOD-paradigme anbefales det derfor, at de offentlige aktører har et ekstraordinært fokus på de konkrete løsningers mulighed for dataseparation, kryptering, logning og login for at sikre, at disse løsninger har implementeret særlige tiltag for at overholde GDPR-kravene velvidende, at løsningen afvikles på en BYOD-enhed. Erfaringer på andre områder, herunder mere kommercielle apps, viser en klar tendens til, at det fortsat er muligt at ibrugtage BYOD-paradigmet og overholde GDPR, hvis det er krævet eller ønsket.

9.2.7 Overblik over kommunale og regionale løsninger og deres kompatibilitet ved tværsektorielle anvendelse

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** Det er en barriere for anvendelse af videosamtaler i tværsektorielt regi, at regioner og kommuner ofte anvender forskellige videoløsninger. Det besværliggør samtalen, hvis kommunale medarbejdere skal bruge et andet system, end de plejer, når de skal tale med sygehuset. Desuden er der ofte uklarhed om ansvar for support ved tværsektorielle møder, hvor kommuner eksempelvis har problemer med at tilgå en online-konference på regionens system.
- **Handlingsanvisninger:**
 - *Overblik og kompatibilitet mellem løsninger* – Der skal skabes et overblik over, hvilke løsninger er kompatible med hinanden for at sikre en oversigt over, hvilke kommunale løsninger der kan anvendes, når der skal ringes til et regionalt videorum. Dertil kommer, at det skal kortlægges og afklares, hvilket klienttilbud de enten regionale eller nationale videoinfrastrukturer som minimum bør understøtte, fx understøttes Skype for Business som klient eller ej
 - *Afklar model for brug af eget udstyr i kommune-enden* – Flere af de regionale og nationale mødeinfrastrukturer tilbyder at ringe ind fra et simpelt link aktiveret i en browser. Hvis denne model understøttes i kommunen, kan denne med fordel anvendes og fremhæves i kommunalt uddannelse og træningsmateriale. Ellers henvises til ovenstående pointe om at skabe overblik og kompatibilitet mellem løsninger.

9.2.8 Bredbåndsdækning og valg af internetforbindelse i patient/borger-enden

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Medarbejdere og behandlere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Medarbejdere og behandlere i psykiatrien der yder ambulant behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.
- **Beskrivelse:** Erfaringerne viser, at der stadig er udfordringer med mobil- og bredbåndsdækningen i patient/borger-enden i visse dele af kommunerne. Det kommer primært til udtryk i en for dårlig

mobilbåndsdækning for de løsninger, som anvender et dedikeret simkort og derfor en dedikeret mobilbredbåndsforbindelse til at understøtte den nødvendige internetforbindelse til gennemførelse af en videokonsultation eller skærmbesøg. Dette gælder for både simkort udleveret af en offentlig aktør men også for situationer, hvor man anvender borgerens simkort og derfor borgerens egen mobilbåndsforbindelse. Det er ikke selve teknikken der forårsager forbindelsesfejl, men i stedet et udfald på selve forbindelsen. Ved anvendelse af borgerens egen wi-fi internetforbindelse er det mere teknikken, som i enkelte tilfælde driller, snarere end en for dårlig forbindelse. Dette er dog ikke ofte udtalte udfordringer, da disse skal findes i mobildækningen.

• **Handlingsanvisninger:**

- *Benyt tjekditnet.dk for at undersøge bredbåndsdækning* - i det område hvori velfærdsteknologi planlægges udrullet. Det optimale valg af bredbåndsforbindelse og udbyder varierer fra område til område i Danmark
- *Søg vejledning hos udvikler eller leverandør* - om anbefalet type af bredbåndsforbindelse og eventuelt valg af browser som løsningen bør afvikles i for at opnå det bedste resultat
- *4G frem for 3G mobilforbindelse* - I et scenarie med mobilt bredbånd anbefales 4G forbindelser frem for 3G, da 4G anses som en mere stabil og driftssikker mobilopkobling
- *Dedikerede bredbåndsforbindelser frem for mobilforbindelser* – I tilfælde af for dårlig mobildækning kan dedikerede bredbåndsforbindelser give den største sikkerhed i et anvendelsesperspektiv og mindske antallet af tekniske udfordringer for selve løsningerne
- *Udfør en grundig test af den samlede velfærdsteknologiske løsning* - herunder af såvel udstyr som bredbåndsforbindelse hos borgeren i forbindelse med opstart, da tiltro og tålmodighed over for velfærdsteknologien i høj grad bestemmes af førstehåndsindtrykket
- *Søg vejledning hos udvikler eller leverandør* - om den anbefalede type af bredbåndsforbindelse og eventuelt valg af browser, som løsningen bør afvikles i for at opnå det bedste resultat.

9.3 Juridiske forudsætninger

De nødvendige juridiske forudsætninger er, at de løsninger, der anvendes til videosamtaler, lever op til krav om datasikkerhed og fortrolighed, og at ledelse og medarbejdere er bekendt med kravene til datasikkerhed og konsekvenserne af at bryde sikkerheden.

9.3.1 Løsninger, der lever op til krav om datasikkerhed

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse af løsninger.
- **Berørte ydelser og målgrupper:**
 - Ledelse og medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
 - Ledelse og behandlere i psykiatrien der yder ambulans behandling via videokonsultationer i psykiatrien
 - Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer, der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: Det er en erfaring fra langt hovedparten af de identificerede pilotprojekter eller afdelinger og kommuner, der er i drift, at det er muligt at etablere videoløsninger, der lever op til kravene om datasikkerhed, persondatasikkerhed, fortrolighed og kryptering. Der har generelt været et ønske om at benytte systemer og løsninger, som er brugervenlige, og som borgerne og medarbejderne kender, men disse løsninger, eksempelvis FaceTime og almindelig Skype (ikke Skype for Business), lever ikke op til kravene om datasikkerhed. På tværs af pilotprojekter inden for alle fire målgrupper og ydelser er det en udfordring, at kravene til datasikkerhed ikke er klare i praksis men genstand for lokal fortolkning. Der er således eksempler på kommuner, der tolker kravene forskelligt og har forskellige overvejelser om at anvende eksempelvis Skype for Business. Dertil kommer, at enkelte regioner ikke tillader eller som minimum betragter Skype for Business som en risiko, hvis det tages i brug som klient især som en del af en videosamtale, hvor man ringer ind til et virtuelt møderum via en af de regionale mødeinfrastrukturer.

• **Handlingsanvisninger for lokal anvendelse:**

- *Sikre rette medarbejder- og borger/patient-login* - sørg for, at alle medarbejdere der arbejder med skærmbesøg, videokonsultationer eller virtuelle konferencer anvender systemer, som dokumenterer konkrete brugere og brugerlogin på medarbejdersiden. Der er et udtalt ønske enten som krav til eksisterende systemer eller kommende udbud om at sikre single-sign-on for medarbejderne; dette er især udtalt på kommunalt niveau og gælder derfor særligt her. Hvis brugerlogin er muligt i borger/patient-enden, skal de rette samtykke-erklæringer for eventuel opbevaring af brugerinformationer foreligge, hvilket omfatter både for borger/patient og eventuelle pårørende
- *Kryptér alle forbindelser mellem alle komponenter, og kryptér de konkrete enheder udleveret til borgeren/patienten* – sørg for, at de anvendte klienter benytter sig af kryptering af de anvendte teknologier til audio- og videoforbindelsen. Dette er fx ikke muligt med brug af FaceTime og almindelig Skype, men det er det til gengæld ved brug af fx for Skype for Business.

- **Handlingsanvisninger for national udbredelse:**

- *Udarbejd klare retningslinjer* – sikre guides og retningslinjer for overholdelse af datasikkerhed ved skærmbesøg og virtuelle konsultationer fra centralt hold, eksempelvis et samarbejde mellem KL, Danske Regioner, Digitaliseringsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen.

9.3.2 Ledelsen og medarbejderne skal kende til krav om datasikkerhed

- **Niveau:** Forudsætning for lokal anvendelse og national udbredelse.

- **Berørte ydelser og målgrupper:**

- Ledelse og medarbejdere der leverer online bostøtte og virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
- Ledelse og behandlere i psykiatrien der yder ambulans behandling via videokonsultationer i psykiatrien
- Ledelse og medarbejdere på sygehusafdelinger og kommunale visitatorer der deltager i tværsektorielle virtuelle udskrivningskonferencer.

Beskrivelse: For at leve op til kravene om data- og persondatasikkerhed er det afgørende, at ledelse og medarbejdere, der anvender videoløsningerne, er bekendt med kravene, og hvilke konsekvenser det har, hvis man ikke lever op til disse krav. Eksempelvis er der meget forskellige krav til en medarbejder, der foretager en telefonsamtale med en borger (dette hører under telelovgivningen), og en medarbejder, der foretager en videosamtale med en borger (dette hører under datalovgivningen). Netop datalovgivningen og persondataforordningen stiller krav til sikkerhed og kryptering, hvilket er årsagen til, at medarbejderne og borgerne ikke kan tale sammen over eksempelvis Facetime eller Skype, som mange borgere og medarbejdere ellers efterspørger.

- **Handlingsanvisninger for lokal anvendelse:**

- *Gennemfør og dokumenter awareness-kampagne* - sørg for, at alle medarbejdere, der arbejder med skærmbesøg, videokonsultationer eller virtuelle konference, modtager information om data- og persondatasikkerhed, og dokumentér, hvilke medarbejdere der har modtaget informationen
- *Synliggør vigtigheden af et højt sikkerhedsniveau* – Sørg for, at krav om datasikkerhed indgår i diverse retningslinjer og arbejdsgange, og at vigtigheden af et højt sikkerhedsniveau løbende italesættes på teammøder og lignende.

- **Handlingsanvisninger for national udbredelse**

- *Tydliggør, hvilke typer af løsninger der bør anvendes lokalt* – jf. kommentar under 9.3.1 er det afgørende, at kommunale og regionale ledelser er bekendte med krav til datasikkerhed, når de træffer valg om leverandør eller typer af videoløsninger.

På den følgende side er listet et overblik over alle forudsætninger, hvad de har indflydelse på, og hvilke af de fire områder de vedrører.

9.4 Overblik over forudsætninger

Tabel 28: Overblik over organisatoriske, tekniske og juridiske forudsætninger

Forudsætning	Har indflydelse på		Vedrører følgende områder			
	For lokal anvendelse	For national udbredelse	Video-konsultationer i psykiatri	Online bostøtte	Virtuel hjemme- og sygepleje	Virtuelle udskrivnings-konferencer
Organisatoriske forudsætninger						
Motiverede og kompetente medarbejdere	x		x	x	x	x
Optimale fysiske rammer til videosamtaler	x		x	x	x	x
Nye arbejdsgange og rollefordelinger	x		x	x	x	x
Solidt ledelsesfokus og engagement:	x	x	x	x	x	x
Nøje afstemte og koordinerede tværsektorielle samarbejdsinitiativer	x	x				x
Tekniske forudsætninger og barrierer						
Tilgængelige enheder for medarbejdere og borgere	x		x	x	x	x
Velfungerende videoløsning og gode vejledninger	x		x	x	x	x
Adgang til og brug af kritiske mødeinfrastrukturkomponenter	x	x	x			x
Model for logistik, herunder udbringning, service og hjemtagning	x	x		x	x	
Kompetencer til at yde support til borgerne	x		x	x	x	x
Ekstraordinært fokus på uddannelse og træning til medarbejderne når borgerne anvender deres eget udstyr (BYOD)	x		x	x	x	x
Overblik over kommunale og regionale løsninger og deres kompatibilitet ved tværsektorielle anvendelse	x		x			x
Bredbåndsdækning og valg af internetforbindelse i patient/borger-enden	x		x	x	x	
Juridiske forudsætninger						
Løsninger der lever op til krav om datasikkerhed	x	x	x	x	x	x
Ledelsen og medarbejderne skal kende til krav om datasikkerhed	x	x	x	x	x	x

9.5 Implementeringsanbefalinger

Anbefalinger til implementering på de fire udvalgte områder er beskrevet i Bilag C, D, E og F. anbefalingerne er målrettet medarbejdere og ledere i kommuner, regioner og tværsektorielle projekter. anbefalingerne er udarbejdet som konkrete handlingsanvisninger, således at de er lette at operationalisere og kan anvendes som en håndbog eller tjekliste.

Anbefalingerne er beskrevet som operationelle aktiviteter indeholdende en aktivitetsbeskrivelse, aktører, opmærksomhedspunkter samt eksempler på evt. kommuner, afdelinger eller projekter, der har erfaring med best practise på området.

Aktiviteterne er opdelt i kategorierne forberedelse, implementering og i drift, og berører både organisatoriske-, tekniske-, og juridiske aspekter.

De fire bilag er udarbejdet som selvstændige dokumenter, der kan udleveres til medarbejdere, projektledere og ledere i kommuner og regioner uden en forudgående læsning af hovedrapporten.

- Bilag C: anbefalinger til implementering af videokonsultationer i psykiatrien
- Bilag D: anbefalinger til implementering af online bostøtte i kommunerne
- Bilag E: anbefalinger til implementering af virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne
- Bilag F: anbefalinger til implementering af virtuelle tværsektorielle udskrivningskonferencer.

10 REFERENCER

Kildegrundlaget for analysens resultater beror på grundig desk research, kvalitative interviews, gennemgang af interne dokumenter hos kommuner, der har medvirket i interviews, samt statistisk data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik. Kommuner og sygehusafdelinger, der har deltaget i interviews, er anonymiseret, og interne dokumenter er holdt fortrolige.

Nedenfor er listet de evalueringer og rapporter, der indgår i kildegrundlaget for analysen, og som er offentliggjort.

Virtuelle konsultationer til ambulant psykiatrisk behandling

- Telepsykiatrisk Center, Psykiatrisk Center Region Syddanmark og Børne- og ungdomspsykiatri Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark. *Telepsykiatri giver nye muligheder for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom*. Ugeskrift for læger. 2018 (180).
- Psykiatrien i Region Syddanmark. *Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. udgave*. 2017
- Region Midtjylland. *Evaluering af Ipadprojektet Psykiatri og Social*. 2013.
- Danske Regioner. *Benchmarking af psykiatrien*. 2016
- Sundhedsdatastyrelsen. *Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017*. 2017
- Telepsykiatri-blog. *Telepsykiatrisk Hjemmebehandling – behandlinger over video*. 2016
<http://telepsykiatri-blog.dk/telepsykiatrisk-hjemmebehandling-behandling-video/>

Online bostøtte i kommunerne

- KL. *Statusrapport for 2017 med fokus på digitalt understøttet træning og skærmbesøg*. 2017
- KL. *Statusrapport 2018*. 2018
- Rambøll og Aalborg Kommune. *Evaluering af projekt online bostøtte*. 2016
- VelfærdsInnovation Sjælland. *Evalueringsrapport Projekt Virtuel Bostøtte*. 2017
- Region Midtjylland, CFK. *Evaluering af Projekt Virtuel Bostøtte*. 2015
- Københavns Kommune, Socialforvaltningen. *Online hjælp og støtte, Midtvejsevaluering, april 2015*. 2015.

Virtuel hjemme- og sygepleje i kommunerne

- KL. *Statusrapport for 2017 med fokus på digitalt understøttet træning og skærmbesøg*. 2017
- KL. *Statusrapport 2018*. 2018
- Copenhagen Healthtech Cluster. *Større fleksibilitet med virtuel hjemmepleje – inspirationskatalog til skærmbesøg i kommunernes hjemme- og sygepleje*. 2017
- VIVE. *Skærmopkald i hjemme- og sygepleje – Videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde*. 2018
- Fredensborg kommune. *Referat Social- og Seniorudvalget (18-21) 17-04-2018 Nr. 43 – Skærmbesøg i hjemmeplejen*. 2018.

Virtuelle, tværsektorielle udskrivningskonferencer til apopleksipatienter

- Odense Universitetshospital. *Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonference – en mini-MTV*. 2010
- Region Hovedstaden, VihTek. *Telekoordination – Afprøvning af tværsektorielle telekonferencer ved udskrivning af apopleksipatienter*. 2018
- Region Hovedstaden, VihTek. *Tværsektorielle teleudskrivningskonferencer - et litteraturstudie*. 2018
- Region Hovedstaden, VihTek. *Implementeringsguide telekoordination – Vejledning til implementering af teleudskrivningskonferencer*. 2018
- Region Sjælland og VelfærdsInnovation Sjælland. *Evalueringsrapport Apovideo*. 2015.



About PA.

An innovation and transformation consultancy, we believe in the power of ingenuity to build a positive human future in a technology-driven world.

As strategies, technologies and innovation collide, we turn complexity into opportunity.

Our diverse teams of experts combine innovative thinking and breakthrough technologies to progress further, faster. Our clients adapt and transform, and together we achieve enduring results.

We are over 2,600 specialists in consumer, defence and security, energy and utilities, financial services, government, healthcare, life sciences, manufacturing, and transport, travel and logistics. And we operate globally from offices across the Americas, Europe, the Nordics and the Gulf.

PA. Bringing Ingenuity to Life.

Copenhagen Office

Portland Towers
Göteborg Plads 1
2150 Nordhavn
Denmark
+45 39 25 50 00

paconsulting.com

This report has been prepared by PA Consulting Group on the basis of information supplied by the client, third parties (if appropriate) and that which is available in the public domain. No representation or warranty is given as to the achievability or reasonableness of future projections or the assumptions underlying them, targets, valuations, opinions, prospects or returns, if any, which have not been independently verified. Except where otherwise indicated, the report speaks as at the date indicated within the report.

All rights reserved

© PA Knowledge Limited 2018

This report is confidential to the organisation named herein and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical or otherwise, without the prior written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, Portland Towers, Göteborg Plads 1, 2150 Nordhavn, Denmark. PA Consulting Group accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this report act on its contents.