

DIGITAL UNDERSTØTTELSE AF PATIENTER I KOMPLEKSE TVÆRGÅENDE FORLØB

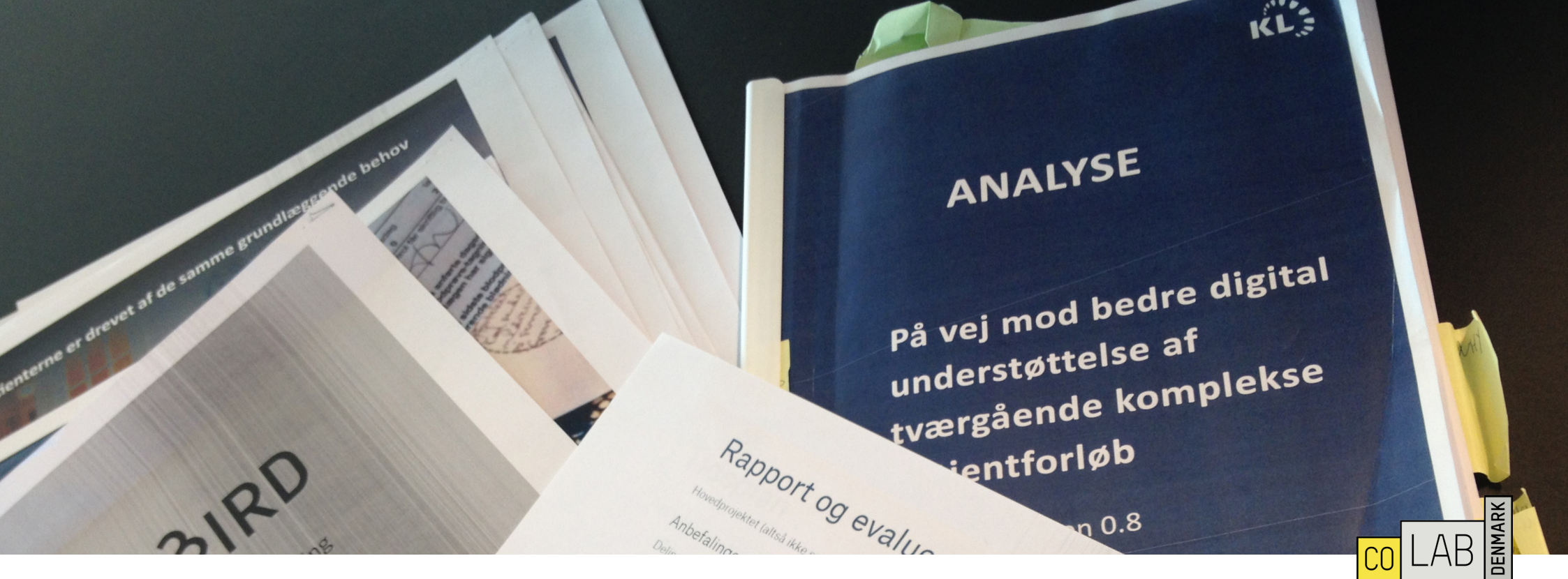
OPSAMLING PÅ SPØR 4
COLAB DENMARK V.
SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION



[illegible]

INDHOLD

INDLEDNING	4
RESUMÉ	6
BEGREBSAFKLARING	9
BRUGERHISTORIER OG SITUATIONER	13
ITERATIVT WORKSHOPFORLØB	25
PROTOTYPE AF PATIENTENS AFTALER	31
MOCK-UP AF PATIENTENS MÅL	43
MOCK-UP AF OVERSIGT OG FORLØB	48
OPSAMLING OG ANBEFALINGER FOR DET VIDERE ARBEJDE	57
METODISKE REFLEKSIONER	62



INDLEDNING

Projektet "Digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb" er et fællesoffentligt afklaringsprojekt med deltagelse af Sundheds- og Ældre ministeriet/Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, KL, Digitaliseringsstyrelsen og PLO.

Projektet skal afklare, om der ved digital understøttelse af samarbejdet mellem sundhedsaktørerne i almen praksis, den kommunale sektor og sygehuse, kan opnås et bedre samarbejde om patienter, som indgår i komplekse tværsektorielle patientforløb.

DER ARBEJDES MED TO SPECIFIKKE LØSNINGSELEMENTER I SPOR 4 (PILOTPROJEKT):

- 1) en fælles oversigt over patientens aftaler
- 2) en fælles oversigt over patientens mål.

Formålet med dette brugerorienterede spor i pilotprojektet er at uddybe og diskutere de to løsnings-elementer i fire workshops med relevante aktører for at konkretisere kvalitative krav til patientens mål og aftaleoversigt med hensyn til indhold og værdi.

For patientens mål skal der udvikles en mock-up og for patientens aftaleoversigt en prototype for at konkretisere indholdet for workshopdeltagerne. Outputtet fra pilotprojektets brugerorienterede spor er denne opsamlingsrapport samt en mock-up på patientens mål og en prototype på patientens aftaleoversigt.

Rapporten sammenfatter observationer og output fra de 4 afholdte workshops og afprøvning af hhv. mock-up og interaktiv prototype i testlaboratorium primo 2016. De kvalitative krav til (digital understøttelse af) hhv. patientens mål og aftale fremgår desuden af rapporten. De kvalitative krav tager udgangspunkt i, at løsningselementerne skal styrke aktørernes samarbejde, hvad angår fælles viden, fælles mål, gensidig respekt og problemløsende kommunikation.

Observationer og krav er udkommet af et iterativt workshopforløb. I workshopforløbet deltog grupper af patienter med egne erfaringer fra komplekse forløb, pårørende, relevante sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner samt leverandører af digitale løsninger til sundhedsvæsenet. Leverancerne op til workshopforløbet samt output fra de enkelte workshops skal ses som arbejdsredskaber frem til den endelige eksemplariske fremstilling/ mock-up på patientens mål og prototype på patientens aftaler.

I de følgende afsnit beskrives leverancerne i pilotprojektets brugerorienterede spor:

- Begrebsafklaring
- Brugerhistorier og -situationer
- Iterativt workshopforløb
- Mock-up på patientens mål og prototype på patientens aftaler.

I rapporten opsummeres leverancerne løbende. Herved tydeliggøres, hvilke behov og ønsker de respektive brugergrupper har i forskellige brugersituationer og dermed hvilken anbefaling til en aftale- og målfunktion, der bedst mulig kan digitalt understøtte komplekse tværgående forløb



RESUMÉ

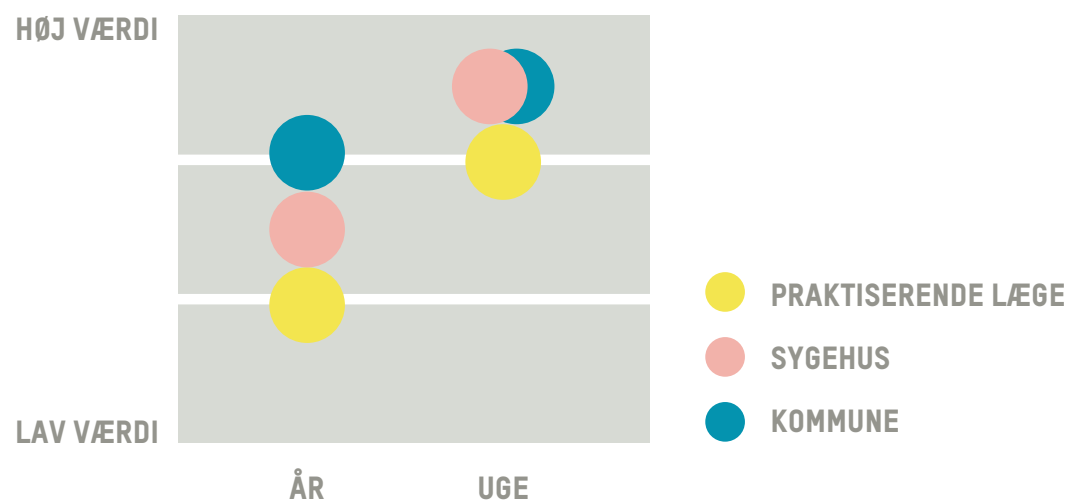
Det brugerorienterede spor tog udgangspunkt i de eksisterende erfaringer og rapporter fra projektets øvrige spor samt andet relevant materiale (bl.a. fra Sundhedsvæsenets begrebsdatabase). Rapportens resultater er alene baseret på feedback fra patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, kommuner og almen praksis, der har deltaget i interviews samt 4 workshops primo 2016.

Summen af brugernes behov og kvalitative krav til en digital understøttelse af aftaler er udtrykt i det udarbejdede eksempel på en prototype. De primære behov for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle er at få et hurtigt og enkelt overblik over forløb og netværk samt gennemsigtighed.

Som opsamling på workshopforløbet blev workshopdeltagerne bedt om at angive hvilken værdi, de ville give den udviklede mock-up og prototype. Deres angivelser blev delt op efter sektor. I forhold til den

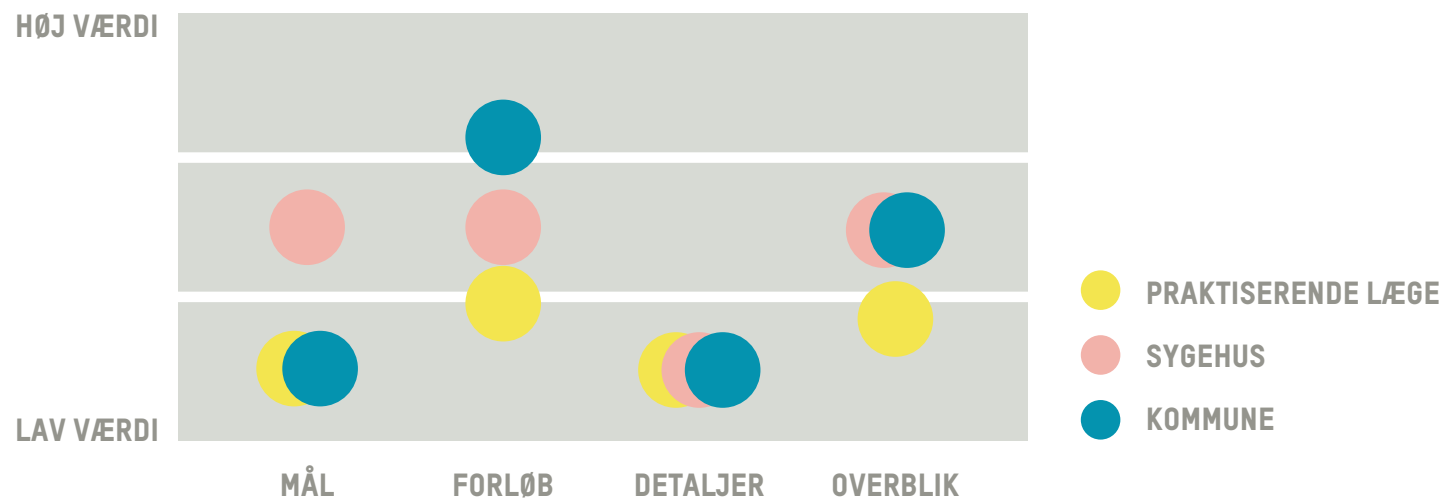
udviklede prototype på patientens aftaler var der udbredt enighed om, at en sådan fælles aftaleoversigt med enkle funktioner vil give stor værdi for både patienter og pårørende (på tværs af karakteristika og brugersituationer) og for sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, især hvis aftaler vises på ugeniveau.

Se diagrammet nedenfor.



I forhold til den udviklede mock-up på patientens mål var der i opsamlingen delte meninger blandt ovennævnte workshopdeltagere om, hvilken værdi - om nogen - digital understøttelse af fælles mål vil give.

Se digrammet på næste side.





BEGREBSAFKLARING

PROCES

Formålet med begrebsafklaring er: "at sikre fælles forståelse af begreberne blandt projektets parter og de aktører, som er involveret i konceptudviklingen af patientens mål og aftaler" (fra PID). Denne afklaring er vigtig i arbejdet med brugercentreret design på tværs af sektorer og med patienter/ pårørende, jf. beskrivelsen af metoden co-creation (bilag 2).

I arbejdet med begrebsafklaring og sikring af fælles forståelse lavede SDSI fokusgruppe- og informant-interviews med i alt syv interessenter. Informanter til alle interviews blev udvalgt blandt sundhedsprofessionelle fra sygehus, almen praksis og kommune samt patienter og pårørende. Rekrutteringen fandt sted i tre regioner. Begrebsafklaringen og den fælles forståelse tog afsæt i syv begreber, som fremgår i delsporets opdrag fra Sundhedsdatastyrelsen (PID) og er: Mål, tilstand, indsats, aktør,

aktiviteter, forløb og aftale (herunder booking). Forberedelse, facilitering og analyse af interviewene blev foretaget med udgangspunkt i KLS Forretningsarkitekturanalyse med definitioner af dataobjekter fra projektets spor 2 samt Sundhedsvæsenets begrebsdatabase.

SDSI gennemførte interviewene med fokus på 1) at få deltagernes kvalificering af eksisterende begrebsdefinitioner, 2) at bidrage med relevante nuanceringer af definitionerne samt 3) at tilstræbe en fælles forståelse på tværs af sektorer.

OUTPUT

Analysen af interviewene foregik i form af kategorisering med fokus på at finde frem til de mest gennemgående nuancer, som fremstod i interviewene. Disse nuancer er med til at konkretisere de eksisterende definitioner fra Sundhedsvæsenets begrebsdatabase samt forretningsarkitekturanalysen. Som en del af det analytiske arbejde blev der udarbejdet et sæt posters med word-clouds. Resultaterne fra opsamlingen blev præsenteret i et samlet hæfte ved workshop 2, 3 og 4 (i varierende grad). Under de fire workshops opstod yderligere nuancer af begreberne, som med fordel kan bruges til evt. videreudvikling af både posters og begrebshæfte.

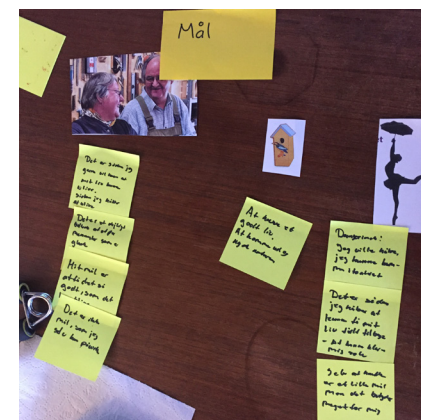
Herunder fremgår de syv begreber med et uddrag af definitionsbeskrivelserne fra hæftet (se bilag 4 for hæfte og 5 for posters).

HELBREDSTILSTAND:

Tilstand vedrørende helbred der aktuelt vurderes med henblik på sundhedsintervention

**Kilde: Sundhedsvæsenets begrebsbase*

- Helbredstilsstand refererer både til en fysisk og psykisk tilstand, der samlet set er et udtryk for patientens aktuelle helbred.
- Den aktuelle helbredstilsstand giver nogle muligheder og-/eller begrænsninger, som er afsæt for aktørernes valg af indsatser og aktiviteter med det mål at forbedre patientens fysiske og psykiske tilstand i en positiv retning.



Fokusgruppe-interview med sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende

PATIENTFORLØB:

Organisatorisk forløb der beskriver en patients vej igennem sundhedsvæsenet

**Kilde: Sundhedsvæsenets begrebsbase*

- Forløb kan være af forskellig karakter herunder akutte forløb, kroniske forløb, lange forløb, korte forløb mm.
- Fragmenteret struktur i form af mange (del-)aktiviteter og aktører udfordrer overskueligheden i forløbet.

AKTØR:

Objekt der deltager i en aktivitet

**Kilde: Sundhedsvæsenets begrebsbase*

- En aktør er en betegnelse for en person, der er involveret i en konkret aktivitet eller er part i en større indsats eller et forløb.
- Samspillet mellem flere aktører har afgørende betydning for de enkelte aktører og aktørernes konkrete involvering samt bidrag til aktiviteten.

AKTIVITET:

Aktivitet har som formål at sætte tid og sted på en aktivitet, holde styr på deltagere, ansvarlige og de faciliteter de anvender

**Kilde: Kommunernes rammearkitektur [RA wiki]*

- Aktiviteter kan være enkelstående eller indgå som en del af en samlet indsats eller et forløb, der igangsættes for at opnå et ønsket resultat.
- Sammenhængende indsats eller forløb forudsætter koordinering og planlægning af de enkelte aktiviteter hos relevante aktører.



Eksempel på rå output fra fokusgruppe-interview

Handling der er koncentreret og rettet mod et resultat

- En indsats er et udtryk for alle typer af handlinger, der igangsættes for at opnå et ønsket resultat.
- En indsats kan være afgørende for, at bestemte aktiviteter kan udføres og for at mål kan opnås evt. som et led i noget større.

Tilstand der tilstræbes som resultat

- Et mål er en tilstand som tilstræbes for at imødekomme en række behov – fx "Jeg vil gerne være rask (MÅL), så jeg kan gå i teateret (BEHOV) igen".
- En kortlægning af hvilke aktiviteter der udføres af hvem, er nødvendig for at imødekomme fælles opsatte mål.

Appointment resources are used to provide information about a planned meeting that may be in the future or past.

- Aftaler kan forstås som en række enkeltstående begivenheder, som kræver koordinering på tværs af sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende.
- Patienten og pårørende er altid omdrejningspunkt for aftaler aktørerne imellem og skal understøttes i at have overblik over aftalerne.





PROCES

De personas, der blev anvendt de 4 workshops samt de brugerrejser, der blev tegnet på baggrund af arbejdet med personas'ene, er baseret på materiale fra Is It a Bird (IIAB) rapporten: "Antropologisk studie af komplekse, tværgående patientforløb", med fokus på de 4 grundlæggende 'pain-points', skitseret i rapporten (se figur til højre). Pain-points' er identificerede irritationsfaktorer set fra patientens



perspektiv, som de oplever gentagne gange i deres forløb. I løbet af de 4 workshops blev der bygget videre på de udviklede personas og brugerrejser på baggrund af deltagernes erfaringer og input.

Brugerrejser er i dette set-up patientens rejse gennem sundhedssystemet/forløbet. SDSI har ud fra personas'ene designet 6 forskellige brugerrejser med forskellige formål; at konkretisere, nuancere og kvalificere personasenes udfordringer igennem deres forløb og at skabe empati for dem, særligt i de 4 pain point situationer: diagnosticeringen, borgeren i hjemmet, udskrivningen og akut modtagelsen. Forløbene er ikke lineære, da patienterne oplever samme pain points gentagne gange igennem det komplekse forløb (IIAB). Gældende for alle personas er, at de er i komplekse forløb og er drevet af de samme grundlæggende behov: de vil stadig have fat i livet og vil bekymre sig mindst muligt om deres sygdom.

”Ja, ligesom de her personaer er mit liv én stor kalender. Og jeg vil faktisk også gerne have et liv ved siden af. En aftalefunktion ville give mig mere frihed, ansvar og tryghed”

Patient, WS 4

På første workshop blev 3 ud af de 4 primære pain points brugt til at afdække kernebehov og til at guide deltagerne gennem en fysisk brugerrejse i CoLab Plug & play. På den 4. workshop designede SDSI endvidere 4 brugerrejser til scenarietests. Her blev brugerrejsen brugt til at generere konkrete idéer til, hvordan mål og aftaler bør se ud, herunder specifikt hvilke funktioner de skal indeholde, og hvordan de potentielt skal anvendes (tid og sted), med særligt fokus på værdien hos de respektive brugere (se senere præsentation af prototype af patientens aftaler og mock up af patientens mål).

De sidste to brugerrejser har karakter af service blueprints (brugerrejse foldet ud på aktørniveau). De er udformet med det formål at tydeliggøre udviklingspotentialerne for mål og aftaler med fokus på indhold og værdi. Disse brugerrejser kortlægger, hvor i brugerrejsen mål og aftaler kan give mere værdi og indikerer, hvordan dette potentielt kan anvendes relationelt.

Med personas og brugerrejser som metode blev det således mere konkret, hvor de største udviklingspotentialer ligger ud fra brugernes perspektiver (patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle), ligesom processen blev mere konkret, da brugerne kunne teste løsningsforslag med det samme.

OUTPUT

Nedenstående afsnit opsummerer hovedpointerne i forhold til, hvordan personaer og brugerrejserne leverede input hhv. til prototypen for patientens aftaler og mock-up for patientens mål.



Eksempel på de anvendte personas
(Se bilag 6 for alle personas)

”Det gør processen meget mere konkret, at man lige kan teste vores forslag til løsningen af. På den måde kan man ’beholde eller smide væk’ og drøfte fordele og ulemper for de forskellige parter relateret til en specifik problemstilling, endda på et givet specifikt sted i forløbet”

Sundhedsprofessionel, deltager på
Workshop 4

Brugerrejse:

Borgeren i eget hjem.

Personas:

KATHRINE, 78 ÅR
DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT
HJEMMEPLEJE 3 X DAGLIGT

HOVEDPINTER:

Patienter vil gerne forberede sig men er tit usikre på, hvad de egentlig skal til undersøgelser og samtaler.

LILY, 88 ÅR
DEMENS OG OSTEOPOROSE

HOVEDPINTER:

Besøg mv. virker ukoordineret; det digitale kan virke uoverskueligt, pårørende kan føle sig magtesløse.

"Aftaler på tværs koordineres og sikrer sammenhæng, men betyder også færre forstyrrelser fx edifact til egen læge, da jeg kan se, at der alligevel er en aftale torsdag."

Hjemmesygeplejerske i kommunen

Aftaler:

Hos borgeren i eget hjem kan en aftalefunktion give stor værdi. Det kan give stor tryghed og vished at have adgang til et struktureret overblik over sit forløb og behandlingshistorik, hvor det er nemt at se præcist hvad, hvor og hvornår.

Borgere og deres pårørende har behov for:

- Historik, kommende aftaler, filtrering på forløb
- Det mest aktuelle / seneste nyt på en tidslinje, der er hurtig, både for borgere og professionelle af aflæse. De enkelte punkter er klikbare og kan foldes ud
- Synliggørelse af transport
- Forenkling af kommunikation bl.a. i form af grafiske fremstillinger, tidslinje
- At patienten (eller pårørende) bestemmer, hvem der kan se hvad – mulighed for at vælge forskellige typer af adgang (dvs. hvor meget man kan se)

"Et mål kan være med til, at vi arbejder i samme retning, og at det derved optimerer behandling, og det er et fint udgangspunkt for at koordinere behandling. Det er en vigtig information vi ikke har i dag"

Sygehuslæge

Borgerne vil desuden gerne have adgang til en analog printervenlig version.

Aftaler kan give et godt overblik over patientens aftaler, så kommunale medarbejdere ved, hvor borgerne er og skal hen.

Medarbejdere i kommunen har brug for:

- En kalendervisning/overblik over aftaler på sygehus, ambulatorium, dagafsnit, ved egen læge, mobillaboratorium.
- Synliggørelse af transport.

Mål:

Borgeren i eget hjem og deres pårørende har ikke behov for at se mål. De føler, at det er et klinisk begreb. Pårørende til den ældre medicinske patient udtrykker, at det ikke er et behov for hverken dem selv eller den ældre at kortlægge sine mål. Men de vil i stedet gerne kalde det for patientens ønsker. De personlige ønsker afspejler i højere grad borgerens egne ressourcer og motivation.

I Kathrines tilfælde er Re-aktiv overblik over mulige indflydelser en god løsning, da dette kan give en fornemmelse af, hvad der er i fokus hos andre aktører, hvilket kan påvirke patienten i hjemmet.

Mål fra de forskellige aktører kan give en fornemmelse af, hvad der er i fokus ved andre aktører, og som derved kan påvirke patienten. Kommunale medarbejdere ser en stor værdi i at vide, hvilke mål andre aktører har for patienten, så de får mulighed for at understøtte disse mål bedre. Eksempelvis kan aktiviteterne i hjemmeplejen i forhold til mad og drikke ligge i samme kategori som den praktiserende læges kostvejledning ift. medicin, hvilket tilsammen kan udgøre et fælles mål.

Kommunale aktører har brug for:

- Overblik over aftaler og forløb med tilknyttede mål. Dermed kan de bedre støtte borgeren og give dem det overblik, de måske selv har mistet
- Nemmere kontakt til diverse behandlere, der er involverede i behandlingsforløb med tilknyttede mål

Hos borgeren i eget hjem kan 'mål' være et styringsværktøj for den praktiserende læge f.eks. i forhold til motivation og at konkretisere og udfordre den fælles forståelse.

"Der er især værdi
ift. koordinering for
borgeren uden net-
værk"

Hjemmesygeplejersken

"Mål er dynamiske og ændres
over tid, og de opfattes for-
skelligt. Derfor giver det kun
mening, hvis de er med som
patientens 'personlige øns-
ker' og ikke andre aktørers"

Praktiserende læge

Praktiserende læger har brug for:

- At mål defineres og ejes af patienten selv, så de afspejler patientens ressourcer og motivation

Opsummering af de fremtrædende elementer for Borgeren i eget hjem:

For borgeren kan en aftalefunktion have stor værdi, fordi det giver både patient og pårørende et generelt overblik og vished. Mål tillægges umiddelbart langt mindre værdi. En ændring i formuleringen fra "mål" til "personlige ønsker" vil betyde, at det bliver lettere for dem at identificere sig med hensigten.

For fagprofessionelle kan en målfunktion give værdi til den fælles indsats for patienten, mens aftalefunktionen også kan give værdi til koordineringsarbejdet. Begge dele gavner det relationelle samarbejde på tværs af sektorer, navnlig for kommunens koordinering og indsigt.

Brugerrejse:
Udskrivningen.

Personas:

PER, 60 ÅR
HJERTESVIGTSPATIENT,
BYPASSOPERERET, FORHØJET
BLODTRYK OG KOL

HOVEDPOINTER:

Pårørende er en stor støtte; informationer går ikke videre fra læge til læge; der mangler et samlet overblik.

UFFE, 63 ÅR
POSTTRAUMATISK STRESS OG
NEDSAT FUNKTION I HØJRE BEN.

HOVEDPOINTER:

Stor variation i tilstanden fra dag til dag; psykisk tilstand påvirket, hvilket også får indflydelse på fremmøde til aftaler. Det er vigtigt, at alle aktører er informeret om forløbet, da behandlingen ellers bliver forkert.

Aftaler:

I udskrivelsessituationen vil en kalenderfunktion give værdifuld gennemsigtighed i forhold til opfølgning efter udskrivningen. Patienter og deres pårørende får et overblik men også en fornemmelse af, at der reelt følges op, hvilket de efterspørger.

Patienter og deres pårørende har brug for:

- Synlighed over bl.a. det videre forløb
- Visning af opmærksomhedspunkter f.eks. til hjemmeplejen mv.
- Bedre koordinering med hjem-transport-leverandør

For sygehuset vil en kalenderfunktion være med til at sikre relevante tidpunkter for f.eks. ambulante kontroller efter udskrivelse og give et overblik over kommende aftaler i egen eller andre sektorer.

"Jeg tror, det vil
give en del ro hos
patienten i udskrivelsessituationen,
hvis de har al
information og tiltag
tilgængelig."

Sygehuslæge

Sygehuset har brug for:

- Overblik over andre forløb, der har relevans for den aktuelle udskrivning

For de praktiserende læger er behovet i forhold til en kalenderfunktion enkelhed.

De praktiserende læger har brug for:

- Begrænset datamængde
- Synliggørelse af fremtidige kontakter (ikke alle kontakter)
- Synliggøres i eget system.

Mål:

I udskrivningssituationen har patienterne et stort behov for at vide, hvilke tiltag der er planlagt fremadrettet, og de ønsker involvering heri. Derfor kan mål give stor værdi. I en sårbar situation, hvor ikke alle har en pårørende med, har de brug for at få håndgribeliggjort disse tiltag og udtrykker således et ønske om mulighed for både digital og analog version i hjemsendelses-processen.

Patienter og de pårørende ønsker:

- Mere information og inddragelse omkring det videre forløb.
- At kunne se næste skridt og mål samt i udskrivelsessamtalen eller senere at kunne tilføje egne kommentarer (bekymringer mv.)
- At kunne se kontaktpersoner

For sygehuset kan mål i udskrivningssituationen medføre en fælles proaktiv koordinering af den planlagte behandling. Adgang til patientens mål lavet i udskrivelsessamtalen kan give den praktiserende læge en forståelse for et problem og dermed bedre mulighed for videndeling til fordel for forløbet, herunder muligheden for en koordineret indsats.

For den praktiserende læge kan mål også senere bruges til at drøfte specifikke ønsker patienten måtte have, så de selv får og tager ansvar.

De praktiserende læger har brug for:

- Videndeling med øvrige aktører og koordinering/afstemning af aktiviteter
- Oversigt over forløb med tilknyttede mål
- Oversigt over aktører involveret i forløb med tilknyttede mål

"Jeg har brug for at kende til: hvem, hvor, hvornår og kontaktinfo til aktuelle forløb på sygehus/ kommune."

Praktiserende læge

"Parallele systemer sinker arbejdsprocesser, når man ser 36 patienter dagligt"

Praktiserende læge

"Et mål kan være med til, at vi arbejder i samme retning, og at det derved optimerer behandling. Det er et fint udgangspunkt for at koordinere behandling."

Sygehuslæge

"Jeg får mulighed for at afstemme egne handlinger efter, hvad andre har gang i."

Praktiserende læge

Opsummering af de vigtigste elementer for Udskrivningen:

For patienten og den pårørende kan en aftalefunktion have stor værdi, idet de bliver inddraget i tidspunktet og øvrige praktiske forhold omkring deres udskrivning. Målfunktionen kan også være værdifuld i forhold til gennemsigtighed og oplevelsen af at blive set som 'det hele menneske', således at de kan bidrage til egne mål.

For fagprofessionelle kan mål give værdi i udskrivningen til den fælles opfølgende indsats for patienten på tværs af sundhedsprofessionelle og sektorer, mens aftalefunktionen kan give værdi til koordineringsarbejdet og det relationelle samarbejde på tværs af sektorer, navnligt for den praktiserende læge som ønsker et overblik over hele patienten og aktørnetværket omkring patienten.

Brugerrejse:

Akutsituationen

Personas:

PER, 60 ÅR
HJERTESVIGTSPATIENT,
BYPASSOPERERET, FORHØJET
BLODTRYK OG KOL

HOVEDPINTER:

Pårørende er en stor støtte; informationer går ikke videre fra læge til læge; der mangler et samlet overblik.

TANJA, 36 ÅR
SKLEROSEPATIENT

HOVEDPINTER:

Mange informationer skal gentages mange gange, og man kan være bange for, at informationer går tabt; komplekse patientforløb er meget varierende, og de dårlige perioder kan komme lige oven i de gode, hvilket kræver enorm fleksibilitet.

Aftaler:

Det kan give ro for patienten at vide, at al information er tilgængelig for akutmodtagelsen. Sådan kan patienterne undgå den utryghed og stressfaktor, der er forbundet med at skulle fortælle sin historie fra gentagne gange, hvilket er en udfordring her.

I akutsituationen kan mål give de sundhedsprofessionelle på sygehuset en fornemmelse af, hvad der er i fokus hos andre aktører, og som kan påvirke patienten eller behandlingen.

Sygehuset har brug for:

- Visning af aktuelle og tidligere forløb (f.eks. igangværende behandling og lignende episoder)
- Visning af info omkring patienten (f.eks. data på kontaktpersoner og pårørende)
- Visning af seneste nyt (f.eks. udvikling i habitual tilstand og seneste målinger)
- Visning af mål

Mål:

Det kan give tryghed for patienter og pårørende, at personalet på akutmodtagelsen har patientens mål tilgængelige, men det kræver, at de har tid til at læse dem.

Opsummering af de fremtrædende elementer for Akutsituationen:

Da der ikke var nogen sundhedsprofessionelle repræsentanter fra en akutmodtagelse til stede på workshops'ene, er brugerrejsen 'Akutmodtagelsen' ikke kvalificeret i samme omfang som de andre tre brugerrejser. For patienten kan det give tryghed at vide, at personalet via en aftale- og overbliksfunktion har al information tilgængeligt, herunder seneste nyt. Patienterne får dermed en bedre oplevelse af at være på akutmodtagelsen.

"Det vil nok skabe
noget ro, hvis al
information er
hurtigt tilgængelig."

Patient

Brugerrejse:

Diagnosticering.

Personas:

FATIMA, 43 ÅR
KRONISK STRESS OG FORHØJET
BLODTRYK

HOVEDPINTER:

Patienter kan frygte for diagnosen, for forværring, for uvished og for ikke at få den rigtige hjælp. Forskelligartede mål og tiltag fra forskellige fagprofessionelle kan blive grundlag for stor forvirring og utryghed.

LILY, 88 ÅR
DEMENS OG OSTEOPOROSE

HOVEDPINTER:

Besøg mv. virker ukoordineret; det digitale kan virke uoverskueligt, pårørende kan føle sig magtesløse.

Aftaler:

I diagnosticeringen vil en kalenderfunktion medføre værdifuld viden for både borgere og deres pårørende, både i fht. den praktiske koordinering og følelsen af, at nogen tager hånd om dem i en utrykperiode.

De sundhedsprofessionelle vil hurtigt kunne danne sig et overblik over hyppigheden og arten af patientens aftaler og en evt. udvikling, der kan bidrage til diagnosticering.

Mål:

Patienten vil med en målfunktion have mulighed for at tage/få tildelt ansvar på det niveau, de eller deres pårørende ønsker det. Det er forskelligt afhængigt af patienttype (persona), hvorvidt man ønsker at anvende mål. Behovet for dette viste sig at afhænge meget af ressourcer. Vil man have ansvar og indsigthed medfører denne funktion, at man som patient får mulighed for at handle fremadrettet i forhold

til de nedskrevne mål og således skabe fokus og retning for egen diagnose og de efterfølgende forløb. Herunder også at anvende dette som dialogværktøj i konsultationen med forskellige fagprofessionelle. For de patienttyper, der ikke har lyst eller ressourcer til at have dette ansvar, ligger værdien i målfunktionen mere som en 'oplysning' til patienten og pårørende i forhold til at skabe fokus, retning og handlemuligheder for både patienten/pårørende og de fagprofessionelle. Pårørende er ofte ligeså chokerede som patienten og ved ikke mere end dem. De pårørende er måske ikke de optimale samtalepartnere, når patienten har tvivlsspørgsmål i forhold til sin diagnose.

Borgerne og deres pårørende har brug for:

- Mulighed for kommentarer
- Digital og analog version
- Intuitiv brugergrænseflade

For kommunen har mål ingen speciel værdi. Der kan være tilfælde, hvor det kan være godt at kunne understøtte, hvis borgeren har brug for det, men sygeplejerne var i tvivl, om det faldt indenfor deres ansvarsområde.

For sygehuse

Hos de praktiserende læger kan en målfunktion give en fornemmelse af, hvad der er i fokus ved andre aktører, og som kan påvirke patientens tilstand. Endvidere kan praktiserende læge inddrage patienten på det niveau de ønsker i forhold til mål-opfyldning mv.

De praktiserende læger har brug for:

- Overblik over mulige indflydelser på patientens tilstand

Opsummering af de fremtrædende elementer for Diagnosticeringen.

For denne del af brugerrejsen har det først og fremmest været relevant at fokusere på mål.

For de sundhedsprofessionelle kan en målfunktion tilføre diagnosticeringen værdi ved at åbne for koordinering og sikre fælles fodslag mellem de forskellige aktører. For patienten kan målfunktionen bidrage til oplevelsen af retning i deres forløb og være med til at forebygge modstridende behandlings tiltag.

"Den bedste løsning
behøver ikke yderligere
forklaring for brugerne. Den er
intuitiv og bruger-
venlig og imøde-
kommer på den måde
behovet for træning.
For at gå den vej må
løsningen tænkes
helt anderledes end
f.eks sundhed.dk"

Patient



ITERATIVT WORKSHOPFORLØB

PRIMÆRE INDSIGTER

Fra starten blev det tydeligt, at både patienter og pårørende men især de sundhedsprofessionelle ønsker klare kommunikationskanaler og et overblik over det netværk af aktører, der befinder sig omkring en patient. Dermed får de mulighed for at komme i kontakt med hinanden. Desuden udtrykker alle grupper meget direkte, på forskellig baggrund, et behov for målrettede informationer og et vel-struktureret overblik, så de let kan dykke ned i relevant information og ikke drukner i data.

SDSI har i workshopforløbet oplevet udpræget uklarhed på tværs af deltagerne om, hvem målgruppen for en mulig digital løsning er. Hvem er kvalificeret og motiveret til at administrere og vedligeholde indholdet i en digital løsning?

"Hvis jeg bare kunne se et telefonnr. og ringe til den læge, der havde opereret dét knæ..."

Praktiserende læge

"Det er ikke alle, der skal kunne se alt"

Hjemmeplejer

De sidste vigtige indsigter er identificeret på baggrund af de sundhedsprofessionelles problemer med undervejs i forløbet at forholde sig til fælles mål. Der er et relativt stort spring fra ikke at arbejde eksplicit med mål til at skulle koordinere mål på tværs af faggrupper, der ikke har erfaring med at samarbejde. De sundhedsprofessionelle påpeger desuden barrierer i nuværende it-systemer og organisationer, der gør det svært for dem at forestille sig, hvordan en digital løsning vil kunne ændre noget.

PROCES

Forløbet bestod af en serie af fire workshops afholdt i perioden januar-marts 2016. Her deltog grupper af patienter med erfaringer fra komplekse forløb, pårørende, relevante sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner og leverandører af digitale løsninger til sundhedsvæsenet. Undervejs har SDSI konkretiseret de forskellige brugeres behov, conceptualiseret løsningsforslag og arbejdet med en blanding af test og co-creation. Brugernes bidrag danner grundlag for prototype af patientens aftaler og mock up af patientens mål udviklet i forlængelse heraf.

Eksempelvis udtrykte patienter og pårørende i workshop 1 ønske om at kunne fastholde informationer fra en udskrivesamtale: hvad sker der i fremtiden, og hvem tager hånd om mig? Et andet behov blev udtrykt under workshop 2 af de sundhedsprofessionelle. De vil gerne kunne koordinere og afstemme deres indsatser. Disse to perspektiver blev samlet og imødekommet i et skitseret løsningsforslag, der visualiserer patientens mål og forløb. Skitserne har begge grupper efterfølgende kvalificeret på workshop 3 og 4 og videreudviklet med udgangspunkt både i egne erfaringer og i de personas og brugerrejser, der specifikt var målrettet dette problemfelt.

Udviklingsprocessen, illustreret herunder, har på denne måde bygget videre på resultaterne fra de forrige workshops og er blevet gradvist mere konkret frem mod den endelige mock-up af patientens mål og forløb (en del af den samlede leverance).

“Som praktiserende læge tænker jeg ikke nødvendigvis eksplicit i mål. Vi tager det hen ad vejen”

Praktiserende læge

Mål er der ikke en fælles forståelsesramme for idag

Praktiserende læge

Illustration af udviklingsforløb, workshop 1-4



WORKSHOP 1

FORMÅL

Formål med workshop 1 var at kvalificere patienter og pårørendes behov for digital understøttelse i forhold til projektets scope. Både brugernes erkendte og de ikke-erkendte behov blev perspektiveret og dannede rammen om udvikling af mulighedsrum og koncepter.

DELTAGERE

11 patienter og pårørende.

VÆRKTØJER

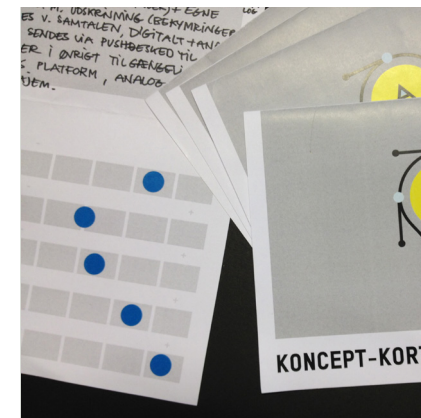
Personas, pain-points og arbejdsstationer.

(Se bilag 8 for præsentation af workshoppen og de anvendte metoder)

OUTPUT

På baggrund af de identificerede behov og udfordringer blev der i samarbejde med deltagerne på workshoppen udarbejdet en række koncepter. Koncepterne er dermed baseret på patienterne og de pårørendes egne ideer til, hvorledes deres behov bedst kan mødekommers ved hjælp af digitale løsninger. Behovsafdækningen i workshop 1 tjente derfor også som en kvalificering af de identificerede behov fra Is it a Bird-rapporten og tilføjede samtidig flere nuancer til patienternes og de pårørendes udfordringer, som blev anvendt i det efterfølgende udviklingsarbejde.

(Se bilag 9 for det samlede overblik over koncepterne)



Kort med opsummerede koncepter fra workshop 1



Deltagere på workshop 1

WORKSHOP 2

FORMÅL

Formål med workshop var at konceptualisere brugernes behov i en første mock-up på patientens mål og en første prototype på patientens aftaleoversigt.

DELTAGERE

6 sundhedsprofessionelle fra alle sektorer.

VÆRKTØJER

Personas, pain-points, begrebsafklaring og spørgerammer baseret på bl.a. koncepter fra workshop 1. (Se bilag 10 for præsentation af workshoppen og de anvendte metoder)

OUTPUT

Det rå output fra workshoppen er en beskrivelse af ønsker og opmærksomhedspunkter, som tilsammen danner grundlag for indhold til første version af mock-up på mål og første version af prototype på aftaler, herunder også korte beskrivelser af mulige afledte værdier ved anvendelse. Output fra workshoppen blev efterfølgende kondenseret og beskrevet yderligere på skitseniveau og dannede udgangspunkt for den næste workshop, hvor det som en del af den iterative proces blev kvalificeret og videreudviklet. Dermed var output fra workshop 2 også med til at danne spørgerammen for workshop 3. (Se bilag 11 for skitser fra opsamling på workshoppen)



Opsamling af inputs til første mock up



Deltagere på workshop 2

WORKSHOP 3

FORMÅL

Formål med workshop 3 var at lave en test og co-creation (del 1) af mock-up og prototype.

DELTAGERE

16 sundhedsprofessionelle fra alle sektorer samt IT specialister.

VÆRKTØJER

Personas, brugerrejser samt mock-ups på mål og aftaler fra workshop 3.
(Se bilag 13 for præsentation af workshoppen og de anvendte metoder)

OUTPUT

Det rå output fra workshoppen blev struktureret og dannede udgangspunkt for videreudvikling af prototype og mock-up, som blev anvendt og yderligt kvalificeret af brugere i workshop 4.



Kvalificering og videreudvikling af skitseret løsning



Relational koordinering

WORKSHOP 4

FORMÅL

Formål med workshop 4 var at lave en test og co-creation (del 2) af mock-up og prototype samt opsamling på krav til mock-up og prototype.

DELTAGERE

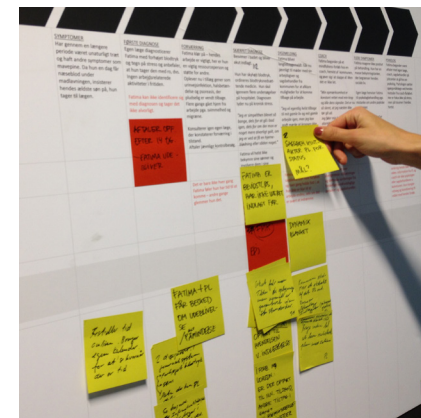
30 sundhedsprofessionelle fra alle sektorer, patienter, pårørende og IT specialister samt leverandører.

VÆRKTØJER

Personaer, brugerrejser samt mock-ups på mål og aftaler fra workshop 3.
(Se bilag 13 for præsentation af workshoppen og de anvendte metoder)

OUTPUT

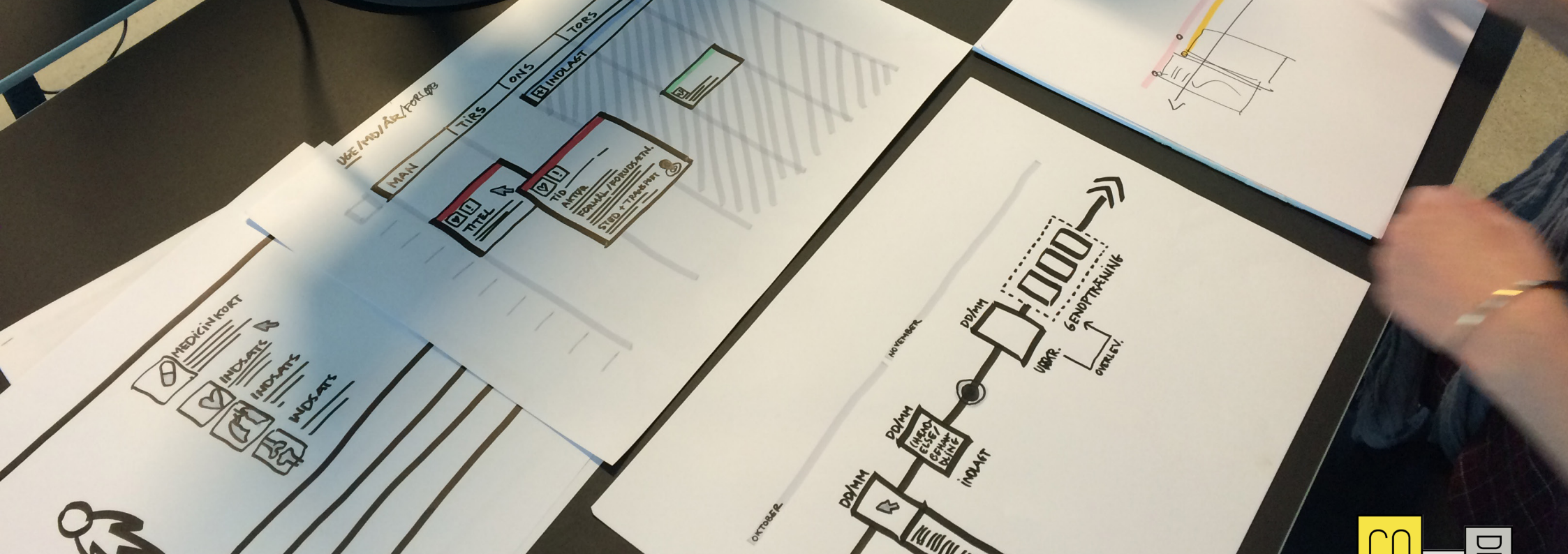
Det rå output fra workshoppen blev struktureret og dannede udgangspunkt for videreudvikling af prototype og mock-up, som blev anvendt i udformningen af den endelige mock-up og prototype. Alle workshopdeltagere tilkendegav hvilken værdi, hhv. prototype på aftaler og mock up på mål ville give dem i deres dagligdag, og alle gav point til hver af de udviklede brugerflader.



Kvalificering af brugerrejse



Værdisætning af brugerflader



PROTOTYPE AF PATIENTENS AFTALER

INTRODUKTION

De kvalitative krav til prototypen på patientens aftaler er baseret på co-creation og test med sundhedspersonelle samt patienter og pårørende i hele workshopforløbet. Workshopdeltagerne arbejdede iterativt med udviklingen af prototypen.

I opsamlingen på den sidste workshop blev de endelige versioner af løsningerne tilpasset.

Nedenfor beskrives prototypens konceptdele kort med citater fra workshopdeltagerne ligesom prototypens funktioner kort perspektiveres. Dernæst følger screenshots af den klikbare prototype med beskrivelser af de enkelte funktioner under "Aftaler". Funktionerne beskrives i forhold til deres værdi, indhold og perspektiver.

Den eksemplariske prototype forholder sig ikke direkte til det systemtekniske men afspejler brugernes ønsker til indhold, værdi og perspektiver for funktionaliteterne.

Den klikbare prototype kan tilgås [her](http://download.sundhedsdatastyrelsen.dk/2016/mockup/index.html).

(<http://download.sundhedsdatastyrelsen.dk/2016/mockup/index.html>)

En fælles aftaleoversigt er relativ let for workshoppernes sundhedsprofessionelle deltagere at forholde sig til. Ideen om at støtte op om patientens aktiviteter og få hurtig adgang til relevante kontaktpersoner lader til at kunne understøtte deres nuværende arbejde. Deltagerne understregede, at de ved hjælp af sådan en oversigt bedre kan hjælpe patienterne, idet de får et samlet overblik over aftaler, hvilket bl.a. betyder, at de kan undgå udeblivelser. En fælles aftaleoversigt virker således relevant som del i den daglige plejeopgave i kommunerne og i forbindelse med eksempelvis udskrivelse fra sygehus. Derudover nævnte workshopdeltagerne også, at en fælles aftaleoversigt giver:

- Bedre mulighed for at støtte op om andre aktørers aktiviteter
- Overblik over indgående aftaler og ansvar for opfølgning og hvem, der følger op
- Mulighed for at anvende ressourcer bedre og koordinere initiativer
- Mere effektiv koordinering hvis rette kontaktperson kendes

De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere opfattede værdien af en aftaleoversigt forskelligt afhængigt af sektor og forskellige anvendelsessituationer. Værdien for en hjemmesygeplejerske fra workshop 4 ligger f.eks. i: “Koordinering for borgeren uden netværk” mens der hos en praktiserende læge ved samme workshop nævnes, at: “Aftaleoversigt kan give en fin værdi, dog kun for sygehus, speciallæger, genoptræning og praktiserende læge”. En deltager fra et sygehus fokuserede på værdi i forhold til: “Sikring af relevante tidspunkter for fx ambulante besøg ved udskrivelse”.

Patienter og pårørende ved workshop 4 tilføjede følgende værdier ved en fælles aftaleoversigt: “Rigtig vigtigt fordi det i højere grad kan give mig en følelse af ejerskab, overblik og indsigt”

Patient

“Som pårørende er det en rigtig god idé – det betyder meget”

Pårørende

“Den information skal komme til mig, uden at jeg skal logge ind. Måske som en SMS?”

Patient

“85 % af mine naboer bruger dagbøger, fordi de ikke kan finde ud af, at det er noget, der skal klikkes på”

Patient

“Vores liv er en stor kalender, og jeg vil faktisk også gerne have et liv ved siden af”

Patient

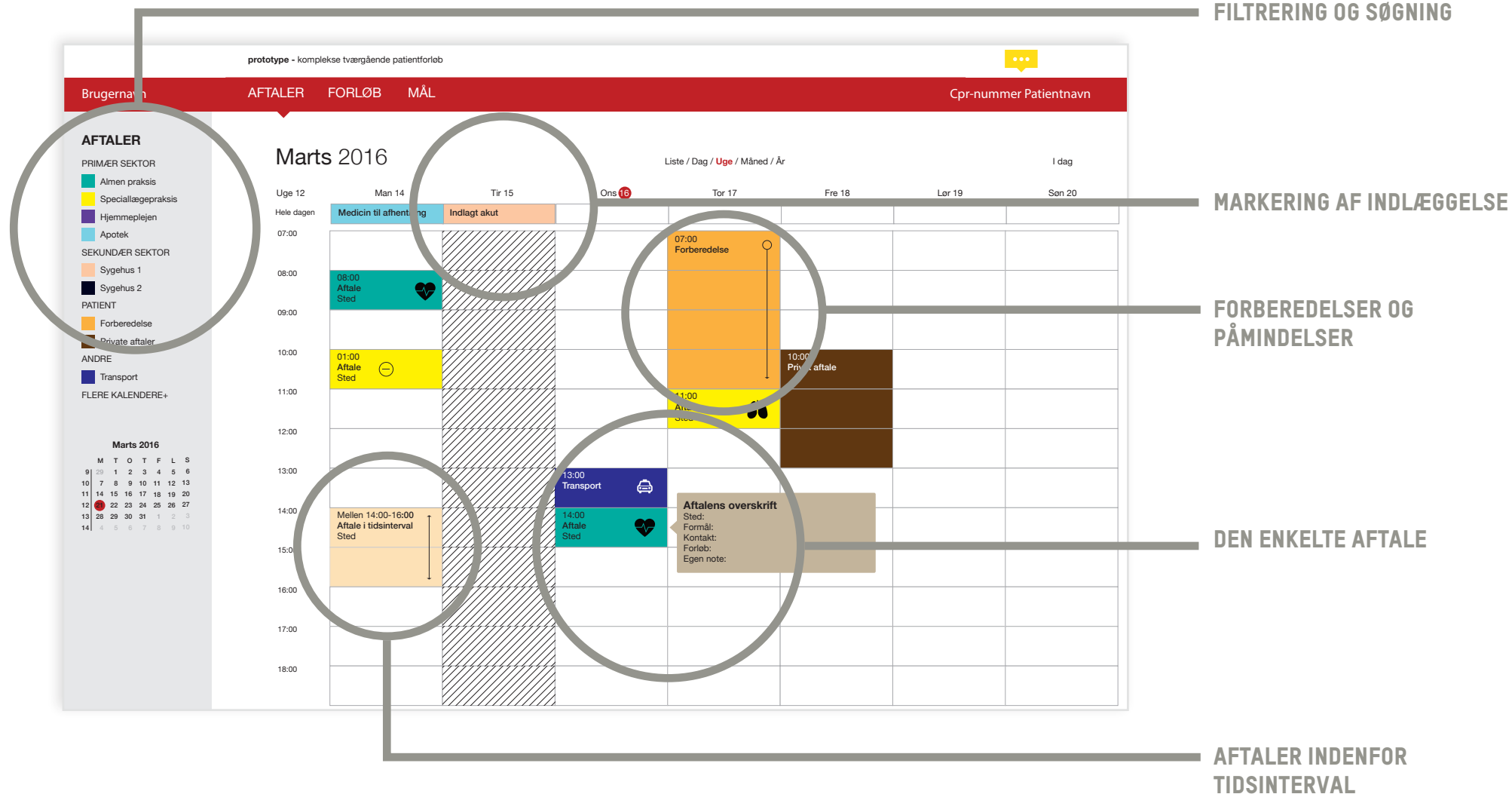
“Sundhed.dk er besværligt”

Pårørende

“Jeg vil have det ind i min egen kalender og integrere i det, jeg allerede kender”

Patient

OVERSIGT FOR PROTOTYPE



FILTRERING OG SØGNING

FUNKTIONSBESKRIVELSE

Her kan brugeren filtrere (vælge til og fra), hvilke kategorier af aftaler der skal vises - for at skabe et relevant overblik.

VÆRDI

Muligheden for at filtrere gør en fyldt kalender mere overskuelig og kan give et overblik over sammenhængende aftaler. Formålet med filtrering er at fjerne støj, som ikke er relevant for brugeren.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

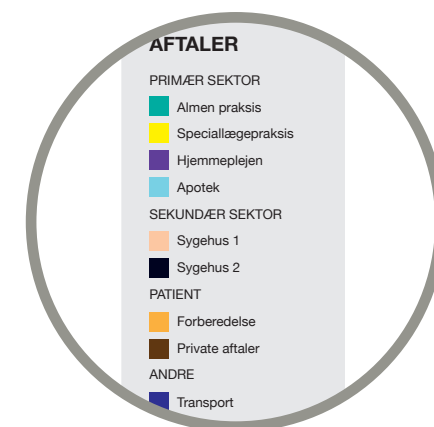
De forskellige aktører havde forskellige perspektiver på filtrering, som afhænger af hvilke informationer, der er relevante for den enkelte bruger. Workshopdeltagerne nævnte følgende informationer, der kunne være relevante:

- Sektor (primær, sekundær)
- Aktør (f.eks. fysioterapeut, praktiserende læge, psykolog, sygehusenhed)
- Aktivitet (Aktiviteter kan være enkelstående eller indgå som en del af en samlet indsats eller et forløb, der igangsættes for at opnå et ønsket resultat)
- Forløb (relateret til etablerede forløb som f.eks. KOL, kræft mf)
- Ambulante besøg
- Andre mulige informationer: Sted, udeblivelser, transport og private aftaler.

Alt efter hvilke parametre der filtreres på vil disse kunne farvekodes, så det bliver let at forstå sammenhængen.

PERSPEKTIVER

- Visning af filtreringsmulighederne kunne med fordel være prædefineret efter brugerens rolle.
- Hvis arbejdet med digital understøttelse af fælles mål modnes, kunne det også undersøges, om filtrering efter mål kan give værdi.
- For at en filtreringsfunktion kan give værdi ifølge workshopdeltagerne, er det vigtigt ikke at give en lang uoverskuelig liste. Det bør overvejes, om en fritekstsøgning på tværs, som giver brugerne mulighed for at søge meget specifikt, kan understøttes.



Prototypen er et eksempel på filtrering på aktør og sektor.

DEN ENKELTE AFTALE

FUNKTIONSBESKRIVELSE

Her kan brugeren få en let overskuelig visning af, hvor den vigtigste information til den pågældende bruger er trukket frem. Et pop-up vindue indeholder øvrige relevante informationer og linker til eventuelle uddybende oplysninger.

VÆRDI

Workshopdeltagerne nævnte først og fremmest, at det giver et hurtigt overblik med mulighed for at få yderligere information omkring aftalen. Visningen skal primært gøre det lettere at vejlede borgeren samt at finde kontaktinformationer, som kan understøtte samarbejdet mellem aktører samt hjælp til at finde vej, viden om aftalens formål og sammenhæng med andre aftaler. Det giver bedre koordinering og grundlag for at overholde aftaler.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

Aftalen vises som en farvet rubrik med så meget af aftalens titel og sted, som der er plads til. Hvis aftalen er en del af et forløb, indikeres det fx med et ikon. Der kan evt. anvendes farvekoder til at understøtte afkodning af, hvem der afholder aftalen og hvor. De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere gav udtryk for, at forskellige aktører har brug for forskellige informationer om aftalen. De primære informationer, som de sundhedsprofessionelle ønsker på tværs af aktører, er:

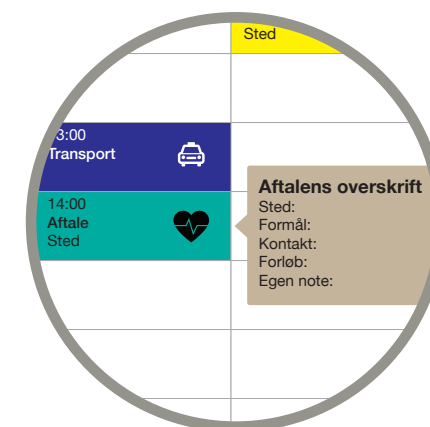
- Hvor aftalen finder sted - [link til kort]
- Hvad formålet med aftalen er [link til eventuelt relaterede mål]
- Hvem der afholder aftalen - [link til kontaktinformation]

Hertil kommer et ønske om at kunne tilgå informationer om, hvilket forløb aftalen evt. er tilknyttet - [link til forløbsoversigt] samt link til indkaldelsesbrev eller anden uddybende beskrivelse.

Transport og koordinering fylder meget for patienterne, hvorfor workshopdeltagerne ytrede ønske om nemt at kunne tilgå information omkring transport - herunder bestilt/ ikke bestilt.

PERSPEKTIVER

Det springende punkt for workshopdeltagerne i forhold til denne visning er, hvor meget den enkelte bruger har brug for at se. Deltagere fra kommunen nævnte for eksempel, at de gerne vil se, om patienten har bestilt transport.



“Jeg vil se hvem, hvad og hvor”

Praktiserende læge

“I hjemmeplejen er det vigtigt at se hvilke ambulatorier man er knyttet til”

“Det er forfærdeligt at finde ud af, fordi noget kommer i e-boks, som skal printes ud. Andet kommer et andet sted. Så det er svært at få et overblik.”

Patient

“Man skal kunne se om der er bestilt patienttransport, fordi det er en af årsagerne til at mange udebliver. Det ville være relevant for alle patienter, ikke kun de komplekse.”

Hjemmesygeplejerske

MARKERING AF INDLÆGGELSE

FUNKTIONSBESKRIVELSE

Brugeren kan her se indlæggelser, der vises som heldagsaktivitet eller i bestemt tidsrum, såfremt patienten ikke har været indlagt hele dagen.

VÆRDI

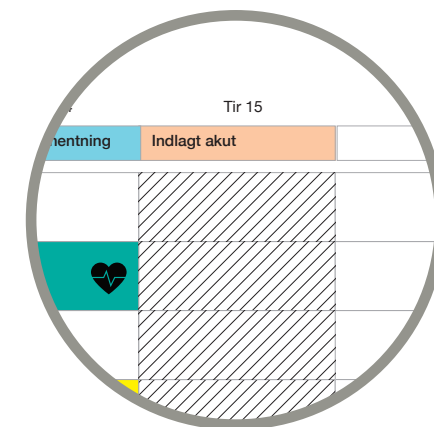
Workshopdeltagerne feedback på denne visning var, at det vil gøre det nemt for alle aktører at se, om patienten er eller har været indlagt. Derved bliver de forskellige aktører opmærksomme på et evt. behov for at aflyse aftaler hos andre aktører.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

- Visningen indikerer, om indlæggelsen er planlagt eller akut.
- Det er muligt at oprette flere aftaler på ambulatorier på samme hospital, hvor patienten er indlagt, hvilket blev efterspurgt af workshopdeltagerne. Dette fremgår i prototypen, hvor aftalens farve er identisk med indlæggelsens farve.

PERSPEKTIVER

Der kunne med fordel arbejdes på at sætte aftaler op til at blive aflyst automatisk, såfremt der opstår en akut indlæggelse.



FORBEREDELSE OG PÅMINDELSER

FUNKTIONSBESKRIVELSE

Brugeren kan her se, om patienten skal forberede sig til en aftale, hvilket i givet fald indikeres i kalenderen. Det kan fx være en fasteperiode inden en undersøgelse.

VÆRDI

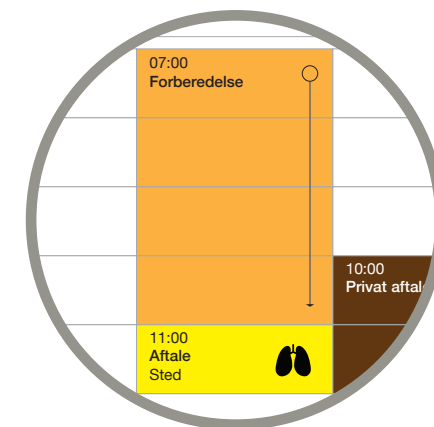
- Patienten møder forberedt op til aftale, og aflysninger kan minimeres.
- Med mange aftaler kan det være svært for patienter at have overblik over aftaler, som kræver forberedelse. Derfor vil en kobling mellem en aktuel aftale og forberedelse give et bedre udgangspunkt for at møde forberedt op til aftaler.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

- Workshopdeltagerne ønskede en mulighed for uddybende information under visningen og evt. link til indkaldelsen.
- I forberedelsesperioden kan andre aktører stadig planlægge aktiviteter, der ikke vedhører den pågældende forberedelse og aftale, hvorfor markeringen af forberedelsesperioden er transparent eller skraveret.

PERSPEKTIVER

Denne visning giver ifølge workshopdeltagerne patienter og pårørende mulighed for selv at indsætte særlige noter med påmindelse om fx at bestille ny tid.



"Påmindelser skal komme i god tid, så man kan nå forberedelserne, f.eks. faste eller blodprøve 14 dage før"

Patient

"Jeg har kigget i min kalender, fordi jeg skulle have været indkaldt her til april, og jeg skal nå at have en blodprøve 14 dage før aftalen. Men den aftale er vidst faldet ud, så nu har jeg først en aftale om et år."

Patient

AFTALER INDEN FOR TIDSINTERVAL

FUNKTIONSBESKRIVELSE

Visningen af aftaler indenfor et afgrænset tidsinterval indikeres med en dobbelt-ende pil og kan fx anvendes i relation til plejereleaterede aftaler eller hjemmesygepleje.

VÆRDI

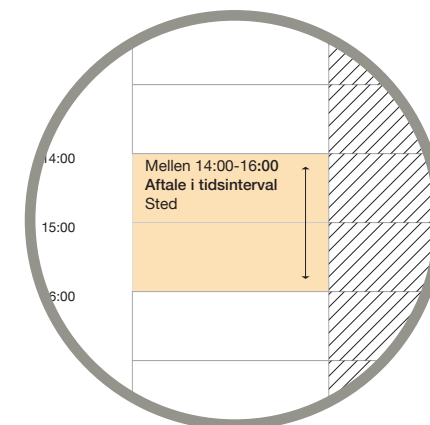
Overlappende aftaler, hvoraf den ene er en aftale inden for et tidsinterval, fremgår tydeligt og herved også nødvendigheden for særlig koordinering af fx hjemmesygeplejerskens besøg.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

- Aftaler indenfor et givet tidsinterval giver ifølge workshopdeltagerne et mere samlet billede af patientens aktiviteter, men flere deltagere vurderede, at disse aftaler er svære at vise, da de typisk er placeret indenfor et tidsinterval, og der er risiko for at overfylde kalenderen.
- I prototypen er denne udfordring søgt løst via filtreringfunktionen.
- Den uddybende information i pop-up vinduet er som for øvrige aftaler.

PERSPEKTIVER

Visningen kan synliggøre indsatsen i borgerens hjem yderligere overfor andre aktører.

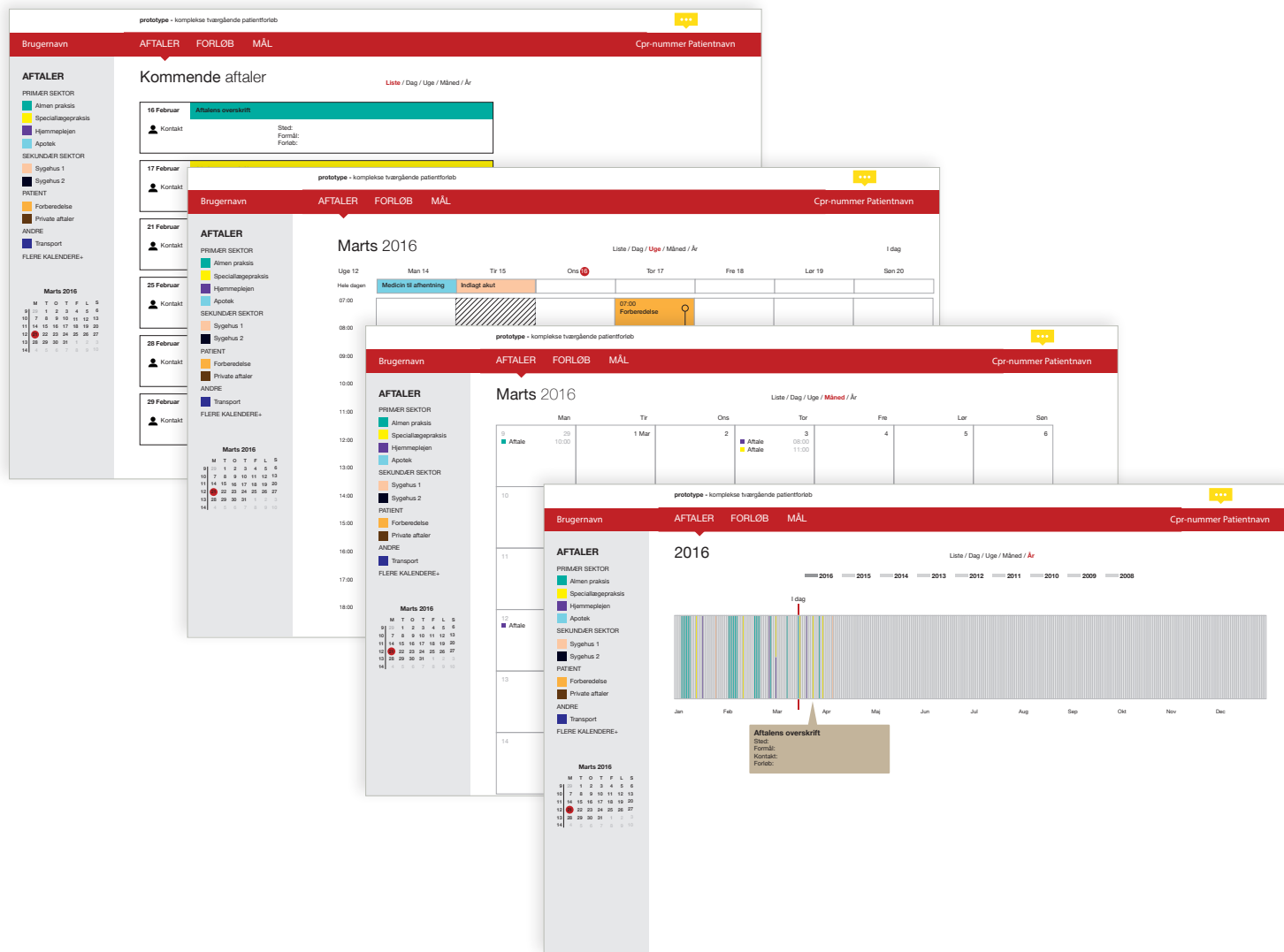


“Det bliver uoverskueligt, hvis der står at hjemmesygeplejen kommer 6 gange i døgnet.”

“Vi skal kunne se borgerens egen kalender for at se om de er hjemme”

Hjemmesygeplejen

ALTERNATIVE VISNINGER AF AFTALER



*"Data skal give
'overblik',
ikke 'oversvømme'"*

Praktiserende læge

*"Årsoversigten er
ækvivalent til tykkel-
sen af den gamle
papirjournal"*

Praktiserende læge

BESKRIVELSE

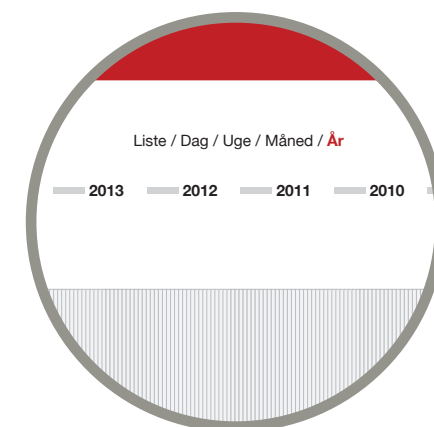
Fremtidige og tidligere kalenderaftaler kan også vises som liste, månedsvis og som et helt år. De forskellige visninger giver forskellige muligheder for overblik.

VÆRDI

- Skabe et hurtigt overblik og indblik i kommende aftaler, som vil støtte koordinering og vejledning af patienten. .
- Give patient og pårørende mulighed for at tage ejerskab for forløb og se sammenhængen.
- Muligheden for let og visuelt at kunne tilgå aktiviteter indenfor sundhedsvæsenet over en længere periode, for aktiviteter der er udført.
- Særligt årsvue kan give en indikator for patientens tilstand eller ændring heri over tid.
- Indblikket kan ifølge de sundhedsprofessionelle workshopdeltagere give dem mulighed for hurtigt at spore sig ind på hændelser, som patient eller pårørende referer til i en samtale.

PERSPEKTIVER

Flere af de sundhedsprofessionelle workshopdeltagere beskrev det at finde relevante informationer om patientens aftaler som "et detektivarbejde". Her kunne de forskellige visninger give en pejling af, hvor der ville være relevant at starte med at søge informationer. Find eksempler på aftalevisninger i bilag 15.



“Der ligger meget
detektivarbejde i
diagnosticering.
Her har vi et overblik,
at dykke ned i
– er historien blank
eller ligger noget bag?”

Praktiserende læge

BEDØMMELSE AF PROTOTYPE

I opsamlingen på den sidste workshop (workshop 4) og forløbet som helhed blev workshopdeltagerne bedt om at angive de værdier, de så for den udviklede mock-up og prototype. Deres angivelser blev delt op efter sektor, dvs. kommune, sygehus, almen praksis samt patient/ pårørende.

I forhold til den udviklede prototype på patientens aftaler var der udbredt enighed om, at en sådan fælles aftaleoversigt vil give stor værdi for både patienter, pårørende og de sundhedsprofessionelle.

KOMMUNE

For workshopdeltagerne fra kommunesektoren er det specielt værdifuldt i forhold til at få et bedre overblik og for bedre at kunne hjælpe borgeren uden netværk.

“For at have et overblik for især borgere, der selv har mistet det”

SYGEHUS

Fra sygehussektoren er værdien især at bedre kunne koordinere aftaler på tværs af aktører og få et overblik over patientens forløb ved andre aktører. Dette overblik vil kunne give patienten mere ro i de forskellige forløb.

“Har mulighed for at koordinere aftaler”

“Sikring af relevante tidpunkter for fx ambulante besøg ved udskrivelse”

ALMEN PRAKSIS

Workshopdeltagerne fra almen praksis lagde vægt på muligheden for at begrænse datamængden, og at det er muligt at tilgå de ønskede data i egne IT systemer. Derudover nævnte de også en stor værdi i, at de bedre kan dele viden med øvrige relevante aktører og dermed opnå en bedre koordinering og afstemning af aktiviteter.

“Ja hvis de kan synliggøres i eget system. Parallelle systemer sinker arbejdsprocesser når man ser 36 patienter dagligt”

“Viden om andre aktører og deres tidligere og fremtidige planlagte aktiviteter”

“Overblik for at støtte borgeren + nemmere kontakt til diverse behandlere”

Kommune

“Skaber ro hos patienten da alle aktuelle og tidligere forløb er tilgængelige”

Sygehus

“Jeg har brug for at kende til: hvem, hvor, hvornår og kontaktinfo til aktuelle forløb på sygehus/kommune”

Praktiserende læge

PATIENTER OG PÅRØRENDE

Patienter og pårørende var overordnet meget positive overfor den udviklede prototype på patientens aftaler, idet de vil opnå et bedre overblik, tryghed, indsigt og ejerskab.

“Rigtig vigtigt idet det giver: Ejerskab, overblik og indsigt”

Patient

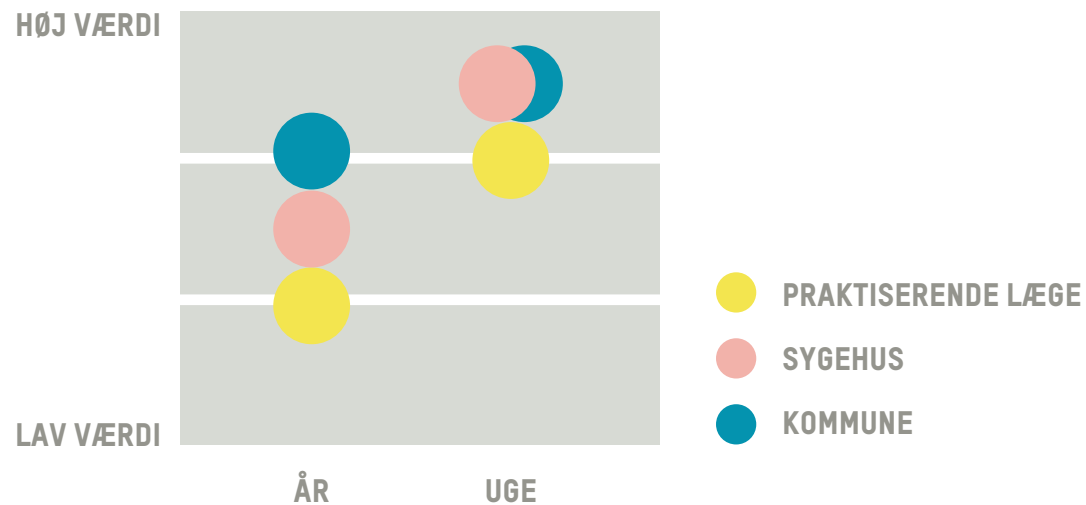
“Som pårørende er det en rigtig god idé – det betyder meget”

Pårørende

RATING

De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere blev også bedt om at give point til de forskellige visninger/screenshots opdelt i: Høj værdi, mellem værdi og lav værdi.

I forhold til aftaler gælder det aftalevisning på et år og aftalevisning pr. uge. Der viste sig et tydeligt billede af, at deltagerne kunne se den største værdi ved kalendervisning pr. uge. Se nedenstående.



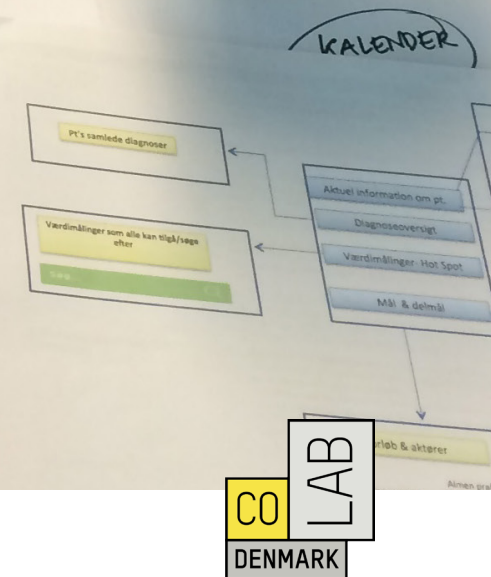
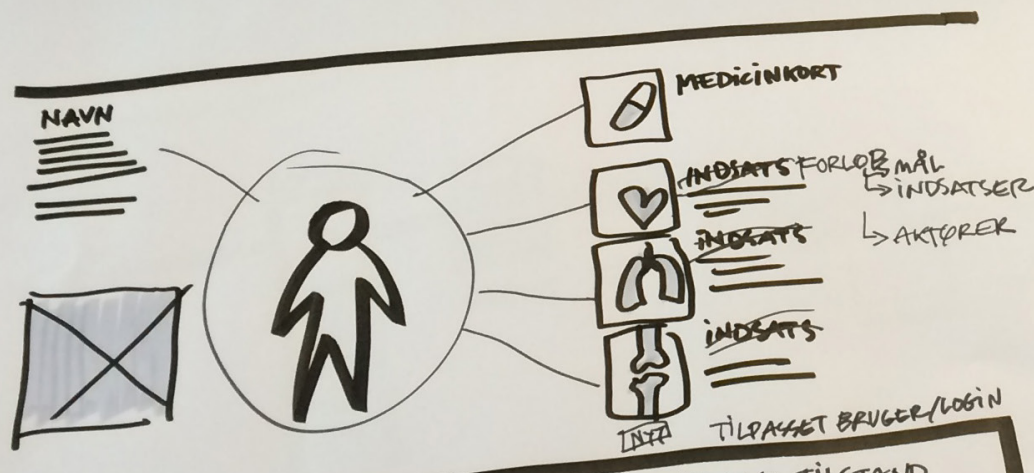
Deltagernes bedømmelse af første prototype på patientens aftaler, vurderet ud fra netop deres professionelle udgangspunkt.

OVERORDNET PERSPEKTIVERING IFT. PROTOTYPS FUNKTIONER

For aktiviteter med tydelig tilknytning til specifikke forløb kan sammenhængen med fordel tydeliggøres for at skabe yderligere overblik. Men det bør bemærkes, at ikke alle aktiviteter er koblet til hverken skrevne mål eller forløb. Hvilke aftaler, der er relevante og ønskes vist afhænger af aktør, situation og rolle og bør derfor kunne tilpasses den enkeltes præferencer. Ønsket om og muligheden for at kunne dykke dybere ned i den enkelte aftale varierede fra workshopdeltager til workshopdeltager.

Aktiviteterne kan tildeles forskellige prioriteringer i forhold til det samlede behandlingsforløb. Eksempelvis kan en tid i ambulatoriet have større prioritering end en træningsaktivitet i kommunen.

Hvis arbejdet med digital understøttelse af fælles mål modnes, bør det også undersøges, om det er relevant at fremsøge aftaler, der relaterer sig til specifikke mål. Dette kræver dog, at aftaler kobles med mål. Visningen af patientens private aftaler kunne give mulighed for at tage hensyn til disse i tilrettelæggelsen af behandling. De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere udtrykte dog bekymringer for, at det kan besværliggøre arbejdet, såfremt de skal tage hensyn til private aftaler.



MOCK-UP AF PATIENTENS MÅL

INTRODUKTION

De kvalitative krav til mock-up på patientens mål er baseret på co-creation med sundhedsprofessionelle samt patienter og pårørende fra hele workshopforløbet. Workshopdeltagerne arbejdede iterativt med udviklingen af mock-up'én.

I opsamlingen på den sidste workshop blev de endelige versioner af løsningerne tilpasset efter brugernes vurdering/rating.

I det følgende beskrives og vises de enkelte konceptdele af mock-up'én med citater fra workshopdeltagerne, ligesom vi giver en overordnet perspektivering i forhold til mock-up'ens funktioner. Dernæst

"Som praktiserende læge tænker jeg ikke nødvendigvis eksplicit i mål. Vi tager det hen ad vejen"

Praktiserende læge

følger screenshots af mock-up'ens visninger/ faner med beskrivelse af hhv. værdi, indhold og perspektiver. Den eksemplariske mock-up forholder sig ikke direkte til det systemtekniske men til indhold, værdi og perspektiver for funktionaliteterne for brugerne.

Indsigt i patientens egne definerede mål/ønsker blev på især workshop 4 nævnt som relevant i visse situationer. Ved at kende patientens egne mål og motivation vil aktørerne have mulighed for at tilrettelægge aktiviteter eller delmål, der understøtter patientens egne mål. I den eksemplariske mock up har vi valgt at kalde patientens mål for livsmål. Ved at arbejde med patientens egne mål skabes der potentielt et målhierarki, som kan være relevant for den enkelte aktør, hvor patientens mål er øverst. Ved at kende borgerens mål kan aktiviteter, indsatser og delmål i forløb kobles sammen, og aktører på tværs af sektorer vil kunne se, hvordan de med hver deres aktivitet støtter op om borgerens mål. Herved bliver det tydeligt for aktørerne, hvor der er overlappende aktiviteter. Hvis patienten (med pårørende) ikke selv har beskrevet et mål, kan de stadig sætte målet i samarbejde med kommune, praktiserende læge eller anden relevant aktør. For hvert mål er der i mock-up'en mulighed for at klikke sig ind på det for at få en mere uddybende beskrivelse af målets art.

Ved at gruppere aktiviteter i forhold til patientens mål vil andre aktører kunne se, hvor der kunne være overlappende aktiviteter, og der skabes et potentiale for at koordinere og skabe større oplevelse af sammenhæng for borgerne.

I mock-up'en er patientens egne mål/livsmål øverst og repræsenteret ved udfyldte blå bobler. Ved et enkelt klik kan man se uddybende kommentarer om patientens mål. I mock-up'en skelnes mellem helbredsmaal og livsmål for at tydeliggøre de forskellige typer ønsker/mål en patient kan have (f.eks. i relation til helbred at stoppe tilbagevendende blodnæse vs. et livsmål om at kunne luft hund, da dette opleves som livskvalitet).

For at give en indikation af målets vigtighed kan målet prioriteres. Det vises i mock-up'en som høj, mellem eller lav prioritet. Hermed skabes der potentielt et målhierarki, som kan være relevant for den enkelte aktør.

Ved at bruge patientens ønsker/livsmål som udgangspunkt, kan aktiviteter, indsatser eller delmål knyttes op på patientens egne mål. I mock-up'en indikerer en udfyldt rød bobel, at der i det givne forløb arbejdes med at indfri et specifikt helbreds- eller livsmål. Denne sammenknytning mellem aktivitet og mål gør det muligt for aktører på tværs af sektorer at se, hvordan hvert forløb støtter op om borgerens helbreds- og livsmål.

“Det er patienten som skal fortælle, hvad målet er på et overordnet niveau”

Workshop-deltager

“...mange borgere kan ikke genkende sig selv i behandleres mål”

Patient

“Når andre sætter målene for patienten, er der risiko for, at de ikke selv påtager sig ansvar”

Workshop-deltager

“Hvis det hed patientens ønsker - så ville jeg bruge det”

Patient

“Hvem vurderer, om det er et realistisk mål, og er det på baggrund af patientens resourcer?”

Praktiserende læge

I mock-up'en ses tre forløb. Alle tre forløb med en rød prik under hinanden viser, hvor de forskellige forløb overlapper i at indfri et patientønske/mål. Røde bobler under en blå bobel er hermed også indikator for, hvor det vil være relevant at koordinere. Hermed skabes muligheden for at koordinere og dermed skabe større oplevelse af sammenhæng for patienten. Hvis der ikke er en rød prik ud for et forløb, kan det antages, at der i det givne forløb ikke arbejdes med at indfri ovenstående patientønske/-mål.

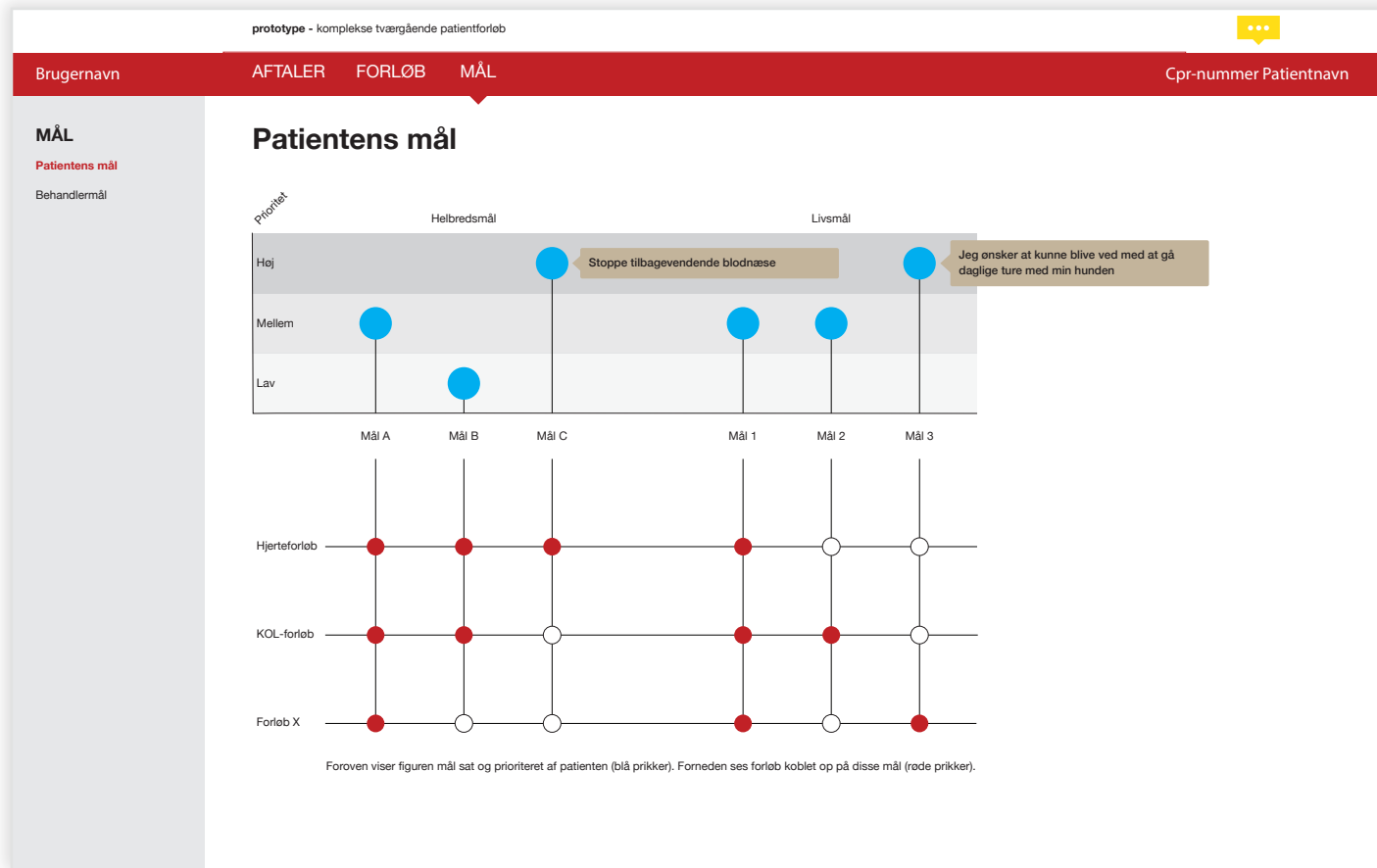
I workshops om fælles mål blev det tydeligt, at konceptet stadig er meget umodent, hvilket KL også har udtrykt i deres forretningsarkitekturanalyse:

"Det er ikke indlysende, at man i en travl hverdag, hvor ens succeskriterier er bundet op på egen indsats og egne ydelser, vil bruge ressourcer på at koordinere. Det kræver et bredere mål, fx mål funderet i en fælles aftale mellem de deltagende parter om gevinster for patienterne"

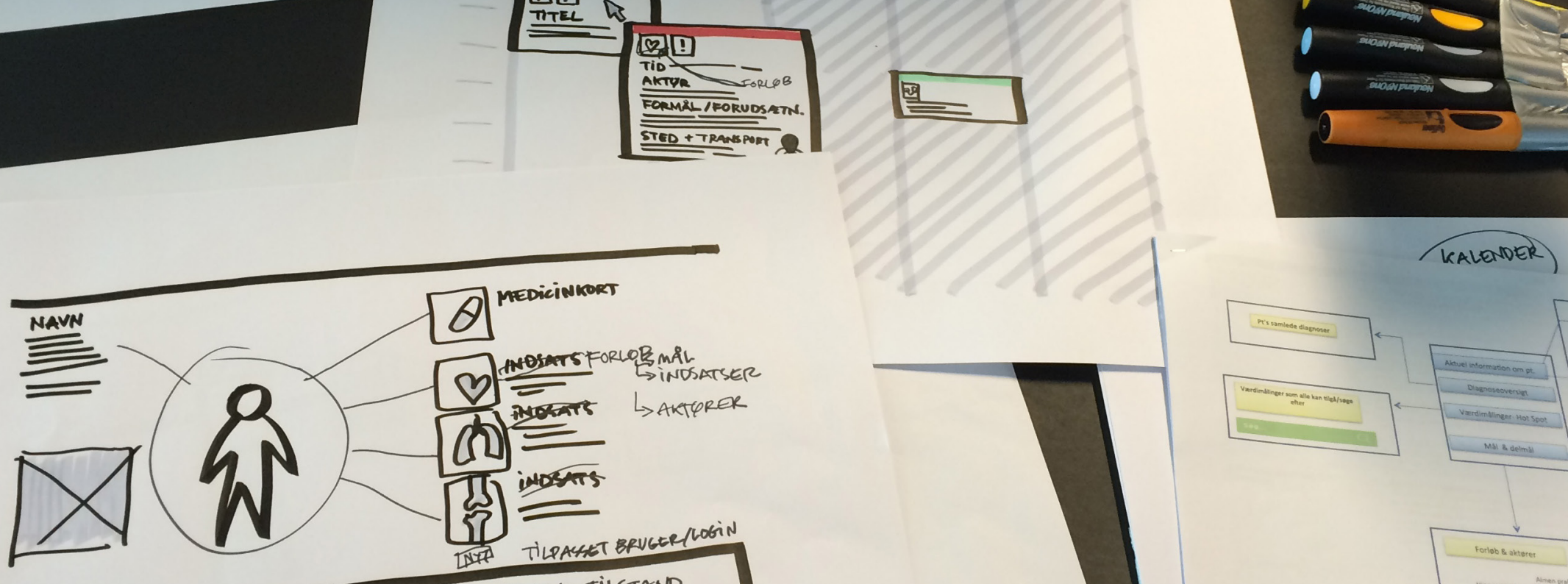
s.43 KL Analyse, på vej mod bedre digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb

Dette kom til udtryk i workshopdeltagernes vurdering af værdien.

OVERSIGT FOR MOCK UP AF PATIENTENS MÅL



Læs mere om denne skærmvisning under den indledende introduktion til mock-up'en.



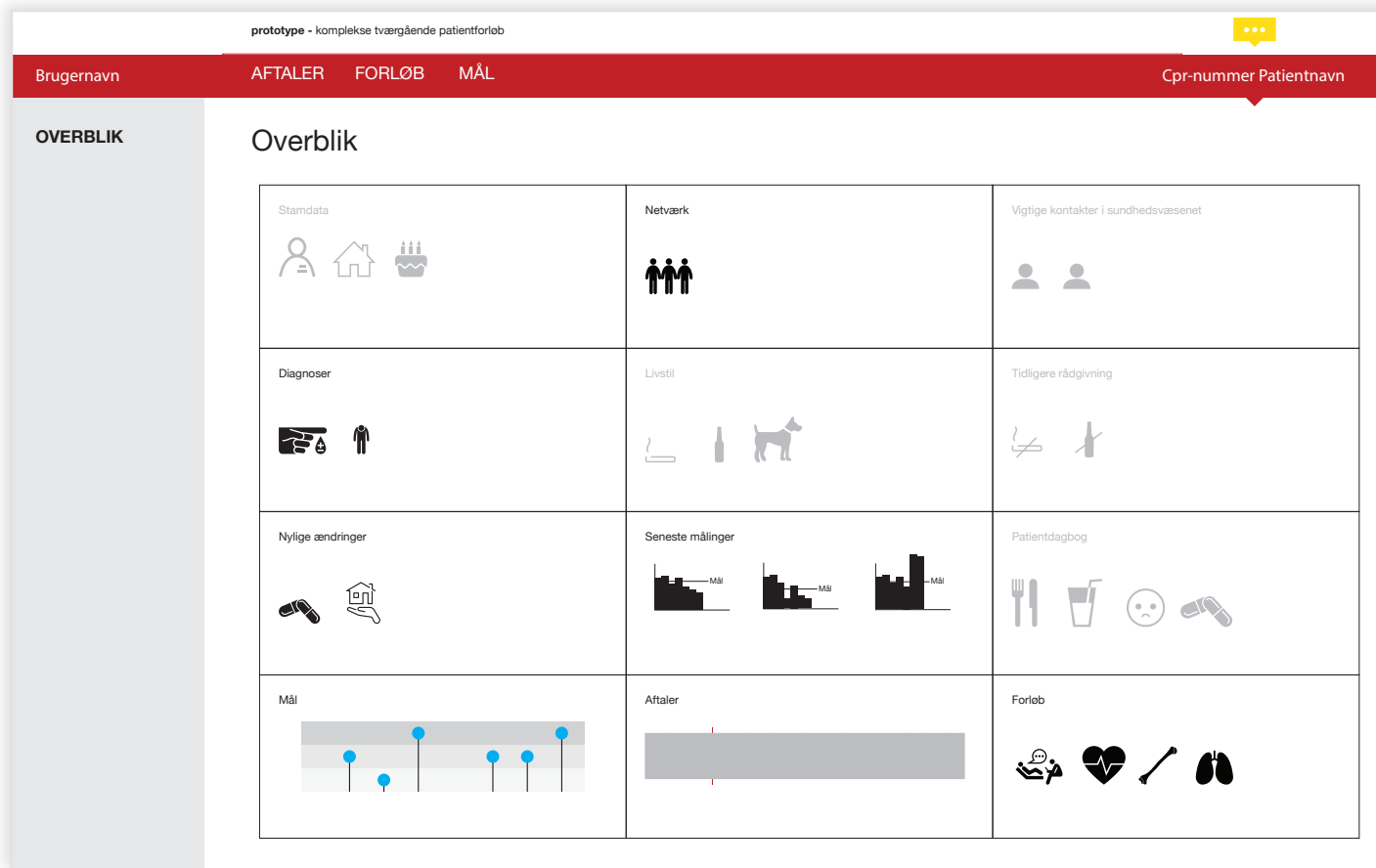
MOCK-UP AF OVERSIGT OG FORLØB

I workshopforløbet blev behovet for overblik og gennemsigtighed tydeligt igen og igen på tværs af de forskellige sundhedsprofessionelle og patienter og pårørende. Vi har derfor valgt at udvikle et eksempel på en oversigtsside, som skal give alle brugerne (patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle) mulighed for at se patienten som en helhed og herunder hvilke aktiviteter, der udføres på tværs af sektorer. Det vil bidrage til, at de forskellige aktører bedre kan støtte op om hinandens initiativer og få let adgang til den nyeste og mest relevante viden om patienten.

Vi har desuden valgt at udvikle og vise et eksempel på yderligere en side, nemlig forløb. Her kan man som bruger se, hvilke aktiviteter der er i gang og planlagt for patienten, hvilket igen gør det nemmere for både patienterne og de pårørende men også de sundhedsfaglige at afstemme deres aktiviteter i forhold til øvrige planlagte aktiviteter i planlagte eller igangsatte forløb.

De kvalitative krav til oversigt og forløb er udsprunget af forløbet med co-creation og test med sundhedsprofessionelle samt patienter og pårørende fra hele workshopforløbet. Workshopdeltagerne arbejdede iterativt med udviklingen af mock-up'en. I opsamlingen på den sidste workshop blev de endelige versioner af løsningerne tilpasset. Nedenfor beskrives og vises de enkelte konceptdele af mock-up'en med citater fra workshopdeltagerne, ligesom vi giver en overordnet perspektivering i forhold til mock-up'ens funktioner. Dernæst følger screenshots af mock-up'ens visninger/ faner med beskrivelse af hhv. værdi, indhold og perspektiver.

OVERSIGHT FOR MOCK UP AF OVERBLIKSBILLEDE



OVERBLIKSBILLEDE

BESKRIVELSE

Et samlet overblik skal give brugerne (patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle) mulighed for at se patienten som en helhed og herunder hvilke aktiviteter, der udføres på tværs af sektorer. Det bidrager ifølge workshopdeltagerne til, at de forskellige aktører bedre kan støtte op om hinandens initiativer og få let adgang til den nyeste og mest relevante viden om patienten. I mock-up'en er der medtaget forskellige emner, som workshopdeltagerne har peget på som relevante.

I workshopforløbet blev der ligeledes åbnet for muligheden for, at patienter og pårørende selv kan være med til at tilføje viden omkring mere personlige aspekter som netværk, mål, livsstil samt vigtige kontakter i sundhedsvæsenet. Her bliver opdatering og vedligeholdelse af den indtastede viden et vigtigt aspekt.

VÆRDI

- Funktionen giver de sundhedsprofessionelle et overblik og gør det lettere for dem at finde relevant information, aktiviteter i patientens forløb, mål mm.
- Overblik over kontakter gør det nemmere for de sundhedsprofessionelle at koordinere på tværs, og patienten behøver ikke i samme grad at være informationsbærer.
- I akutte situationer er værdien af opdateret viden vigtig for at kunne tilrettelægge behandling effektivt.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

For at danne sig et overblik skal den sundhedsprofessionelle have informationer om:

- Nylige ændringer (som f.eks. ændringer i medicin, ændring i habitualtilstand og funktionsniveau)
- Seneste målinger (mulighed for at søge efter værdimålinger)
- Samlede diagnoser
- Igangværende forløb
- Netværk (kontakter der kender patienten (fx palliativt team))
- Aftaler (indsigt i seneste interaktioner med sundhedsvæsenet)

PERSPEKTIVER

- Løsningen skal kunne sortere informationer, så den information, der præsenteres, er relevant for den enkelte bruger af løsningen, således at fx kun diagnoser relevante for forestående behandling medtages.
- Hvis arbejdet med fælles mål eller kategorisering af indsatser modnes, vil et overbliksbillede muligvis kunne understøtte fælles koordinering.

“Man skal have tillid til hinandens data.”

Hjemmesygeplejer

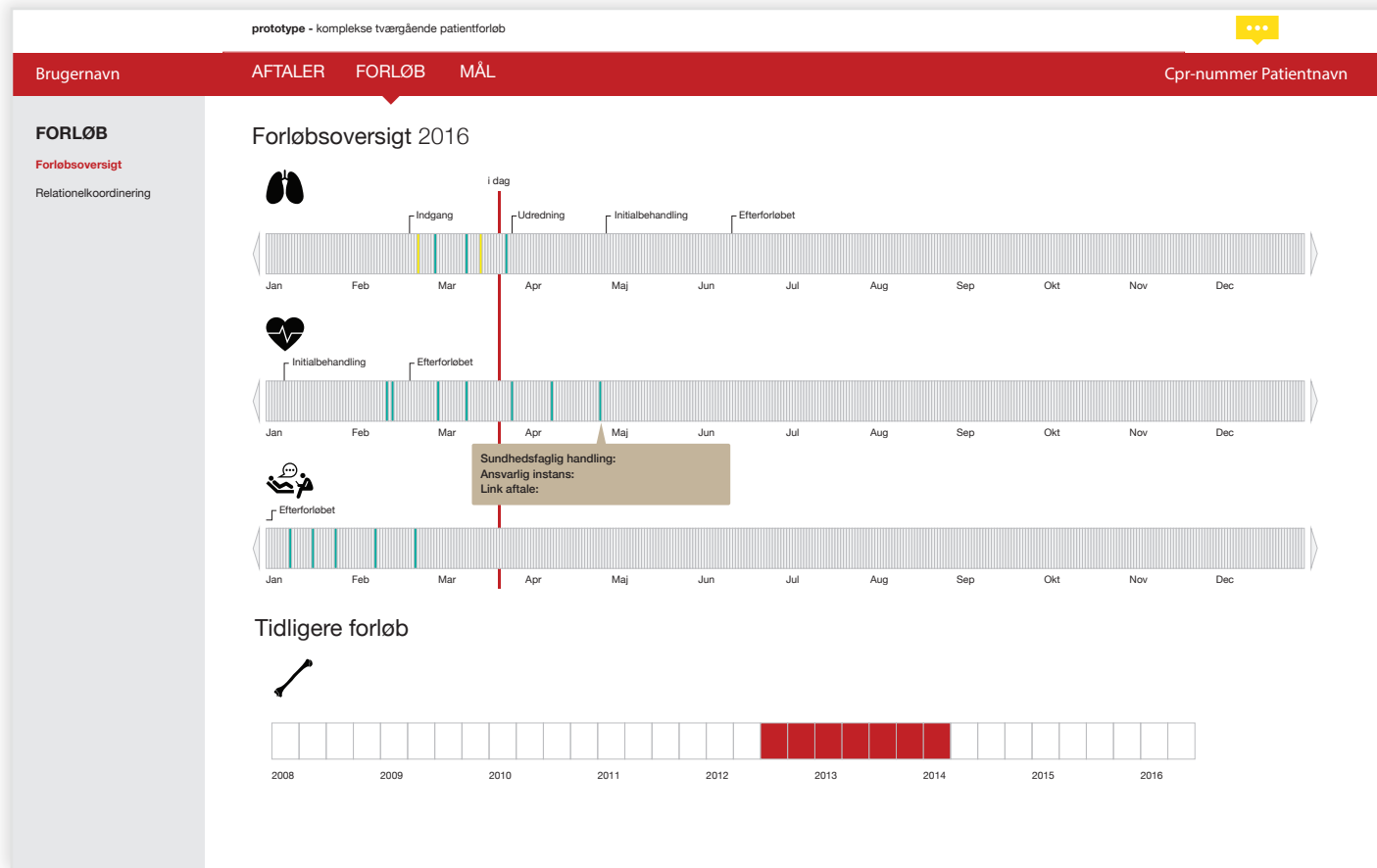
“Vi stykker overblik sammen af epi-kriser mm.”

Praktiserende læge

“Der skal stå, hvis der sker noget ud over det sædvanlige”

Workshop-deltager

OVERSIGT FOR MOCK UP AF PATIENTENS FORLØB



FORLØB

BESKRIVELSE

Oversigt over patientens forskellige forløb med mulighed for at gå i dybden med de enkelte forløb for at se hændelser og aftaler mm.

VÆRDI

Det vil ifølge de sundhedsprofessionelle workshopdeltagere lette "detektivarbejdet" og gøre brugeren opmærksom på relevante områder, hvor forløb, behandling, aktiviteter mm. har sammenfald (f.eks. træningsindsatser, ernæringsindsatser), og hvor der med fordel kan koordineres på tværs.

INDHOLD DISKUTERET PÅ WORKSHOPS

- Planlagte forløb (+ visning af de forløb man er henvist til, men ikke indkaldt til).
- Kronologi i forløb (evt. opbygning af forløbet i faser, sundhedsfaglig handling)
- Parter, aktør, ansvarlig instans

I mock-up'en fremgår fx, hvilken fase og aktiviteter patienten befinder sig i eller har valgt at deltage i med inspiration fra kræft, KOL og diabetesforløb.

"Ift. forløb er det primært interessant at vide, hvilke forløb, der er i gang, hvem der har ansvaret, og hvem der kan kontaktes."

Workshop-deltager

PERSPEKTIVER

- Kontaktinfo kunne også dække over forløbsgrupper
- Resume af forløb behandles i mock-up'en som udpluk af relevant viden om forløbet.
- Mere uddybende information om detaljer for et udvalgt forløb kan muligvis understøtte det relationelle samarbejde, men det beror primært på datadeling.

Hvis patienten og pårørende ikke selv har lavet mål, kan aktiviteterne stadig grupperes ift. hvilke aktiviteter, der arbejdes med, under fanen Relationel koordinering. Fx kan aktiviteterne vise, at hjemmeplejen giver mad og drikke og praktiserende læge vejleder i kost ift. medicin. Disse aktiviteter kan udgøre et fælles mål om at forbedre patientens ernæring.

BEDØMMELSE AF MOCK UP

I opsamlingen på workshop 4 og forløbet som helhed blev workshopdeltagerne bedt om at angive den værdi, de ville tillægge den udviklede mock-up og prototype. Deres angivelser blev delt op efter sektor, dvs. kommune, sygehus, almen praksis samt patient/pårørende.

Ift. den udviklede mock-up på patientens mål var der blandt workshopdeltagerne delte meninger om, hvilken værdi - om nogen, digital understøttelse af fælles mål vil give.

KOMMUNEN

For workshopdeltagerne fra kommunesektoren kan det primært give værdi at arbejde med digital understøttelse af fælles mål i forhold til aftaler og koordinering. Derudover vurderede de ikke, at det vil give den store værdi i hvert fald ikke som et værktøj for de sundhedsprofessionelle i kommunerne, men måske som mål formuleret af patienterne selv.

“Umiddelbart er det ikke noget, der mangler i forhold til at udføre sygepleje i hjemmet – vi har vores egne mål for vores fag”

SYGEHUS

Fra sygehussektoren var de lidt mere positive overfor den værdi, som denne fælles oversigt over mål kan give. De var enige med deltagerne fra kommunesektoren i, at det især kan give værdi for en fælles proaktiv koordinering af behandling. Derudover ser de også en mulighed for at “følge med i” andre aktørers arbejde med patienten og dermed hvad der kan påvirke patienten.

“Det kan give en fornemmelse af, hvad der er i fokus ved andre aktører og som derved kan påvirke patienten”

ALMEN PRAKSIS

Workshopdeltagerne fra almen praksis lagde vægt på en mulig øget værdi ved anvendelse af en oversigt over fælles mål som et værktøj til at sikre patientens motivation, accept og forståelse. Derudover så nogle af deltagerne en større værdi ved at fokusere på patientens “personlige ønsker” fremfor mål. En forudsætning for, at sådan en oversigt vil kunne give værdi, er, at der først og fremmest skal være en fælles forståelsesramme for “mål”, hvilket en af deltagerne ligeledes nævnte.

“Ingen speciel værdi. Måske at kunne understøtte, hvis borgeren har brug for det – men er det sygeplejers opgave for alle borgere?”

Hjemmeplejer

“En vigtig information vi ikke har i dag”

Deltager fra sygehus

“Et mål kan være med til at vi arbejder i samme retning og at det derved optimerer behandlingen”

Deltager fra sygehus

“Motivation til patienten”

Parkiserende læge

“Mål er dynamiske og ændres over tid – og de opfattes forskelligt. Derfor giver det kun mening, hvis de er med som patientens ‘personlige ønsker’ og ikke andre aktørers”

“Problem: Mål er der ikke en fælles forståelsesramme for idag”

PATIENTER OG PÅRØRENDE

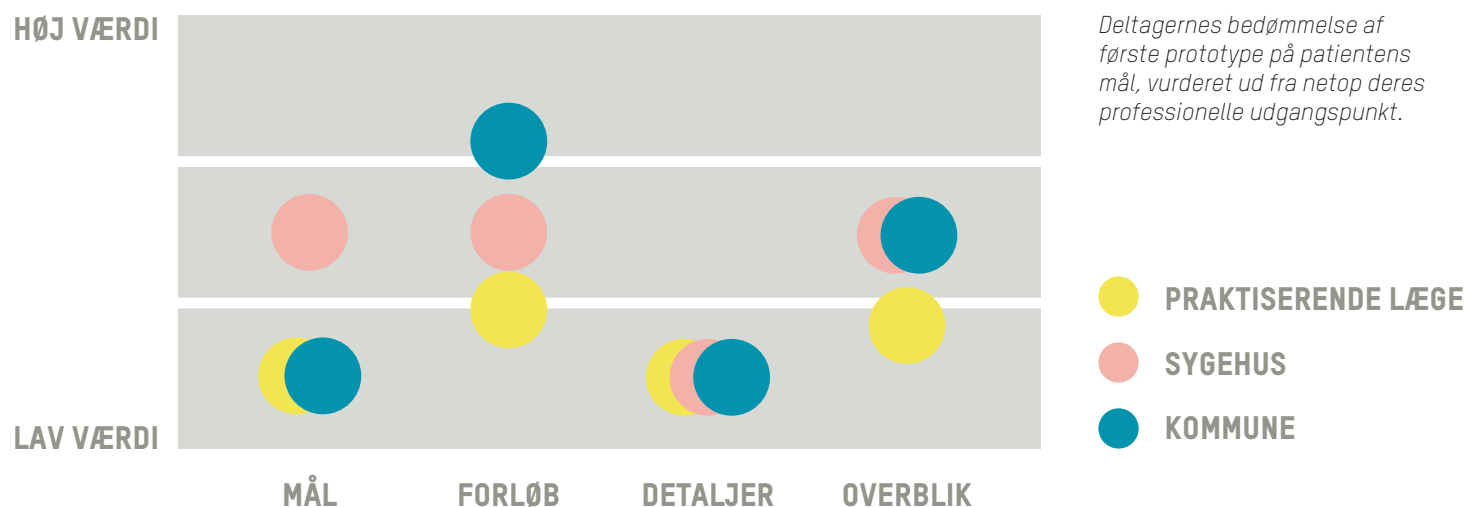
Her var der delte meninger om værdien ved anvendelse af en digitalt understøttet oversigt over fælles mål. De positive tilkendegivelser viser, at oversigten giver patienten mulighed for at skabe fokus, retning og handlemuligheder, mens de negative ikke ser nogen værdi overhovedet.

“Ingen værdi – da det er afhængig af den enkelte behandling”

RATING AF MÅL

De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere blev også bedt om at give point til de forskellige visninger/screenshots, opdelt i: Høj værdi, mellem værdi og lav værdi.

Ift. mål gælder det en Oversigt over alle forløb, Detaljer forløb 1, Overblik og Mål. Den scoring, der springer mest i øjnene, er Detaljer forløb 1. Da det tilsyneladende ikke vil give de sundhedsprofessionelle nogen værdi, er der ikke lavet en visning af dette screenshot. Se nedenstående.



“Mulighed for at handle ift. mål, det kan skabe fokus og retning”

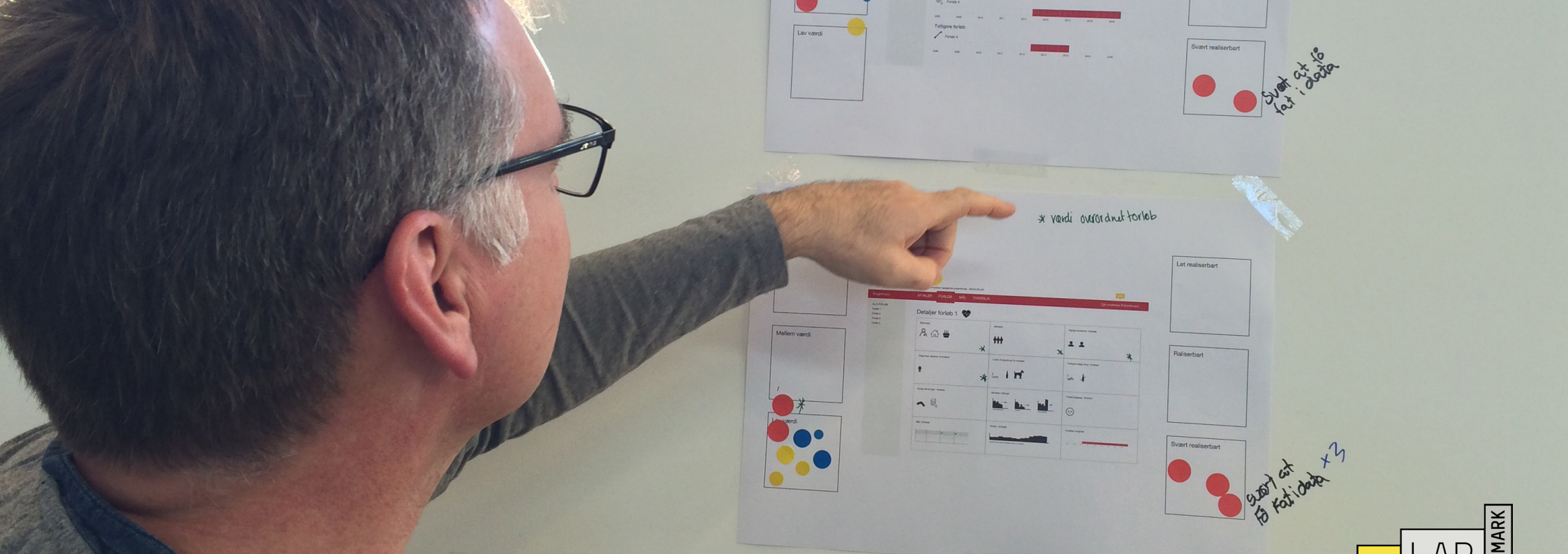
Patient

“Det betyder ikke meget for mig”

Pårørende

PERSPEKTIVERING AF MOCK UP FOR MÅL

Såfremt “fælles mål” modnes som begreb og koncept vil målene for alle aktørerne med indikation af hhv. målets betydning i forhold til den aktuelle behandling, ambitionen for målet og en indikation af, om målet er kort- eller langsigtet, kunne give værdi. Endvidere kan der for hvert mål være en oversigt over, hvilke råd og tiltag, der allerede er sat i gang for at imødekomme det pågældende mål.



OPSAMLING OG ANBEFALINGER FOR DET VIDERE ARBEJDE

OPSAMLING AF OBSERVATIONER

Allerede tidligt i forløbet i det brugerorienterede spor i pilotprojektet (spor 4) i projektet Digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb blev det i de indledende interviews med sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende tydeligt, at alle mangler:

- overblik over “hele patienten”,
- oversigt over hele patientens forløb samt tilknyttede kontaktpersoner i sundhedsvæsenet og patientens private netværk.

De her identificerede behov understøtter tidligere findings i IIAB rapporten, og endnu engang understreger det vigtigheden af, at arbejdet med patientens mål og -aftaler udmøntes i konkrete løsninger til videndeling om og med patienten.

I løbet af de 4 workshops, hvor workshopdeltagerne debatterede med udgangspunkt i de tidligere nævnte personas, brugerrejser, mock-up/prototype skitser og gensidig dialog blev der identificeret en række kvalitative krav til henholdsvis en mock-up for patientens mål og prototype for patientens aftaler samt en række anbefalinger til det videre arbejde.

PROTOTYPE PÅ AFTALER

Patienter og pårørende fra workshopforløbet understregede, at de generelt bruger meget tid og mange kræfter på at gennemskue, opdatere og navigere i deres kalender. De har i høj grad især brug for et hurtigt overblik over aftaler.

Ønsket om at skabe større overblik, gennemsigtighed og overblik over netværk via digital understøttelse blev således fokus for workshopforløbets tværsektorielle dialog, co creation og test. Udformningen af den eksemplariske klik-bare prototype og mock up og de konkrete funktioner (vist i rapporten som screenshots) er udtryk for de kvalitative krav, der i forløbet blev identificeret hos workshopdeltagerne.

Summen af brugernes behov og kvalitative krav til en digital understøttelse af aftaler er udtrykt i det udarbejdede eksempel på en prototype. De primære behov var at få et hurtigt og enkelt overblik over forløb og netværk samt gennemsigtighed. Dette er udtrykt i konkrete funktioner som:

- filtrering/søgning
- den enkelte aftale inkl. tid, sted og kontaktperson
- markering af indlæggelse
- forløbsoverblik
- historik
- forberedelse og påmindelser
- aftaler inden for tidsinterval samt
- alternative visninger af aftaler

I forhold til patienter og pårørendes overblik nævnte flere af dem, at de af og til oplever, at de selv er nødt til at have overblikket over hele deres forløb, da deres kontakter i sundhedsvæsenet ikke har det.

De sundhedsprofessionelle kan omvendt se en fordel i, at patienterne selv skal fortælle om deres forløb og skabe et overblik over deres aftaler, hvis de kan overkomme det.

MOCK-UP PÅ MÅL

I forløbets første workshop med deltagelse af sundhedsprofessionelle blev det tydeligt, at arbejdet med fælles mål var mere diffust at arbejde med set i forhold til aftaleoversigten. De sundhedsprofessionelle er ikke vant til eksplicit at arbejde med mål. Det havde naturligvis indflydelse på arbejdet med en mock-up på patientens mål.

Det var tydeligt, at forståelsen, brugen og relevansen af at arbejde med mål er forskellig på tværs af sektorer og funktioner. Hver sektor fokuserer primært på varetagelse af egne opgaver. Niveauet og detaljeringsgraden, der er relevant, opleves ligeledes forskelligt (f.eks. at blive tryk i eget hjem vs. reducere af infektionstal). Derudover opfattes andre aktørers mål ikke nødvendigvis som relevante for udførelsen af egne opgaver, særligt når et mål er beskrevet meget detaljeret.

For mock-up af patientens mål er konklusionen blandt de sundhedsprofessionelle, at arbejde med mål på tværs af sektorer primært skal tage udgangspunkt i patientens mål eller ønsker (kaldet livsmål i mock-up'en). Det skal samtidig være muligt at se behandlermål for et forløb for hermed at kunne se mål på tværs af forløb og patientens egne ønsker. Ved at kende borgerens mål kan aktiviteter, indsatser og delmål i forløb kobles sammen, og aktører på tværs af sektorer vil kunne se, hvordan de med hver deres aktivitet støtter op om borgerens mål samt øvrige aktørers behandlermål. Dermed kan der skabes et potentiale for at koordinere bedre mellem de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne og skabe større oplevelse af sammenhæng for borgerne.

På den sidste workshop var der flere af de deltagende sundhedsprofessionelle, der foreslog at kalde mål for "personlige ønsker" eller livsmål i stedet for helt at udelade det som en del af den fælles oversigt for patientens mål. De sundhedsprofessionelle deltagere blev undervejs i workshopforløbet mere åbne for idéen om at dele patientens mål, og at deling af mål kan bidrage til øget relationel koordinering på tværs af sektorer. Dialogen og det faktum, at de var til stede i det samme rum de pågældende dage, var med til at facilitere den udvikling.

Skønt der i det store hele var enighed om, at alle patienter har et mål for deres behandling, er målet ikke altid defineret eller beskrevet eksplicit. Derfor udtrykte workshopdeltagerne en bekymring for, at arbejdet med mål kan resultere i ubrugelige pseudo-mål, der giver mere støj end værdi for de forskellige aktører.

OBSERVATIONER OG OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

Observationerne fra det brugerorienterede spor i pilotprojektet giver anledning til følgende opmærksomhedspunkter i forhold til udviklingen af en digital aftale- og måloversigt:

Ønsker og supplerende oplysninger:

- Aktørnetværk og tilknyttede kontaktpersoner omkring patienten ønskes synliggjort af alle – både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle
- Samlet overbliksbillede giver alle brugerne (patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle) mulighed for at se patienten som en helhed og se hvilke aktiviteter, der udføres på tværs af sektorer og give let adgang til den nyeste og mest relevante viden om patienten.
- Visning af forløb – patienterne og de pårørende men også de sundhedsfaglige kan afstemme deres aktiviteter i forhold til øvrige planlagte aktiviteter i allerede planlagte eller igangsatte forløb.
- Synliggørelse af sundhedsaktørerne for hinanden (f.eks. via et netværkskort) og hjælpe dem med mere direkte adgang til at kommunikere med hinanden (f.eks. via personlige kontaktoplysninger).

Tekniske observationer:

- Oversigterne skal understøttes digitalt. Patienter og pårørende ønsker dog mulighed for at kunne printe oversigterne
- Dobbeltarbejde (af inddatering, vedligehold mv.) skal undgås. De sundhedsprofessionelle workshopdeltagere anser det som ekstremt vigtigt, at arbejdet med “fælles mål” ikke pålægger den enkelte aktør yderligere krav til registrering. De ønsker, at allerede eksisterende og implementerede it-systemer anvendes.

Organisatoriske observationer:

- Patienten må være omdrejningspunktet for behandlingsforløb
- Ansvarsfordeling/governance: det skal afklares hvem der er ansvarlig for oprettelse, vedligehold, opdateringen mv. af hhv. aftaler og mål.
- Aftalte arbejdsgange og opgavefordeling mellem sektorer følges som aftalt i f.eks. sundhedsaftalerne mv.
- Arbejdet med mål og målsætning skal implementeres i de sundhedsprofessionelles daglige arbejde. Det er stort at springe fra slet ikke at arbejde eksplicit med mål til både at skulle forholde sig til

tværsektorielt samarbejde og koordinering af mål for deres arbejde.

- Videre udvikling af prototypen og mock up'en skal ske i tæt dialog med både de sundhedsfaglige brugere, patienter og pårørende.
- Implementeringen af tværsektorielt samarbejde omkring patientens mål og aftaler sker i tæt dialog med både de sundhedsfaglige brugere, patienter og pårørende.
- Indførelse og anvendelse af tværsektorielle IT løsninger og forståelsesrammer (f.eks. for "mål") kræver organisatorisk udvikling.

CoLab Denmark v. Syddansk Sundhedsinnovation mener således, at hvis et styrket, digitalt samarbejde på tværs af sektorerne om komplekse patientforløb skal resultere i gevinster for både patienter og pårørende samt de sundhedsprofessionelle er det vigtigt, at eksemplet på en prototype for patientens aftaler og en mock-up for mål videreudvikles under hensyntagen til ovenstående observationer og anbefalinger.

METODISKE REFLEKSIONER

Projektet var overordnet udfordret på manglende antal deltagere til især workshops – men også i forbindelse med de planlagte fokusgruppeinterviews ved begrebsafklaring (delleverance 4,2) i særdeleshed på grund af tidspres. Den planlagte proces for begrebsafklaringen blev således tilpasset grundet et begrænset antal deltagere. Det kan have indflydelse på, hvor repræsentativt outputtet er, hvilket der blev søgt taget højde for i det efterfølgende workshopforløb, hvor deltagerne havde mulighed for at komme med input til begrebsafklaringen.

Den samme udfordring gjorde sig gældende for de første workshops. Den planlagte proces blev tilpasset grundet det begrænsede antal deltagere, hvilket kan have indflydelse på hvor repræsentativt outputtet fra pågældende workshops er. I et forsøg på at imødekomme denne usikkerhed blev der fx i workshop 3 afsat tid til at drøfte indhold i mock-up og prototype yderligere. Til den sidste workshop var der en hel del flere deltagere, hvilket var vigtigt for at kunne kvalificere output fra hele den iterative proces.

Det er også værd at bemærke, at rapportens resultater udelukkende er baseret på kvalitative metoder (interviews samt brugerworkshops med sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende) og derfor ikke nødvendigvis afspejler den generelle holdning for en given sektor.

Endelig var begrebet fælles mål og forståelsen af at arbejde mod fælles mål en del mere umodent end antaget ved design af projektet. Det kan give anledning til en overvejelse om, hvorvidt det kunne have gavnet processen på forhånd at have afdækket behov og arbejdsgange, tilsvarende materialet fra Is It a Bird, men med fokus på de sundhedsprofessionelle.

Behandlingsforløb
Kuttfasen
Behandling
Krise
Sundhedsstyrelsen
Hensigt
Fri
Mål
ØKONOMI
Ud af patient-rolle
Kassetænkning
Gevinst
Patient i centrum
Enkelt
Fælles
Viden
Kompleks
Dokumentation
Patienten
Evaluering
SAMMENHÆNG
Samarbejde
Samarbejdsforløb
Forløb
Undgå
Uoverskuelig
Pårørende
Tilpasse
Patient i centrum
OVERBLIK
Synliggørelse
Information
Koordinering
Løsning
Smartere
Overskuelig
Papir
Systemer

