



SUPERBRUGERNE

#### Redaktion

Anne Bøgh Fangel, Alexandra Institutet

Mette Mikkelsen, Designskolen Kolding

Jacob Buur, Syddansk Universitet

Marie Rørdam Fenger, Alexandra Institutet

#### Forfattere

Mette Mikkelsen, Designskolen Kolding

Anne Grønlund Pedersen, Designskolen Kolding

Anne Carstensen, Designskolen Kolding

Jacob Buur, Syddansk Universitet

Mike Kirk Andersen, Syddansk Universitet

Pia Würtz Mogensen, Aalborg Universitet

Yngve Gregoriussen, Knowledge Lab, Syddansk Universitet

Louise Mejnertz, Aarhus Universitet

Sarah Maria Rasch, Alexandra Institutet

Johannes Kugle, Alexandra Institutet

Anne Bøgh Fangel, Alexandra Institutet

Marie Rørdam Fenger, Alexandra Institutet

#### Layout & grafik

Allan Schmidt, Designskolen Kolding

#### Foto

Alle fotos er taget af projektpartnere

#### Papir

MultiOffset White

#### ISBN

Print: 978-87-90775-59-9

Digital: 978-87-90775-49-0

*Publikationen er skabt af partnere i konsortiet UNIK, hvis formål er at udvikle ny og innovativ teknologi til kroniske patienter*

© 2013

# SUPERBRUGERNE

En erfaringsopsamling om brugerinddragelse



## Indholdsfortegnelse

side:

6	Forord
8	Partnerne i UNIKs BDI-task force
14	<b>TEMA: Hvordan skaber man god velfærdsteknologi til hjemmet?</b>
16	“Nu kan dagen begynde!” – Erfaringer fra hjemmemonitoreringsprojektet TeleSkejby
24	Vil du have en sladderhank i hjemmet?
34	DiaApp: Aktivering og motivering af unge med diabetes
42	Kronisk sygdom som hverdag – hvad videoportrætterne afslørede
48	Workshop: Når behandling og velfærdsteknologi rykker ind i hjemmet

side:

58	<b>TEMA: Hvordan bliver teknologi til hverdag i et sundhedsfagligt team?</b>
60	Håber på videndeling og samarbejde – frygter for tidsrøveri og regional løsning
68	Teknologien som middel til at nå et mål – casestudies af tre succeser
76	Borgeren er centrum
82	Workshop: Hvordan bliver teknologi til hverdag i et sundhedsfagligt team?
88	<b>TEMA: Hvordan bliver velfærdsteknologi til forretning?</b>
90	Servicecenter for telemedicin
96	Fra udvikler til producent
102	At inddrage brugerne er god forretning
108	Workshop: Hvordan bliver velfærdsteknologi til forretning?

Patienter og sundhedspersonale er superbrugere i deres egen hverdag; ingen andre kender deres hverdag bedre end lige præcis dem selv. Det faktum tager denne publikation udgangspunkt i.

Publikationen er blevet til på baggrund af et samarbejde på tværs af partnerskabet UNIK, der forholder sig til, at antallet af kronikere vil vokse yderligere i de kommende år, fordi vi bliver flere ældre og på grund af vores livsstil.

Den udfordring gik en lang række virksomheder, offentlige institutioner og forskere sammen om at forsøge at løse i regi af partnerskabet UNIK, og det er der kommet en masse innovative teknologiske løsninger ud af.

For at sikre, at disse ender med at blive en kommerciel succes, som skaber en positiv forandring, har en række af partnerne fokuseret på at inddrage borgere, patienter, personale og virksomheder i at udvikle og innovere teknologi, arbejdsgange og forretningsmodeller. Og nærværende publikation viser resultaterne.

Ud over at uddrage viden fra UNIK-projekterne har vi i vores egne projektporteføljer ledt efter svar på tre spørgsmål, vi fandt det vigtigt at stille – og forsøge at besvare – gennem inddragelse af brugere:

Hvordan skaber man god velfærdsteknologi til hjemmet?

Hvordan kommer sundhedsfagligt personale godt i gang med velfærdsteknologi?

Hvordan bliver velfærdsteknologi forretning?

Magasinet er delt op i tre dele, der hver forsøger at besvare et af spørgsmålene gennem cases fra såvel UNIK-projekter som eksterne projekter.

Vi håber, magasinet vil inspirere virksomheder, sundhedspersonale og beslutningstagere m.fl. til at arbejde med brugerinddragelse i udvikling af velfærdsteknologi. Du er meget velkommen til at kontakte de involverede partnere for mere viden om projekterne, metoderne og resultaterne.

Anne Bøgh Fangel

Projektleder

” På Designskolen Kolding tager næsten alle vores projekter udgangspunkt i brugerens oplevelse af en bestemt situation. Når man udvikler produkter, services eller systemiske løsninger til social- og sundhedssektoren, er det afgørende at definere brugerne som alle de mennesker, hvis hverdagsliv bliver påvirket af det nye.

Det er altså ikke nok at inddrage enten personale eller patient. Vi må tænke holistisk og undersøge, hvordan det nye kan give mening for borgere, fagprofessionelle, virksomheder og politisk ansvarlige og prøve at tilgodese de ofte modsatrettede interesser i disse grupperinger.

*Mette Mikkelsen  
Prorektor  
Designskolen Kolding*



” På Alexandra Instituttet er vi optagede af at tænke brugerinddragelse som andet og mere end bare afdækning af ønsker og behov. Udvikling af teknologi og hverdagspraksis bør gå hånd i hånd. At ændre vaner og rutiner og komme godt i gang med at bruge et it-værktøj er en udfordring der ikke altid bare handler om godt teknologidesign.

Ofte handler det i lige så høj grad at understøtte en forandringsproces. For os er brugerinddragelse et vigtigt redskab til at sikre motivation og medejerskab.

*Anne Bøgh Fangel  
Forsknings- og innovationsspecialist  
Alexandra Instituttet*



---

» Hos AD:MT's ID-sektion har vi i vores forskningsmæssige aktiviteter erfaret, hvordan brugere – både slutbrugere, personale og relevante interessenters inddragelse i Living Labs og co-design – kan løfte og styrke udviklingen for integreringen af digital teknologi til nye områder som plejesektoren og 'det ældre lokalsamfund'.

Den løbende kontakt og inddragelse af brugere i udviklingsprocessen fra start til slut er altafgørende for at opnå et solidt og realistisk projekt, hvor brugere ikke kun bliver testpersoner men sparringspartnere, co-designere og ambassadører.

*Pia Würtz Mogensen  
MSc.Eng in Industrial Design  
Institut for Arkitektur, Design & Medieteknologi, Aalborg Universitet*



---

» På Syddansk Universitet er vi optaget af, hvordan man bringer alle de mange vigtige stemmer i spil i innovation. De bedste løsninger opstår i et samspil mellem alle dem, der har noget i klemme.

Derfor er det vigtigt, at vi som designere kan åbne for, at man kan give sit besyv med, uanset om man er udvikler, patient, sygeplejerske, læge eller politiker. Her viser det sig, at fysiske materialer kan spille en stærk rolle i at få mennesker til at snakke sammen på tværs af faggrænser og erfaringer.

*Jacob Buur  
Professor i brugerorienteret design  
Syddansk Universitet*



---

” På Knowledge Lab, SDU, udforsker og tester vi bl.a. sundheds- og velfærdsteknologi. Brugernes data og evalueringer er afgørende for udviklingen i flere af Knowledge Labs projekter. Vi arbejder både med at teste optimale vilkår for filmskabere (bl.a. via selvmonitorering) og med at skabe bedre trivsel for udsatte borgere, der bor i bosteder, dette i samarbejde med både borgerne, den offentlige plejesektor og virksomheder, der udvikler brugerdrevne it-systemer.

Vi har i UNIK-regi deltaget i udviklingen af en app til unge diabetikere, hvor brugerinddragelse spillede en stor rolle i forhold til det endelige produkt.

*Heidi Philipsen*  
*Direktør for Knowledge Lab og lektor i Medievidenskab*  
*Syddansk Universitet*



# TEMA:

---

## Hvordan skaber man god velfærdsteknologi til hjemmet?

Indtil for få år siden var sundhedsteknologi noget, der hørte sundhedsfaglige, hospitaler, lægepraksis og plejehjem til. Her har personalet sat den sundhedsfaglige dagsorden og fortalt borgeren, hvad denne skal gøre. Men dette scenarie ændrer sig, når behandlingen rykker ind i hjemmet og videre med borgeren ud i offentlige rum, på arbejdspladser osv. Erfaringer med bl.a. telemedicin tyder på, at hospitalernes 'behandlingslogik' ofte dominerer og kolliderer med borgernes opfattelse af en god dagligdag. Dermed falder kvalitet og udbytte både for borger og samfund.

Vi har til dette tema udvalgt en række cases der illustrerer, hvad der sker, når borgerne selv tager ansvar og bestemmer tid og sted for deres brug af sundhedsteknologiske løsninger, og når 'hjemmet' opfattes så bredt, at det ud over brugerens bolig også omfatter fx sociale netværk, arbejdspladsen og skolen.

### I temaets fire artikler bliver vi præsenteret for fire forskellige cases:

Den første artikel beskriver projektet TeleSkejby, der tilbød hjemmemonitorering til to forskellige grupper: gravide med komplikationer og hjertepatienter. Gennem interviews og observation fik vi indsigt i, hvordan teknologi, sundheds-personale og patienter bedst spiller sammen, og at behandlingen i høj grad tidligere har været tilpasset behandlere frem for patienter. Et vigtigt resultat var dog også erkendelsen af, at patienterne følte sig langt mindre syge, når de hjemmemonitorerede, end hvis de skulle til hyppige kontroller eller indlægges på sygehuset.

En række patienter med kroniske nakkesmerter har afprøvet et træningsredskab (en sensorteknologisk nakkepude, der sender resultater til fysioterapeuten) i hjemmet. Anden artikel i dette tema præsenterer blandt andet en af diskussionerne, projektet åbnede op for, nemlig nakkepudens funktion som 'sladderhank' i hjemmet: den socialorienterede drivkraft i, at "der er én, som regner med mig" kombineret med udsigten til at skulle stå skoleret med den egentlige præstation ved hver konsultation. Ville den kunne motivere kronikeren til at få fokus på sin hjemmetræning? Det kunne brugerinddragelsen være med til at svare på.

Det er, uanset alder, en stor mundfuld at få stillet diagnosen diabetes, men som ung betyder det, at man skal tage nogle andre forholdsregler end resten af sin omgangskreds. Tredje artikel i temaet beretter om, hvordan man – i samarbejde med unge med diabetes – har udviklet et bud på et digitalt værktøj (en app), der kan gøre livet som ung med diabetes lidt nemmere. Men hvilke forhold skal man holde sig for øje, når man skaber et værktøj, der skal fungere i mange forskellige situationer og på mange forskellige steder? Det kommer artiklen med en række bud på.

Den fjerde artikel i temaet beskriver en metode til at få indblik i de kronisk syges hverdag, nemlig videoportrætter. Her fortæller og viser patienterne selv deres hverdag og hjem frem, og resultatet, videoportrættet, kan bruges som bidrag til udvikling af teknologi med udgangspunkt i brugerens behov.



## “Nu kan dagen begynde!” – Erfaringer fra hjemmemonitoreringsprojektet TeleSkejby

Det gør en væsentlig forskel for patienter at gå fra at være passive og ureflekterede til at blive inddraget og tage aktiv del i deres sygdom. De føler sig simpelthen mindre som patienter og mere som raske mennesker, når de monitoreres derhjemme. Det var en af konklusionerne i projektet TeleSkejby, der tilbød hjemmemonitorering til to forskellige grupper: gravide med komplikationer og hjertepatienter. Etnografiske feltstudier, hjemmebesøg og brugerinddragelsesworkshops peger blandt andet på, at hjertesvigtspatienter og gravide med komplikationer gennem telemonitorering i eget hjem øger deres viden og bevidsthed om eget helbred og sygdom. Til trods for store forskelle i diagnose, alder, kendskab til teknik og varighed af monitorering, er begge grupper begejstrede for den frihed og tryghed, hjemmemonitoreringen giver dem – efter morgens målinger kan de i højere grad pakke tanker og bekymringer om deres sygdom væk og trygt tage hul på dagen.

*Af: Sarah Maria Rasch, Alexandra Institutet*

TeleSkejby-projektet havde til formål at vise arbejdsbesparende potentiale ved telemonitorering af hjertesvigtspatienter og gravide med let til moderat svangerskabsforgiftning eller for tidlig vandafgang.

De involverede afdelinger på Aarhus Universitetshospital Skejby ønskede, at brugerne skulle inddrages, så projektet også kunne vise, hvordan patienterne oplever hjemmemonitorering, og hvilke behov og ønsker de har. Derfor blev Center for Pervasive Healthcare, CfPH, involveret i

projektets slutfase og i overgangen til projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH-projektet) for at sikre brugerinddragelse.

Brugerinddragelsen i forløbet skabte ud over værdifuld indsigt i brugernes hverdag også konkrete input til teknologi og forløb til brug for projektet og den fremtidige udvikling af telemedicinske løsninger til patienter i eget hjem. Brugerinddragelsen ændrede også klinikernes antagelser og arbejdsgange omkring deres patienter, og

det har givet en værdi, der kan overføres fra projektet og implementeres i afdelingen.

### TO PATIENTGRUPPER MED SAMME TEKNISKE LØSNING

Umiddelbart synes hjertesvigtspatienter og gravide med komplikationer at være to meget forskellige patientgrupper. Den første gruppe er primært ældre mænd med en kronisk sygdom, den anden udelukkende yngre kvinder, der i en kortere periode af deres graviditet oplever komplikationer og derfor hjemmemonitoreres.

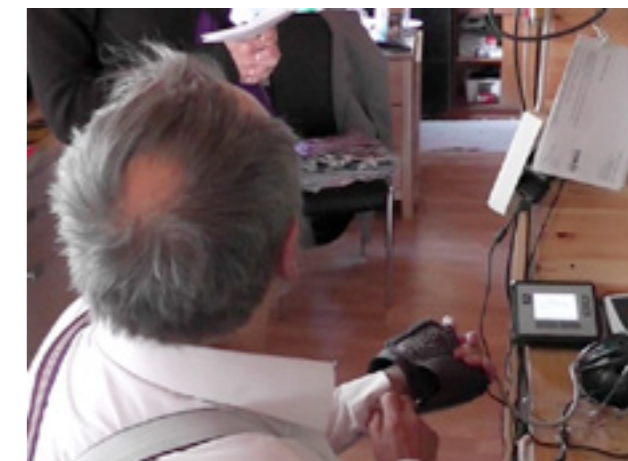
De åbenlyse forskelle er nemme at påvise, men en række ligheder på tværs af de to grupper viste sig gennem brugerinddragelsesprocessen.

### EN FØLELSE AF AT VÆRE RASK – OG HAVE KONTROL

Det er karakteristisk for patienterne, at de føler sig mindre syge, når de hjemmemonitoreres, end hvis de skulle til hyppige kontroller eller indlægges på sygehuset. De gravide stoler på, at de i samarbejde med jordemoderen kan nå at reagere, inden deres tilstand udvikler sig i en uheldig retning.

Nogle hjertesvigtspatienter er blevet væsentligt bedre til at få en fornemmelse af deres krop og symptomer, hvilket betyder, at forværringer i sygdommen tages i opløbet, og akutte indlæggelser minimeres.

Hjemmemonitoreringen bidrager samtidig til en bedre livskvalitet. Både fordi brugerne af hjemmemonitoreringsudstyret ikke færdes så meget på Skejby Sygehus til kontroller og undersøgelser, og fordi de ved selv at lave målingerne får en bedre fornemmelse af deres sygdom og ikke føler sig syge i samme grad som tidligere.



### STØRRE OPMÆRKSOMHED PÅ SYMPTOMER

Der er en tendens til, at patienterne er bedre til at mærke efter kroppens signaler og sygdommens symptomer, når de hjemmemonitorerer. Med monitoreringen reflekterer de gravide over, hvordan de har det, og hvor meget deres barn bevæger sig i løbet af dagen.

De oplever denne proces meget positivt, da de føler, at de er mere aktive. En gravid forklarer:

“(…) Jeg tror, at vi begge [den gravide og hendes kæreste] føler, at vi har mere kontrol over situationen, fordi det, der hjælper os, er, at vi føler, vi gør noget med sygdommen (…) Uden projektet og sygehuset kunne vi komme til at føle os mere bekymrede og urolige”.

### ØGET TRYGHED OG FRIHED

Hjemmemonitoreringen øger trygheden for både patienter og pårørende. Flere af brugerne oplever løsningen som en betydningsfuld aktør i deres hverdag. En hjertesvigtspatient fortæller, at han før var bange for at være alene hjemme med dårligt hjerte, men nu siger han, at “det jo nok er sådan ligesom, at der er en i huset”.

En gravid fortæller:

“Det gav så stor en tryghed, at det overskyggede det negative, som måtte være (...) man kunne starte dagen med at blive tjekket og få at vide, at alt er okay, og så kan man jo fortsætte sit liv som hidtil”.

Frihed er også en væsentlig faktor i hjemmemonitoreringen. Særligt for hjertepatienterne, som har gået til kontroller hver fjortende dag – i nogle tilfælde i årevis – kan frekvensen for besøg reduceres til hver tredje måned.

For de gravide udmønter friheden sig primært i, at de i stor udstrækning kan blive hjemme og ikke skal til kontroller eller indlægges på sygehuset. Noget der ellers kan medføre en fornemmelse af sygeliggørelse.

Hvornår målingerne skal laves, er dog ikke noget, patienterne har nogen indflydelse på, da tidspunktet er fastsat af sygehuset. Det betyder, at patienterne må tilpasse sig klinikernes rutiner og arbejdsgange i deres hjem og hverdag i den periode, de deltager i projektet, hvilket i nogle tilfælde begrænser patienten i dennes aktiviteter.

### TEKNOLOGIKENDSKAB OG NÆRHED

Der er forskel på hjertepatienterne og de gravides tekniske kundskaber, hvilket bl.a. kan tilskrives aldersforskellen. De gravide har et højt kendskab til teknologi, hvorimod hjertepatienterne har mindre erfaring med teknologiske apparater som eksempelvis tablets. Det er derfor vigtigt, at systemet er intuitivt og brugervenligt for at fremstå alsidigt og ramme den brede aldersgruppe.

I forhold til ikke-tekniske aspekter ved hjemmemonitorering viste brugerinddragelsesprocessen, at hjertesvigtspatienterne nødtigt vil undvære den helt nære relation, der eksempelvis viser sig ved besøg fra projektsygeplejerskerne under indlæggelser.

Hjertesvigtspatienternes forbehold ved at involvere flere klinikere skal ses i relation til deres ofte meget komplekse og mangeårige sygdomsforløb, som det er tidskrævende for andet sundhedspersonale at sætte sig ind i.

Patienterne kan have svært ved at skelne mellem deres oplevelse af den personlige kontakt med klinikerne og deres oplevelse af hjemmemonitoreringsudstyret. Spørgsmålet er, om det er den nære relation til klinikerne i projektperioden

eller det tekniske udstyr, der har bidraget til patienternes høje tilfredshed med deres telemonitoreringsforløb? Det spørgsmål arbejder Center for Pervasive Healthcare videre med.

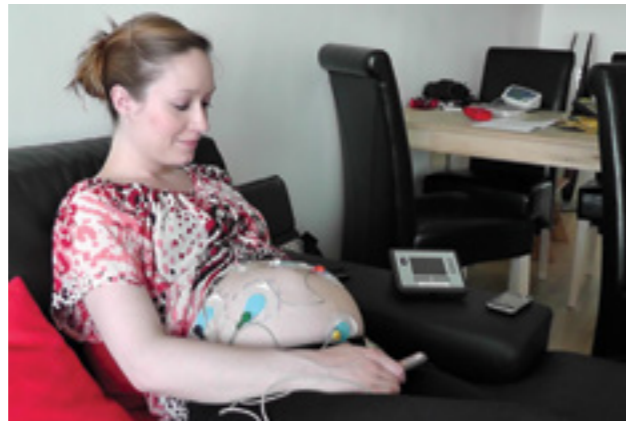


## Cases

Tom er 58 år, lider af hjertesvigt og bliver første gang opereret i hjertet i 1994. Han har anvendt begge løsninger til hjemmemonitorering og er herigennem blevet mere bevidst om sin krops signaler. Det betyder, at han er blevet mere tryk ved at være alene hjemme og får mere energi og overskud, så han eksempelvis er begyndt at kunne slå græsplænen i etaper.



Cathrine er 26 år og venter sit andet barn. Under den første graviditet udviklede hun akut svangerskabsforgiftning og måtte føde ved kejsersnit før termin. Det er årsagen til, at hun er med i projektet, da klinikerne med hjemmemonitoreringen har mulighed for at holde øje med, om hun igen udvikler svangerskabsforgiftning. Målingerne giver Cathrine og hendes mand tryk og ro, da de selv følger måleværdiernes udvikling.



## De teknologiske løsninger

Patienterne startede i TeleSkejby med en hjemmemonitoreringsløsning fra Tunstall, der blev erstattet med SilverBullets tabletbaserede løsning. I dag monitorerer de gravide fortsat i KIH-projektet, og der arbejdes i øjeblikket i Kardiologisk Afdeling på at kunne tilbyde hjemmemonitorering til afdelingens patienter.

## Metode

Det har været afgørende for projektets resultater at tale med brugerne uden for sygehusets matrikel, så brugerne har haft mulighed for at ytre sig om systemet, processen og projektet i den faktiske brugs kontekst (deres hjem) uden at 'stå til ansvar' for klinikerne. Derfor besøgte og interviewede medarbejdere fra Center for Pervasive Healthcare hjertesvigtspatienter og gravide kvinder i deres hjem, efter de havde brugt hjemmemonitoreringssystemet over en periode. Undersøgelser i borgernes hjem giver værdifulde indsigter, da sygehusets oplevelser af, hvad hjemmemålinger giver, og hvad patienten får ud af at måle, ikke nødvendigvis stemmer overens.

Eksempelvis tror klinikerne, at en hjemmesygeplejerske laver en hjertesvigtspatients daglige målinger, hvor det reelt er patienten, som tager denne opgave til sig efter hjemmesygeplejerskens første besøg. Målinger der for borgeren betyder, at denne får sin livskvalitet tilbage, da der nu er et formål med at stå op om morgenen.

## Sådan siger partnerne

” Vi tror nogle gange, at vi har patientperspektivet tydeligt for øje, men det er afgørende, at der kommer nogen udefra og taler med patienten i deres eget hjem; der sker noget andet. Det er efter projektet blevet tydeligt for os, at vi skal blive endnu skarpere på at lytte til patienten og dennes fortælling – det er ikke kun sygdommen, vi skal fokusere på, men også alt det, der følger med og påvirker patientens liv. Forløbet har sat gang i mange ting her, og det er fint at være mere fleksible og høre, hvordan vi kan tilpasse det, der foregår, bedst muligt til patienten.

*Brita Wegener, Projektsygeplejerske i TeleSkejby, Ambulatorium B,  
Aarhus Universitetshospital Skejby*

” Ud over, at brugerinvolvering er politisk hot, så er det jo superbrugbart og meget værdifuldt. Som kliniker kan man godt gå rundt i sin egen verden, så derfor er det godt at få sat vores arbejdsprocesser i perspektiv af nogen, som har en helt anden tilgang end vores. I sidste ende er det med til at udvikle forløbene til fordel for de gravide, og det betyder, at vi kan bruge flere ressourcer på dem, der er syge, og har mest behov for det.

*Olav Petersen, Overlæge, Ph.d. Gynækologisk/Obstetrisk afd. Y,  
Aarhus Universitetshospital Skejby*

” Projektet har sat gang i mange ting, så det har helt sikkert været med til at inspirere os, og patientinddragelse er noget, vi arbejder videre med. Projektet kørte meget på vores præmisser, og selvom vi syntes, at vi tog hensyn til patienter i forhold til, hvilke tider de skulle indrapportere, så var det jo os, der satte dagsordenen for det. Det er måske ikke helt okay, det kunne godt være, at man skulle være endnu mere fleksibel og høre, hvordan monitoreringen kan passe patienten bedst muligt.

*Anne Laursen, Projektsygeplejerske i TeleSkejby, Ambulatorium B,  
Aarhus Universitetshospital Skejby*

## Vil du have en sladderhank i hjemmet?

Manglende motivation og incitament til genoptræning. Det var startskuddet til et projekt, der handler om, hvordan indførelsen af sensorteknologi i simple træningsredskaber til hjemmet muligvis kan motivere borgeren til at gennemføre sin træning. Gennem et brugerinddragelsesforløb med fysioterapeuter og borgere med kroniske muskel- og skeletlidelser har projektet givet indsigt i, hvilke faktorer, der kan holde liv i borgerens motivation for hjemmetræning.

Af: Pia Würtz Mogensen, Aalborg Universitet

### HVORFOR 'SNYDER' BORGEREN?

For nogle borgere med kroniske muskel- og skeletlidelser handler det om at acceptere en ny livsstil og justere egne forventninger til sin egen formåen. Omvæltningen i dagligdagen kan bestå i, at borgeren må gå på førtidspension, at borgeren ikke kan udføre ordinære dagligdags pligter som at lægge sengetøj på, vaske op, støvsuge, eller at forælderen ikke kan løfte sit eget barn op.

**"Det kan være svært ikke at tænke at livskvaliteten daler"**  
kvindelig bruger med piskesmæld.

Ud over omvæltningen i hverdagen, hvor nye dagligdagsrutiner må indarbejdes, skal kronikerens også have ind-

passet og struktureret træningsrutiner for hjemmetræning og fysioterapeutkonsultationer for at kunne kontrollere smerterne.

**"Jeg laver øvelser i intervaller på ca. 2x10min flere gange dagligt, men burde 3x10 min"**

kvindelig bruger med diskusprolaps i nakke og slidigt i nakke og ryg.

Trods det, at borgeren har et overordnet ønske om bedring og er klar over at, at øvelserne er midlet dertil, kan det for mange være svært rent mentalt at skulle acceptere en ny livsstil og i praksis at få indarbejdet og bibeholdt en træningsrutine i hverdagen.

” Selvom det ofte kun drejer sig om få minutters daglig træning, så har mange svært ved at tage sig sammen. De synes, det er kedsommeligt at stå derhjemme og gentage de samme øvelser flere gange dagligt i månedsvis. Derfor ser vi ofte, at mange ret hurtigt dropper øvelserne eller laver dem forkert, fordi de har glemt fysioterapeutens instruktioner.

Anders Stengaard Sørensen, SDU, NyViden, september 2012

Den primære årsag til 'snyd' synes derfor at være en kombination af en mental og strukturel omvæltning i hverdagen, hvor ønsket om at opnå bedring eksisterer i høj grad, men hvor det for kronikerens rent mentalt og i praksis kan være uoverskueligt at gennemgå processen for at nå i mål.

### KRONIKERENS UDFORDRINGER

Den primære drivkraft for kronikerens er udsigten til resultater og bedring – en præstationsorienteret motivation. Resultater og bedring opnår kronikerens bl.a. gennem øvelser. Så hvorfor springer kronikerens øvelserne over, når denne har fået indarbejdet en træningsrutine? Øvelserne kan på sigt blive kedsommelige, blive tilsidesat for daglige

gøremål og aktiviteter eller opgivet, når effekten af øvelserne ikke umiddelbart fornemmes. Ifølge en af projektets deltagere, fysioterapeuten hos Benefit i Frederikshavn, var der en tendens til, at jo færre ressourcer en borger havde i sin hverdag, jo mindre struktur og overskud både økonomisk og mentalt borgerens havde, jo sværere var det også for denne at holde drivkraften i live, når effekten af træningen er langsigtet.

For disse borgere vurderede fysioterapeuten at 'sladderhanken' og den socialorienterede drivkraft i, at 'der er én som regner med mig' kombineret med udsigten til at skulle stå skoleret med den egentlige præstation ved hver konsultation, vil kunne motivere kronikerens til at få fokus på sin hjemmetræning.

” Effekten af øvelserne er jo langsigtet, og du får ikke sved på panden eller et adrenalinkick som ved en løbetur. Udfordringen ved at træne derhjemme er ensformigheden; hvis du kun har ét redskab, kan du kun lave få øvelser.

*kvindelig bruger*

” Vi er meget begejstrede for de unikke observationer og udtalelser fra forløbet, som er sorteret og inddelt i kategorier. Alt den rå information i form af observationer, interviews og resultater fra spørgeskemaer er guld værd, når vi skal arbejde videre med teknologi, udformning og software.

Det giver os mulighed for at bruge resultaterne her og nu, uden at vi nødvendigvis skal læse og forholde os til en lang rapport. Det er tydeligt, at den faglighed, der ligger i brugerinddragelsen, giver os ingeniører og teknikere nye og værdifulde indsigter og erkendelser.

*Karina T. Therkildsen, forsknings-, projekt- og studiesekretær,  
Mærsk Mc-Kinney Møller Institutet*

” En del patienter synes, at det er pinligt at indrømme over for deres fysioterapeut, at de ikke følger hans anvisninger. Så når de er til kontrol, lyver de om deres indsats. Derfor har mange fysioterapeuter og andre behandlere svært ved at vurdere, om det er den rigtige behandling, de giver patienterne.

*Anders Stengaard Sørensen, SDU, NyViden, september 2012*

#### TID ER EN VIGTIG FAKTOR

Både under workshoppen hos Benefit og under testen af prototyperne i hjemmet hos borgeren fremgik det, at en maksimal udnyttelse af tid var en væsentlig faktor for at bibeholde deltagerens motivation for træningen. En deltager nævnte, at hun ofte lavede nakkeøvelser i bilen på vej hjem – så udnyttede hun sin tid bedre.

Under testforløbet af prototyperne var der en tendens til, at deltagerne sprang træningsøvelser over, hvis det tog for lang tid for dem at få startet applikationen og få forbindelse mellem sensor og applikation. En kvindelig deltager med piskesmæld blev så demotiveret, at hun helt gav op.

En anden vigtig faktor for deltagerne var ‘antallet af handlinger’, der skulle udføres før og efter de egentlige øvelser. Trods det,

at disse trin ikke altid var tidskrævende, var det afgørende for motivationen, at der var så få ekstra handlinger at udføre som muligt. Jo færre handlinger, jo mere overkommelig og tilgængelig vil øvelsessessionen rent mentalt synes.

Det har derfor en afgørende betydning for kronikerens motivation, at tiden, der skal bruges før og efter den egentlige træning, er minimal.

#### HVORDAN HOLDES DRIVKRAFTEN I LIVE?

Sensorteknologien agerer i første omgang ‘sladrehank’ til fysioterapeuten, hvilket hjælper fysioterapeuten til at justere træningsplanen. Men hvad der er ligeså essentielt er, at monitoreringen appellerer til borgerens socialorienterede motivation, da borgeren ved konsultationerne skal stå skoleret over for over for fysioterapeuten.

Gennem brugerinddragelsesforløbet har det vist sig, at når kronikerens primære motivation ikke kan vedholdes over tid, kan der være behov for at appellere til andre typer af motivation, fx en socialorienteret motivation, hvor drivkraften er higen efter ros og anerkendelse, eller en opgaveorienteret motivation, hvor drivkraften for borgeren er den givende opgave i sig selv.

Et af aspekterne, som blev behandlet under brugerinddragelsesforløbet, var blandt andet, hvordan sensorteknologien kunne have indvirkning på kronikerens social- og opgaveorienterede drivkraft.



Eksempler fra brugerworkshoppen på motiverende træningskoncepter, som appellerer til kronikerens socialorienterede motivation, var blandt andet:

### **1. Den digitale personlige træner**

Fysioterapeuten er digitalt til stede under træningen i hjemmet. Her vil kronikerens stræbe efter at nå de mål, som fysioterapeuten sætter under hvert træningsinterval. Den underliggende drivkraft er den personlige relation til fysioterapeuten og dét at opnå ros og respekt ved at være en god 'elev' under sessionen.

### **2. Et digitalt 'genoptræningsforum'**

Kronikernes træningsintervaller uploades automatisk. Her kan medlemmer 'heppe' på hinanden, aftale 'træningsdates', hvor medlemmerne digitalt har kontakt til hinanden under træningssessionen. Her bliver den underliggende drivkraft den personlige kontakt til ligesindede, og at medlemmerne ved, at "der er nogen, som afhænger af mig og som regner med min deltagelse". Den sociale relation til ligesindede kombineret med en stræben efter at opnå ros fra medlemmerne er motivationen.

Eksempler fra brugerworkshoppen på motiverende træningskoncepter, som appellerer til en opgaveorienteret motivation var blandt andet:

### **1. Tamagotchi-træning**

Et koncept, hvor kronikerens smerter/lidelser personliggøres i form af et lille digitalt væsen, som skal plejes. Væsenet kan kun holdes i live ved, at kronikerens udfører sine øvelser som sensorteknologien registrerer. Træningen får derved et andet formål, og et nyt perspektiv sættes på smerterne – nemlig som værende et væsen. Træningen bliver en givende opgave i sig selv, da kronikerens kan se en umiddelbar effekt af sin træning på det digitale væsen.

### **2. Træningsspil**

Et koncept, hvor kronikerens kan opnå point via digitale træningsspil. Dette kunne være a la Nintendo Wii, hvor kronikerens fysiske bevægelser relaterer til et digitalt spil. Kronikerens fokus under træningsøvelserne bliver derfor flyttet fra selve øvelserne til et spil, som skal gennemføres.

Workshoppen gav således en indsigt i, hvilke faktorer inden for integrering af sensorteknologi i hjemmet, der kunne demotivere kronikerens, herunder fx tillægstid og

antal handlinger. Og dermed også hvilke faktorer, der er essentielt at behandle og minimere for at opretholde kronikerens primære motivation.

Har kronikerens indarbejdet en træningsrutine over tid, og er sensorteknologien optimeret i forhold til antal handlinger og tid etc., vil sensorteknologien med fordel kunne appellere til kronikerens opgaveorienterede og socialorienterede motivation, således at dennes drivkraft holdes i live over tid.

### **HVILKEN ROLLE KAN SENSORTEKNOLOGI HAVE I ET GENOPTRÆNINGSFORLØB?**

Et træningsredskab viste sig ikke at være enkeltstående redskab i deltagernes genoptræningsforløb. Genoptræningsøvelserne var således ikke centreret omkring ét redskab, men et træningsredskab indgik ofte som en brik i en større genoptræningsplan med forskellige øvelser, redskaber og aktiviteter.

Det betyder, at en borgers træning med et træningsredskab med tilknyttet sensorteknologi ikke vil give fysioterapeuten et fuldstændigt billede af en borgers træningsrutiner og aktiviteter – kun en indsigt i de få konkrete øvelser, borgeren udfører med det enkelte konkrete redskab.

Disse data vil selvfølgelig kunne vejlede borger og fysioterapeut under tilretning og justering af øvelserne med redskabet. Men er dette nok til at kunne give en borger den rette støtte, struktur og vejledning til at gennemføre og få indsigt i effekten af et samlet genoptræningsforløb?



Det er interessant, at sensorteknologien kan benyttes til at give fysioterapeuten et transparent billede af en del af en borgers genoptræningsforløb i hjemmet.

Men det åbner også op for en diskussion om, hvilken rolle sensorteknologien kan og skal udfylde, når sensoren netop kun monitorerer og behandler borgerens specifikke øvelser på det redskab, sensorteknologien er designet til at kunne monitorere.

Skal sensordata kunne indgå i en større helhed i et større system, hvor de kan sættes i sammenhæng med de resterende genoptrænings aktiviteter og øvelser, som borgeren udfører?

Vil dette kunne give større værdi for både fysioterapeut og borger, ved at de får et fuldstændigt billede af borgerens genoptræningsforløb, og om forløbet har den rette effekt?

Da deltagerne i workshoppen hos Benefit diskuterede og behandlede spørgsmålet "hvad er den gode træningsoplevelse?", kom der flere ideer på bordet, som omhandlede koncepter, hvor sensorteknologien i højere grad behandlede det samlede genoptræningsforløb.

Et par eksempler på ideer fra workshoppen er bl.a.:

- Et logsystem, hvor alle aktiviteter, daglige gøremål og øvelser registreres og honoreres med point
- Tamagotchi-træning, hvor smerter og lidelser personliggøres via et digitalt væsen, som kan nurses og plejes ved forskellige øvelser
- On the road-øvelse: træning som kan udføres uden for hjemmet i bilen, på arbejdspladsen etc.
- At udførelsen af øvelser og aktiviteter frigiver point til spil
- En sammenhæng mellem Stabilizer-app'en og andre trænings-apps
- En velvære-applikation med fokus på sammenhæng mellem livskvalitet, livstil, træning, velvære
- En 'måttesensor': monitorering af samtlige træningsøvelser

Der var således et behov blandt deltagerne for et samlet overblik over effekten af alle udførte træningsaktiviteter og daglige aktiviteter og ikke kun de enkelte øvelser udført via et redskab.

Brugerinddragelsen var således en øjenåbner i forhold til, hvilken rolle sensorteknologien og et givent træningsredskab kan udfylde. Sensorteknologi tilknyttet et træningsredskab har potentiale til at kunne indtænkes i en større sammenhæng og kontekst ud over det enkelte træningsredskab og tilhørende genoptræningsøvelser for at yde en fyldestgørende støtte til kronikeren.







## Træningsredskaber og sensorteknologi

UC Lillebælt og Syddansk Universitet har arbejdet tæt sammen for at udvikle en sensorteknologi, som kan tilknyttes træningsredskaber til hjemmet. En trådløs sensor tilkøbes et simpelt træningsredskab som eksempelvis træningselastik eller en Stabilizer-pude. Sensorer registrerer trykket i puden og trækket i elastikken. Derved kan det udledes, om brugeren kan holde det rette tryk i puden eller det rette træk i elastikken under øvelserne, og derved om brugeren udfører øvelserne korrekt. Formålet med sensorteknologien er at gøre borgerens hjemmetræningsrutiner transparente for fysioterapeut og læger for herigennem bedre at kunne justere en borgers genoptræningsplan, at sikre sig at borgeren udfører øvelserne, og at borgeren udfører disse korrekt.

Målet er at mindske 'snyd' og sikre et hurtigere og bedre genoptræningsforløb for borgeren og fysioterapeuten. Sensor-systemet bestående af trådløs sensor og tilhørende applikation til smartphone eller PC er udviklet på et prototype-niveau. Via applikationen kan borgeren vælge forskellige øvelser og bliver under øvelserne verbalt og visuelt guidet igennem, om borgeren skal trække mere i elastikken eller presse mindre ned på puden.



Projektpartnere: Syddansk Universitet, Mærsk MC-Kinney Møller Institutet og University College Lillebælt



## Output af BDI-forløbet

Brugerinddragelsesforløbet gav en indsigt i borgerens hverdag, borgerens hjemmetræningsrutiner, indsigt i hvordan sensorteknologien kan være både demotiverende og motiverende for borgerens hjemmetræning. Derudover gav brugerinddragelsen input til, hvordan Stabilizer-puden med sensorteknologi kan forbedres med henblik på at skabe et træningsredskab, som motiverer frem for demotiverer borgeren til hjemmetræning.

## Metode

Workshoppen var centreret omkring personas for at skabe diskussion og indsigt i deltagernes egne erfaringer i forhold til, hvordan en hverdag med en kronisk lidelse kan se ud, hvilke udfordringer man kan stå overfor, og hvad der kan motivere én til at få udført sine øvelser. Prototyperne af sensorteknologien og applikationen til Stabilizer-puden blev testet af en fysioterapeut og borgere på klinikken og i hjemmet. Da deltagerne ikke havde erfaring med Stabilizer-puden, blev der sat fokus på at skabe et realistisk scenarium, hvor fysioterapeuten udarbejdede en træningsplan med en række øvelser, som ville være relevante for deltageren ift. dennes gener.

Som en supplerende overlevering af brugerindsigter og til inddragelse af indsigter i den efterfølgende udviklingsproces blev der udarbejdet en serie af 'indsigtskort'. Formålet var, at projektpartnerne skulle have adgang til en overskuelig mængde af 'rå data' i form af citater fra deltagere og stikord fra workshoppen. Deltagerne i BDI-forløbet var en fysioterapeut og syv kronikere. Deltagerne havde lidelser som ubalance i de dybere nakkemusklér, muskel/skeletlidelser som fibromyalgi og slidgigt, piskesmæld og diskusprolaps.

En diagnosticering af diabetes er starten på et livslangt forløb, hvor det er nødvendigt at tilegne sig ny viden, færdigheder og ikke mindst adfærd og vaner. Det er en svær overgang: listen over ting, man skal huske, er alenlang; der skal tages blodsukkermålinger, føres logbog, tages insulin og meget mere. Det er en stor mundfuld, uanset alder, men som ung betyder en diabetesdiagnose, at man skal tage nogle andre forholdsregler end resten af sin omgangskreds. DiaApp er et bud på et digitalt værktøj, der kan gøre livet som ung med diabetes lidt nemmere, og måske også en smule sjovere.

*Af: Yngve Gregoriussen, Knowledge Lab, Syddansk Universitet*

Nye diabetikere står med en lang række udfordringer, og perioden fra diagnosticering til man har lært at leve med og mestre de livstilsforandringer, der kræves, er lang og sej. Det kræver en masse ny viden, ændrede holdninger og adfærd. Det er vigtigt, at man kommer ind i nogle gode adfærdsmønstre så hurtigt som muligt.

I skrivende stund bliver man hjulpet godt på vej af systemet, bliver af læger og sundhedspersonale klædt på med en masse information og gode råd i forløbet, og der er et væld af forskellige tilbud fra blandt andet Diabetesforeningen, hvor børn og forældre kan deltage.

## NYE VÆRKTØJER

DiaApp er en prototypeapplikation udviklet og testet af Teknologisk Institut, i samarbejde med Odense Universitets-hospital, Diabetesforeningen og Knowledge Lab ved SDU. Derudover har Kommunedata bistået med ekspertise i at få app'en til at snakke sammen med det offentliges systemer, og firmaet CellPointMobile til server- og dataintegration.

App'en er designet med det formål at kunne tilbyde nogle flere spændende hjælpeværktøjer, der kan være med til at løse nogle af udfordringerne i hverdagen; huske blodsukker-målinger, blive bedre til at spise de rigtige ting etc. For når støvet efter en diagnosticering har lagt sig, og familien har

fordøjet alt informationsmaterialet, er det vigtigste skridt at få opbygget faste rutiner og en fungerende hverdag.

## EN DIGITAL PLATFORM

Med afsæt i blandt andet gamification, altså anvendelse af spildesign, -mekanismer og -elementer i andre forbindelser end spil for at motivere, involvere og engagere, tilbyder DiaApp en platform med information, hjælpeværktøjer og spil, der er henvendt primært til de unge og de udfordringer, de står med. Målgruppen for projektet er unge i alderen 12-19 år. Den gruppe er meget divergerende og fordrer derfor meget forskellige henvendelsesformer. Der er udviklet en række fællesværktøjer, som danner basis for platformen, og hvor det er muligt at ramme målgruppen bredt.

Dette inkluderer blandt andet kalender og påmindelser, digital logging af måltider og nyttigt informationsmateriale, hvis man er i udlandet. Dette er dog bare en digitalisering af de værktøjer, gruppen i mange tilfælde allerede får tilbudt. Men digitaliseringen kan nu alligevel i sig selv være en fordel, da fx logging af madindtag er mindre opsigtsvækkede, hvis man sidder og gør det på sin mobil, end i en analog logbog.

## HVORDAN ÆNDRER VI ADFÆRD?

Inden gennemgangen af nogle af de andre features, DiaApp tilbyder, kan der med fordel tages et lidt dybere spadestik; navnlig i sammenhængen mellem viden, holdning og adfærd. Når der arbejdes med strategisk kommunikation, og med værktøjer som DiaApp, gøres det ud fra en overordnet 'tro' på, at:

- bevidsthed og viden om et emne kan øges
- holdningsændringer og intention om adfærdsændringer er sværere at opnå
- adfærdsændringer er endnu vanskeligere at opnå, men ikke umuligt

Det traditionelle udgangspunkt er at sammenkoble viden, holdning og adfærd på følgende måde:



Her er der tale om det, der ofte kaldes det traditionelle indlæringshierarki. Det bygger på en antagelse om, at der er en kausal sammenhæng; kognitive ændringer

(viden) medfører affektive reaktioner (holdninger), der kan forårsage konnotative virkninger (adfærd). Langt det meste af det materiale og den kommunikation, som de unge bliver mødt med i sundhedsvæsenet, er konstrueret på denne måde. Denne form for materiale har sin berettigelse, men står også med en svær opgave, da denne tilgang kræver stor opmærksomhed og rationel tankevirksomhed.

Det klassiske eksempel er kampagner omkring alkohol og fartgrænser, og selv om målgruppen er udstyret med viden om emnet, og endda langt hen af vejen er enige i budskabet (holdning), afholder det ikke fra at udvise en uønsket adfærd.

#### **GÅ EFTER BOLDEN!**

Det er her, tilgangen med gamification har noget spændende at tilbyde i forhold til mere traditionelt materiale – for at låne en sportsmetafor, så har gamification mulighed for at 'gå direkte efter bolden'. Modtageren/brugeren kan prøve kræfter med den ønskede adfærd, enten i spil, der er designet omkring dette, eller ved at tilføje spillemekanikker/tankegangen til deres hverdag.



Der er et utal af måder at forsøge at arbejde med adfærd og gamification på. Det er et felt i rivende udvikling, og det kan være en udfordring at finde hoved og hale i. I forhold til arbejdet med DiaApp, giver dette skema en udmærket oversigt:

Stadie	Udfordring	Primær spillemekanik
Blive klar over rum for forbedring	Ved ikke, at man gør noget forkert	Adfærdsmåling spil: Måle aktiviteter, sammenligne med andre / normer, give et objektivt syn på egen adfærd i forhold til 'best practice'
Tilskrive sig handling/effekt	Forstår ikke, at værdien af ændret adfærd er forandringen værd	Årsag-effektspil: Illustrere fordelene, bryde det overordnede mål ned i små overkommelige delmål
Forstå principperne bag	Har ikke forudsætningerne for at forstå/udføre den ønskede adfærd	Læringsspil: Demonstrere adfærd, og sætte det i et positivt feedbackloop
Tilegne sig nye adfærdsmønstre	Er ikke komfortabel med den ønskede adfærd	Færdighedstilegnelse: Tillad brugerne at øve den ønskede adfærd i et sjovt og sikkert miljø
Mestre og vedligeholde ny adfærd	Forstår den ønskede adfærd, men det er ikke en naturlig del af hverdagen	Adfærdsmålingspil: Måle aktiviteter og sammenligne kan være med til at sikre, at en ønsket adfærd bliver opretholdt over tid

## UDFORDRINGER OG INDBYRDES KONKURRENCE

Det primære aspekt, der er fokuseret på med DiaApp, er muligheden for, at brugerne kan sende udfordringer til hinanden eller til venner og familie. Her er en af de gevinster, man kan hente på motivationsfronten. Ved at introducere spillemekanikker til brugerens hverdag, ved at tilføje et konkurrenceelement (ikke nødvendigvis i form af præmier, men indbyrdes konkurrence) skabes et kort feedbackloop, hvor man kan se, hvordan man klarer sig i forhold til de mål, man selv og de andre brugere har sat.

Målet er, at der skal være en iboende motivation i opgaven, i DiaApp-tilfældet; det at forbedre sine vaner, for bedre at kunne klare udfordringen. Med intrinsic skal det forstås, at opgaven i sig selv er motiverende og ikke bare et nødvendigt 'onde' for at nå et slutmål. Og det er her, at tanken om DiaApp som en digital platform, og ikke bare 'en digitaliseret folder', er vigtig. Ved at have en brugerbase, der konkurrerer mod hinanden, kan dele erfaringer og følge hinandens fremgang, er der mulighed for, at hverdagen med diabetes ikke bare bliver lidt nemmere og sjovere, men at brugerne også bliver bedre til at mestre de udfordringer, dagligdagen bringer.

## ET FUNDAMENT, DER KAN BYGGES VIDERE PÅ

DiaApp er ved publikationens udgivelse i beta version på Google Play-markedspladsen, og det er håbet, at platformen og de erfaringer, der er kommet ud af prototypeforløbet, videreføres – og at udbuddet af paletten af tilbud udbygges, så det bliver muligt at tilbyde skræddersyet indhold, når personerne logger på med deres profil ud fra deres demografiske data.

**”Det er ikke alle mine venner, der ved, at jeg har diabetes. Jo mere, jeg kan ordne på telefonen, jo bedre. Det ser ikke så unaturligt ud at have den fremme”**

Amanda, 14 år

En platform som denne giver mulighed for at bringe det mest relevante indhold til overfladen baseret på faktorer som alder, og hvor lang tid brugeren har levet med diabetes.

**”Det kunne være sjovt at udfordre mine forældre eller mine søskende! Så skulle de også 'passe på' på samme måde, som jeg gør det hele tiden”**

Isabella, 15 år



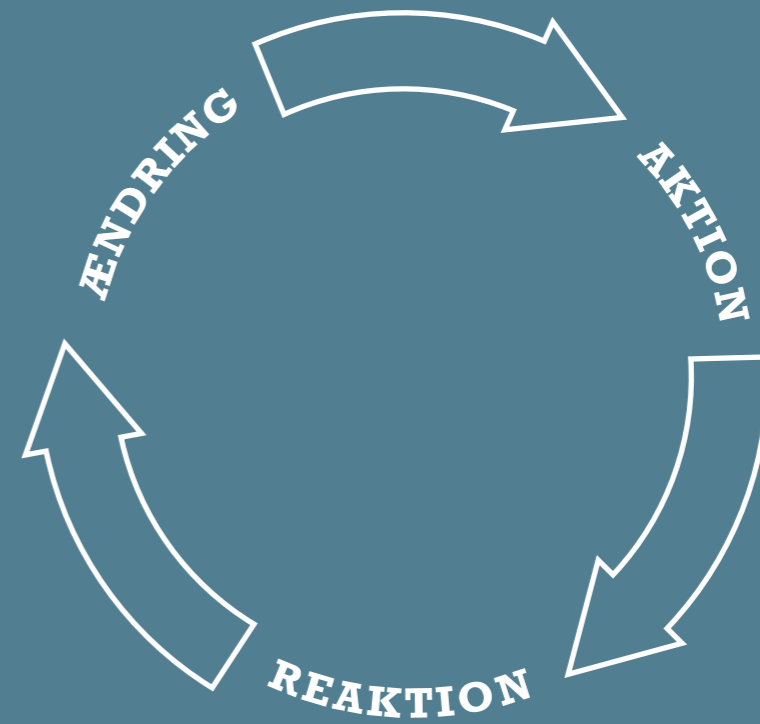
## Metode

DiaApp er blevet til i et iterativt udviklingsforløb, hvor brugerne har spillet en central rolle. Der er primært lavet fokusgrupper, hvor der ad fire omgange er blevet afholdt workshops/testdage, hvor både børn og forældre har været inddraget. Formålet med disse har været at få input til ønskede funktioner direkte fra brugerne, og feedback på produktets nuværende version. Deltagerne blev delt i mindre grupper og fik efter en dialogrunde – hvor de blev præsenteret for projektet – lov at rode med den nyeste version af app'en.

Igennem observationer og efterfølgende gruppeinterviews blev der opsamlet erfaringer med produktet, ris/ros og brugerne blev inddraget i en dialog om design af nye funktioner.

## Feedbackloop

Et feedbackloop er et udtryk for et selvforstærkende system, hvor en given handling medfører en ændring, der har konsekvenser for ens evne eller lyst til engagere med en given proces. Feedbackloops kan være både positive og negative af natur.



# Kronisk sygdom som hverdag

## – hvad videoportrætterne afslørede

Det svære ved at være kronisk syg er tanken om aldrig at få det bedre. Det var den udmelding, mange af patienterne i et projekt om videoportrætter som metode gav. For udviklere af nye velfærdsteknologier kan det være svært at forstå, hvordan kroniske sygdomme opleves, og hvad det er for en hverdag, teknologierne skal passe ind i. Ved at beskrive kronikere i en serie videoportrætter, hvor de selv fortæller og viser frem, var målet at nærme sig en forståelse for de kronisk syges hverdag.

Af: Jacob Buur og Mike Kirk Andersen, SPIRE, Syddansk Universitet

Det er meget almindeligt inden for brugerdiven innovation at udvikle personaer som eksempler på, hvem man udvikler nye produkter til. Teorien er, at udviklere, der kan indleve sig i brugerens situation, designer bedre løsninger. Personaer er beskrivelser af fiktive brugere, generaliseret ud fra studier af et bredere udsnit af mennesker.

Med projektet om videoportrætter som metode var hensigten dog at nå endnu nærmere en forståelse for brugerens hverdag. Antagelsen er, at video kommunikerer bedre end tekst, og at autenticiteten går tabt, når der generaliseres og opdigtes i personametoden.

### VIDEOER SOM ARBEJDSREDSKAB

Serien af videoportrætter blev optaget af forskere ved SPIRE, Syddansk Universitet, i samarbejde med UNIK-projektet og Den Kroniske Patientjournal. Videoportrætterne skulle hjælpe udviklere af velfærdsteknologi til at ramme nærmere brugernes behov med nye produkter. Portrætterne skal fremadrettet også bruges i undervisningen på professionshøjskoler og universiteter til at gøre kroniske patienters situation nærværende for studerende.

Portrætterne er optaget i patienternes eget hjem, og fokuserer på, hvem patienten er, og hvordan hverdagen forløber i egne omgivelser. De er mellem fire og fem minutter lange. Videoportrætterne er arbejdsredskaber;

tilskuerne skal selv anstrenge sig for at se, hvad der giver mening for deres projekt.

Videoarbejdet fik os til at se mønstre på tværs af de mest almindelige kroniske sygdomme: Parkinson, gig, KOL, hjertelidelser, diabetes. Vi kunne se, at der er træk, som går igen hos de fleste kronikere.

### CHOKKET OG SKAMMEN

Mange af patienterne snakker om det chok, de fik, da deres diagnose blev stillet, og hvordan de forestillede sig et drastisk forringet liv. De kunne se de værste scenarier for sig:

”Jeg så mig selv som en gammel mand, der ikke kunne holde på kaffekoppen og hvor maden og mundvandet løb,” fortæller en Parkinson-patient om dengang, han som 59-årig fik stillet diagnosen.

Patienterne fortæller, at det især er bevidstheden om, at man aldrig kommer til at få det bedre, der rammer én hårdt. En Parkinson-patient beskriver for eksempel, hvordan hun de to første år efter diagnosen undlod at tage sin medicin, fordi hun ikke ville erkende sygdommen.

De kroniske patienter snakker om den skam, de oplever ved at have en kronisk sygdom:

”Jeg ville ikke sidde ved siden af nogen i en sofa. De skulle ikke mærke, jeg dirrede,” sagde en Parkinson-patient.

Flere KOL-patienter er berørt af, at mange mener, sygdommen er selvforskyldt: De kunne jo bare lade være med at ryge. Også Parkinson-patienter nævner, at de bliver kigget skævt til:

”Når jeg går på gaden, kan folk godt tro, jeg er fuld, og det har jeg det ikke særligt godt med,” fortæller en patient. Der var imidlertid også en tydelig forskel på, hvor bevidste kronikere er om deres sygdom.

Patienter, der er mere afklarede med deres sygdom, giver udtryk for, at de i højere grad hviler i sig selv, løsner op og tør leve i nuet. En formodning er, at det hænger sammen med, at de inddrages i behandlingen. Nogle patienter vil gerne inddrages og følge med i deres behandlingsforløb, men projektet viste også patienter, som lægger ansvaret over på lægerne, på plejerne eller på ægtefællen.

Nogle af patienterne ser sundhedsteknologi som et middel til bedre at forstå deres sygdom. Det forudsætter dog, at

kommunikationen foregår i et sprog, som patienten kan forstå. Flere patienter tvivler på, at de kan få noget ud af nemmere adgang til deres data, fordi de alligevel ikke 'forstår lægesprog'.

#### HVEM STYRER SYGDOMMEN?

Patienterne delte sig i to grupper: Den ene gruppe er dem, som prøver at undgå at forholde sig til sygdommen, og som har en pårørende, der sørger for, de tager deres medicin og plejer dem. Sygdommen fylder meget, de har ondt af sig selv og udvikler sig måske knap så meget.

Den anden gruppe patienter får held med at danne nye vaner og tilpasse sig deres sygdom. De er ikke bange for at afprøve nye behandlinger og hjælpemidler. Det er patienter, som har accepteret deres sygdom og prøver at få det bedste ud af det. De siger selv, at de endnu har en masse oplevelser foran sig. Mest tydeligt så vi forskel på disse to grupper i det sociale liv. Mens den første gruppe sjældent går ud, involverer patienter i den anden sig i mange aktiviteter, både i foreningsarrangementer og egne initiativer.

Nogle kommer sig hurtigere over diagnosechokket end andre. De begynder igen at se en fremtid for sig og at nyde hverdagen. De arbejder på, at deres tilstand ikke skal forværres. Parkinson-patienterne fortæller gennemgående om, hvor vigtigt det er at være aktiv og ikke at falde hen:

"Det er ikke fordi, jeg syntes det er sjovt at pille i frimærker, men det fjerner fokus fra min sygdom," siger én patient.

#### PÅRØRENDE BLIVER SYGEPLEJERE

Igennem vores arbejde med videoportrætterne blev det tydeligt, at kronisk sygdom stiller store krav til de pårørende. Når behandlingen flyttes til hjemmet, flytter noget af ansvaret fra de sundhedsprofessionelle over på de pårørende. De pårørende hjælper med at rigge udstyr til, husker patienten på at foretage målinger og tager sig af kommunikationen med de sundhedsprofessionelle. De er en stor støtte for patienten og kan være med til at sikre en god behandling.

Pårørendes deltagelse kan også øge patientens eget engagement i hjemmebehandlingen, men at opfylde pligterne og sørge for at alt udføres korrekt, er et stort arbejde. Det kan påvirke de sociale relationer i hjemmet,

når ens ægtefælle også bliver ens sygeplejer. Vi så også patienter med meget aktive pårørende blive passive og forvente, at den anden part tager det fulde ansvar i hjemmet, både for patientens sygdom, for relationerne og for teknologien.

#### FÆLLESSKAB HJÆLPER

Portrætterne viste, at foreninger og det sociale samvær med andre med samme sygdom kan være en enorm støtte. Flere patienter forklarer, at det er grunden til, de er kommet videre i deres behandlingsforløb. De vil gerne spejle sig i andre:

"Hvis de kan, kan jeg også" og "Jeg har det ikke så slemt som ham, jeg skal ikke klage," er udsagn fra patienterne.

I foreningerne udveksler de erfaringer, de snakker sammen med andre mennesker, som ved lige præcis, hvad de taler om; ting, der kan være svære at forklare til familie og venner. I tilfælde, hvor patienter ikke er tilknyttet en forening, var der stor interesse for at høre om andre med samme lidelse.

Patienterne ville gerne måle deres sygdom med andres: "Hvor meget havde han af lungekapacitet?" spurgte en KOL-patient interviewer direkte.

Det sociale samvær mellem patienter med samme sygdomme synes særdeles vigtigt for de kronisk syge patienter.



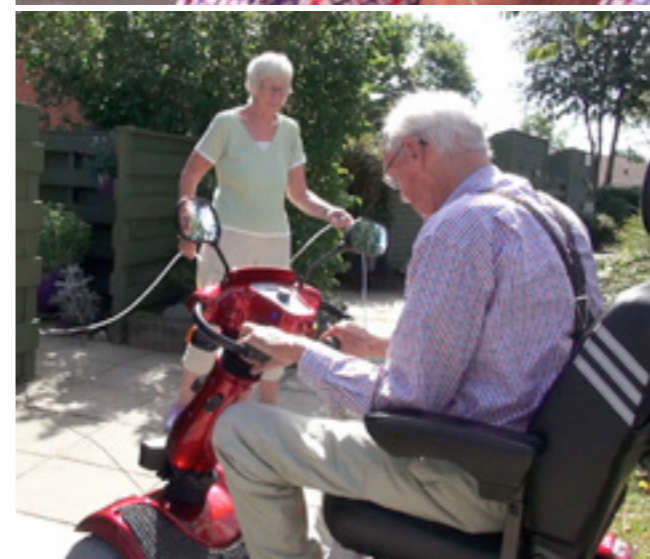


## Sådan optages videoportrætter

- Vis mennesker, der handler, snarere end mennesker, der snakker. Det er interessant at se, hvad personen typisk gør og på hvilken måde.
- Lad kameraet køre længere, end det synes nødvendigt. I øjeblikket er det svært at forholde sig til, hvad der senere kan blive vigtigt.
- Vær ikke bange for at vise ansigter. Kolleger kan få brug for at se ansigter for at kunne indleve sig i brugernes forhold..
- Husk omgivelserne og fokuser ikke kun på detaljerne. Det er vigtigt at få konteksten for en handling med.
- Prøv ikke på at være usynlig. Vær i stedet ærlig om, hvad optagelserne skal bruges til.
- Gør kameraet til en sympatisk medspiller. Gå tæt på. Vis med kameraet interesse for det, der foregår.
- Vær ikke bange for at spørge til en gentagelse af en handling, hvis den ikke kom med på kameraet.

## Redigering

- Lad personen selv forklare: Spil lyd fra interviews hen over handlingen, så vi hører, hvordan personen selv opfatter det, vi ser.
- Vælg en langsom klipperytme: Det tager tid for tilskueren at læse materialet og danne sig et indtryk.
- Glem alt om 'budskaber': Det er et menneske med mange facetter, der skal beskrives, og ikke ét bestemt budskab.
- Undgå baggrundsmusik og smarte effekter. Det fjerner autenticiteten i portrættet.





## Workshop: Når behandling og velfærdsteknologi rykker ind i hjemmet

Behandling og sundhedsteknologi har traditionelt været forankret i sundhedsfaglige kontekster såsom hospitaler, lægepraksis og plejehjem. Her er det sundhedsfaglige personale vant til at stå for – og bestemme – hvad der skal foregå, og hvad borgeren skal gøre. Dette ændrer sig, når behandling og velfærdsteknologi rykker ind i hjemmet og videre med borgeren ud i offentlige rum, på arbejdspladser osv. Erfaringer med bl.a. telemedicin tyder på, at hospitalernes 'behandlingslogik' ofte dominerer og kolliderer med borgernes opfattelse af en god dagligdag. Dermed falder kvalitet og udbytte både for borger og samfund.



Se highlights fra workshoppen



Den 13. juni 2013 samledes 70 offentlige og private aktører for at få indblik i, hvad der sker, når borgerne selv tager ansvar og bestemmer tid og sted for deres brug af sundhedsteknologiske løsninger. De udfordringer og potentialer, der opstår, når det der fungerer godt på et hospital, skal overføres til hjemmet og tilpasses både Facebook og bridgeklub, blev sat i spil og debatteret livligt.

Dagen bød på rige muligheder for erfaringsudveksling og diskussioner på tværs af aktører, og det kom der en række pointer ud af.



### Hvad sker der, når velfærdsteknologien rykker ind i hjemmet?

- Nøglen skal overdrages fra system til borger – borgeren skal inddrages, og der skal skabes selvstændiggørelse og ejerskab
- Fokus på medarbejdernes rolle og kompetencer skal skærpes, og telemedicin / telesundhed skal tænkes helt ind i uddannelses- og efteruddannelsesforløbene
- Lighed i IT skal på dagsordenen, så der bliver lige adgang til IT for alle medarbejdergrupper, og IT integreres i den daglige praksis
- Silotænkning skal erstattes af helhedstænkning – samarbejde på tværs skal opprioriteres og gentænkes, og kasse-tænkning nedbrydes
- Den dybe tallerken skal ikke opfindes hver gang – man bør satse på de teknologier, der allerede er i hjemmet, så brugen er intuitiv, og borgeren er tryk og fortrolig med at bruge dem
- Internationale standarder og åbenhed er vejen frem, så tilgængelighed bliver nemmere, og der bliver kortere vej fra idé til produkt
- Måske skal der en 'pistol for panden' til, for at vi får lavet den lovgivning og de økonomiske incitamentsstrukturer, der understøtter den telemedicinske udvikling og implementering
- Et innovativt tværsektorielt økosystem med tydelige 'motorveje' i forhold til rådgivning, iværksætteri, testmiljø og investorer understøtter en mere smidig proces fra ide til resultat



**ERIK GRÖNVALL**

post doc, Institut for Datalogi, Aarhus Universitet

- > På hospitalet er man patient, i hjemmet har man mange forskellige roller, men først og fremmest er man menneske
- > Der er forskel på sundhedsteknologi til hospitalet og sundhedsteknologi til hjemmet, og derfor er det vigtigt at udvikle teknologien sammen med dem, der skal bruge den og det sundhedsfaglige personale i den anden ende
- > For at løfte udviklingen af sundhedsteknologi er det en fordel, at private leverandører, forskere og brugere samarbejder



**STINNE BALLEGAARD**

antropolog og senior projektleder ved KORA

- > Det er vigtigt at have øje for, hvordan sundhedsteknologi passes ind i hjemmets æstetik, kulturelle orden, sociale relationer og rutiner
- > Valg af teknologi har stor betydning for patientrollen, personalets arbejdsgange og for kommunikation mellem personale og patient
- > Patienters mestringspotentiale har indflydelse på, hvilke typer af teknologiske løsninger, der passer til hvilke patienter



**BO JAKOBSEN**

direktør, Wei-con ApS

- > Det er afgørende at inddrage brugerne i udviklingsprocessen for at få en grundlæggende forståelse for, hvad det er, brugerne har behov for og for at få genereret en række idéer at arbejde videre med
- > Brugere er for flinke, og derfor er det vigtigt at inddrage eksterne, anonyme evaluatore, så brugerne ærligt tør sige, hvad de tænker og mener
- > Det er vanskeligt at finde vej, når man gerne vil bevæge sig fra projekt til salg



**BIRTHE DINESEN**

lektor, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

- > Patienter er ikke til at styre – mange er mobile og bevæger sig fra hjemmet, arbejdspladsen og campingvognen, og det er vigtigt at tænke ind, når man udvikler sundhedsteknologier til 'hjemmet'
- > Når man inddrager patienter i et samarbejde med forskere, er det vigtigt, at patienten ikke føler sig som en automat, der skal levere en masse data til en forsker – der skal være værdi i det for dem
- > Som virksomhed, der vil sælge sundhedsteknologi til anvendelse i hjemmet, er det vigtigt, at man kender sin målgruppes behov og har indsigt i deres hverdag

Hvad ser du som det største  
potentiale og den største  
udfordring, når behandling  
og velfærdsteknologi rykker  
ind i hjemmet?



**Birthe Dinesen**

lektor, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

Det største potentiale er, at vi kan tilbyde en mere individuel pleje, behandling og genoptræning og give patienter, der lever med kroniske sygdomme, nogle redskaber, så de undgår at skulle på sygehuset. Som patient får man en nemmere kontakt med sundhedsvæsenets parter. Det letter koordineringen og kommunikationen, så man får livskvalitet, og samtidig bliver sundhedsvæsenet effektiviseret.

Den største udfordring er at sikre sig, at teknologi ikke står alene. Det handler om at tilbyde et nyt servicekoncept, som matcher hr. Jensens behov og ikke bare er noget, vi presser ned over hovedet på patienten. Vi skal udvikle nogle differentierede servicekoncepter, som matcher den enkelte.



**Stinne Ballegaard**  
antropolog og senior projektleder ved KORA

Det største potentiale og den største udfordring, når behandling og velfærdsteknologi rykker ind i hjemmet, hænger lidt sammen. Hvis man kigger på brugersiden, kan man se, at det for nogen er en kæmpe stor støtte og hjælp og noget, der kan optimere kvaliteten i deres behandling og gøre en forskel. For dem er der et virkeligt stort potentiale.

Omvendt for dem der ikke har ressourcerne til det, og som ikke magter det, kan det være for overvældende og for stort et ansvar. Udfordringen er at sikre sig, hvordan man tager vare på de mennesker? Er man så nødt til – organisatorisk – at have to parallelspor? Og hvordan sikrer man, at patienten er i centrum og ikke ender med fem forskellige 'kufferter'?



**Erik Grönvall**  
post doc, Institut for Datalogi, Aarhus Universitet

Det største potentiale, når behandling og velfærdsteknologi rykker ind i hjemmet er, at der er flere valgmuligheder for patienter og brugere, og det bliver nemmere for dem at integrere en behandling i det daglige liv. Teknologi kan støtte kommunikation, koordination og arbejdsfordeling mellem professionelle behandlere, patient/brugere og pårørende, og simple opgaver kan tages over af teknologi, så personalet har tid til social omsorg.

De største udfordringer er, at ikke alle vil have mere teknologi ind i hjemmet. Og når teknologi og behandling rykker ind i hjemmet, er der på den ene side risiko for, at borgere isoleres og på den anden side risiko for, at hele familien inkluderes og påvirkes af teknologi og behandling. Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at samme diagnose ikke er det samme som homogene brugere – hver borger skal være i centrum!



# TEMA:

---

## Hvordan bliver teknologi til hverdag i et sundhedsfagligt team?

Velfærdsteknologi er på rigtigt mange menneskers læber, som drivkraft for vækst og som potentiel løsning på samfundets demografiske udfordring. Men spørgsmålet om, hvor meget velfærdsteknologi, der skal anvendes, får ofte en klang af nedskæringer og mangel på 'varme hænder'. Med et designmæssigt perspektiv er der mulighed for at se på problemstillingen mere holistisk og undersøge, hvordan produkter, services og systemer kommer til at arbejde sammen og give mening i danskernes hverdagsliv.

Design er nemlig en proces, der kan få produkter, services og systemer til at danne sammenhænge, som giver (ny) mening for den enkelte. Det gælder, når man designer en kjole, men også når man designer services som fx betalingsordninger eller andre serviceydelser eller systemer som bycykler i København. Det er vigtigt løbende at udvikle og udforske, hvordan man ved at bruge fagets metoder kan designe forandringer, der har brugerne i centrum og kan forbedre forholdene for dem.

Fra et brugerperspektiv er et centralt spørgsmål "Hvordan bliver de nye teknologiske løsninger modtaget og taget i anvendelse i den brede skare af fagligheder, som skal få dem til at blive en del af hverdagslivet?" Men det er også vigtigt at spørge sig selv, hvem brugerne egentlig er? Når det er et spørgsmål, vi vil forsøge at svare på i denne publikation, er det selvfølgelig, fordi vi i UNIK-projektet har haft brugeren i centrum, og fordi brugeren af velfærdsteknologi er en mangefacetteret størrelse, som vi er nødt til at forholde os aktivt til.

Der er nemlig mange og ofte modsatrettede interesser på spil. De er vigtige at erkende, hvad enten vi skal hjælpe entreprenører og forretningsfolk med at etablere nye markeder, eller vi skal bidrage til, at borgere i Danmark og medarbejdere i velfærdssystemet får en ny forståelse for, hvordan dette system kan og skal udvikle sig.

Vi arbejder meget bredt med velfærdsdesign, og en helt central indsigt er, at implementering af velfærdsteknologiske løsninger er kilden til megen frustration. Vi har mødt mange nysgerrige og omstillingsparate medarbejdere, der gerne vil det nye, men er afhængige af, at deres redskaber virker og ikke forsinker deres arbejdsprocesser i en travl hverdag. Det står i skærende kontrast til de iværksættere, vi samarbejder med. De har hårdt brug for at få prototyper og de første modeller afprøvet i 'real life' og har meget svært ved at komme i kontakt med potentielle brugere.

Hermed er der skabt grundlag for at formulere barrierer og drivkræfter for den gode implementering, både når det gælder best practice i et internationalt perspektiv og når det gælder de vilkår, velfærdsteknologiske løsninger udsættes for i Danmark i dag. Det sætter vi fokus på i denne del af UNIK-publikationen.

## Håber på videndeling og samarbejde – frygter for tidsrøveri og regional løsning

Det er vigtigt for medarbejdernes motivation, at der er ledelsesmæssig og tværsektoriel opbakning, når en ny teknologi skal introduceres. Det giver de involverede en tryghed og sikkerhed for, at det ekstra engagement og arbejde, en pilot-udrulning kræver, både bliver bakket op og vil komme dem til gode i sidste ende. Designskolen Kolding har talt med de fremtidige brugere af det nye tværsektorielle platform, Shared Care Platform. Brugerne peger på, at hvis udrulningen af ny teknologi skal blive en succes, bør:

- implementeringen være drevet af et reelt behov.
- brugerne inddrages i udvikling og test på en meningsfuld og veltilrettelagt måde.
- god kommunikation sikre gennemsigtighed i forløbet for de involverede parter.
- projektet bakkes op både ledelsesmæssigt og tværsektorielt.
- ansvarsfordeling og support håndteres i forbindelse med implementeringen.

Af: Anne Grønland Pedersen, Designskolen Kolding

### DIFFERENTIERET OG FÆLLESSKABSORIENTERET IMPLEMENTERING

Personalet på sygehuset er positive, ansatte i almen praksis skeptiske og kommunerne afventende. Der er altså stor forskel på forventningerne til den tværsektorielle teknologi Shared Care Platform i de forskellige sektorer. Behovene hos de tre målgrupper er også forskellige, og det giver derfor mening at arbejde med differentieret implementering.

Det er en af indsigterne fra UNIK og Designskolen Koldings afdækning af forventninger og forståelse i forbindelse med implementering af Shared Care-platformen.

Projektet Shared Care Platform i Region Syddanmark skal give behandlerne mulighed for at kommunikere og dele viden om kroniske patienter på tværs af sektorer, samtidig med at patienterne kan følge forløbet og bidrage med målinger og beskrivelser.

Platformen skal understøtte en bedre koordineret behandling og kommunikation mellem parterne for dermed at styrke behandlingskvaliteten og skabe et mere holistisk billede af den samlede tværsektorielle behandlingsindsats. Shared Care-platformen vil også muliggøre en højere grad af patientinddragelse ved at give patienterne mulighed for at se og registrere data i forbindelse med deres behandling. Målgruppen er først og fremmest hjertepatienter, men på sigt også andre kronikergrupper med et tværsektorielt behandlingsforløb.

Designskolen Kolding har gennemført en mindre undersøgelse af projektet Shared Care Platform. Helt konkret har man arbejdet med sundhedsprofessionelle i to kommuner, Nyborg og Faaborg-Midtfyn, en praktiserende læge, ansatte på sygehuset i Svendborg, Region Syddanmark og IBM.

Målet var at få en forståelse af de kommende brugere af Shared Care Platform, den hverdag, teknologien skal passes ind i, og brugernes forventninger til denne indpasningsproces. Undersøgelsen skulle identificere, hvad der er fremmede eller hæmmende for en succesfuld implementering ud fra Shared Care-brugernes perspektiv. Brugerne gav deres bud på, hvad de frygter – og hvad de håber – og

heraf blev en række anbefalinger til implementering skabt. Brugerne pegede blandt andet på, at der i introduktionen af platformen både skal tages højde for det fælles tværsektorielle perspektiv og parternes individuelle behov.

#### 1. En sektor-samlende platform skal introduceres samlet

“Det kunne være rigtig fint, hvis man satte en dag af, hvor man kunne bruge halvdelen af tiden sammen på tværs af sektorer, sådan at man havde denne her opstart, der handler om, hvad er det, vi kan få ud af det her.”

#### 2. Introduktion via ildsjæle kan gøre det vedkommende

“Det, man allermost har brug for, er at tale om merværdien. Hvad giver det mig af merværdi? Jeg tror, at det betyder meget, hvis man kan introducere det med ildsjæle. Men hvor kan man finde sådan nogen ildsjæle?”

En tværsektoriel platform bør altså ifølge brugerne introduceres samlet. Dermed vil de parter, der skal samarbejde og dele viden virtuelt via platformen, også få skabt et

fælles udgangspunkt for dette samarbejde. Men for at gøre systemet vedkommende for de enkelte parter, er det samtidigt vigtigt at få formidlet den merværdi, som det skaber ud fra de individuelle perspektiver. Det kan ildsjæle fra de forskellige organisationer bidrage til.

Frem for at lade projektgruppe eller leverandør introducere til den nye platform, foreslår brugerne, at man bruger ildsjæle fra de forskellige brugergrupper, og dermed sikrer at introduktionen er i øjenhøjde med de mennesker, som rent faktisk skal anvende den nye teknologi.

### **FRYGT – OG HÅB**

Nogle af de væsentligste bekymringer, brugerne gav udtryk for, var frygten for, at systemet bliver begrænset til regionen frem for at blive et nationalt system:

“Jeg synes at man skulle bruge kræfterne, pengene og krudtet på at lave nationale løsninger og ikke regionale løsninger,” sagde en.

Brugerne frygter også, at systemet bliver en tidsrøver:

“Frygten er jo selvfølgelig, at det kræver en masse mere. Hvis nu det tager længere tid at sidde og registrere det, og

vi alligevel skal kontakte de andre instanser på mail eller telefon. Så sparer vi ingen tid ved det.”

Det at skulle logge ind og registrere data i flere og flere systemer er blandt andet noget af det, der peges på som den helt store tidsrøver. Der er derfor også stor optagethed af, at systemet ikke bare bliver endnu et system i en lang række af systemer:

“Vi vil have integrerede løsninger. Vi vil ikke sidde og hoppe fra det ene til det andet til det tredje program.”

Dette ønske gav stort set alle de kommende brugere udtryk for.

Et andet af de helt store håb blandt brugerne er, at systemet vil lette deres arbejdsgange og spare tid. Mange mener, at tværsektoriel datadeling er en god idé, og de håber, at systemet vil forbedre videndeling og samarbejde på tværs og bidrage til en bedre behandling af patienten. En bruger sagde blandt andet:

“Det vil være godt for patienten, at jeg altid er velinformeret, når jeg møder vedkommende.”

### **FORUDSÆTNINGER FOR SUCCES**

Som nævnt indledningsvist siger brugerne, at en række forudsætninger må opfyldes, for at implementeringen af Shared Care bliver en succes. Meget vigtigt er, at der er ledelsesmæssig og tværsektoriel enighed om at bakke projektet op. Brugerne sagde blandt andet:

“Det skal jo være et krav oppefra. Det skal være noget ledelsen beslutter – at det er det, vi gør. For hvis ikke alle bruger det, så kan vi ikke bruge det til noget.”

“Jeg har savnet, at der var blevet gjort noget mere ud af at få de rigtige beslutningstagere ind over.”

“Jeg tænkte, at det havde været godt, hvis ledelsesniveauet var blevet involveret fra starten, og det var dem, der havde bedt mig om at deltage.”

Man skal simpelthen have folk med på toppen først til at synes, at det er en god idé, for så har man opbakning til at deltage.

Det er altså en afgørende motivationsfaktor for de involverede medarbejdere, at projektet ikke risikerer at løbe ud i sandet på grund af manglende opbakning. Derfor er det væsentligt at få fat i de rigtige beslutningstagere fra starten.

Er projektet afhængigt af flere sektorerers involvering, er visheden om, at den indsats, medarbejderne yder, ikke er spildt, særdeles vigtig. Andre vigtige forudsætninger for, at implementeringen lykkes, er:

#### **1. At implementeringen er drevet af et reelt behov.**

“Hvis vi oplever en værdi, så bruger vi det, og hvis vi ikke oplever en værdi, så bruger vi det ikke. Sådan kan man sige det.”

For at et projekt skal være bæredygtigt, bør teknologi ses som et middel til at højne effektiviteten og forbedre oplevelsen af eksisterende serviceydelser eller skabe helt nye, fremfor blot at være et supplement til det, der allerede er.

#### **2. At brugerne bliver inddraget i udvikling og test på en meningsfuld og veltilrettelagt måde.**

“Altså de der IT-folk, de kender jo ikke vores hverdag. Alle de her værdier, vi måler, blev jo sat op alfabetisk. Så er der slet ikke noget overblik.”

For at sikre, at et implementeringsprojekt er værdiskabende, er det vigtigt at involvere de mennesker,



der skal have glæde af løsningerne. De er de bedste til at svare på, hvilke udfordringer de har – og disse udfordringer bør være udgangspunktet for nye løsninger.

**3. At man gennem god kommunikation sikrer gennemsigthed i forløbet for de involverede parter.**

“Altså siden sidste sommer har jeg hverken set eller hørt om det, og vi har jo heller ikke fået det præsenteret.”

Involvering af mennesker betyder også behov for information og kommunikation. Hvis ansatte og borgere lægger tid i et projekt, bør de holdes informeret om, hvordan projektet skrider frem, og hvad deres input bliver brugt til og udvikler sig til – involvering kræver opfølgning.

**4. At man tager højde for både ansvarsfordeling og support i forbindelse med implementeringen.**

“Vi mangler blå mænd som render rundt og hvor man kan sige: “Nu er den gal med computeren” – og så kommer de over og fikser den. Det mangler vi i dén grad, og det er virkelig et kæmpestort problem.”

Det er primært ildsjæle i organisationen, som er drivende i udviklingsprocessen, og derved den primære drivkraft bag organisationens forandringsevne. Men en ildsjæl har, til trods for et stort engagementet, ikke uanede mængder af overskud, og det er derfor nødvendigt at tænke over uddelegering og kommunikation af ansvar såvel som en gennemskuelig supportstruktur.





## Metode

Undersøgelsen er gennemført som et kvalitativt studie af projektet Shared Care Platform. Aktører hele vejen rundt om teknologien er interviewet, både repræsentanter fra to kommuner, sygehuset og fra almen praksis, samt fra projektgruppen og leverandøren.

Der er indsamlet data via semistrukturerede interview af omkring halvanden times varighed, og der er talt med i alt otte respondenter på tværs af sektorer og suppleret med observationer på sygehuset og kortere samtaler med de aktuelle hjertepatienter.

På baggrund af de bandede interviews er der udarbejdet en temaanalyse, og resultaterne er efterfølgende trianguleret med indsigter fra andre undersøgelser, casestudier og implementeringsrapporter for at sikre validiteten i dette forholdsvis lille studie.

” Brugerdrevet innovation er nødvendigt, for at vi formår at flytte sundhedsvæsnen op i et højere gear. Det kan bidrage til at kvalificere og facilitere udviklingsprocesser og dermed være med til at forbedre resultaterne og i sidste ende også lette implementeringen. Det er utopisk at tro, at man kan lave innovation uden at inddrage slutbrugerne.

*Allan Nasser, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark*

## Teknologien som middel til at nå et mål – case studies af tre succeser

Når man ser på velfærdsteknologiske implementeringsprojekter, tages der ofte udgangspunkt i enkeltprodukter frem for systemer og arbejdsprocesser. Projekter bliver altså oftere drevet af teknologi end af en overordnet strategi, et reelt behov eller forbedringspotentiale. Mange af disse projekter kommer heller ikke længere end pilotstadiet, så hvad skal der egentlig til for at sikre fuld udrulning og implementering i bund?

Home Telehealth (US Veterans Health Administration), Home Safety Telecare Service (Scotland, West Lothian) samt E-hemtjänst (Sverige, Västerås) er tre eksempler på projekter, som har ført til en succesfuld implementering, og som belyser nogle af de centrale problemstillinger i forhold til implementering af velfærdsteknologi. Kendetegnende for alle projekterne er, at teknologien aldrig har været udgangspunkt, men derimod et middel til at nå en målsætning. Derudover har der været stort fokus på træning, support og organisationsopbygning og ikke mindst tidlig og vedvarende involvering af de fagprofessionelle.

*Af: Anne Carstensen, Designskolen Kolding*



### HVORFOR LYKKES NOGLE PROJEKTER, NÅR SÅ MANGE IKKE GØR?

Der findes tusindvis af velfærdsteknologiske projekter inden for kommune, hjemmepleje og sygehusvæsen, men succeserne – gode eksempler på implementering i bund – kan være svære at finde. Mange af dem er aldrig nået længere end pilotstadiet.



**Designskolen Kolding har fundet og analyseret tre succeser; meget forskellige, men med en række fællestræk, når man ser på, hvorfor implementeringen er lykkedes:**

- Teknologien har blot været et middel til at nå målet. Behovet har været udgangspunktet og man har tænkt i re-design og optimering af eksisterende processer
- De fagprofessionelle, brugerne og andre relevante aktører er blevet involveret allerede fra de tidligste faser, hvilket har givet større ejerskab og færre barrierer i implementeringen i form af brugermodstand
- Der har været en meget klar overordnet strategi og målsætning og derved retning for projektet samt opbakning fra ledelsen, hvilket har betydet, at ingen har været i tvivl om, hvad der arbejdes hen imod, og alle har trukket i samme retning
- Træning og kompetenceopbygning hos fagprofessionelle og borgere/patienter er altafgørende for, at teknologien skal finde fodfæste

### HOME TELEHEALTH

Skal man finde et projekt, som i dag når rigtigt mange mennesker, og som må betegnes som en succes i forhold til implementering af velfærdsteknologi i stor skala, skal man se mod US Veterans Health Administration (VHA) og deres 'Home Telehealth'-projekt.

Projektet ligger inden for kategorien telemedicin og startede allerede i 1990'erne, hvor der i VHA var et ønske om at flytte fokus fra hospitaler til patientcentreret pleje og forebyggelse samt bedre forvaltning af kronikere. Centralt var konceptet 'best value care', som bestod i et skift mod systematiske målinger, bedre resultater og systematisk kommunikation til borgerne.

Dertil kom behovet for at sikre pleje til en befolkningsgruppe, hvoraf 40 procent bor i svært tilgængelige land-områder. 'Virtual healthcare' blev derfor et vigtigt element i strategien, der blev introduceret som led i et stort 'care coordination'-initiativ – initiativet, der efter et pilotforløb blev til Home Telehealth-programmet.

#### STØRSTE TELEMEDICINSKE INITIATIV I VERDEN

Home Telehealth er i dag det største telemedicinske initiativ på verdensplan og når ud til 70.000 patienter. Målgruppen er patienter uden for institutioner, som har tre eller flere problemer i det daglige liv og omfattende behov for pleje, som udgør en omkostning på >\$100.000, og som er i overhængende fare for at ende på plejehjem.

Målet bliver at gøre disse mennesker til 'expert patients', som kan varetage deres egen sygdom. Man indfører derfor tre elementer: Real-time Clinic Based Video Telehealth, som muliggør konsultation med læge via videokonference, så patienten slipper for mange timer i bil, Home Telehealth, som hjælper patienter med at monitorere deres egen tilstand hjemme og derved undgå store udsving i patientens tilstand, samt Store-and-Forward Telehealth,

som muliggør deling af patientdata (tekst, billeder og video) som en del af en elektronisk patientjournal. Projektet har betydet et væsentligt fald i indlæggelser samt sengedage, og patienter, der har stået over for at skulle på plejehjem, kan igen klare sig selv.



#### 'CLINICAL CHAMPIONS'

En væsentlig faktor for projektets succes er, at projektet fra starten har været båret af en klar, overordnet målsætning, så alle har arbejdet i samme retning.

Derudover har man været ekstremt god til at formidle 'best practice' og lave systematiske målinger og evalueringer og skabe en række standardiserede nøgleelementer i programmer, og endeligt har brugerne spillet en væsentlig rolle i forhold til udbredelsen i form af 'clinical champions', der har fungeret som ambassadører og derved været afgørende for den kulturelle omstilling.

#### HOME SAFETY TELECARE SERVICE

Ser man mod området for telecare (alarm og pejlesystemer), finder man et interessant projekt i West Lothian i Skotland: Home Safety Telecare Service.

Politisk kommer der i 90'erne i Skotland et fokus på 'Care at Home', herunder bedre serviceudbud, større fleksibilitet og samarbejde inden for 'health, housing and social care services'. 'Opening Doors for Older People (ODOP)'-programmet lanceres i 1999, og visionen er fra starten

at gøre 'smart technology' bredt tilgængeligt og ikke kun målrettet borgere med specielle behov. Fokus flytter fra plejehjemmene til patienters egne hjem, og initiativet kommer til at bestå af to fokusområder:

#### 1. *Housing with Care:*

Plejehjem lukkes og erstattes af nye boliger med smart tech

#### 2. *Smart Tech at Home:*

En modifikation/opgradering af folks eget hjem

Projektet havde i starten 75 husstande i et pilotprojekt. Det er i dag fuldt udrullet som tilbud til alle 60+-årige samt andre udsatte borgere.

Selve overvågningssystemet består af en række sensorer og monitoreringsenheder, som er almindelig kendt, men derudover er servicen i høj grad bygget op omkring plejepårørende, som fungerer som nøgleholdere/kontaktpersoner, når en alarm sættes i gang af en borger.

Nøgleholderen eller redningstjenesten modtager besked fra et monitoreringscenter, som handler på baggrund af

en individuel patientprofil, hvilket har betydet et drastisk fald bl.a. i responstid ved falduheld og større ro og mindre angst hos borger og i særdeleshed hos de pårørende.

Én ud af otte personer er plejepårørende i UK, og en fjerdedel af disse frivillige er over 65. Man har, generelt i Skotland, opbygget en række netværksgrupper for plejepårørende med henblik på træning og støtte.

Igen er der tale om et projekt med en klar strategisk retning og formål, men derudover forstår man også at nytænke et helt service-setup baseret på kendt teknologi frem for blot at anvende ny teknologi i en eksisterende model.

De fagprofessionelle involveres desuden tidligt i forløbet, hvilket resulterer i en stærk følelse af ejerskab og af at være pionerer på området.

Samtidig forstår man at støtte op omkring teknologien, fx i form af netværksgrupper for de frivillige plejere, så man sikrer, at brugerne føler sig trygge med opgaven og har nogle at dele det – til tider – barske job med.

### E-HEMTJÄNST

Västerås Kommune i Sveriges E-hemtjänst er et anderledes, men ligeledes meget interessant projekt, når man taler implementering af velfærdsteknologi. Projektet er stadig i de meget tidlige faser, men den proces, der har ledt op til den forestående implementering, indeholder en række spændende elementer.

I Västerås Kommune i Sverige påbegyndte man i 2007 et projekt, der skal se på anvendelsen af informations- og kommunikationsteknologi (IKT) inden for ældreomsorg i eget hjem til gavn for brugernes tryghed, delagtiggørelse, selvstændighed og tilgængelighed.

Målet er en større indsats og øget kvalitet af ydelserne i brugerens eget hjem med fokus på at tilgodese individets egne behov. Det væsentlige spørgsmål er fra starten ikke, om man skal anvende IKT i hjemmeplejen, men hvordan!

### BEHOV, ETIK OG JURA

Projektet er interessant, idet man har formået at skabe en dyb forståelse af problemets kontekst med henblik på at analysere og matche løsningerne til konteksten både ud fra et behovssynspunkt og i særdelseshed set med etiske og juridiske briller.

I Västerås har man fra starten søgt klare svar på spørgsmålene:

- Hvorfor velfærdsteknologi?
- Hvad vil vi opnå?
- For hvem og hvordan skaber vi værdi?
- Og hvordan påvirkes individets integritet?

Der er med andre ord tale om et projekt drevet af etik, behov og værdiskabelse og ikke af en teknologisk løsning.

For at svare på disse spørgsmål kræves det, at brugerne involveres, og i projektet vælger man tidligt at anvende en 'partnerskabsmodel' som udgangspunkt.

Brugere og plejepårørendes viden og kompetencer er gennem projektet blevet set og værdsat, og de betragtes som eksperter på lige fod med professionelle plejere. Man har arbejdet ud fra devisen: "Man kan altid spørge!" – blot man spørger på individets præmisser.

Samtidig har man brugt brugerne og de pårørende som formidlere af de gode historier, hvilket har givet en høj grad af troværdighed til projektet og været medvirkende til, at fordomme nedbrydes.



## Metode – Casestudie

Et casestudie er en empirisk undersøgelse, som studerer et fænomen i en virkelighedskontekst med henblik på at undersøge årsagsforhold og finde underliggende principper bag et givent tema.

Når man studerer nutidige fænomener i deres naturlige sammenhæng, vil der være mange mulige datakilder. En enkelt datakilde vil også ofte være alt for usikker, når man skal studere et nutidigt fænomen, hvor mange variabler er i spil. Derfor anvender man ofte både observationer, samtaler og dokumenter som datakilder eller taler med forskellige mennesker om det samme fænomen.

Forskellige datakilder kan underbygge de samme konklusioner. Der tales om triangulering, når man ved hjælp af flere datasæt belyser det samme fænomen, og hvis de understøtter det samme resultat, siger man, at data konvergerer. For at styrke casestudiets argumentationskraft, kan der anvendes både kvantitative og kvalitative data.

Undersøges der flere cases – et multi-casestudie – er hver case en afsluttet undersøgelse. Har man flere cases, sammenligner man resultaterne af de enkelte casestudier.



“Det kræver rigtig meget, men jeg tror, at vi nærmer os den tankegang, at det er borgeren, der er i centrum. Uanset om det hedder sygehus eller andet, så arbejder vi med udgangspunkt i borgerens problemer: hvordan kan vi hjælpe borgeren bedst muligt? Det tror jeg, vi gør bedst muligt ved at samarbejde omkring dem og snakke sammen. Det vigtige bliver så ikke kun, hvilke muligheder, vi har, men også hvor meget viden vi deler.”

*Af: Sarah Maria Rasch, Alexandra Institutet*

Sådan formulerer koordinerende sygeplejerske fra Dreaming-pilotprojektet Helle Holm sig en eftermiddag i maj 2013 over en kop kaffe.

Det er knap et år siden, at Langeland Kommune valgte at fortsætte med at lade borgere med hjerteinsufficiens, KOL og diabetes hjemmemonitorere med samme system og tekniske leverandør som under Dreaming, et-EU projekt, der løb fra 2008-2012.

### TIDEN ARBEJDER FOR VELFÆRDSTEKNOLOGIER

Feltstudierne på og omkring Langeland viser, at borgeren er centrum for både den praktiserende læge, ansatte i hjemmeplejen og endokrinologisk ambulatorium på Svendborg

Sygehus, hvor alle arbejder på at give den enkelte borger den bedst mulige behandling og pleje. I løbet af de fire år, Dreaming varede, har tiden arbejdet for velfærdsteknologier, oplever ansatte i hjemmeplejen og den praktiserende læge – både for dem selv og for borgerne. Med et telemedicinsk system implementeret er det derfor oplagt at begynde at tænke på næste skridt.

### PROJEKTFORSTOPPELSE, NEJ TAK

En af de erfaringer, der er opstået under og på baggrund af Dreaming, er, at markant nye tiltag tager tid, før de bundfælder sig for de involverede aktører. Det var derfor nødvendigt at få et par tiltag op at køre med succes, før den næste teknologi blev præsenteret, så projektforstoppelsen ikke meldte sig.

Koordinerende sygeplejerske Helle Holm fortæller:

“Der var meget teknologi, der skulle implementeres i begyndelsen, så vi var nødt til at sortere lidt fra, og har så fået nogle ting op og køre med succes. Vi er begyndt at trække flere teknologier ind nu, men personalet skulle være klar til det. Udviklingen har hjulpet os, fordi at det for flere er blevet naturligt at bruge Skype – både blandt borgere og personale”.

Med velvilje fra personalet og borgere, der får en øget livskvalitet og føler sig mere trygge ved deres sygdom, er tiden måske inde til at kigge på tværsektorielle muligheder for telemedicinske data.

### IMØDEKOMMENHED OG LYST TIL TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

At en borger kan blive i hjemmet, og ikke bliver afkræftet af lang transport til og fra ambulatoriet for kontrol, er gavnligt for både borgerne og dennes pårørende. Men der er flere fordele at hente. For sygeplejersken på endokrinologisk ambulatorium på Svendborg Sygehus

kan adgang til den monitorerende borgers målinger have vide anvendelsesmuligheder:

“Det vil jo gøre, at man altid har blodsukre til rådighed og derfor vil kunne justere og bedre regulere diabetesbehandlingen. Jeg kan hjælpe patienterne meget bedre, således at vi undgår senkomplikationer. Hvis de kommer uden dagbog, apparat eller noget som helst, er det jo svært at vejlede dem”.

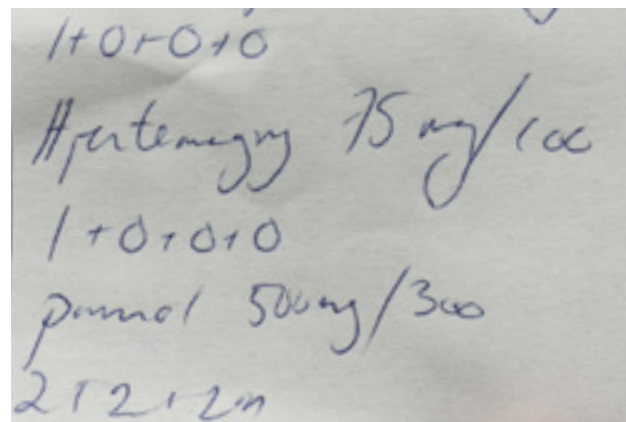
En bedre vejledning og forhåbentlig bedre livskvalitet, tryghed og på sigt at undgå eller nedskrive risikoen for senkomplikationer. Og netop forebyggelse gennem velmedicinering er meget vigtigt for borgere med diabetes. Samarbejde om forebyggelse er også et tema, der vinder genklang kommunalt:

“Den forebyggende indsats tror jeg, man kan komme rigtig langt med, ligesom bedre samarbejde både med lægerne og sygehusene og mere information er af stor betydning. Hvis andre klinikeres arbejdsgange kan lattes, fordi de får adgang til flere data end ellers, så tror jeg, det vil gøre en kæmpestor forskel”

Så hvordan skal måledata fra telemedicinske borgere i kommunalt regi kunne tilgås af klinikere på sygehuse?

Det har sygeplejersken fra det endokrinologiske ambulatorium på Svendborg Sygehus et forslag til:

**“Det ville være godt, hvis det skete automatisk [måledata læses i sygehusystemet, uden at sygeplejersken skal kontakte Langeland Kommune]. Det ville lette min arbejdsgang betydeligt, og jeg vil få mere tid til dem, der virkelig har brug for mig”.**



For telemedicin hænger for flere uigenkaldeligt sammen med, at der kommer flere og flere borgere, der skal behandles, samtidig med, at de plejende hænder bliver færre. Men hvad gør sundhedsprofessionelle sig af tanker om de ændringer af praksisser, telemedicin medfører?

#### **OPGAVEGLIDNING FRA SUNDHESPROFESSIONEL TIL HR. NIELSEN**

Jens Stærk, praktiserende læge på Langeland, kommenterer under en samtale på den opgaveglidning, der sker fra, at det er hjemmesygeplejersker, som måler borgerens blodtryk eller blodsukker til, at det er borgeren, der måler selv samme værdier:

**“Jeg har ikke tænkt på, at der kan være fejlmålinger som sådan. Jeg stoler på, at sygeplejerskernes dømmekraft er den rigtige: de kan godt vurdere, om patienten skal måle én gang mere, fordi værdien ser helt forkert ud”.**

Blot fordi der eksisterer en fysisk afstand mellem den, der måler og den, der skal vurdere målingen på et kontor foran en computerskærm, er der ikke skepsis at spore hos den

praktiserende læge. Omvendt ser både han og en hjemmesygeplejerske fordele ved, at de borgere, som er i stand til at måle, selv måler:

**“At borgeren selv måler, gør, at målingerne bliver mere stabile. Det er det samme apparat, der bruges, men der er en anden ro. De kan planlægge at lave målinger, når det passer dem og er ikke afhængige af at gå og vente på os”.**

#### **RESPEKT OM HJEMMET**

Hjemmesygeplejerskerne, som normalt varetager de omtalte målinger, oplever, at borgere kan få noget af deres autonomi igen i kraft af, at hjemmeplejen ikke kommer i samme omfang som tidligere i borgerens hjem, hvilket er meget vigtigt for den pleje, der gives. For hjemmeplejen kommer i en borgers hjem. Et hjem, der ikke bør opleves som en travl banegård. Som allerede nævnt tager det tid, før telemedicin kommer ind under huden på de sundhedsprofessionelle, der arbejder med det. Og det har også taget tid, før hjemmesygeplejerskerne på eget initiativ kontakter Helle om en borger, som måske er kandidat til hjemmemonitorering:

**“Men jeg bliver bare så glad, hver gang en borger henvender sig. Jeg sidder ikke og siger ja eller nej, for det er deres vurdering. Det eneste, jeg kan sige, er, at vi har udstyret”.**







## Metode

Med deltagerobservation var det muligt at følge udekørende sundhedsprofessionelle i deres arbejde. Det gav den fordel, at konkrete observerede situationer kunne diskuteres ift. telemedicin i øjeblikket. I tillæg blev udvalgte sundhedsprofessionelle interviewet for at få et indblik i deres holdninger til og forestillinger om telemedicin.

Feltstudierne genererede en masse data, og i analysen af materialet fra feltstudierne viste der sig at være en række temaer, der optager de sundhedsprofessionelle aktører på tværs af faggrænser og sektorer. Det kunne derfor være interessant at fremstille observationer og interviews som postkort fra felten, hvor illustrationer og billeder underbygger den empiri, der bringes i spil.

På denne måde får de sundhedsprofessionelle et indblik i hinandens arbejde og perspektiver på alt fra tværsektoriel kommunikation og samarbejde, at gå fra projekt til implementering, utilsigtede konsekvenser ved velfærdsteknologi til tværsektoriel planlægning og arbejdsgange.

” Alexandra Instituttet har vha. veltilrettelagte processer og højt kvalificeret viden givet stor indsigt, både i vores egne tværsektorielle udfordringer og udviklingspotentiale samt viden om og betydningen af, hvordan tværfaglige samarbejder kan udmøntes og understøttes af teknologi.

Alexandra Instituttet udfolder tværsektoriel kommunikation og giver input til metoder, der kan bruges til at afdække praksisser inden for området. Processer bringes ind, hvor cases gøres praktiske, samtidigt med, at de også bevæger sig i andre planer, så det store billede, hvor teknologien skal implementeres, hele tiden er med

*Anne Marie Hedegaard, HR- & Forebyggelseschef i Langeland Kommune*

## Workshop: Hvordan bliver teknologi til hverdag i et sundhedsfagligt team?

I april 2013 mødtes en gruppe mennesker med interesse for implementering af velfærdsteknologi på Designskolen Kolding for at sætte fokus på, hvordan velfærdsteknologi kan blive en succes i de tværfaglige teams, som skal bruge dem. Udgangspunktet var den viden om designmetoder i implementeringsprocessen, Designskolen Kolding har tilegnet sig.

Dagen bød på et miks af inspirerende og debatskabende oplæg, fælles diskussioner og workshopøvelser, som alle havde det samme omdrejningspunkt, nemlig hvordan virksomheder og sundhedsfaglige kan øge forståelsen for de barrierer og muligheder, der eksisterer i forbindelse med succesfuld implementering af velfærdsteknologi.

Undervejs fik vi introduceret cases, som illustrerer, hvordan virksomheder kan identificere og forholde sig til de mange aktører, der har indflydelse på, om et produkt bliver en succes, og hvordan et sundhedsfagligt personale kan påvirke eller begrænse den teknologiske udvikling i deres egen organisation.

### VELFÆRDSTEKNOLOGISKE DILEMMAER I ET BORGERPERSPEKTIV

Illustrator og designer Allan Schmidt har gennem tre år brugt designfaget til at visualisere dilemmaer og håndtere implementeringsmæssige barrierer i offentlige systemer. Senest i Fredericia Kommune, hvor han har været med til at aktivere medarbejdere og kommunens borgere gennem brugerinvolvering og 'begejstringskampagner'.

Allan Schmidt havde designet et interaktivt dilemmaspil til implementeringsworkshoppen. Det gav os mulighed for sammen at teste vores holdninger og valg i forbindelse med en række velfærdsteknologiske dilemmaer samt diskutere den effekt, disse valg kan have på os selv, på udviklingen og på samfundet.



Se highlights fra workshoppen

Dilemmaskinen gav en god debat og fik os til at snakke sammen på en måde, som det ellers ville have været svært at opnå. Prøv Dilemmaskinen på: [www.dilemmaskinen.dk](http://www.dilemmaskinen.dk)



### 12 GODE RÅD TIL AT DESIGNE FORANDRINGER I KOMPLEKSE SYSTEMER

Udviklingschef Mette Mikkelsen, Designskolen Kolding, introducerede resultaterne af et treårigt innovationsprojekt om implementering af elbiler, da de grundlæggende indsigter fra dette projekt kan inspirere til implementering af velfærdsteknologiske løsninger.

Projektet har udgivet en samling råd om, hvordan man kan danne sig et overblik i kaos og øge kendskabet til et nyt område på tværs af faggrænser og traditionelle samarbejder for at lave forandringen.

Innovationsprojektet viser, hvordan man ved at tage udgangspunkt i brugeren kan tænke tværfagligt og fokusere på systemer frem for produkter. Det viser også, at man er afhængig af ildsjæle, netværk og af at skabe mening, ejerskab og begejstring for de involverede parter.

De 12 gode råd kan downloades på: [www.etrans.dk/projekter/12-gode-råd-til-designe-forandringer-i-komplekse-systemer](http://www.etrans.dk/projekter/12-gode-råd-til-designe-forandringer-i-komplekse-systemer)

Anne Carstensen – designingeniør med bl.a. flere års ansættelse hos Grundfos bag sig – introducerede den velfærdsteknologiske værdikæde, bl.a på baggrund af en studietur til Västerås i Sverige, hvor man har arbejdet med at implementere IKT gennem inddragelse af alle aktører rundt om teknologien.

Den velfærdsteknologiske værdikæde har tre led – og defineres som en udviklingsmodel.

**1. I det inderste led samarbejder professionelle, tværfaglige teams med en gruppe borgere, som er afhængige af løsningen i hverdagen – på et personligt og/eller professionelt plan. Disse mennesker skal arbejde sammen om implementeringen og om at rydde de børnesygdomme af vejen, som det nye kan medføre.**

**2. I et netværk omkring dem er der et led, som jævnligt kommer i kontakt med teknologien, og som man er nødt til at informere om fremdriften i implementeringen. De kan derefter fra deres faglige ståsted bidrage og rydde barrierer af vejen.**

**3. I det yderste led er alle de borgere, fagprofessionelle, eksperter, politikere og andre, som man må kommunikere med for at opsamle 'folkestemningen' over for det nye og vende den til en sandfærdig historie på godt og ondt**

Dagen sluttede med en workshop om, hvordan teknologi bliver hverdag i et sundhedsfagligt team. Interaktionsdesigner Anne Grønlund havde designet et spil, som kunne aktivere dagens indsigter og deltagernes egne erfaringer. I en styret proces afdækkede vi ved hjælp af designmetoder barrierer og potentialer i forbindelse med velfærdsteknologi. Desuden udviklede vi en række anbefalinger til nye rutiner og muligheder for at gøre velfærdsteknologi til en del af hverdagen på tværs af fagskel og administrative siloer.

Spillet og de indsigter, der kom ud af denne form for samtale på tværs af faggrænser, blev meget vel modtaget af deltagerne, som bl.a. sagde:

”Normalt ville dette arbejde for os foregå på en skærm, men at sidde og arbejde med problemet fysisk gør, at man får øjnene op for, om man har glemt nogen parter i værdikæden”.





# TEMA:

## Hvordan bliver velfærds- teknologi til forretning?

Betingelserne for at drive forretning har ændret sig drastisk inden for de seneste år, og især er sundhedsområdet i rivende udvikling. Grundlæggende er det virksomhedernes forretningsmodel, der er under angreb – blot at producere varer og sælge dem er ikke længere tilstrækkeligt til at overleve. Derfor er der voksende interesse for, hvordan man udvikler nye forretningsmodeller. Det er det, dette kapitel handler om.

Virksomheder der vil levere nye velfærdsteknologier ligger under for den samme udvikling, som vi ser generelt. I dag forventes det, at virksomheder er tilstede på internettet, så kunder nemt kan sammenligne priser og ydelser internationalt. Produkter som mobiltelefoner knyttes sammen med serviceydelser, så det ikke er entydigt, hvad det ene og det andet koster. Nye muligheder for internetkøb af fx musik og flybilletter har vendt op og ned på den måde, virksomheder tjener penge på.

Der gennemføres rigtig mange velfærdsprojekter for tiden, alle med gode intentioner om at skabe bedre ydelser til lavere omkostninger for det offentlige. Mange af projekterne slutter imidlertid med demonstrationsmodeller, fordi det er for vanskeligt at se forretning i dem. Det skyldes flere forhold: Velfærdsområdet er overordentligt komplekst; der er mange interessenter med hver deres præferencer. For at få succes må virksomheder finde måder at involvere de mange stemmer på allerede tidligt i forløbet. Det er det, der er kernen i brugerreven innovation.

En offentlig kultur, der møder en privat virksomhedskultur. Den ene fokuserer på pleje og omhu over for borgerne for 'automatisk' betalte skattekrone, mens den anden orienterer sig mod effektivitet og indtjening. Også her er den eneste farbare vej at samarbejde tidligt, som man kan se det i casen om et servicecenter for telemedicin, og som vi hørte det i Mette Søndergaard Nielsens oplæg om offentlig-privat innovation (OPI) på UNIK workshop om dette tema. En anden case handler om, hvilke overvejelser videnvirksomheden DELTA gør sig om produktion af velfærdsteknologi. Når der er pres på økonomien i sundhedssektoren bliver man nødt til at gøre sundhed op i penge og prioritere, hvem der skal behandles og hvor meget. Det giver en etisk udfordring – hvor meget skal vi betale for at holde os raske? Hvor holder det offentliges ansvar op? Det er forhold, som bliver til diskussion i indlæggene om Den Stærke Hånd og om distribution af telemedicin på UNIK-workshoppen i august, som du kan læse om i slutningen af kapitlet.

I sit oplæg om at designe forretningsmodeller pegede professor Jacob Buur fra Syddansk Universitet på nogle særlige udfordringer, når man i samarbejde med andre aktører vil skabe forretning: helt ned til det sprog vi snakker om tingene på, de roller vi fordeler opgaverne efter, de sammenhænge vi tror, styrer forretningen, og den dynamik i markedet, priserne, behandlingsmetoderne, der gør, at forretningen flytter sig hele tiden. Artiklerne i dette kapitel viser en række eksempler på, hvordan man praktisk kan involvere mange interessenter og undgå traditionstænkning, når man udvikler nye forretningsmodeller.

Ved at outsource rutineopgaver til et telemedicinsk center kan de sundhedsprofessionelle koncentrere sig om at give borgerne en høj kvalitet i behandlingen i stedet for at bøvle med teknik og logistik. Horsens Kommune og Aarhus Kommune er gået sammen med Hospitalsenheden Horsens og en række specialister i Region Midtjylland om at afprøve idéen om det fælles servicecenter, der skal være med til at kickstarte telemedicinsk behandling. Servicecenteret skal fx hente og bringe det telemedicinske udstyr, rengøre det, yde support ved tekniske problemer og svare på spørgsmål fra borgerne om brug og betjening. Spørgsmålet er, om der er forretning i ideen? Syddansk Universitet gennemførte en workshop sammen med partnerne i projektet for at udfordre forretningskonceptet.

Af: Mike Kirk Andersen, SPIRE, Syddansk Universitet

For brugere og andre, der ikke er uddannet i økonomi, kan det være grænseoverskridende at skulle diskutere forretning. Her kan enkle, fysiske materialer, som hjælper brugerne til at diskutere med hænderne snarere end med abstrakte ord gøre, at det bliver straks mindre farligt for brugerne.

På en workshop om det telemedicinske servicecenter, som Syddansk Universitet afholdt, udfordrede man projektpartnerne til at 'bygge' deres forretning med små figurer, pile, gennemsigtige platforme osv. På den måde kunne alle uanset baggrund være med. Og erfaringen er,

at man med denne metode rent faktisk når et spadestik dybere, end hvis man havde nøjedes med post-its på en fortrykt planche.

### HÆNGER RESSOURCERNE SAMMEN?

Der er typisk to spørgsmål, man kan stille, når man vil beskrive en forretningsmodel:

1) Hvor kommer pengene fra? (altså: hvem er kunderne, og hvordan vil de betale for ydelserne?), og 2) Hvordan bliver pengene anvendt (hvilke ressourcer skal der til for at skabe ydelserne)? Workshoppen med de telemedicinske

Foto t.h.:  
Små træfigurer  
udfordrer deltagerne  
til at tænke på, at  
det er mennesker,  
det handler om,  
og gennemsigtige  
platforme åbner for at  
diskutere flere lag



projektpartnerne tog udgangspunkt i det sidste spørgsmål, fordi, servicecentret kunne risikere at ende med at have en meget bred palet af ydelser. Opdraget var, at det både skulle:

- Yde teknisk support (udbringning og test af det tekniske udstyr i hjemmet)
- Sikre kommunikation (monitorering af patientdata, dialog osv.)
- Yde personlig vejledning (fungere som en slags 'borgeragent') og sørge for kompetenceudvikling (oplæring af patienter og sundhedspersonale i brug af udstyret mv.)

Ved at lade workshopdeltagerne forestille sig, at de helt konkret opbyggede en forretning med fire afdelinger, som skal samarbejde, blev det tydeligt, hvilke ydelser, der stod lidt uklare. Selvom projektdeltagerne havde en klar opfattelse af det potentiale, der ligger i et fælles servicecenter, var der alligevel usikkerhed ved de enkelte delelementer

### HVEM SKAL BETALE?

Workshoppens anden aktivitet satte fokus på, hvilke kunder der vil betale for hvad. Vi bad deltagerne repræsentere de forskellige interessenter: borgeren, sygehuset, praktiserende læge, kommunen, regionen og private virksomheder og vurdere de fire afdelingers værdi for dem. Helt konkret bad vi deltagerne 'betale' for ydelserne med små plastikmønter, og så tælle op, om der var indtægter nok til at drive forretningen.

Gitte Kjeldsen, projektleder ved MedTech Innovation Center, forklarede, at resultatet viste, at de forskellige partnere ikke havde samme mening om, hvad værdierne var for de forskellige ydelser. For Simon Bo Larsen fra Alexandra Institutet, der er partner i projektet, satte betalingsaktiviteten en masse

tanker i gang omkring organisering af det fælles servicecenter. Projektgruppen har siden arbejdet videre med, hvorvidt nogle af ydelserne skal udbydes af private firmaer, om det hele skal ligge under samme tag, og hvordan de fire 'afdelinger' skal arbejde sammen osv.

#### HVORFOR VIRKER DE FYSISKE MATERIALER?

Designmaterialerne får deltagerne til at skabe deres eget 'sprog' for forretningen. På den måde kommer man som deltager til at skulle overveje hvert ord, man bruger, en ekstra gang.

Erfaringen er, at at deltagerne således ikke som ved en 'taleworkshop' slipper af sted med fagudtryk, som de andre ikke kender. Workshopværktøjerne virker altså begge veje: de udfordrer deltagerne til at diskutere egenskaber, og de inspirerer deltagerne til at huske på aktører, de ikke ellers havde tænkt på.



*Ved at fordele plastikpenge til de forskellige afdelinger i centret, fandt deltagerne ud af, at det godt kan blive svært at få kunderne til at betale for ydelserne.*

» Projektets udfordringer blev tydeligere på workshoppen. Det er enormt vigtigt for os, at vores afdelinger spiller sammen, og vi blev gjort opmærksomme på, at det er vigtigt at se på forbindelserne mellem de forskellige punkter. Det fik os til at overveje, hvilken værdi der ligger i hver ydelseskategori.

Det blev tydeligt for os, at vi skal være bedre til at kommunikere den værdi for kunderne. Det gav os en ny forståelse for projektet at 'bygge' dem og gennem workshoppen begynde at dele vores ydelsesområder op i 'afdelinger'.

Nu kan vi pludselig se centeret som en koncern med en fælles ledelse på tværs af praktiserende læger, kommuner og regioner.

*Gitte Kjeldsen, projektleder ved MedTech Innovation Center:*



## Sølvsettet – få styr på værdinetværket

Fysiske materialer gør det lettere for deltagere med forskellig baggrund at engagere sig i diskussion af forretning, fordi de får mulighed for at 'tænke med hænderne'.

- Gå på jagt efter små dimser og dippedutter i blankt metal eller sølvfarvet plast. Du skal både bruge 'punktting' og 'forbinderting' som kæder og stænger. Undgå dyr og figurer, som bringer arbitrære betydninger med sig. Det er optimalt at have mindst femten forskellige ting i sit sæt.
- S sammensæt grupper på mellem tre og fire deltagere. Bland fx virksomhedsfolk, udviklere, kunder og brugere. Lad grupperne arbejde med forskellige aspekter af forretningen: Markedssegmenter, produktvarianter etc.
- Bed deltagerne 'bygge' værdinetværket for den forretning, de arbejder med at etablere: Hvem er de forskellige aktører og interessenter, og hvordan kan de repræsenteres? Hvordan er relationerne imellem dem?
- Spørg ind til: Hvorfor har I valgt disse materialer? Det får deltagerne til at fortælle nyttige historier om aktører og relationer.
- Sæt korte forklaringer på kortet med post-its. Tag et billede til dokumentation.
- Bed grupperne præsentere deres værdinetværk for hinanden.





En 'gangpacer', der hjælper kroniske patienter med at få tilstrækkelig motion og en intelligent pilleæske, der holder styr på, hvilke piller man skal tage hvornår. Det er to af de velfærdsteknologiske udviklingsprojekter, den teknologiske servicevirksomhed DELTA har arbejdet med at udvikle. Begge ideer blev til i samarbejde med kommuner, fysioterapeuter, virksomheder og videninstitutioner – men hvem skal så producere produkterne? Der findes elektroniske prototyper, men der ligger endnu et stykke udviklingsarbejde forude, før de kan blive til rigtige produkter. Skal DELTA selv kaste sig ud i produktionen, for at projekterne kan realiseres? Syddansk Universitet arrangerede en workshop med fysiske forretningsmodeller, som udfordrede DELTA til at se sig selv som fremstillingsvirksomhed.

*Af: Jacob Buur, SPIRE, Syddansk Universitet*

DELTA har den tekniske kompetence til at udvikle avancerede produkter, men kan de også selv stå for produktionen? Workshoppen om nye forretningsmodeller for DELTA fokuserede på to nyudviklede produktideer.

Gangpaceren er et offentligt-privat samarbejde i UNIK, hvor man har udviklet et elektronisk produkt; en form for skridttæller, der skal motivere KOL-patienter til at få mere og rigtig motion. Undersøgelser har nemlig vist, at fysisk træning forbedrer KOL-patienters fysik og livskvalitet markant og samtidig sænker risikoen for indlæggelser.

Den intelligente pilleæske hjælper medicinbrugere til at huske at tage deres medicin på de rigtige tidspunkter. Produktet er udviklet i et offentligt-privat samarbejde i regi af konsortiesamarbejdet Lev Vel. For DELTA var det vigtigt på workshoppen at få skærpet, hvilken værdi produkterne skaber for kunden, da fokus i udviklingen har været på det teknologiske potentiale.

### HVILKE PATIENTER OG KOMMUNER?

Hvis DELTA skal have chancen for at lykkes som fremstillingsvirksomhed inden for velfærdsteknologi er spørgsmålet,

*Brio-togbanesættet udfordrer deltagerne til at tænke på kundens rejse og de udfordringer, kunden møder på vej til produktet*

hvem de skal samarbejde med helt centralt. Hvis gangpaceren for eksempel bliver anerkendt som vigtigt redskab for patienter med plejebehov, bliver kommunerne vigtige kunder. Hvis en kommune kan se ideen bag produktet, kan den være med til at give projekter liv. Afhængigt af, hvordan gangpaceren sættes til salg, kan kommunen enten blive en stor kunde eller den vigtigste nøglepartner.

Det er ikke ligetil at beslutte, hvilke brugere man skal satse på. Er det de mere plejekrævende, som kommunen tager sig af, eller er det brugere, der selv opsøger sundhedscentre for at træne? Eller går vejen til patienterne igennem patientforeninger eller hospitaler? Mikkel Leth Olsen, der er projektleder på DELTA, forklarer, at hvis man vælger at satse på de plejekrævende og dem, som kommer på sundhedscentre, så bliver kommunen en vigtig gatekeeper.

Det er derfor også vigtigt at finde den helt rigtige kommune. Ifølge Mikkel Leth Olsen er nogle kommuner mere villige til at prøve nye løsninger end andre. Nogle kommuner er så store, at det kan være meget svært at starte en dialog med dem, da disse ofte får langt flere henvendelser end de mindre kommuner. Der kan også være kommuner som har



mange ældre, eller kommuner som skal gøre noget særligt for, at deres ældre ikke flytter fra kommunen.

### HVOR STORT BLIVER STYKTALLET?

For at kunne bedømme indtjeningsmulighederne er det meget vigtigt at have et realistisk billede af projektet, mener Vanessa Julia Carpenter, der er DELTAs projektleder for den intelligente pilleæske.

Som innovationsvirksomhed er det en stor udfordring at håndtere logistikken bag produktion: at finde ud af hvor stort et antal, man kan sælge, hvor mange enheder, der skal produceres, før stykprisen går ned, og hvor produktet skal fremstilles henne.

### CERTIFIKATION?

Når det handler om produkter til medico-industrien, kræves der en særlig CE-certifikation, som DELTA ikke har erfaring med. Mikkel Leth Olsen forklarer, at det vil kræve samarbejdspartnere, før de kan vælge den vej. Alternativt kunne man i stedet udbyde gangpaceren som sports- eller genoptræningsprodukt, for her er kravene ikke så store.

Workshoppen hjalp med at tydeliggøre, hvilke spørgsmål, DELTA må stille sig, hvis man selv skal gøre de udviklede ideer til rigtige produkter. Mikkel Leth Olsen mener, at der ligger stor værdi i at snakke forretningsmodel tidligere i projekterne, end man normalt gør.

Det er noget, han har taget med sig videre i andre projekter. Hvis man taler om værdi, kundesegmenter, nøglepartnere og indtjening løbende i projektet, vil elementerne være bedre integreret i den samlede plan. Endnu bedre er det at involvere projektets partnere i disse diskussioner, og her er det rigtig godt at bruge fysiske modeller, som kan engagere folk uden en uddannelse i økonomi.



### Modeljernbanen viser 'kundens rejse'

I udvikling af nye forretningsmodeller er det vigtigt at kunne forestille sig, hvordan kunderne oplever ikke blot produktet, men hele processen fra de bliver opmærksomme på et nyt produkt, til de har anskaffet sig og bruger det. Tit har de services, der knytter sig til købet, stor indflydelse på oplevelsen af det. Metoden her kan hjælpe til at anskueliggøre denne rejse fra opmærksomhed til brug:

Et togbanesæt repræsenterer forskellige kunder, forskellige rejser eller 'spor'. Inviter kolleger og partnere og potentielle kunder til at arbejde med de forskellige kundesegmenter, hvilke rejser de tager, og hvad møder de på deres vej.

- Sammensæt grupper med virksomhedsfolk, udviklere, kunder, brugere etc...
- Bed deltagerne overveje, hvilke kundesegmenter, der indgår i deres case. Vælg et modeltog for hvert kundesegment...
- Byg togbanen ud fra overvejelser om hvilke veje, kunden kan tage, og hvad de møder på denne rejse, inklusiv forhindringer...

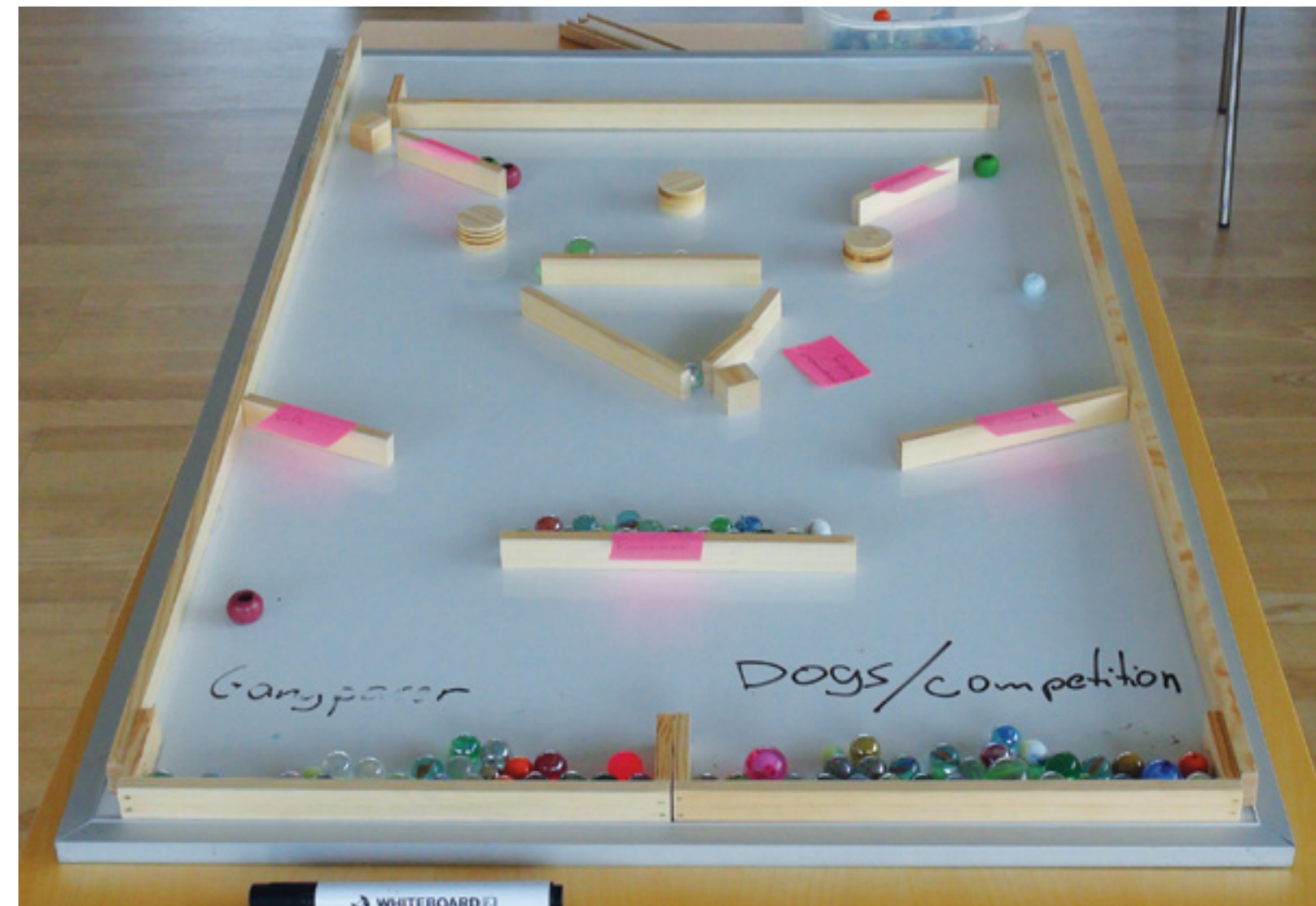


## Spil kuglespil om, hvad kunderne vil have

Udviklerne af et nyt produkt kan godt have lidt for firkantede forestillinger om, hvorfor kunder vil vælge lige præcis deres produkt. Her kan et simpelt kuglespil hjælpe til at brede diskussionen lidt ud:

En håndfuld marmorkugler repræsenterer dine kunder, og de skal nu ud på en rejse: Klods et bord op, så det skråner lidt. Sæt banter på med lister eller papstrimler, så kuglerne ikke løber ud over kanten. I den nederste ende indretter du to skåle – en for de kunder, der køber produktet, og en for dem, der fx køber konkurrentens produkt eller gør noget helt andet. Du skal også bruge et par lister af forskellig længde (5-20 cm) til at dirigere kuglerne. Nu er du klar til at invitere kolleger og partnere – og måske endda potentielle kunder – til en leg med, hvad der faktisk betyder noget for kunderne.

- Sammensæt en gruppe på 5-8 deltagere (virksomhedsfolk, udviklere, kunder, brugere etc.)
- Bed deltagerne overveje, hvilke forhold der har indflydelse på, om kunderne vælger at købe produktet. Hver faktor får en liste – jo vigtigere, jo længere liste.
- Anbring listerne i feltet på vej ned mod skålene. Diskuter, hvor de skal stå, og hvor meget de skal skråne for at lede kuglerne den 'rigtige' vej.
- Afprøv løbende modellen ved at lade kuglerne trille ned ad fladen. Hvor ruller de hen? Forklar for hinanden, hvad det kan betyde.



**Telesundhed og brugerinddragelse er to af tidens modeord. Men hvordan forener man dem til en succesfuld forretning? Aarhus-virksomheden Sekoia har med succes inddraget sin målgruppe i at udvikle en softwareplatform til velfærdsområdet. Brugere er med til at sikre, at produktet er brugbart og har potentiale som forretning.**

*Af: Johannes Kugle, Alexandra Institutet*

Resultaterne af Sekoias telesundhedsplatform til den kommunale pleje kan beskrives meget kort: Mere tid hos borgeren og færre fejl. Ved at inddrage brugerne har den privatejede virksomhed fundet frem til, hvad platformen skal indeholde. Det gør de for at afdække de behov og ønsker, de forskellige brugergrupper har. På den måde er produktet med til at optimere arbejdsgangen og mindske fejl. Det frigør plejerne til det, kommunal pleje virkelig handler om: menneskelig kontakt.

Målgruppen er med hele vejen fra at afdække behovene til at implementere produktet, evaluere på resultater og den ønskede effekt. Det gør det ifølge Tobias Høher hurtigere at få det bedst mulige produkt, der passer til de behov, det skal løse. Samtidig er det nemmere at afsætte produktet og gøre det til en succesfuld forretning, da bruger og køber har været med i udviklingen.

Sekoia har i sin brugerinddragelse benyttet interviews, fokusgrupper og observationer af brugernes arbejdsgang. Tæt kontakt sikrer brugbart produkt. Sekoia har fundet ud af, hvilke problemstillinger, der kan opstå i den kommunale pleje og hvad, der skal til for at løse dem. Langt de fleste applikationer, virksomheden udvikler, har således den ønskede effekt og optimerer arbejdsprocessen allerede fra starten.

**”Brugerne er med til at kvalificere produktet over for målgruppen. Derfor bør man involvere borgere og plejere i processen, men i lige så høj grad også dem, der skal købe det færdige produkt. I vores tilfælde er det kommunerne.”**

Tobias Høher, implementeringsansvarlig hos Sekoia.

”Vi har fået indsigt i plejernes praktiske arbejdsgang og borgernes behov. Det gør, at vi kan sikre os, at vores produkt kan bruges i praksis og passer til målgruppen. Det kunne vi ikke have sikret os på forhånd, hvis vi ikke var så tæt på brugerne, som vi er,” siger han.

Sekoia har altid tænkt brugerinddragelse som en del af deres forretningskoncept. Tobias Høher beskriver det som en udviklingsmetode, der sikrer, at produktet kan blive en god forretning.

Fredericia Kommune er en af de fem kommuner, der benytter Sekoias platform.

Projektleder i Fredericia Kommune, Morten Hoff, mener, at samarbejdet mellem brugerne og Sekoia er altafgørende for platformens succes.

”Den inddragelse og det engagement, Sekoia har vist i processen med at afklare, hvordan teknologi kan understøtte kerneopgaverne, har været formidabel. Produktet er – ved at inddrage os og borgerne – tilpasset alle niveauer i den kommunale organisation,” siger han.

### **GEVINSTEN ER DER, MEN ER SVÆR AT MÅLE**

Hos Sekoia er man sikker på, at der er en økonomisk gevinst ved at inddrage brugerne. Det kan dog være svært at måle direkte.

”Gevinsten er målelig i den forstand, at hvis man ikke inddrager brugerne fra starten, kan man risikere at ende med et produkt, der ikke har den rette effekt og succes. Man kommer også til at bruge unødige ressourcer, hvis man først vælger at lytte til brugerne, når de klager over produktets funktioner eller mangel på samme,” siger Tobias Høher.

Undersøgelser viser, at plejere og borgere finder Sekoias platform mere brugervenlig end konkurrenternes produkter. Det mener Tobias Høher er et udtryk for, at brugerinddragelsen virker og giver gevinst.

Hvor gevinsten af brugerinddragelsen kan være svær at måle, er effekten af Sekoias platform i den kommunale pleje langt mere tydelig. En evaluering viser, at Sekoia har nedbragt plejernes kontortid med 33% og fejlhændelser med 50%, mens en trivselsundersøgelse viser markant færre sygemeldinger og bedre trivsel blandt plejepersonalet.

### DE IT-FORSKRÆKKEDE ÆLDRE ER EN MYTE

Man hører ofte om de it-forskrækkede ældre og kommunale plejere. Det har ifølge Tobias Høher dog ikke noget på sig.

”Du bør ikke bekymre dig om den ældre generations bidrag i udviklingen af it. De kan sagtens være med! Og så har de logisk nok en langt bedre indsigt i dagligdagen i den kommunale pleje, end vi har.”

Sekoia har dog lært at holde produktet simpelt og undgå at overudvikle det, hvilket de nok ellers vil have gjort, fortæller Tobias Høher.

”Hvis man vil erstatte en simpel arbejdsproces, som gule post-its er, nytter det ikke noget, at man opfinder et kompliceret værktøj. Bare fordi det er muligt at lave en feature, er behovet der ikke nødvendigvis. Hold produkter til telesundhed simple og brugervenlige,” siger han.



### Tre gode råd til en succesfuld brugerinddragelse:

1. Inddrag en bred gruppe af brugere. Det være sig både borgere, plejere, potentielle købere og eksperter på området. Brugerinddragelse skal kvalificere produktet over for målgruppen, derfor skal hele gruppen af brugere ind over.
2. Sørg for at tænke bredt. Saml en masse input i et kvalificeret overblik og kog det ned til nogle mindre indsatsområder eller specifikke behov. Der kan være mange ideer, der dækker samme behov og derfor kan koges ned til kun én applikation.
3. Sikr dig, at brugerinddragelse er en løbende og langsigtet proces. Det kan ofte være nødvendigt at gå tilbage i processen og få en anden type bruger end målgruppen til at komme med inputs.



## Sekoia

Sekoia er en softwareplatform, som indeholder en række applikationer til velfærdsområdet. Det er bl.a. daglige opgavelister, videokommunikation, telemedicin og rehabilitering. Indholdet af applikationerne er tilpasset de forskellige brugeres behov, hvad enten det er plejeren på en specialinstitution eller den hjemmeboende borger.

Produktet er udviklet med brugeren for øje, således at plejerens arbejdsgang bliver optimeret og frigør mere tid til den vigtige kontakt med borgerne. Sekoias softwareplatform er udviklet ved at inddrage brugerne i processen; det er både plejer, borger og potentielle købere. Platformen og dens applikationer bliver løbende udviklet og videredesigneret i samarbejde med brugerne, da deres behov med tiden kan ændre sig.

Sekoia er den telesundhedsplatform, der vækster hurtigst med et stigende antal professionelle brugere, borgere og pårørende. Virksomheden har for nylig fået tilgang af den tidligere Just-Eat-direktør Klaus Nyengaard som ny bestyrelsesformand.



## Workshop: Hvordan bliver velfærdsteknologi til forretning?

På UNIK-workshoppen i Sønderborg den 15. august 2013 diskuterede deltagerne forretningsaspektet i velfærdsteknologi. Udgangspunktet var fysiske forretningsmodeller; et designværktøj, som Syddansk Universitet har haft stor succes med gennem de seneste år. De debatskabende oplæg beskrev forskellige cases og synspunkter på at skabe forretning. Efter oplæggene var der mulighed for at afprøve de nye værktøjer til at 'bygge' forretningsmodeller for de beskrevne cases.

### SUNDHED GJORT OP I PENGE

Kan en lille ny virksomhed skabe forretning i et hjælpemiddel til gigtramte? Hans Jørgen Pedersen, direktør for Invencon, fortalte om udvikling af 'Den stærke hånd' Manuxa, som hjælper gigtpatienter med at gribe ting og holde fast, uden at det gør ondt i fingerleddene.

Hans Jørgen Pedersen mener, at hvis man inddrager brugerne og de rigtige beslutningstagere, kan det lade sig gøre at skabe forretning; det er faktisk nødvendigt at inddrage disse for overhovedet at have en chance. Innovationen i projektet opstod faktisk i forhandlingerne mellem de mange interessenter og i samspelet med brugerne, som enten var til stede gennem videostudier eller deltog direkte i projektworkshops.

### HVEM DISTRIBUTUERER VELFÆRD?

Sune Borregaard, der er innovationskonsulent i Post Danmark, beskrev en innovativ nytænkning af postens rolle: at Post Danmark vil kunne levere nyt telemedicinsk udstyr til borgere i hele landet. Postbuddene nyder stor respekt i forvejen og kommer dagligt, så hvorfor ikke?

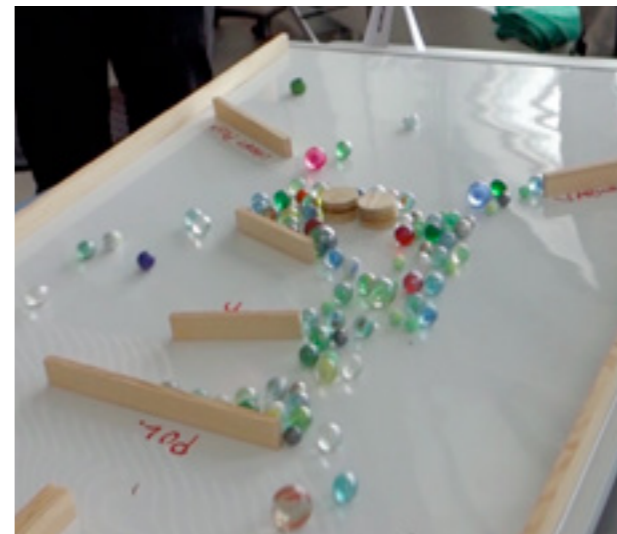
Post Danmark kan udvide sin forretning med fx levering af varm mad, indkøb, medicin og velfærdsteknologi. Det er typisk ydelser, der bliver visiteret af det offentlige, men hvor det offentlige ikke har maskineri til at stå for distribution. Postbuddet er et kendt ansigt og signalerer tryghed for borgeren. Sune Borregaard udfoldede de forskellige opgaver, der ligger i at levere telemedicin.



Se highlights fra workshoppen

Det er ikke kun et spørgsmål om at levere og tilslutte udstyret. Borgerne skal kunne logge ind, der skal være hul igennem til sundhedssystemet, og borgerne skal være trygge ved at bruge udstyret.

Det er alt sammen mere kompliceret end bare at køre ud med pakken. Sune Borregaard syntes, det er vigtigt, at det offentlige udnytter private firmaers kernekompetencer, så man får den billigste og mest professionelle ydelse for borgerne.



### OFFENTLIG KULTUR MØDER PRIVAT

Mette Søndergaard Nielsen, projektleder og designingeniør hos Teknologisk Institut, forklarede i sit oplæg, at offentlig- privat innovation (OPI) er en innovationsproces, hvor fx et sygehus indgår i samarbejde med en eller flere private virksomheder om at skabe noget nyt.

Den offentlige sektor er en af de største indkøbere i Danmark, så der er et stort potentiale for virksomheder. For at sådan en proces kommer til at fungere mellem to meget forskellige kulturer, anbefaler Mette Søndergaard Nielsen, at:

- man skal begynde samarbejdet tidligt
- de private virksomheder skal med fra starten af projektet
- man skal skabe en samarbejdsdrevne proces

De tre første indlæg på workshoppen viste med al tydelighed, at det er nødvendigt at involvere bredt, når man som virksomhed vil udvikle en ny forretning. I grupper arbejdede deltagerne derefter med forskellige måder at involvere aktører i udviklingen af nye forretningsmodeller på.

At bruge velkendte fysiske ting medvirker til, at diskussionen har noget at tage udgangspunkt i, og at det kan være sjovt at snakke forretning:

En togbane kan fx bruges til at undersøge 'kundens rejse', spillet Klodsmajor kan vise, hvordan virksomheder udveksler ressourcer, og et kuglespil sætter gang i diskussionen om, 'hvor kunderne ruller hen'.

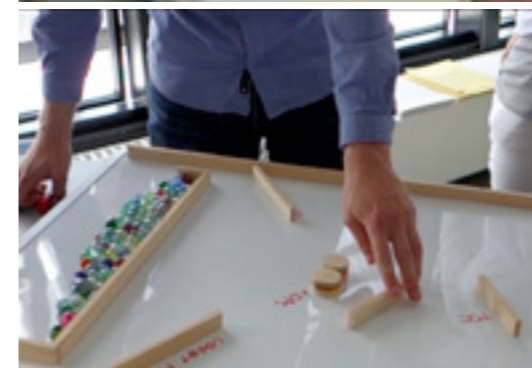


### FORRETNINGSMODELLER KRÆVER NYTÆNKNING

Professor Jacob Buur, Syddansk Universitet, beskrev til sidst, hvordan forskningen kan forklare, hvad der er svært ved at diskutere forretning på tværs af interesser med forskellig baggrund:

- Vi bruger forskellige ord til at snakke om det samme
- Vi kan være fastlåst i vores opfattelse af, hvilke roller vi udfylder
- Forretning er dynamisk og flytter sig hele tiden (markedet, priserne, behandlingsmetoderne)
- Vi vil helst ville tro på simple sammenhænge mellem årsager og virkninger, så vi bliver overraskede, når kunderne reagerer anderledes

Det er her, de nye fysiske designværktøjer kan hjælpe.









Forsknings- og  
Innovationsstyrelsen  
Ministeriet for Videnskab  
Teknologi og Udvikling



KnowLEDGElab



regionmidtjylland **midt**



UNIK