



Fælles Servicecenter for Telesundhed

Bilagsmateriale til Business Case



Indholdsfortegnelse

1.	Bilag 1 – Referenceliste litteraturstudiet.....	3
2.	Bilag 2 – Erfaringsindhentning fra danske telesundhedsinitiativer	5
3.	Bilag 3: Materiale fra Delphi workshop	7
3.1	Bilag 3.1 – Deltagerliste Delphi workshop	7
3.2	Bilag 3.2 – Resultater fra Delphi workshop	7
4.	Bilag 4: Inputdata til business case	15
4.1	Bilag 4.1 – Dataark med generelle omkostningsparametre	15
4.2	Bilag 4.2 – Specifik parametersætning til beregning af telesundhedstiltag	16

1. Bilag 1: Referenceliste litteraturstudiet

Litteraturen blev fremsøgt efter følgende principper:

Der er søgt i databaserne COCHRANE, Center for Reviews and Dissemination (CRD Database), Embase, MEDLINE, PubMed og Scopus i perioden august 2015 til oktober 2015. Der er hovedsageligt søgt på ordene "telemedicine" og "telehealth" i kombination med andre søgeord ved hjælp af søgestrategien AND og med emneord foreslået af MEDLINE/PubMed's MeSH terms register. Både MeSH terms og publikationstyper er anvendt som redskab til at afgrænse søgeresultaterne. Den fundne relevante litteratur er først udvalgt ud fra relevans i søgeord, hvorefter abstractet er læst igennem. Ud fra problemformuleringen og problemstillingerne er det blevet vurderet, om artiklerne er relevante til yderligere gennemlæsning.

Referenceliste:

Agbakoba R., McGee-Lennon M., Bouamrane M.-M., Watson N., Mair F.S. (2015a). Implementation factors affecting the large-scale deployment of digital health and well-being technologies: A qualitative study of the initial phases of the 'Living-It-Up' programme. *Health Informatics J*, doi:10.1177/1460458215594651.

Agbakoba R., McGee-Lennon M., Bouamrane M.-M., Watson N., Mair F.S. (2015b). Implementing af National Scottish Digital Health & Wellbeing service at Scale: A Qualitative Study of Stakeholders' Views. *MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health*, doi: 10.3233/978-1-61499-564-7-487.

Brewster L., Mountain G., Wessels B., Kelly C., Hawley M. (2013) Factors affecting frontline staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 21-33.

Broens T., Huis in't Veld R. M. H. A., Vollenbroek-Hutten M. M. R., Hermens H. J., van Halteren A. T. Nieuwenhuis L. J. M. (2007). Determinants of successful Telemedicine implementations: a literature study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 303-309.

Devlin A. M., McGee-Lennon M., O'Donnell C. A., Bouamrane M.-M., Agbakoba R., O'Connor S., Grieve E., Finch T., Wyke S., Watson N., Browne S., Mair F. S. (2015). Delivering Digital Health and Well-Being at Scale, Lessons Learned during the Implementation of the *dallas* Program in the United Kingdom. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 0:1-13, doi:10.1093/jamia/ocv097.

Henderson C., Knapp M., Fernández J.-L., Beecham J., Hirani S. P., Beynon M., Cartwright M., Rixon L., Doll H., Bower P., Steventon A., Rogers A., Fitzpatrick R., Barlow J., Bardsley M., Newman S. P. (2014). Cost-effectiveness og telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and ageing*, 43, 794-800.

Hendy J., Chrysantaki T., Barlow J., Knapp M, Rogers A., Sanders C., Bower P., Bowen R., Fitzpatrick R., Bardsley M., Newman S. (2012). An organizational analysis of the implementation of telecare and telehealth: the whole system demonstrator. *BMC Health Services Research*, 12:403, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/403>

Jennett P., Yeo M., Pauls M., Graham J. (2003a). Organizational readiness for telemedicine: implications for success and failure. *J of Telemedicine and Telecare*, 9(S2), 27-30.

Jennett P. A., Hall L. A., Hailey D., Ohinmaa A., Anderson C., Thomas R., Young B., Lorenzetti D., Scott R. E. (2003b). The socio-economic impact of telehealth: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 311-320.

Kierkegaard, P. Mapping Telemedicine Efforts: Surveying Regional Initiatives in Denmark. *Telemedicine and e-Health*, 21(5), 427-435.

Lluch M., Abadie F. (2013). Exploring the role of ICT in the provision of integrated care – Evidence from eight countries. *Health Policy*, 111, 1-13

Norum J., Pedersen S., Størmer J., Rumpsfeld M., Stormo A., Jamissen N., Sunde H., Ingebrigtsen T., Larsen M.-L. (2007). Prioritisation of telemedicine services for large scale implementation in Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 185-192.

Wade V., Elliott J., Karnon J., Elshaug A. F. (2010). A qualitative study of sustainability and vulnerability in Australian telehealth services. *Stud Health Technol Inform*, 161, 190-201.

Wade V., Elliott J. (2012). The role of the champion in telehealth service development: a qualitative analysis. *J of Telemedicine and Telecare*, 18, 490-492.

-23*Whitten P., Holtz B., Nguyen L. (2010). Keys to a successful and sustainable telemedicine program. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 26:2, 211-216.

-33*Wootton R. (2012). Twenty years of telemedicine in chronic disease management – an evidence synthesis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18, 211-220.

Zanaboni P., Knarvik U., Wootton R. (2014). Adoption of routine telemedicine in Norway: the current picture. *Global Health Action*, 7:22801, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.22801>

2. Bilag 2: Erfaringsindhentning fra danske telesundhedsinitiativer

Initiativer undersøgt og overvejet til Fælles Servicecenter business case	Begrundelse for inklusion i business casen	Begrundelse for eksklusion	Anvendt kildemateriale/ gennemførte interviews
Horsens på forkant	Horsens på forkant er en af de første cases, der understøttes af Fælles Servicecenter. Projektet omfatter flere indsatsområder på en fælles platform. Der er adgang til data vedr. support og logistik samt projektdokumenter og nøglepersoner i projektet. Projektet danner grundlag for modellering af 'Telesundhed – et tværsektorielt eksempel'		58964_horsens-på-forkant-med-sundhed---informationspjece.pdf, Estimeret budget på forkant med sundhed_gk.xlsx, Horsens På Forkant Potentielle Besparelser_gk_20032012 Evalueringsrapport_pdf_HPF.pdf <ul style="list-style-type: none">• Wenche Svenning, projektleder• Hanne Melton, Falck• Anne Just, sygeplejerske Horsens kommune• Gitte Kjeldsen, MTIC
Telemedicinsk sårvurdering /Fælles sårsupport (support af Telemedicinsk sårvurdering)	Telemedicinsk sårvurdering supporteres af Fælles Servicecenter fra den 1. januar 2016. Blev tidligere supporteret af en fælles organisation "Fælles sårsupport. "Data vedr. brug af det bagvedliggende system er tilgængelig. Desuden er der opsamlet erfaring fra organisering af support til flere kommuner i Region Midtjylland.		BUSINESS CASE for National implementering af telemedicinsk sårvurdering, Digitaliseringsstyrelsen National Sundheds-it, Medcom Juni 2012', Projektbeskrivelse og business case telesaar FINAL.pdf Fælles Sårsupport_afrapportering_juni.doc, Fælles sårsupport Status_supporthenvendelser_9_12_2014.pdf
ReMind		Casen er planlagt til at indgå i Fælles Servicecenter. Der findes endnu ikke erfaringsopsamling og data fra casen.	
KIH	Der findes en gennemarbejdet evaluering i KIH rapporten. Casen danner sammen med business casen for National KOL baggrund for modellering af 'Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL'.		Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH), Slutrapportering til Fonden for Velfærdsteknologi, August 2015 <ul style="list-style-type: none">• Gravid med komplikationer - Olav Bjørn Petersen, Professor AUH Skejby• NetKOL – Allan Green, projektleder Region Hovedstaden• NetKOL – Eva Brøndum, sygeplejerske, Hvidovre Hospital
Virtuel hjemmepleje (Viborg)	Der er endnu ikke udarbejdet en egentlig evaluering, men der er udarbejdet et speciale med fokus på 'tilfredshed med medicinadministration'. Support og logistik er kun beskrevet meget overfladisk.		Virtuel hjemmepleje Viborg_evaluation_speciale <ul style="list-style-type: none">• Marianne Thomsen, projektmedarbejder velfærdsteknologisk team Viborg kommune• Peter Bahnsen, projektmedarbejder velfærdsteknologisk team Viborg kommune



Initiativer undersøgt og overvejet til Fælles Servicecenter business case	Begrundelse for inklusion i business casen	Begrundelse for eksklusion	Anvendt kildemateriale/ gennemførte interviews
	Initiativet danner grundlag for modellering af 'Telesundhed – et monosektorielt eksempel'		
Ambuflex		Resultaterne med Ambuflex danner baggrund for national indsatsområde PRO.	AmbuFlex Evalueringsrapport.pdf
TeleCareNord		Detaljerede data bliver først tilgængelig, når phd'erne er færdige. Data fra Mogens Kar vedr. Support og logistik.	TeleCare_Nord_Business_Case_v1.pdf, Ekstern evaluering af udvalgte fokusområder i TeleCare Nord.pdf
Rask igen i eget hjem - virtuelle akutpladser		Virtuel hjemmepleje løsning i Horsens, der foreligger ikke et anvendeligt datagrundlag på casen.	Evalueringsrapport Rask igen i eget hjem - endelig version.pdf
Virtuel specialvejledning (Horsens)		For få relevante data.	Metode4_2013_Velfaerdsteknologisk_innovation.pdf
Virtuel genoptræning		For få relevante data. Evaluering af 11 kommuner: De tekniske udfordringer med løsningen og kravene for, at den kan fungere i borgernes hjem, er en barriere for udnyttelse og udbredelse.	Virtuel Genoptræning Evaluering bilag.pdf
Teletolkning		Ingen data om Fælles Servicecenter-relaterede opgaver i evalueringen. Løsning udelukkende til sundhedspersonale. Support leveres af de enkelte regioner.	Analyse af ogeget brug af videotolkning og videomoeder1.pdf, Teletolkning_rapport_final_2013_04_17.pdf
Insulinruter (Aarhus)		Sparsomme data og ingen med relevans for Fælles Servicecenter	Evaluering og afslutningsrapport telemedicinsk projekt insulinruter (00000002)
Hjemmemonitorering (Holstebro)		Få og uhomogene data	observationskema 20140924 Final.docx
Demonstration og Udbredelse af Telepsykiatri		Projekt et af de fem initiativer i den nationale handlingsplan for telemedicin. Fokus ligger på videokonsultationer mellem hospitalsafdelinger og kommuner. Kun få data om Fælles Servicecenter-opgaver.	Rapport Telepsykiatri demonstration_endelig
Tele KOL (Horsens)		Forløber for HPF, der er ikke foretaget systematisk indsamling af data vedr. support.	Tele KOL Horsens.pdf



3. Bilag 3: Materiale fra Delphi workshop

3.1 Bilag 3.1 – Deltagerliste Delphi workshop

				
Deltagerliste til workshop d. 8. april 2016				
Fornavn	Efternavn	E-mail	Virksomhed	Titel
Camilla	Kølsen	camilla.koelsen@alexandra.dk	Alexandra Institutet	Head of methods and business lab
Simon	Feilberg	simon.feilberg@rm.dk	AUH	Leder af økonomienheden
Tina	Heide	tah@rn.dk	Region Nord	Sekretariatchef
Katrine	Vedel	Katrine.Vedel@rsyd.dk	Region Syddanmark	Specialkonsulent
Ivan Kjær	Lauridsen	ijk@aarhus.dk	Aarhus Kommune	Velfærdsteknologichef
Malene	Storgaard Jensen	masc@horsens.dk	Horsens Kommune	Udviklingskonsulent
Wenche	Svenning Jensen	wenjen@horsens.dk	Horsens På Forkant	Projektleder
Ulrik	Jespersen	uj@quickcare.dk	Falck Hjælpecenter	Direktør
Anne Mette	Møller	amm@netplan.dk	Netplan Care	adm. Direktør
Mette	Dalsgaard	md@netplan.dk	Netplan Care	Seniorkonsulent
Britta	Ravn	britta.ravn@STAB.RM.DK	Center for Telemedicin Region Midt	Centerleder
Jette	Bødker	jetb@syddjurs.dk	Syddjurs Kommune	Programleder
Simon Bo	Larsen	simon.larsen@cgi.com	CGI	Solution Architect
Jørgen	Schøler	joerkris@rm.dk	Hospitalsenheden Horsens	Lægefaglig direktør
Janne	Refnov	jare@ssi.dk	Sundhedsdatastyrelsen	Specialkonsulent
Jonas Thor	Bjørnson	Jonas.Bjoernsson@stab.rm.dk	Koncernøkonomi	Specialkonsulent
Frederik	Mølgaard Thayssen	Fmt@mtic.dk	Fælles Servicecenter	Projektleder
Gitte	Kjeldsen	Gk@mtic.dk	Fælles Servicecenter	Projektleder
Ulla	Vig Astrup	Ullast@rm.dk	Fælles Servicecenter	Konsulent
Anne Cecilie	Greve	Acgr@syddjurs.dk	Fælles Servicecenter	Konsulent
Morten	Kyng	mkyng@cs.au.dk	Alexandra Institutet	Professor
Peter Andreas	Killemoose Bahnsen	peab@viborg.dk	Viborg Kommune	Projektmedarbejder
Thomas M.	Schultz	tms@enversion.dk	Enversion	Direktør
Kuno	Kudajewski	k.kudajewski@rn.dk	Region Nord	Projektleder
Christina	Nikolajsen	cn@hst.aau.dk	Aalborg Universitet	Phd-studerende
Poul Erik	Kristensen	PRK@kl.dk	KL	Konsulent
Morten Kold	Mikkelsen	mkm@viewcare.com	Viewcare	Forsknings- og innovationsdirektør

3.2 Bilag 3.2 – Resultater fra Delphi workshop

Ekspertsvar fra workshopdagen er samlet og gengivet nedenfor i en række temaer, fordelt på gevinstområderne og om det yderligere kvalificerer de tanker, der var i det udsendte oplæg.

Emne 1: Begrebsramme for udarbejdelse af business casen

Oplæg på dagen:

Gvinster

Gvinsterne ved Fælles Servicecenter er fundet til at være bundet i tre roller, som Fælles Service-center udfylder, som kort kan beskrives:

Vidensformidling

Ved at være en base for vidensformidling vil Fælles Servicecenter have en positiv indflydelse på hurtigere og større fremme af gode telesundhedsløsninger.

Praktik og værktøjer



Ved at udvikle værktøjer og praksis, og ved at formidle denne erfaring, vil Fælles Servicecenter ha-ve en positiv indflydelse på nemmere og mere effektiv implementering, det kalder vi her gentagel-seseffekten.

Udbyder af tekniske ydelser (sourcing)

Fælles Servicecenter kan tilbyde at løse de tekniske og driftsmæssige opgaver. Det giver mulighed for rationel drift, dels ved at organisationerne kan dedikere egne ressourcer til kerneopgaver, og dels ved at en dedikeret teknisk organisation kan løse opgaver med en bedre økonomi. Man kan i Fælles Servicecenter opnå storskalafordel ved at samle de tekniske serviceopgaver for mange organisationer.

Eksperternes udsagn:

Vidensformidling vil på gevinstsiden betyde:

Tema 1: Vidensopsamling

Fælles Servicecenter opbygger en vidensbase, hvor relevant viden på området konsolideres. Det omfatter viden om emner der spænder fra udstyr, it-arkitektur til hvad det kræver af de forskellige organisationer at indgå i tele-sundhedsprojekter.

Tema 2: Projektmodning og implementeringsstøtte

Fælles Servicecenter kvalificerer de gode projekter og rådgiver ledelser om det, der skal nedlægges. Den kritiske validering sikrer at gode projekter overgår hurtigere til drift eller de dårlige projekter lukkes hurtigere ned.

Fælles Servicecenter understøtter opstart/gennemførelse af projekter i organisationerne fx med hjælp til ressourceafklaring. Fælles Servicecenter ved hvilke ressourcer, der skal indgå fra de delta-gende organisationer ift imple-mentering. Det sikrer at resultatet af at telesundhedsløsninger im-plementeres hurtigere og at effekten kan frem-skyndes.

Tema 3: Løsningsmodning/test

Fælles Servicecenter indsamler viden og behov i forhold til løsninger og har dialog omkring udvikling med leveran-dør som fælles talerør for alle de organisationer, der skal anvende telesundheds-løsninger. Fælles Servicecenter kan også stå for test af løsning.

Tema 4: Implementér modne løsninger

Der ligger en gevinst i at kunne implementere telesundhed i en organisation, hvor driften ligger i Fælles Service-center. Innovationsfase kan springes over og projektfasen bliver reduceret i kompleksitet.

Tema 5: Fremme lighed i sundhedsvæsenet

Fælles Servicecenter har potentiale til at reducere forskelsbehandling i sundhed.

Tema 6: Fælles Servicecenter som en platform for nationale og internationale initiativer

Fælles Servicecenter kan mediere nationale initiativer og sikre at input til og fra det nationale niveau udveksles og 'gearer' gevinster. Fælles Servicecenter kan orkestrere nationalt og internationalt samarbejde.

Tema 7: Facilitér datadeling

Potentiale ved brug af OpenTele tankegang: Fælles Servicecenter lægger data frem og stoler på at markedet finder gode løsninger, der gør brug af data.

Praktik og værktøjer vil på gevinstsiden betyde:

Tema 8: Best Practice

Fælles Servicecenter kan fremme telesundhed ved at udvikle best practice inden for et bredt spekter af områder:

Fælles viden om hvad arbejdsprocessen omkring telemedicin er og hvordan den er anderledes end før telemedicin.

Fælles udvikling af brugsvejledninger, instrukser, henvisningsvejledninger, undervisningsmateriale m.m.

Tema 9: Håndtering af fælles udbud

Fælles Servicecenter kan bistå eller gennemføre fælles udbud for flere organisationer både vedr. løsninger og ud-styr. Udarbejde kravspecifikation.

Tema 10: Sparring på komplicerede områder

Fælles Servicecenters rolle som sparringspartner på en lang række områder er en stor gevinst. Det gør det muligt for kommuner at løse behov de ikke selv kan løfte, da de ikke har kompetencerne inhouse

Områderne går fra udstyr, it-arkitektur og standarder, til jura og økonomi og kan også omfatte sparring omkring bruger dreven innovation.

Tema 11: Præventive effekter ved sammenhængende forløb fremmes af en personlig agent

Udbyder af tekniske ydelser vil på gevinstsiden betyde:

Tema 12: Muliggør supportering af BYOD

Brugen af BYOD rummer en gevinst og samtidig udgør support af borgerens eget udstyr en udfordring. Fælles Servicecenter har her klare fordele i bedre at kunne håndtere BYOD end de enkelte organisationer.

Omkostningssiden af Fælles Servicecenter

Tema 13: Omkostninger til udskiftning af udstyr i hjemmene

Tema 14: Fælles Servicecenter er en langsigtet investering

Fælles Servicecenter er en langsigtet investering med mange opstartsomkostninger over en længere periode, før der ville kunne genereres et overskud. Det tager tid at få snebolden til at rulle (organisering, politisk beslutning m.m.)

Initiale investerings-/opstartsfase med mange omkostninger og få gevinster

Driftsfase med få investeringer og større effekter/gevinster

Tema 15: Risiko for at overhead vokser

Når parter, der samarbejder i projektfasen, efterfølgende får et kunde/virksomhedsforhold kan det drive de administrative omkostninger i vejret. Omkostningerne til administration underestimeres derfor. Desuden skal det balanceres at efterspørgsel efter de forskellige roller tilpasses efterspørgslen/volumen.

Tema 16: Snitflader mellem telesundhedsprojektet og Fælles Servicecenter

Der er flere snitflader som Fælles Servicecenter skal håndtere. Dels mellem den kliniske support og den tekniske. Personale skal vide hvornår de henviser til klinik – det kræver et kompetenceløft. Desuden kan skal dokumentationsbehov/behov for snitflader til EOJ/EPJ afdækkes samt omkostninger i den forbindelse.

Tema 17: Outsourcing kræver salgsorganisation

Fælles Servicecenter skal medregne omkostninger til at etablere en salgsfunktion og vedligeholdelse af et service-katalog. Omkostninger til salgsorganisation er vigtig, da der ellers er risiko for at værdisætte gevinsten af sourcing for højt på grund af en overestimering af skalafordelene.

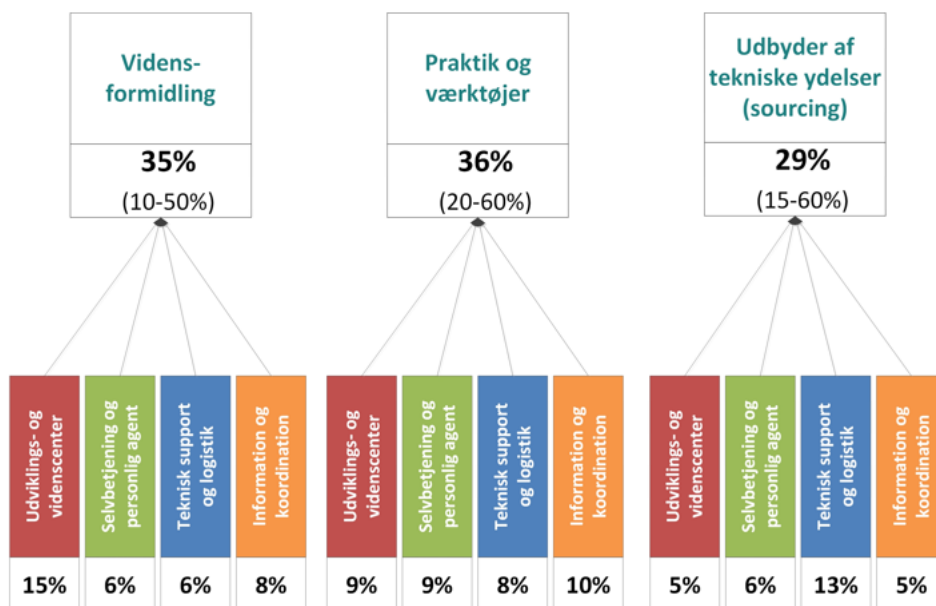
Tema 18: BYOD support koster

BYOD support giver muligheder, men det medfører også væsentlige omkostninger til kompetenceløft.

Emne 2: Direkte effekter af servicekategorier på gevinster, samt krydseffekter mellem servicekategorier

I nedenstående figurer er vist det samlede resultat fra panelet i to grafer, og imellem dem er kommentarerne samlet i temaer.

De direkte effekter:



Tema 19: Der vil være en udvikling over tid

Vidensformidling er vigtigst i opstartsfasen, Praktik og værktøjer er vigtigt i opstartsfasen, Udbyder af tekniske ydelser er vigtigt i driftsfasen.

Organisationernes behov vil derfor ændre sig over tid.

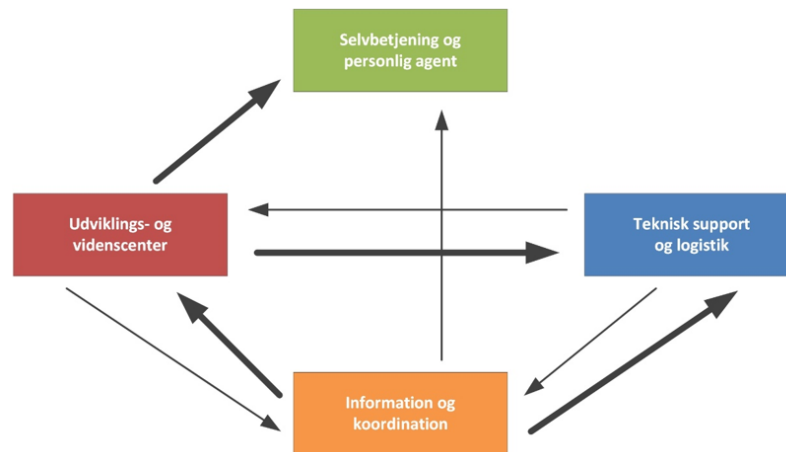
Tema 20: Nogle servicekategorier er forudsætninger for øvrige, men der er et samspil på tværs

Udviklings- og videnscenter og Information og koordination er grundforudsætninger for de andre. Når Fælles Servicecenter er beslutningsstøtte OG udførende hjælp, så skal de alle være der. Der kan komme et frugtbart tilbageblik fra erfaringsdannelsen på de udførende servicekategorier til de mere grundlæggende servicekategorier.

Krydseffekterne

Det samlede panel blev bedt om at give 'point' til alle krydseffektpilene.

Disse er i efterbehandlingen blevet rangordnet, så de effekter, der fremtræder stærkest er tegnet op med de kraftigste pile i nedenstående tegning, og derefter er der en mellemgruppe, som er tegnet op med tyndere pile. For at få billedet tydeligt frem, så har vi valgt ikke at tegne de pile op med de svageste effekter.



Emne 3: Betydende parametre i beregning af business casen

Tema 21: Robuste telesundhedsløsninger og borgerforløb er de interessante parametre, ikke antal projekter

Det er en meget gennemgående kommentar.

Derudover er det kommenteret, at det er vigtigt med en skarp opdeling på økonomi og kvalitet.

Tema 22: Levedygtighed i tal



	SCENARIO 0: UDEN FÆLLES SERVICECENTER				SCENARIO 1: MED FÆLLES SERVICECENTER			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Levedygtighed: Sandsynlighed for at projektet går i drift (angives i %):	30%	33%	36%	40%	Gnst:32% (fra 10% til 55%)			
Årlig vækst:		+10%	+10%	+10%		Gnst:14% (fra -20% til 50%)	Gnst:16% (fra -10% til 50%)	Gnst:17% (fra -20% til 70%)

Tema 23: Gentagelseeffekt i tal

	SCENARIO 0: UDEN FÆLLES SERVICECENTER				SCENARIO 1: MED FÆLLES SERVICECENTER			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Implementeringsomkostninger for et gennemsnitligt telesundhedsprojekt	750.000	675.000	575.000	460.000	Gnst: 750.000			
Årlig reduktion i implementeringsomkostninger		-10%	-15%	-20%		Gnst:-7% (fra -20% til 15%)	Gnst:-12% (fra -30% til 18%)	Gnst:-19% (fra -40% til 18%)

Tema 24: Gavnlig for gentagelseeffekt

Koordinering af viden, metoder og netværk, nye projekter bygger ovenpå opnået erfaring:

- Udvikling af skabeloner, uddannelsesmoduler, juridiske aftaler o.lign. som kan tilpasses
- Fælles udbud/indkøb
- Viden om it-problemer og imødegåelse af disse

Mange aktører, der vil det samme

Konsolidering og standardisering, jo flere gentagelser, jo større effekt

Teknisk infrastruktur – potentiel høj gentagelseeffekt

Bruge de samme sundhedsfaglige hvor muligt -> gengangere i alle organisationer, hvor det er muligt.

Tema 25: Hvor gentagelseeffekt er mindre

Forandringsledelse og politisk arbejde – lav gentagelseeffekt

Jo mere forskelligartede projekter, jo mindre storskala og gentagelseeffekt.

Der er implementering på mange niveauer og i mange organisationer - lokalt vil det i disse år 'aldrig' være første gang!

Emne 4: Risici

Risici er i sammenfatningen også tematiseret i forhold til rollerne: Vidensformidling, Praktik og værktøjer, samt Udbydere af tekniske ydelser.

Risici som kan henføres til Vidensformidling:

Tema 26: Sikker håndtering af kommunikation og timing

Der ligger en stor risiko i håndteringen af kommunikation til interessenterne. 'Dør man af telesår?' eller af dårlig pressehåndtering.

Timing af Fælles Servicecenters indsatser er vigtig i forhold til div. problemer, projekter, koordinering og tværsektorielt samarbejde

Tema 27: Risiko ved at fastholde skrøbelige projekter

Fælles Servicecenters rolle som sparringspartner i forhold til at organisationerne vælger projekter fra i tide er en risikofaktor. Hold fokus på den kritiske sans.

Tema 28: Organisationer er forskellige -> One size does not fit all!

Implementering er forskellig fra organisation til organisation. Der kan være forskel selv mellem distrikter in-ternt i samme kommune. Det kan reducere effekt af gentagelser.

Desuden skal Fælles Servicecenter beslutninger i netværk uden mulighed for at placere en entydig ret til beslutning, hvis der ikke er enighed. Det medfører også en risiko hvis Fælles Servicecenter ikke opleves som en formel organisation af omverden

Konflikter mellem interessenter kan overføres til Fælles Servicecenter /blive en blind makker i samarbejdet.

Tema 29: Finansiering af telemedicin/telesundhed udgør en risiko for Fælles Servicecenter

Der ligger en risiko i, at aktørerne, specielt kommuner og region, ikke gennemfører projekterne pga. overordnede finansieringskonstruktioner. Fx kan der ikke hentes en besparelse på projekt eller det kommer til at have for store sideeffekter, der har for stor effekt på økonomien.

Kommunernes filosofi om pilotprojekter af 2-3 års varighed med tilhørende budget, kan potentielt betyde økonomisk pres med faldende indtægter.

Fælles Servicecenter vil ikke have ansvaret for kvaliteten af de telemedicinske løsninger, men for deres implementering. Men det vil være en hæmmende mekanisme for Fælles Servicecenters forretningsmodel, hvis det ikke er succesfulde (kvalitetsmæssige) telemedicinske løsninger i begyndelsen fordi det er svært at vide om der er en teori (dårlig løsning) eller en implementeringsfejl.

Tema 30: Risiko for at Fælles Servicecenter bliver for firkantet med tung administration

Med fokus på standardisering og anvendelse af de "rigtige" løsninger er der risiko for, at Fælles Servicecenter bliver en innovations-dræber med "smagsdommer effekt".

Derudover risiko for at Fælles Servicecenter lukker sig om sig selv og at administrationsomkostningerne vokser indefra.

Tema 31: Risiko ved Fælles Servicecenter som løsningsmodner

Der kan ligge en risiko ved at Fælles Servicecenter agerer konkurrenceforvridende Håndtering af jeres stemme i forhold til fx valg af system og leverandører bliver uvildig/neutral = form for kvalitetsstempel (ikke certifice-ring) – er det samtidig konkurrenceforvridende?

Tema 32: For højt ambitionsniveau

Ambition: Lav en 75% løsning der kører nogenlunde stabilt og hurtigt i gang.

Risici, som kan henføres til Praktik og værktøjer:

Tema 33: Uddannelse - en grundstem

Uddannelse, som et tilbud til medarbejdere, der håndterer telesundhedsløsning er vigtig og er en grundsten i udbredelsen.

Tema 34: Er referencearkitekturen på plads?

Risiko ved at DS repository ikke er en del af Fælles Servicecenter.

Referencearkitektur for telemedicin + standarder på området er ikke synlige nok i projektet

En anden risikofaktor er den nationale infrastruktur: Fungerer OpenTele?

Tema 35: Infrastruktur

Internetdækning skal være i orden til telesundhedsløsninger

Tema 36: Projekter er forskellige

Mange forskelligartede projekter fra starten gør det svært at konsolidere specialiseret viden kerneprocesser/kernekompetencer/kerneydelse.

Tema 37: Standardisering og innovation -> modsatrettede størrelser

Risiko for at idet standardisering tager lang tid, der mistes fokus fra fremdrift og det kvæler ildsjæle og "entusiasme effekt".

Risici, som kan henføres til Udbydere af tekniske ydelser:

Tema 38: Outsourcing leverandør

Find den rette outsourcing leverandør, undgå parallelle organisationer. Kan de eksisterende it-organisationer være bedre til teknisk outsourcing? Inddrag kommunernes hjælpemiddelcentraler. Placering af arbejdsplaceringer – inhouse eller hos eksterne partnere

Tema 39: Prissætning og service levels

Det er vigtigt at definere og kommunikere service levels for at forventningsafstemning. Vil Fælles Servicecenter operere med ventelister for at sikre optimal udnyttelse? Mht. prissætning skal den gennemtænkes grundigt, så kommuner og region føler, at de får værdi for pengene. Der er risiko for manglede opbakning ved for høj en prissætning.

Tema 40: Sikre parathed til at services kan omfatte BYOD

BYOD vil ændre behovet for outsourcing og logistik markant.

4. Bilag 4: Inputdata til business case

4.1 Bilag 4.1 – Dataark med generelle omkostningsparametre

Parameter - variabel	Beskrivelse	Værdi	Kilde
Bruttoårsløøn projektleder	Gennemsnitlig bruttoårsløøn for akademikere i ikke-ledende stillinger	562.677 kr.	Det fælleskommunale Løndatakontor (Sirka) 2015
Bruttoårsløøn sygeplejerske	Gennemsnitlig bruttoårsløøn for sygeplejersker i ikke-ledende stillinger	440.170 kr.	Det fælleskommunale Løndatakontor (Sirka) 2015
Bruttoårsløøn SOSU	Gennemsnitlig bruttoårsløøn for SOSU-assistenten og SOSU-hjælper	360.912 kr.	Det fælleskommunale Løndatakontor (Sirka) 2015
Bruttoårsløøn teknisk support	Gennemsnitlig bruttoårsløøn for it-medarbejdere	363.996 kr.	Det fælleskommunale Løndatakontor (Sirka) 2015
Effektivt timeårsværk	Brutto-årsnorm er 260 dage. Der korrigeres for ferie, fri- og helligdage (39 dage), samt andet fravær (25 dage). Når årsnormen omsættes til timer fraregnes yderligere 20% til 'dagligdagens afbrydelser': frokost, interne møder m.m.	Arbejdsdage svarer til 1.450 timer. Effektive arbejdstimer svarer til 1.160 timer (hvor frokost, interne møder m.m. er trukket fra).	Beregning udført som beskrevet. Primær kilde: Vedledning til timeprismodel, KL 2008: https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_34108/cf_202/Vejledning_til_timeprismodel_-_1.PDF . Niveauet fra denne beregning fra 2008 er stadigvæk gældende, i sammenlignelige business cases (som fx Business Case for Nationale Udbredelse af Telemedicinsk hjemmemonitorering til Borgere med KOL. Digitaliseringsstyrelsen / PA, maj 2015.)
Overhead	Overhead lægges oveni de direkte lønomkostninger. Overhead går til husleje og almindelig kontordrift.	20%	Som ovenfor
Ekstern undervisningsdag, pr. deltager	En ekstern undervisningsdag incl. forplejning	2.500 kr.	Skønnet
Intern kursusforplejning, pr. deltager	En intern undervisning, forplejningen	150 kr.	Skønnet



4.2 Bilag 4.2 – Specifik parametersætning til beregning af telesundhedstiltag

I dette bilag angives omkostningsparametre specifikt knyttet til de enkelte telesundhedstiltag:

Telemedicinsk sår vurdering

Inputvariabel	Kilde / Beskrivelse	Forskel i ressourceforbrug
Sundhedsfaglig bruger – engangsomkostning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data og erfaringer fra Fælles Sårsupport/Fælles Servicecenter.</i></p> <p><i>Med Fælles Servicecenter kan der samles større hold (på tværs af organisationer).</i></p> <p><i>Der antages at være 1 superbruger pr. 15 sundhedsfaglige brugere (svarer til ca. 2 pr. kommune).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: ½ undervisningsdag i hold à 6 sundhedsfaglige brugere, forberedelse ½ dag pr. hold (sygeplejerske). 2 undervisningsdage til superbrugere (1 superbruger pr. 15 sundhedsfaglige brugere) med ekstern undervisning. • Med Fælles Service: ½ undervisningsdag i hold à 12 sundhedsfaglige brugere, forberedelse/transport 1/2 dag pr. hold (projektleder). 2 undervisningsdage til superbrugere (1 superbruger pr. 15 sundhedsfaglige brugere) i hold à 2 (projektleder). Forberedelse/transport 1 dag per hold. 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel og tillæg for ekstern underviser.</p> <p>Organisation besparelse: 762 kr. (sygeplejerske hhv. ekstern undervisning)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -632 kr. (projektleder)</p> <p>Differens: 131 kr.</p>
Sundhedsfaglig bruger – årlig supportomkostning og vedligeholdelsesundervisning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data og erfaringer fra Fælles Sårsupport/Fælles Servicecenter.</i></p> <p><i>Det antages, at den utrænede supporter (i egen organisation) bruger 50% mere tid på opgaven, end en supporter i Fælles Servicecenter vil gøre.</i></p> <p><i>Med Fælles Servicecenter kan der samles større hold (på tværs af organisationer):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Support 1,2 time pr. sundhedsfaglig bruger (sygeplejerske). En årlig ½ erfadag i hold à 6 sundhedsfaglige brugere incl. forberedelse/transport 0,5 dag pr. hold (sygeplejerske) • Med Fælles Service: Support på 0,8 time pr. sundhedsfaglig bruger (teknisk supporter). En årlig ½ erfadag i hold à 12 sundhedsfaglige brugere, incl. forberedelse/transport 0,5 dag pr. hold (projektleder) 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 996 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -588 kr. (teknisk supporter hhv. projektleder)</p> <p>Differens: 407 kr.</p>
Borger – engangsomkostning pr. bruger Bestående af: Introduktion, oprettelse af ny bruger – samt nedtagning af udstyr og klargøring til næste bruger	<p><i>Estimatet er skønnet. Opgaven er mere tidskrævende for den utrænede supporter og indregnes med en faktor 1,5.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Oprettelse af borger i systemet 15 minutter (sygeplejerske). • Med fælles Servicecenter: Oprettelse af borger i systemet 10 minutter (teknisk supporter) 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 114 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -63 kr. (teknisk supporter)</p>



		Differens: 51 kr.
Borger – årlig supportomkostning pr. bruger	Der er ingen borgerkontakt	-

Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

Inputvariabel	Kilde / Beskrivelse	Forskel i ressourceforbrug
Sundhedsfaglig bruger – engangsomkostning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data og erfaringer fra TeleCare Nord.</i></p> <p><i>Overvejelser vedr. forberedelsestid er taget fra Telemedicinsk sårsvurdering. Antallet af superbrugere er anslået, så der er ca. 2 per organisation.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: 2 undervisningsdage i hold à 6 sundhedsfaglige brugere, incl. forberedelse 1 dag pr. hold (sygeplejerske). 1 undervisningsdag for superbrugere (1 superbruger pr. 5 sundhedsfaglige brugere) med ekstern undervisning. • Med Fælles Service: 2 undervisningsdage i hold à 12 sundhedsfaglige bruger, incl. forberedelse/transport 1 dag pr. hold (projektleder). 1 undervisningsdag til superbrugere (1 superbruger pr. 5 sundhedsfaglige brugere) i hold à 2 (projektleder), incl. forberedelse/transport 1 dag pr. hold. 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel og tillæg for ekstern underviser.</p> <p>Organisation besparelse: 1.817 kr. (sygeplejerske hhv. ekstern undervisning)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -1.120 kr. (projektleder)</p> <p>Differens: 698 kr.</p>
Sundhedsfaglig bruger – årlig supportomkostning og vedligeholdelsesundervisning pr. bruger	<p><i>Det antages at ligge på samme niveau som Telemedicinsk sårsvurdering. (Note: Fra Telecare Nord har vi kun data set i forhold til borgerne.)</i></p>	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 996 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -588 kr. (teknisk supporter hhv. projektleder)</p> <p>Differens: 407 kr.</p>
<p>Borger – engangsomkostning pr. bruger</p> <p>Bestående af: Introduktion, oprettelse af ny bruger – samt nedtagning af udstyr og klargøring til næste bruger</p>	<p><i>Fra TeleCare Nord: Sygdomsrelateret undervisning til borgere er opgjort til 1,75 time, som kan gøres i små hold. Herudover skal logistikken varetages. Fra Horsens på Forkant med sundhed er det opgjort, at logistikken, opsætning og nedtagning, tager 3,5 time (uden evt. ekstrabesøg).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: 1,75 times sygdomsrelateret undervisning i hold à 6 time + 3,5 timer til logistik (sygeplejerske) • Med Fælles Servicecenter: 1,75 times sygdomsrelateret undervisning i hold à 6 (sygeplejerske) og 3,5 timer til logistik (teknisk supporter) 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 1.727 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -1.451 kr. (teknisk supporter)</p> <p>Differens: 276 kr.</p>
Borger – årlig supportomkostning pr. bruger	<p><i>Fra TeleCare Nord: 0,57 timer per borger, for 2nd level support. Det antages at sygeplejersker klarer 1st level support.</i></p>	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p>



	<p><i>Opgaven er mere tidskrævende for den utrænede supportere og indregnes med en faktor 1,5.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Support af borger 1,5*0,57 (sygeplejerske). • Med fælles Servicecenter: Support af borger i systemet 0,57 timer (teknisk supportere). 	<p>Organisation besparelse: 389 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -215 kr.</p> <p>Differens: 175 kr.</p>
--	--	---

Telesundhed – et tværsektorielt eksempel

Input til dette eksempel er udviklet med inspiration fra erfaringer og data fra Horsens på Forkant med Sundhed. Det er kendetegnende for tiltaget at implementeringen er fokuseret udelukkende med uddannelse af sygeplejersker.

Inputvariabel	Kilde / Beskrivelse	Forskel i ressourceforbrug
Sundhedsfaglig bruger – engangsomkostning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data fra Horsens på Forkant med sundhed.</i></p> <p><i>Forberedelsestid er skønnet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Sidemandsoplæring 2,5 timer af sundhedsfaglig kollega (sygeplejerske) • Med Fælles Servicecenter: 2,5 times undervisning i hold à 6 sundhedsfaglige brugere, incl. forberedelse ½ dag pr. hold (projektleder). 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel og tillæg for ekstern underviser.</p> <p>1.138 kr. (sygeplejerske hhv. ekstern undervisning)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -530 kr. (projektleder)</p> <p>Differens: 609 kr.</p>
Sundhedsfaglig bruger – årlig supportomkostning og vedligeholdelsesundervisning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data fra Horsens på Forkant med sundhed. Vurderingen af behovet for en erfadag er hentet fra erfaringer fra Fælles Sårsupport.</i></p> <p><i>Det antages, at den utrænede supportere (i egen organisation) bruger 50% mere tid på opgaven, end en supportere i Fælles Servicecenter vil gøre.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Support 1,5*0,22 time pr. sundhedsfaglig bruger (sygeplejerske). En årlig ½ erfadag i hold à 6 sundhedsfaglige brugere incl. forberedelse/transport ½ dag pr. hold (sygeplejerske) • Med Fælles Servicecenter: Support 0,22 time pr. sundhedsfaglig bruger (teknisk supportere). En årlig ½ erfadag i hold à 12 sundhedsfaglige brugere, incl. forberedelse/transport ½ dag pr. hold (projektleder) 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 599 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -657 kr. (teknisk supportere hhv. projektleder)</p> <p>Differens: -58 kr.</p>
Borger – engangsomkostning pr. bruger Bestående af: Introduktion, oprettelse af ny bruger – samt nedtagning af udstyr og klargøring til næste bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data fra Horsens på Forkant med sundhed.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Opsætning (2 timer), nedtagning (1,5 time) samt et supplerende supportbesøg i halvdelen af tilfældene (50%*1,5 time), i alt 4,25 time per borger (sygeplejerske). Der er indregnet et tillæg på 1,75 time, idet det er 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 2.732 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -1.600 kr. (teknisk supportere)</p> <p>Differens: 1.132 kr.</p>



	<p>sygeplejersker, der varetager rent tekniske opgaver (opsætning og nedtagning).</p> <ul style="list-style-type: none"> Med Fælles Servicecenter: Opsætning (2 timer), nedtagning (1,5 time) samt et supplerende supportbesøg i halvdelen af tilfældene (50%*1,5 time), i alt 4,25 time per borger (teknisk support). 	
Borger – årlig supportomkostning pr. bruger	<p><i>Estimatet er funderet på data fra Horsens på Forkant med sundhed. Opgaven er mere tidskrævende for den utrænede supporter (sygeplejerske uden Fælles Servicecenter) og indregnes med en faktor 1,5.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Uden Fælles Servicecenter: 0,45 time support (sygeplejerske) Med Fælles Servicecenter: 0,3 time support (teknisk supporter) 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 205 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -113 kr.</p> <p>Differens: 92 kr.</p>

Telesundhed – et monosektorielt eksempel

Input til dette eksempel er udviklet med inspiration fra erfaringer og data fra Viborg Kommune, der anvender telesundhed til videobaseret hjemmepleje. Tiltaget er kendetegnet ved en meget dyb implementering, idet at alle medarbejderressourcer omkring borgeren bliver uddannet i anvendelse af teknologien, sygeplejersker, sosu-assistenten og -hjælperen, vikarer, elever og dermed alle, som er i kontakt med borgerne.

Inputvariabel	Kilde / Beskrivelse	Forskel i ressourceforbrug
Sundhedsfaglig bruger – engangsomkostning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data fra Videobaseret hjemme- og sygepleje.</i></p> <p><i>Forberedelsestid er skønnet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Uden Fælles Servicecenter: Sidemandsoplæring 1,5 timer af sundhedsfaglig kollega (sygeplejerske) Med Fælles Service: 1,5 times undervisning i hold à 6 sundhedsfaglige brugere, incl. forberedelse 2 timer pr. hold (projektleder). 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel og tillæg for ekstern underviser.</p> <p>683 kr. (sygeplejerske hhv. ekstern undervisning)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -340 kr. (projektleder)</p> <p>Differens: 343 kr.</p>
Sundhedsfaglig bruger – årlig supportomkostning og vedligeholdelsesundervisning pr. bruger	<p><i>Estimatet baserer sig på data fra Horsens på Forkant med sundhed. Supportomkostning og vedligeholdelsesundervisning tænkes primært til sygeplejersker, men er beregningsmæssigt delt ud på alle brugere (også sosu'er og elever). Der er indregnet 1 sygeplejerske pr. 8 brugere.</i></p> <p><i>Det antages, at den utrænede supporter (i egen organisation) bruger 50% mere tid på opgaven, end en supporter i Fælles Servicecenter vil gøre.</i></p> <p><i>Vurderingen af behovet for en erfadag er hentet fra erfaringer fra Fælles Sårsupport.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Uden Fælles Servicecenter: Support 1,5*0,22 time pr. sundhedsfaglig bruger (sygeplejerske). En årlig 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 75 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -82 kr. (teknisk supporter hhv. projektleder)</p> <p>Differens: -7 kr.</p>



	<p>½ erfadag i hold à 6 sygeplejersker incl. forberedelse/transport ½ dag pr. hold (sygeplejerske)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Med Fælles Servicecenter: Support 0,22 time pr. sundhedsfaglig bruger (teknisk supporter). En årlig ½ erfadag i hold à 12 sygeplejersker, incl. forberedelse/transport ½ dag pr. hold (projektleder) 	
<p>Borger – engangsomkostning pr. bruger</p> <p>Bestående af: Introduktion, oprettelse af ny bruger – samt nedtagning af udstyr og klargøring til næste bruger</p>	<p><i>Estimatet baserer sig på interview med Viborg kommune og erfaringer fra de øvrige projekter.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Opsætning og introduktion per borger (3 timer), varetages af sygeplejerske. • Med Fælles Servicecenter: Opsætning og introduktion per borger (3 timer), fordeles med 2,75 timer varetaget af Fælles Servicecenter (teknisk supporter) og 0,25 time til egen sygeplejerske. 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 1.252 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -1.036 kr. (teknisk supporter)</p> <p>Differens: 217 kr.</p>
<p>Borger – årlig supportomkostning pr. bruger</p>	<p><i>Estimatet baserer sig på interview med Viborg kommune og erfaringer fra de øvrige projekter.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uden Fælles Servicecenter: Support per borger (0,3 time), varetages af sygeplejerske. • Med Fælles Servicecenter: Support per borger (0,3 time), fordeles med 0,2 time varetaget af Fælles Servicecenter og 0,1 time varetaget af sygeplejerske. 	<p>Forskellen er beregnet som lønforskel.</p> <p>Organisation besparelse: 91 kr. (sygeplejerske)</p> <p>Fælles Servicecenter forbrug: -75 kr.</p> <p>Differens: 16 kr.</p>