

Udtræk fra workshop i Viborg ang. 'telemedicinsk sårvurdering's potentielle brug af et FSC.

(Brutto-liste / Brainstorm)

Session 1:

- Sikring af vidensdeling (fx om evidens i forhold til sårpleje) imellem kommuner – Viborg har egne ekspert-sygeplejersker centralt, der hjælper distrikterne. Deres viden skal kunne komme andre til gavn.
- Kommune og hospital bruger udstyr, de allerede har. Så ingen centrale indkøb. Der er en gradvis indkøring af nye sygeplejersker, det styrer de ligeledes selv. Kommunen har købt app'en til 12 telefoner via App Store. Ved fuld udrulning vil de nå op på 30 mobiltelefoner.
- For sygehuset er EPJ den primære dokumentationsmåde, derfor skal billederne ligge i EPJ – de forbinder et digitalt kamera til computeren, og flytter det over i EPJ. Kan FSC sikre at billeder lægges over i EPJ (iflg. referencearkitekturen skal EPJ på sigt kunne tilgå billeder igennem et billedeindex)?
- De lokale såransvarlige og nogle hjemmesygeplejersker er på 'kursus', som de selv arrangerer. Kunne FSC stå for dem?
- Vikarservice – fx i sommerferieperioden var det svært at dække alle sårbehandlinger med personale, der var oplært i telemedicin.
- Sygehuset vil ikke have at alle ringer til Dansk Telemedicin – det skal gå igennem de centrale (dvs deltagerne på workshoppen).
- Brugeradministration er ikke et problem, så længe det er en lille og stabil stab, der er oprettet i systemet. Men det er principielt en opgave, som ikke har noget med specialuddannelsen som sårplejerske at gøre – det kunne varetages af andre, når systemet skal bredes yderligere ud.
- Hvis det er sygehuset, der inkluderer en borger, der ikke er kendt, så udleverer de en pjece, som kommunen har udarbejdet og spørger efter borgerens samtykke. Når en borger er oprettet gives besked (sms) til kommunens sårplejerske. Viborg Kommune har ligeledes etableret nogle interne arbejdsgange (via EDI) til at få informationen ud i distrikterne. Men visitation sker decentralt.
- Der er en del dobbeltdokumentation forbundet med pleje.net, fordi kommune og sygehus primært skal dokumentere i EPJ/EOJ. Der kopieres tekst til pleje.net. Der kan laves et link til pleje.net, så man kan give tidsbegrænset læse-adgang til sårjournalen, selvom folk ikke er oprettet. Der kommer også en opdatering af pleje.net, så man kan sende korrespondancemeddelelser, der kommer direkte ind og ligge på pleje.net.
- Pleje.net bruges også til at understøtte projekter med fx nye bandager eller andre tiltag. Der kan man bruge billedokumentationen i pleje.net til at evaluere tiltaget.
- Nogle få borgere ønsker at have adgang til pleje.net selv. Mest de yngre, diabetiske sårpatienter.
- Sygehuset er 'dirigenten' på at holde kadencen i sårbehandlingen, fx at tage fat i kommunen, hvis der ikke er kommet svar efter 5 uger, el.lign. Disse ting kunne måske pege på en flaskehals, hvor et FSC ville kunne hjælpe. Sygehuset gennemgår ikke alle 50 borgere og ser om nogen har glemt at lægge billeder på – men de læser indbakken hver dag. Kan FSC agere 'populations-manager'?

- Det er sygehuset, som har behandlingsansvaret...
- 'Oprydningssdelen' i forhold til et forløb kan gøres nemmere, hvis der er nogle klarere regler for, hvem der skal gøre hvad, fx om borgere skal fjernes fra pleje.net.
- I forhold til uskarpe billeder samt at huske den lille lineal på billedet – her har kommunen i Viborg i dag opgaven, den kunne godt strammes op. Manøvren kan automatiseres med en QR-kode på linealen. Opmåling er et godt redskab i forhold til statistik. Den manuelle opmåling bør ligge på få hænder, fordi det kan afhænge af hvor meget af skorpen, der tegnes med på billedet osv.
- Man kan lave et 'værdispring' i pleje.net i forhold til adgang til borgere – før var det en flaskehals, hvor man skulle have fat i Dansk Telemedicin.
- Borgere bliver ikke pillet ud af pleje.net – ved afslutning af forløbet overgår borgeren blot til 'afsluttet' kategori.

#### Session 2:

- Kursusforløb i forhold til at bruge teknikken kan ligges eksternt/hos fsc – men det skal hænge sammen med de ønskede arbejds gange i Viborg, som sygehuset ønsker at have hånd i hanke med. Ren systemoplæring kan outsources.
- Support bør bestå af lokale superbrugere, der kan hjælpe brugerne, men hvis de ikke kan svare på det, skal der være et teknisk call center.
- Teknisk support – sygehusets IT-afd har ikke været blandet ind i projektet
- Fejlrapporter til danske telemedicin
- "Det som har med borgeren at gøre, kan vi ikke give fra os"
- "Oprettelsen af en borger var tidligere tung pga. lister med egen læge osv., men efter at pleje.net er kommet på CPR-registeret, går det nemt. Og det involverer vurdering af såret, så den kan vi ikke give fra os"
- Når kommunen opdager et sår og vurderer at det skal på sårcenteret ved sygehuset, skal borgeren først forbi egen læge (fysisk). Dette kan forsinke processen, muligvis unødigt. Kan et FSC gøre en forskel på denne front?
- Kan man forestille sig at borgeren forbliver i primær-sektorens ansvar samtidigt med at sygehusets kompetencer bringes i spil, evt. telemedicinsk? "I teorien ja, i praksis nej". På Bispebjerg har de valgt en model, hvor de i højere grad rådgiver på borgere, de ikke har haft i hænderne. Men vi vil gerne have den i hænderne, for billeder er ikke altid nok.
- I situationer, hvor en specialist-vurdering kan ske online, kunne man godt forestille sig at sygehuset stiller denne 'konsulent-bistand' til rådighed igennem et FSC, så flere borgere kan forblive i primær-sektorforløb og samtidigt trække på specialist-viden. Hvis det blot er et rådgivningsansvar, kan det gå. Men hvis det er et tværsektorielt behandlingsforløb, ligger behandlingsansvaret på sygehuset. MEN: det vigtige i forhold til sårbehandling er ofte den bagvedliggende diagnose, som vil kræve et specialistansvar. Udredning og diagnose er rød!
- FSC er superbruger på de her ting med at administrere brugere og systemet.
- Måske skal de have en faglig uddannelse for at kunne sidde og sortere og rydde op
- Kvalitetssikring ved et FSC:
  - Sker der noget i det enkelte forløb? Oprydning i forløbene, sikre at ingen falder igennem. FSC kunne være en bagstoppe-klods.

- Det kunne også være en prompt på, hvis der ikke har været udvikling i såret i 2 måneder, det er derfor vi savner opmåling af såret.
- Vidensdeling på tværs af sektorer? Strukturerne er der uformelt – vi bliver kontaktet mere og mere. Kommunens sårsygeplejersker holder øje med, hvad der kommer af evident o.lign., og så er det den enkelte kommune, der skal vælge hvad de kan bruge. Jeg tror den er svær, det ville kræve at alle kommuner blev enige om hvad de vil vælge. Så hellere i relation til kvalitetssikringen: Et FSC kunne engang imellem spørge ud til de forskellige kommuner, hvad de bruger. Og så kan man samle op på det niveau – mere big data agtigt. Pt. bliver det meste båret oppe af praksiserfaring frem for evidens...
- Multisyge? Sygehuset: De fleste sårborgere er multisyge. De nye patientjournaler, hvor vi går på tværs af regionen og bookinger, har virkelig givet et overblik. Men det går det jo endnu ikke ud i kommunen. Men det er stadig svært at koordinere med de mange aftaler, og breve, der bliver væk osv. Bare det at vi har overblik indenfor regionen, har været et stort skridt fremad, jeg kan godt se at det er svært for kommunen. Kunne man lave sårtjeket på sårcenteret, når borgeren allivel er på sygehuset i forbindelse med nyren eller andet? Det må man ikke iflg. reglerne, vi må ikke selv opsøge patienten, selv hvis borgeren er indlagt. Det skal være afdelingen, der ringer efter mig.