



Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital

Behovsfabrikken

SAMMEN OM KLINISKE BEHOV

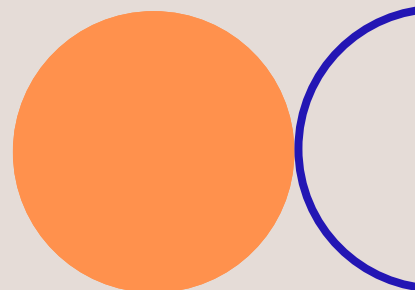


Forord

I denne bog præsenteres det hvorfor og hvordan, vi arbejder med kliniske behov i Innovationsenheden på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Innovationsenheden ligger på Bispebjerg matriklen under afdelingen for Kvalitet og Uddannelse.

Visionen, filosofien og metodikken bag det vi kalder Behovsfabrikken uddybes. Dertil forklares det, hvorfor vi finder partnerskaber værdifulde i målet om at imødekomme kliniske behov, der til dagligt bliver “dealet med” på kliniske afdelinger.

Formålet med bogen er at være fuld transparente om vores erfaringer. Der eksisterer mange gode måder og metoder til, hvordan man kan arbejde med sundhedsinnovation. I denne bog giver vi vores bud, og vi håber, at dette kan være brugbart for andre.

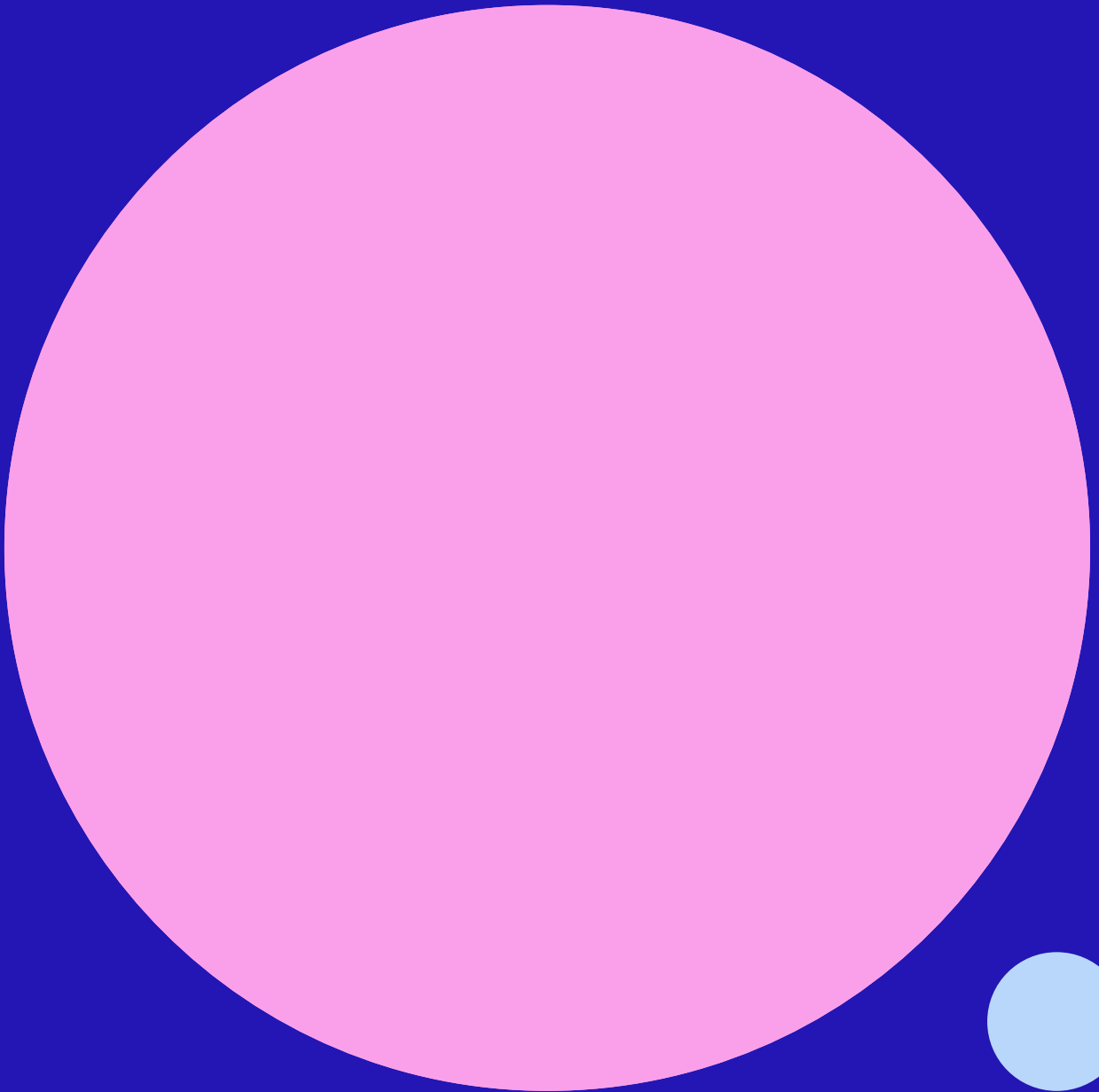


Indholdsfortegnelse

01	Vision	s. 1
02	Filosofi	s. 6
03	Kontekst	s. 12
04	Metode	s. 21
05	Sammenhængskraft i sygeplejerskers arbejdsgange	s. 40
06	Pipelinen af innovationspartnerskaber	s. 56
07	Andre projekter på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	s. 57



Vision



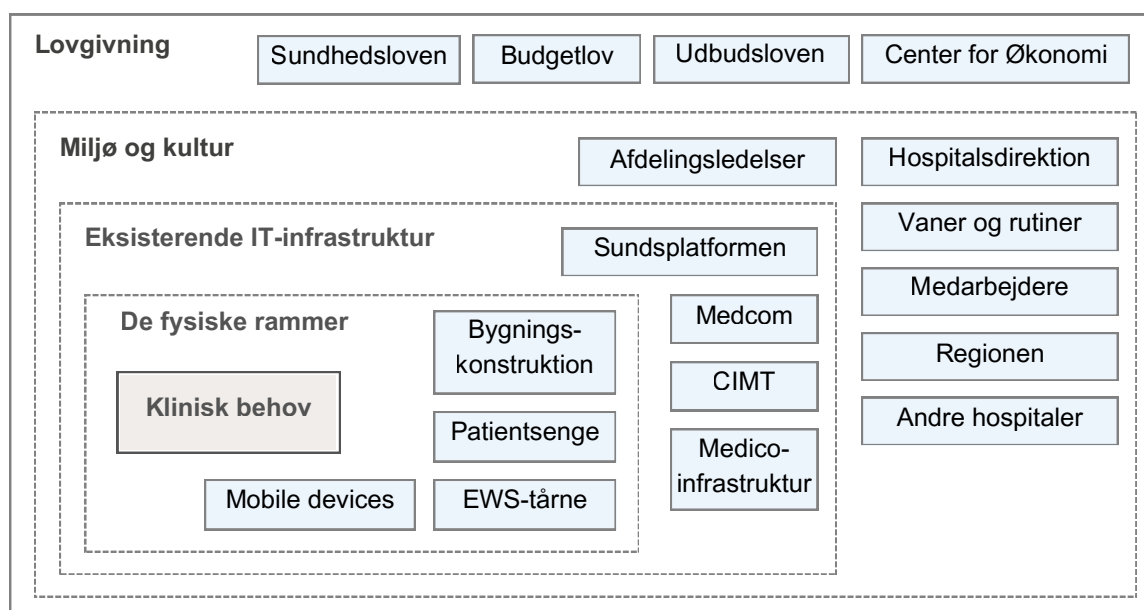
***Centralisere og
betragte de
kliniske behov i
den kontekst de
bor i og udnytte
partnerskaber til
at løse behovene,
når nødvendigt***

Forståelse for behovet i den kontekst, behovet bor i

I Behovsfabrikken adskiller vi ofte ordet “teknologi” fra ordet “løsning”. Hvor vi betragter en teknologi som et system, et kamera, en app osv., så tillægger vi ordet løsning mere værdi.

I vores optik er en løsning noget, som løser et klinisk behov igennem fuld implementering. Det er os ret underordnet, hvad det “noget” er, så længe det fungerer optimalt i en klinisk hverdag

For at det kan lade sig gøre, betyder det oftest, at der udover behovsejerne skal tages hensyn til en række andre vigtige interessenter i økosystemet samt de rammer og begrænsninger, som disse arbejder under. Sagt på en anden måde er det vores erfaring, at det næsten er umuligt at skabe løsninger, hvis man ikke betragter behovet i den kontekst, det bor i. Altså det kliniske behov i midten, omgivet af fysiske rammer, IT, kultur m.v. Nedenstående figur er en simpel visualisering af, hvordan vi betragter kliniske behov.



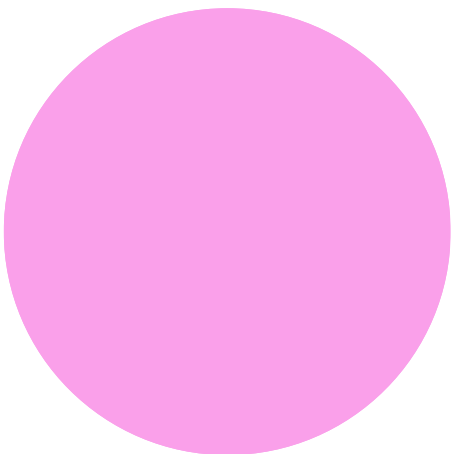
Se s. 51 for at se vores forsøg på at gøre dette

Altså betragter vi en (sundheds-)løsning som noget, der er tænkt holistisk ind i økosystemet og ikke er udviklet isoleret fra hele eller dele af sundhedssektoren

Det er vores påstand, at succesfuld implementering kræver, at man forstår indkøbs- og anskaffelsesprocessen baglænds. Med andre ord er det fordelagtigt at forstå, hvilke forudsætninger der skal være på plads, før man overhovedet kan begynde at arbejde med et behov. Hvis hospitalsinvolveret innovation ikke ender i et regulært indkøb, så har vi formentligt fejlet.



Filosofi



01 **Behovet skal bo
i mennesker**

02 **Start og slut
ved et behov**

03 **Åben dørene og
vend vrangen ud**

Behovet skal bo i mennesker

For at noget kan siges at være et behov, er der et eller en gruppe af mennesker, som skal eje det. Med andre ord skal der være en behovsejer. Nogle gange ved man, at man har et behov, fordi noget udfordrer én og medfører konsekvenser for én selv eller andre. Andre gange skal man først se en mulighed, før et behov opstår.

**Behovsejeren er drivkraften bag behovet.
Uden en behovsejer bliver implementering
en umulig opgave, fordi løsningerne ikke er
værdiskabende for brugeren**

Derfor er behovsejere, vores klinikere, fundamentet for alt vores arbejde. Klinikere er eksperter på deres behov, og det er vores hensigt at skabe et rum, hvor de kan italesætte og definere deres behov, alt imens vi forholder os objektivt hertil og faciliterer processen frem mod implementering af en (sundheds-)løsning. Det er essensen af det, vi har valgt at kalde Behovsfabrikken.

Start og slut ved et behov

Udover, at behovet skal bo i mennesker, skal behovsejeren også være hovedaktøren igennem hele processen. Derfor er vores klinikere centrale aktører fra identificering af behov til implementering af løsning. For at sikre succesfuld implementering, er det essentielt, at løsningsforslag konstant holdes op mod behovet, evalueres af behovsejerne og designes til den virkelighed, som behovet bor i. Ved at blive i behovet fra start til slut, arbejde tæt med behovsejerne og respektere de begrænsninger og udfordringer, som behovet er omgivet af, fx økonomi og IT-infrastruktur, understøttes implementeringsmulighederne fra start.

Åben dørene og vend vrangen ud

Markedet er dygtige til at udvikle teknologier, men vi kan som organisation have svært ved at købe løsningerne ind. For at blive bedre til det, tror vi på, at vi skal turde "hænge det beskidte vasketøj ud" og være transparente om dér, hvor det er svært at være kliniker. Herefter skal vi være bedre til at invitere markedet ind og lade dem hjælpe os med at løse behovene. Med andre ord forsøger vi at udnytte kompetencerne, hvor de er stærkest ved at eksponere os for mulighederne. Klinikere, som behovsejere og markedet, som udviklere og danne partnerskaber, når dette er nødvendigt.

Behovsfabrikken

Behovsfabrikken er en metode til systematisk behandling af behov, og den udgår fra Innovationsenheden på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH). En innovationsenhed lyder måske som et stort sted, hvor man udvikler mange dimser og dingenoter. Vi er det *stik* modsatte. Vi udvikler ikke dimser og dingenoter, og vi er en lille tæt innovationsenhed bestående af få medarbejdere med forskellige akademiske baggrunde, både nyuddannede og erfarede. Og vi arbejder sådan af én bestemt årsag:



*Innovationen skal foregå dér, hvor behovet bor.
Altså på afdelingerne, hvor behovsejerne er.*

For at have en god følelse af klinikernes behov og kunne tale deres sprog, er nogle af vores medarbejdere sygeplejersker. To af vores sygeplejersker er ansat i delestillinger og tilbringer halvdelen af deres tid hos os og den anden halvdel som kliniske sygeplejersker på Geriatrisk og Palliativ Afdeling. Dette bringer værdifuld klinisk viden til vores arbejdsopgaver. Vores tredje sygeplejerske er også innovationsuddannet, og sammen med vores medarbejdere indenfor innovation, IT, organisation og ledelse bliver det muligt at drive Behovsfabrikken og praktisere dens filosofi lokalt.

Kontaktinformation findes bagerst i bogen



Samarbejdspartnere

For at arbejde med de kliniske behov og kunne skabe forandring i stor skala, er det vigtigt for os at samarbejde med en bred vifte af samarbejdspartnere.

Vores samarbejder bidrager til en dyb og holistisk forståelse for, hvad vores organisation har behov for, når vi sætter kliniske behov på dagsordenen.

Det er nemlig ikke kun klinikernes behov, vi skal forstå for at lykkes, men også vores organisations og de muligheder og rammer, den sætter for udvikling.

Udpluk af samarbejdspartnere:

- Center for Økonomi -
koncernindkøb
- Center for Regional Udvikling
- Center for Offentlig-Privat
Innovation
- Center for Sundhed
- CIMT
- Erhvervshus Hovedstaden
- Danish Life Science Cluster
- Innovationsenheder på tværs
af hospitaler og regioner
- Kliniske afdelinger på tværs af
hospitaler og regioner

... og mange andre organisationer.





Kontekst

01 Hvorfor en
Behovsfabrik?

02 Manglende
betalingsvillighed

03 Gappet mellem
marked og hospitaler

04 Opsummering

01 Hvorfor en Behovsfabrik?

Det er desværre en velkendt problematik, at det danske sygehusvæsen er under pres. Vi får flere ældre samtidigt med, at det bliver sværere at rekruttere sundhedspersonaler nok til opgaven. Et fænomen vi bedre kender som det dobbelt demografiske pres. Derudover stiger kompleksiteten i sygdomme, og ikke mindst bliver patienternes forventninger til sundhedsvæsenet kun større.

For sundhedsvæsenet fortsat kan tilbyde behandling af høj kvalitet samt opretholde den høje grad af patienttilfredshed og patientsikkerhed, tror vi på, at vi skal være bedre til at iscenesætte de kliniske behov på et hospital og lade dem være omdrejningspunktet. Man kan være fristet til at forsætte sætningen og sige "... omdrejningspunktet for innovation", men vi tror ikke, at alle behov løses ved at innovere. I stedet tror vi på, vi skal forstå behovene så grundigt, at vi kan tage stilling til, om innovation er nødvendigt for at løse behovet.

Hvorfor køber vi ikke bare?

Man kan undre sig over, at vi ikke bare køber diverse produkter ind. Særligt når vi betragter presset på sygehusene. Man kan undre sig endnu mere, når man betragter hastigheden på den teknologiske udvikling og dét faktum, at der i dag findes teknologi, som adresserer nogle af de mest komplekse kliniske behov. Så hvorfor køber vi ikke bare ind?

Der er uden tvivl mange kvalificerede svar på det spørgsmål. I denne bog lægger vi vægt på manglende betalingsvillighed og gabet mellem marked og hospitaler.

02 Manglende betalingsvillighed

Økonomien i sygehusvæsenet er begrænset, og derfor må sengeafdelinger og hospitalsdirektioner nøje overveje, hvordan de bruger deres årlige budget. For indkøb betyder det, at betalingsvilligheden reelt er lav, hvis værdiskabelsen ved indkøb ikke er så signifikant, at den dagligt kan mærkes i en klinisk hverdag og afspejle sig i afdelingens budget. Dét har nogle gange den konsekvens, at...



Vi dealer med problemerne

- Emilie Caroline Udsen, Sygeplejerske, Innovation BFH

Anderledes formuleret, så affinder klinikere sig ofte med diverse behov eller problematikker, og det gør sig af og til gældende for både de mest simple, men også for de mest komplekse behov.

Der vil nok altid eksistere behov, som klinikerne ville ønske de kunne få løst. Men når vi spørger klinikerne, om de er villige til at betale for at få behovene løst, så falder der behov fra, hvilket oftest er dem, som klinikerne er villige til at **deale med** eller agter at løse på anden vis. De behov er oftest karakteriseret ved, at de ikke har den største indflydelse på den kliniske hverdag, ikke er så komplekse og nogle gange kan løses internt, hvis nødvendigt.

Tilbage står de behov, som klinikerne ønsker at investere i. Du kender det måske fra dig selv.

En swimmingpool i baghaven - what's not to like?

De fleste synes nok, at en stor swimmingpool i baghaven kunne være dejligt på en varm sommerdag. Så kunne man lige tage sig en kold dukkert ved behov, få sin daglige motion og skabe en masse gode minder med venner og familie.

Men har du så en swimmingpool i baghaven? De fleste vil nok svare nej. Hvorfor? Fordi de fleste mennesker højst sandsynligt får stillet mange af deres behov i en swimmingpool ved at tage en tur i svømmehallen. Måske endda også ved en strandtur. Og så har vi slet ikke talt om, hvad det koster at anlægge en swimmingpool og økonomien, der skal reserveres til vedligeholdelsen af den. For ikke at nævne mængden af tid det kræver at rengøre og vedligeholde poolen, så den rent faktisk kan bruges.

Af de årsager vil de fleste mennesker nok erkende sig enige i, at de ikke er villige til at anskaffe sig en swimmingpool i baghaven, men foretrækker svømmehallen. På samme måde er klinikere og hospitalsvæsenet heller ikke villige til at betale sig fra at få løst alle behov, fordi alle behov ikke er lige presserende.



03 Gappet mellem marked og hospitaler

Men klinikerne er initiativrige og gode opfindere og heldigvis for det! De er typisk gode opfindere, fordi de er behovsejere. De ved præcis, hvad de har behov for, og de har en masse unik klinisk viden, som skal anvendes for, at noget kan siges at være en løsning. Derfor kan det også gå ret stærkt med at omsætte et behov til en løsning, når klinikerne selv er med fra start til slut.

Bagsiden af medaljen er dog, at det ofte skaber store implementeringsvanskeligheder, hvis udviklingen af en løsning ikke finder sted på rette vis.

Udbudsloven sikrer lovmedholdige indkøb

I Europa er det et lovkrav, at alle indkøb foretaget over 200.000 euro (1.6 millioner kr.) skal foretages via et udbud. Den finansielle tærskelværdi overskrides ret ofte, når der skal købes ind i sygehusvæsenet, og derfor foretages mange indkøb i Danmark via udbud. Et udbud sikrer, at alle private virksomheder får muligheden for at vinde retten til at sælge deres produkter til fx et hospital i en bestemt tidsperiode. Dvs. udbud bidrager til fair konkurrence og ligebehandling af markedet. Ligeså understøtter udbud stillingstagen til, hvad borgernes skatte kroner bruges på.

Ligebehandling af markedet henviser også til, at alle virksomheder som byder på et udbud, skal have haft adgang til den samme viden. Det betyder i værste fald, at hvis en kliniker får en ide og selvstændigt eller i partnerskab med en privat virksomhed udvikler en løsning ved at fodre den med sin kliniske viden og erfaring, så risikerer den kliniker eller det firma inhabilitet ift. at byde på udbuddet. Det får den konsekvens, at klinikerne eller virksomheden mister muligheden for at sælge en potentiel værdiskabende løsning ind i sundhedssektoren. Også selvom løsningen møder et komplekst klinisk behov.

Dette scenarie er også forsøgt illustreret på de næste to sider.



Dét, der oftest sker er....

1 Et klinisk behov

Det kliniske personale støder på et behov uden åbenlys løsning



2 Idegenerering

Klinikere begynder at udforske løsningsmulighederne



3 Samarbejde

Klinikere indgår et samarbejde med en privat partner og opstarter en virksomhed, eller de starter egen virksomhed



4 Udvikling af løsning

Selvstændigt eller med en partner begynder klinikerne at udvikle protyper og/eller identificere kommercielle løsninger

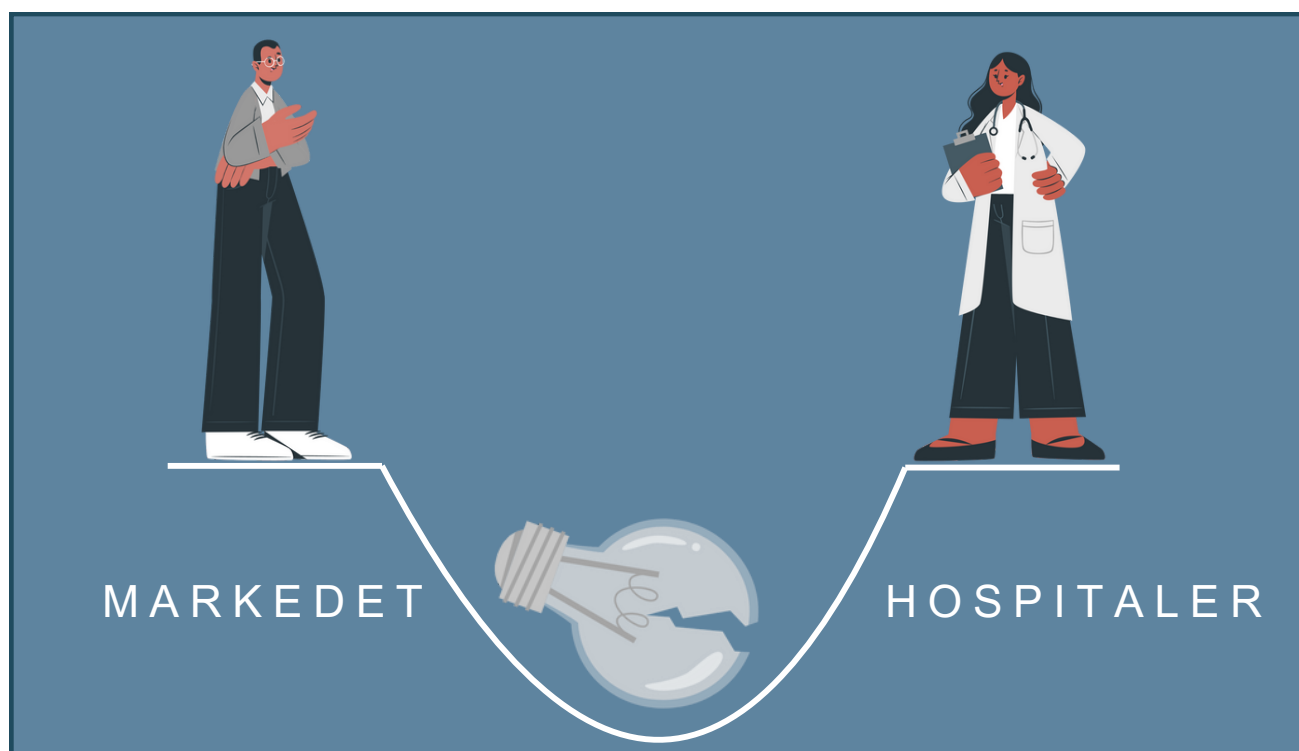


5 Back to scratch

Klinikerne banker på og vil gerne have produktet købt ind. Men oftest kan dette være svært, fordi produktet ikke er tænkt ind i hele økosystemet som vist på figuren på side 5, og fordi behovet ikke er afdækket grundigt nok. Det har ofte den konsekvens, at der ikke kan foretages et lovmedholdigt indkøb, der samtidigt er værdiskabende, og nogle behov forbliver derfor uløst



Man kan tale om, at der eksisterer et gap mellem marked og hospitaler, hvilket besværliggør og til tider umuliggør et trygt møde mellem behovsejerne og markedet. Derfor finder meget udvikling sted isoleret fra hospitalerne, da samarbejder mellem klinikere og virksomheder risikerer at påvirke virksomhedens konkurrencerettigheder om tildeling af en udbudskontrakt.



Når markedet udvikler isoleret fra hospitalerne, sker det ofte, at hardwaren og softwaren ikke er tilpasset behovet eller den kontekst, som behovet bor i jf. figuren på side 5. Det har ofte den konsekvens, at de tilbudte produkter er alt for dyre, og at produkterne ikke fuldstændigt formår at møde det kliniske behov, så de i vores optik kan betragtes som en løsning.

Selvom et produkt måtte være tilpasset afdelingsledelser eller hospitalsdirektioners indkøbsbudgetter og kunne give os alt information i verden, så ville det heller ikke være ensbetydende med et indkøb. Tværtimod, så vil alt information om alle patienter altid hele tiden medføre en mængde af arbejde, vi som sundhedsvæsen, slet ikke kan håndtere. Prøv bare forstil dig, at du kendte pulsen på alle patienter altid hele tiden...

Gappet mellem marked og hospitaler betyder også, at vi ikke efterspørger markedets teknologier, fordi vi ikke ved, at fx tryghed i en nattevagt kan løses igennem en eksisterende teknologi.

I klinikken betyder det også, at klinikere ikke altid finder nye produkter interessante, og at indkøbte produkter sommetider ender på hylderne i afdelingen med den begrundelse, at...



Dét duér ikke

- Lene Thomsen, Sygeplejerske, Innovation BFH

Det er en skam, da vi i Danmark nærmest skyder startups samt små og mellemstore virksomheder op (SMV), fordi vi har et stærkt og robust accelerator- og inkubationsmiljø. Fra vores synspunkt mangler vi at betragte den større dagsorden for, hvordan vi inviterer markedet indenfor, så vi kan drage nytte af markedet og omvendt understøtte den stærke udviklings- og iværksætterkultur.

04 Opsummering

De klassiske barrierer for indkøb

- ✗ **Manglende betalingsvillighed.** Produktet vurderes ikke at imødekomme et behov, der kræver et indkøb.
- ✗ **For høj salgspris.** Produktets salgspris overstiger hospitalsdirektionens eller afdelingsledelsens indkøbsbudget.
- ✗ **Overtrædelse af udbudsloven.** En kliniker har selv eller i partnerskab med en virksomhed udviklet en løsning ved brug af unik klinisk viden, som resten af markedet ikke har haft adgang til.
- ✗ **Manglende forståelse for økosystemet omkring indkøb.** De rette interessenter er ikke involveret strategisk fra start til slut. Derfor er deres behov ofte ikke mødt, og produktet kan ikke idriftsættes.

Der findes mange bud på, hvordan man kan overkomme nogle af disse barrierer. Vores bidrag ligger i det, vi kalder en for en "Behovsfabrik", hvor visionen er at centralisere de kliniske behov og inddrage det omkringværende økosystem så tidligt som muligt.

Derfor har vi i Innovationsenheden på BFH et tæt samarbejde Center for Økonomi, hvilket er hele Region Hovedstadens indkøbsmuskel. Nærmere specifikt arbejder vi tæt med koncernindkøb, hvis medarbejdere har udviklet en forretningsgang, der formår at centralisere de kliniske behov og strategisk invitere markedet ind, så indkøb af værdiskabende løsninger kan finde sted på lovmedholdig vis.



Metode

01

Forretningsgangen for
værdibaserede indkøb

02

Behovsfabrikkens metodik

03

Behovsfabrikken og
værdibaserede indkøb

04

Vores organisationstræ

05

Teknologier kan også drive behov

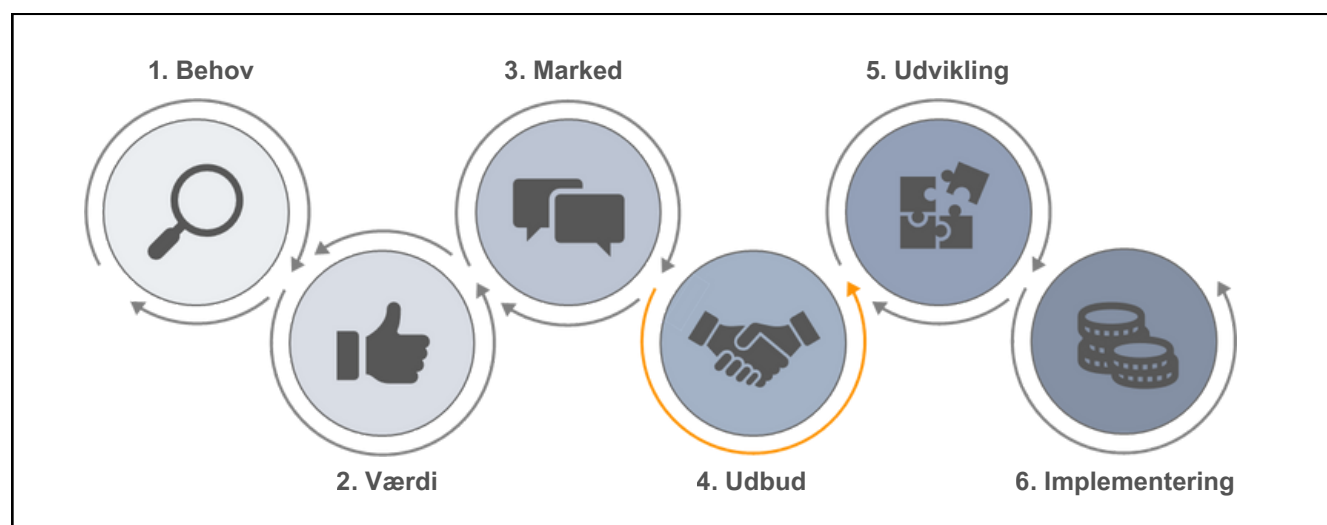
06

Behovskataloget

01 Forretningsgangen for værdibaserede indkøb

Forretningsgangen for værdibaserede indkøb er udviklet af medarbejdere i Center for Økonomi - koncernindkøb. Den viser vejen for, hvordan indkøb skal tilrettelægges, så fremtidige indkøb af sundhedsløsninger skaber værdi i stor skala og samtidigt er lovmedholdelige. Forretningsgangen muliggør endvidere vurdering af, om det er nødvendigt at foretage et indkøb, men også valget af udbudsform, såfremt der skal foretages et indkøb.

Dette sikres, da forretningsgangen starter ved et klinisk behov (trin 1), som værdisættes (trin 2) og præsenteres for markedet (trin 3) før, der tages stilling til, om der skal foretages et indkøb. Såfremt der skal foretages et indkøb, tages der stilling til valget af udbudsform (trin 4). Det er valget af udbudsform, som den orange pil indikerer på figuren nedenfor. Det betyder også, at der ved brug af forretningsgangen gøres brug af trin 1, 2 og 3 uanset udbudsform.



I 2016 udkom en ny version af udbudsloven. Der blev her åbnet op for muligheden om innovationspartnerskaber som indkøbsmetode, hvilket stadig er en relativ sjælden udbudsform indenfor sundhed i Danmark.

I et innovationspartnerskabsudbud indgås et partnerskab mellem en offentlig og privat partner, som sammen skal nå frem til en løsning. For forretningsgangen betyder det, at der ved innovationspartnerskabsudbud følger en udviklingsperiode (trin 5). Såfremt det er lykkedes den offentlige og private partner at komme frem til en løsning, der imødekommer det kliniske behov, kan den offentlige partner vælge at indkøbe og implementere løsningen på købsoption (trin 6). Opsummerende, er trin 5 og 6 unikke for udbudsformen: innovationspartnerskab.

Fordele ved forretningsgangen

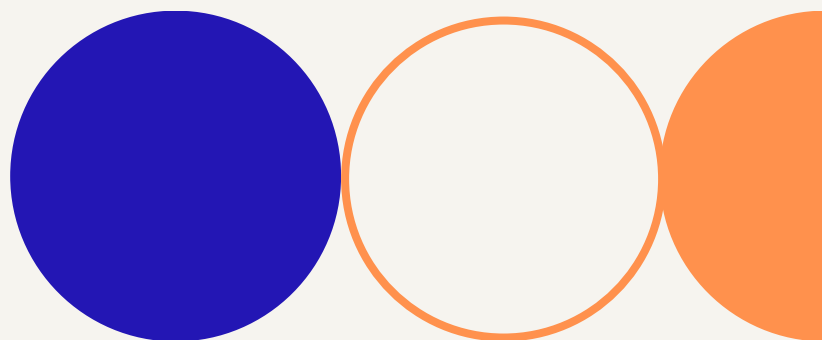
- ✓ **Imødekommelse af uadresserede behov.** Forretningsgangen sikrer, at det er de kliniske behov, som er omdrejningspunktet for alt andet arbejde. Med andre ord startes der ved et behov og ikke ved specificeringen af et produkt.
- ✓ **Stillingstagen til indkøb.** Ved brug af forretningsgangen følges trin 1 (behov), trin 2 (værdi) og trin 3 (marked) før der tages stilling til, om der skal foretages et indkøb (trin 4). Skal der foretages et indkøb for at løse behovet, tages der stilling til valget af udbudsform.
- ✓ **Systematisk og tidlig involvering af interessenter.** Koncernindkøb og klinikere er involveret i alle trin. Dvs. der indgås et samarbejde mellem regionens indkøbsmuskel og behovsejere fra start. Det får den betydning, at alle behov kan ende i et regulært indkøb og ikke kan betragtes som et projekt. Dertil inddrages IT-organisationer og markedet så tidligt som muligt.
- ✓ **Konkurrenceudsættelse.** Ved at konkurrenceudsætte udbuddet (trin 4), kan markedet inviteres ind i trin 3 og gøres klogere på de kliniske behov uden, at det påvirker foretagelsen af lovmedholdelige indkøb. På den måde udlignes gabet mellem markedet og det offentlige, der på nuværende tidspunkt ofte sætter en barriere for udviklingen af løsninger, der imødekommer kliniske behov.

I denne bog lægges der vægt på innovationspartnerskaber som indkøbsmetode. På de næste tre sider følger derfor en dybere forklaring af de seks trin vist på side 23.

1. Behov

Et værdibaseret indkøb starter med kortlægning af et bestemt område, hvor kvaliteten og effektiviteten af offentlige ydelser ønskes forbedret samt analyse af de bagvedliggende udfordringer, der står i vejen for regionens evne til at levere sundhedsydelser af forventet kvalitets- og effektivitetsgrad. Formålet er at få en tilbunds gående forståelse af de udækkede behov, som ønskes opfyldt, hvilke succeskriterier og målsætninger, der skal indfries, samt inden for hvilken tidsramme forbedringen skal være opnået.

For at give de bedst mulige forudsætninger for løsningers skalerbarhed, kompatibilitet og omkostningseffektivitet bør afdækningen omfatte hele gruppen af brugere, der repræsenterer det potentielle marked for nye løsninger. Dette danner desuden grundlag for at flest mulige relevante offentlige myndigheder kan indgå i kontrakterne på købsoption og få indflydelse på udformningen af kommende løsninger. Dette er medvirkende til at løsningerne hurtigere og nemmere kan implementeres og skabe værdi skaleret, lavere udviklingsomkostninger og en billigere pris.



2. Værdi

Business cases er et redskab til at understøtte investerings- og projektstyringsbeslutninger før og under et værdibaseret indkøb. De giver grundlag for at betragte nye indkøb, som investeringer i samfundet, frem for blot udgifter på indkøbsbudgettet. Det, som er i fokus, er afledte effekter af de forbedringer, som kan gennemføres ved hjælp af nye løsninger. Sådanne effekter kunne være arbejdskraftbesparelse afledt af fx reduktion af genindlæggelser. Med værdiaflaring underbygges den økonomiske retfærdiggørelse af indkøb. Den danner desuden grundlag for prioritering af kravene til nye løsninger. Værdiaflaring giver ligeledes indsigt i, hvordan indkøbet praktisk skal organiseres for at maksimere forventede effekter og samtidig holde omkostninger og risici på et acceptabelt niveau. For eksempel kan det bidrage til at finde ud af, hvad maksimumbudgettet for indkøbet skal være for at holde omkostninger proportionelt i forhold til gevinster.

3. Marked

Formålet med markedsafdækning er at krydstjekke realismen i de antagelser, som regionen bygger det værdibaserede indkøb på, så vi sikrer det bedst mulige udbudsmateriale. Desuden anvendes markedsafdækningen til at undersøge nødvendigheden af videreudvikling – altså om behovet kan imødekommes ved at købe eksisterende løsninger gennem et traditionelt udbud. Afdækningen af markedet i forbindelse med et værdibaseret indkøb centrerer sig typisk om nedenstående emner:

- Prior art analyse og regulatorisk / standardiseringsmiljø
- Ønskede mindstekrav til løsninger
- Hovedantagelser i business casen
- Væsentlige kontraktuelle set-up og vilkår for indkøbet

4. Udbud

Udbud starter med offentliggørelse af en udbuds-bekendtgørelse. Herefter vælges én af de 5 udbudsprocedurer, som passer bedst til det opsamlede behov. Det er denne beslutning, som den orange pil visualiserer på modellen for værdibaserede indkøb (se s. 23). Udbudsmaterialet udarbejdes på baggrund af valget af udbudsproceduren. Som nævnt lægges der kun vægt på innovationspartnerskaber i denne bog.

De 5 udbudsprocedurer

1. Begrænset udbud
2. Offentligt udbud
3. Udbud med forhandling
4. Konkurrencepræget dialog
5. Innovationspartnerskab

Innovationspartnerskabsudbud

I et innovationspartnerskabsudbud udbydes et partnerskab, hvis formål er at løse et komplekst klinisk behov. Helt konkret indgås et partnerskab imellem en eller et konsortium af private virksomheder og en offentlig partner, såsom et hospital. Altså et privat-offentligt-partnerskab.

Det er kendetegnet for innovationspartnerskabsudbud, at det er behovet, som er dominerende i udbudsmaterialet. Behovet defineres igennem bløde og hårde krav, og disse udformes i et tæt samarbejde med behovsejerne (klinikerne) på tværs af hospitaler. Det betyder, at kravsspecifikationerne i udbudsmaterialet ikke adresserer eksisterende løsninger eller peger på en bestemt løsning, da løsningen endnu ligger langt ude i fremtiden. Den skal først samudvikles, når der er indgået en partnerskabsaftale. I udbudsmaterialet fremgår også den makspris, som den offentlige partner vil kunne indkøbe løsningen for, og innovationen skal derfor foregå indefor denne prisramme.

Efter offentliggørelse af et innovationspartnerskabsudbud starter en ansøgningsperiode. I dette tidsrum har virksomheder mulighed for at indgå konsortier eller selvstændigt byde på udbuddet. Det betyder, at et innovationspartnerskab åbner op for SMV'er og start-ups til at byde ind. Når ansøgningsfristen er udløbet, begynder en udvælgelsesproces med det formål at finde den mest kvalificerede partner til udviklingsperioden. Grundet mulighederne i udbudstypen kan der gøres brug af metoder såsom prækvalifikation, mikrosprint og forhandlinger til udvælgelse af en partner.

Når partneren er fundet, underskrives en partnerskabsaftale mellem den private og den offentlige partner for udviklingsperioden. Herefter starter en udviklingsperiode på 18 måneder. En indkøbsaftale med køboptioner gøres klar til eventuel underskrivelse efter endt udviklingsperiode. Indkøbskontrakten underskrives kun, såfremt behovet er løst indenfor de rammer og krav, der fremgår af udbudsmaterialet. Dvs. at den private og den offentlige partner begge lægger "hånden på kogepladen" i 18 måneder, når der indgås et innovationspartnerskab.

5. Udvikling

I dette trin foregår innovationen. I løbet af 18 måneder skal den offentlige og private partner sammen nå frem til en løsning. Det er den private partners ansvar at planlægge udviklingsperioden, mens den offentlige partner skal sørge for relevant sparing ind i processen og facilitere, at de planlagte aktiviteter kan ske.

Udviklingsperioden inddeles i faser og samarbejdspartner(ne)s indsats vurderes systematisk under udviklingsforløbet for at sikre at løsningerne, der udvikles, imødekommer kravene - dvs. behovet, som er beskrevet i udbudsmaterialet, og at samarbejdspartner(ne)s indsats lever op til det aftalte. Efter endt udviklingsperiode gives den private partner yderligere 12 måneder til opnåelse af eventuelle certificeringer, fx MDR og CE-mærkning.



6. Implementering

Såfremt det er lykket at komme frem til en løsning, der løser behovet i overensstemmelse med rammer og krav i udbudsmaterialet, kan den endelige løsning købes ind og idriftsættes, og gevinstrealiseringen kan påbegyndes. Det kan ske direkte og i skala. Både regionen og eventuelle andre offentlige aktører, der har underskrevet en indkøbsoption, kan foretage løsningsindkøb og idriftsætning. Undlad at benytte indkøbsoptionen i tilfælde, hvor udviklingen ikke har været succesfuld.

02 Behovsfabrikkens metodik

For at arbejde ind i forretningsgangen for værdibaserede indkøb, er det nødvendigt med en metode, der muliggør struktureret, holistisk og omhyggeligt arbejde med kliniske behov. Dertil kræver det opbakning fra den øverste direktion og frihed til at eksperimentere og gøre noget nyt.

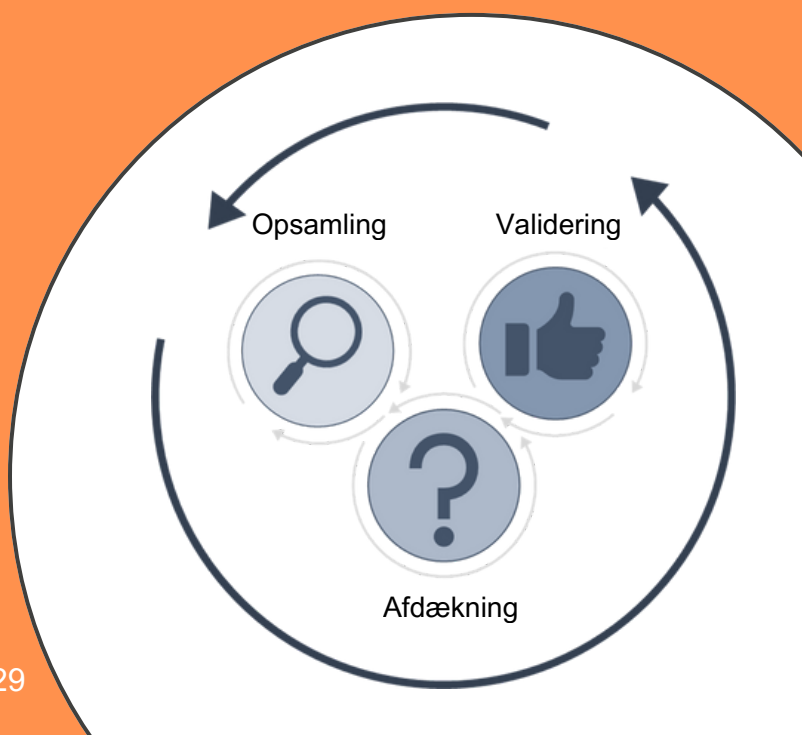
Alt sammen til organisationens bedste.

I følgende afsnit præsenteres Behovsfabrikkens metodik og organisationstræ, der er vores bud på, hvordan man effektivt, hensigtsfyldt og kvalitetsbevidst kan arbejde med kliniske behov.

Behovsfabrikken er et tvetydigt ord. Det henviser til en *intern fabrik* på et hospital, som systematisk 1. opsamler, 2. afdækker og 3. validerer kliniske behov. De tre faser bidrager til identificeringen af de mest komplekse behov, som vi kobler til en *ekstern fabrik* - en virksomhed, igennem innovationspartnerskaber.

De tre faser forankres på et lokalt, regionalt og nationalt plan med det formål at lave holistiske og dybtgående analyser af behov og at skabe momentum bag dem. Faserne faciliteres via forskellige aktiviteter og med inddragelse af diverse interessenter.

Arbejdet ned igennem de tre faser sikrer en segmentering af behov, så kun de mest komplekse behov udbydes som et innovationspartnerskab, mens andre og mindre ressourcekrævende metoder kan anvendes til løsning af mere simple behov.



Opsamling af behov - lokalt på et hospital

Formålet med denne fase er at identificere de kliniske behov. Behovene udformes typisk som en simpel sætning. Vi kalder dem derfor også for “behovsytringer” eller “udmodnede behov”, da de endnu ikke er udforsket. Nedenfor følger beskrivelser af de aktiviteter, vi bruger til at facilitere denne fase.

Besøg på afdelinger

I denne aktivitet besøges alle typer af afdelinger, som måtte opleve et behov, og som ønsker at komme det nærmere. Der skal ikke så meget mere til end at være aktivt lyttende og spørge klinikerne:



What is bothering you, today?

Det er vores erfaring, at et besøg typisk varer en time, og at man kan opsamle alt imellem 5-12 behovsytringer pr. afdeling via denne aktivitet. Alle er velkomne på sådan et besøg; læger, terapeuter, biokemikere, portører, sygeplejersker, ledere m.v., erfarende som nye.

Digital platform

Formålet med den digitale platform er at samle og kategorisere alle behov. Platformen er endnu under udarbejdelse, da det vil være fordelagtigt at have en platform til opsamling af behov regionalt og nationalt. Vores tanker med platformen er, at det skal være et digitalt redskab, hvor markedet kan tilgå viden om, hvor klinikken har brug for hjælp. Vores nuværende bud på en platform er Behovskataloget, som du kan læse mere om på side 38.

Behovsbazaar

I denne aktivitet mødes klinikere og markedet. Konceptet minder om en messe, men her er det klinikerne, som bemande boder og fortæller om deres behov. Alt imens har virksomhederne fri mulighed for at komme helt tæt på klinikken ved lytte til og drøfte kliniske behov med behovsejerne selv. I samarbejde med Erhvervshus Hovedstaden afholdte vi den første Behovsbazaar i februar 2022. Omkring 50 virksomheder deltog, og arrangementet blev taget godt imod af både klinikken og markedet.



Klik [her](#) for at se videoen fra dagen

Top-down strategier

I denne aktivitet omfavner vi organisatoriske forandringer og sundhedspolitiske vedtagelser, som på forskellig vis har indflydelse på måden, vi driver sundhedsvæsenet. Dette er essentielt, da behov også opstår som følge af organisatoriske og politiske indgreb. Et eksempel herpå er vedtagelsen om opførelsen af alle kvalitetsfondsbyggerier med ensengsstuer fremfor flersengsstuer, eftersom dette skaber et behov for at nytænke klinikernes arbejdsgange.

Afdækning af behov - regionalt og nationalt

Formålet med denne fase er at dykke dybt ned i de opsamlede behov, og undersøge hvad behovet egentlig indebærer. Det er vores erfaring, at der oftest ligger mange detaljer gemt i en behovsyttring, og at disse typisk forandrer sig, jo mere man undersøger dem. Det er svært at prioritere hvilke behov, vi skal begynde at afdække, og vi har ikke det endelige bud på, hvordan prioriteringen skal foregå. Det som vi gør er at lede efter momentum bag behovene, men også at lade klinikerne vurdere, hvilke behov de vil allokere tid og ressourcer til at dykke ned i.

Workshops med klinikere

I denne aktivitet samles klinikere på tværs af hospitaler, specialer og kommuner for at undersøge behovene. Alle med interesse i behovet er velkomne. Formålet med at samle klinikere og interessenter på tværs er at skabe en bred behovsafdækning. Via gruppearbejde, innovationsmetoder, divergerende og konvergerende arbejde undersøges behovene for detaljer og konkretiseres de.

Det er vores erfaring, at der skal afvikles tre-fire heldags workshops med adskillige interessenter for at behovene kan siges at være tilstrækkeligt udforsket og konkretiseret. Der er essentielt at trykteste fundende med deltagerne imellem workshopsne for at sikre, at arbejdet går i den rigtige retning, og at der kan justeres efter eventuelle forglemmelser.

For at holde det videre arbejde med behovet åbent, er det vores erfaring, at detaljerne i behovet kan inddeles i “skal løses”, “ses gerne løst” og “ikke med i løsningsfæren endnu”. På den måde holdes løsningsfæren stadig åben.



Copenhagen Health Innovation

For at understøtte en bred behovsafdækning, arbejder vi tæt sammen med Copenhagen Health Innovation (CHI), der kobler studerende til praksis. CHI samarbejder med diverse uddannelsesinstitutioner og er en stærk ressource i vores mål om at facilitere brede og dybtgående analyser af behov. CHI har blandt andet kontakt til uddannelser indenfor retorik, sundhed, ingeniørskab, kommunikation, IT, antropologi osv. og er dygtige til at koble studerende med relevante kompetencer til de forskellige behov.



Som tidligere nævnt, kan et besøg på en afdeling ende i alt fra 5-12 behov, men det er vores erfaring, at det er 1-3 af dem, som afdelingerne ønsker at investere tid og ressourcer i. Efter besøget får afdelingerne deres liste med behovsytringer tilsendt og bedes prioritere og uddybe 1-3 behov. De udvalgte behov sendes ind til CHI, og det er de behov, som CHI kobler studerende til.

Klik [her](#) for at læse mere om CHI-samarbejdet

Vi stiller derfor gerne op som casestillere og følger de studerende igennem deres semesterordning og kursus. Vi gør vores for at give de studerende adgang til klinikken og os, så de får den relevante sparring i løbet af deres kursus.

Det er vores erfaring, at de studerende finder det meget givende at have med virkelige behov at gøre. Dertil får klinikerne og vi nye og un-biased øjne på sommetider meget velkendte behov.

Validering af behov - regionalt og nationalt

Formålet med denne fase er at undersøge den eksisterende løsningsfære og at værdisætte behovene igennem en business case. Vi faciliterer disse aktiviteter for at undersøge, om der allerede findes løsninger på markedet, som løser behovene og for at belyse værdiskabelsen ved potentiel løsning af behovet. Igen, er det svært at prioritere de behov, som skal værdisættes, men vi bruger her fundende fra afdækningen og betragter momentummet bag behovene til at vurdere, om vi skal arbejde videre med behovet og værdisætte det.

Markedsdialoger

I denne aktivitet mødes markedet og behovsejerne (klinikerne). Formålet er at diskutere de afdækkede behov med dem, som er eksperter i udviklingen af løsninger - nemlig virksomhederne. Markedsdialogerne afholdes som workshops, hvor de afdækkede behov præsenteres for virksomhederne. Dette leder op til en diskussion af den eksisterende løsningsfære, teknisk realiserbarhed, pris for udvikling m.v. Alle interessenter i markedet skal gerne have muligheden for at deltage, og det er vores erfaring, at der skal afvikles to-tre markedsdialoger for at indfri formålet med dialogerne.

Business case

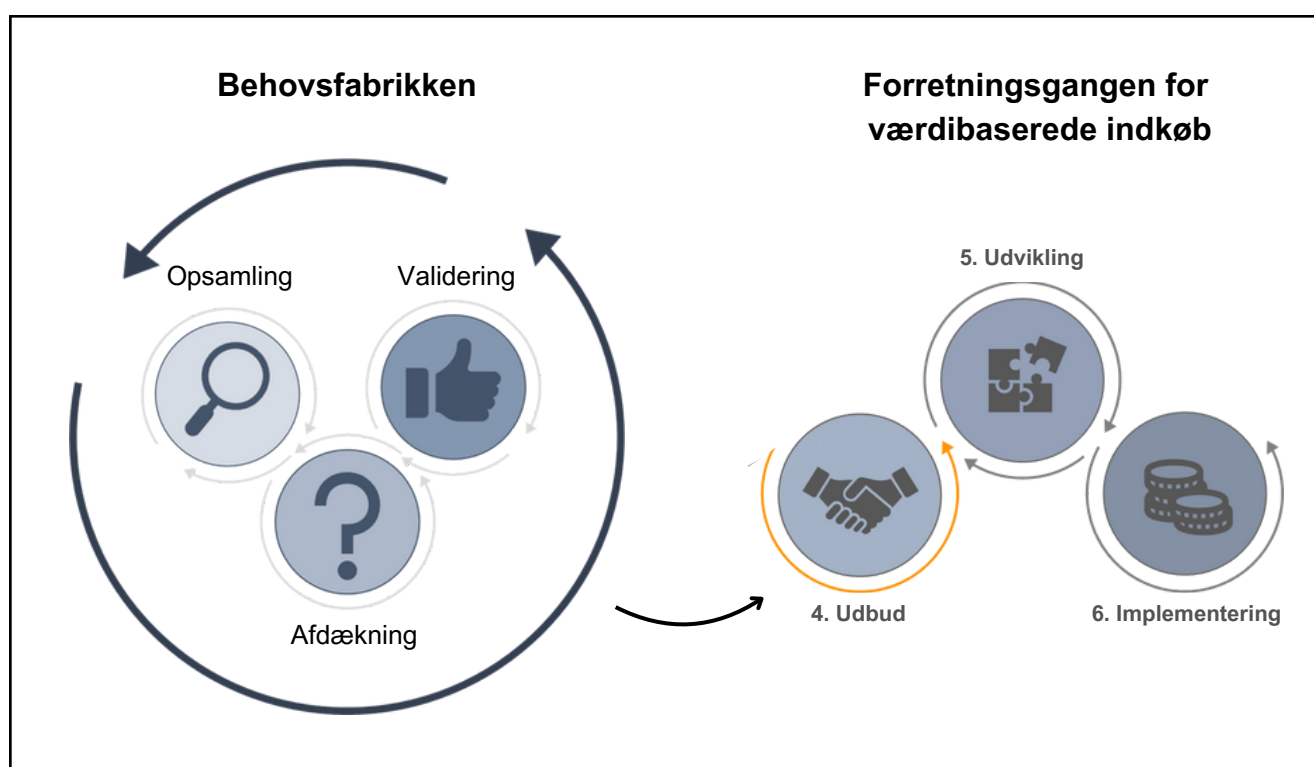
Vi bygger en business case for at undersøge værdiskabelsen ved potentiel løsning af behovet. Der lægges vægt på at undersøge både hård og blød værdiskabelse. Eksempelvis defineres det, om implementering af en løsning vil være rentabel for hospitalet, men ligeså vigtigt, om klinikerne vil opleve tryghed og føle, at en potentiel løsning vil understøtte dem i deres kliniske hverdag.

Det er en svær opgave at værdisætte et klinisk behov, og vi har ikke den endelige opskrift på, hvordan man gør dette på bedste vis.

Læs om, hvordan vi har værdisat behovet for sammenhængskraft i sygeplejerskers arbejds gange på s. 45

03 Behovsfabrikken og værdibaserede indkøb

Som nævnt arbejder Behovsfabrikken ind i Center for Økonomis forretningsgang for værdibaserede indkøb. Det gør vi for at imødekomme koncernindkøbs muligheder for at købe værdiskabende løsninger ind. I praksis betyder det, at koncernindkøb er med fra opsamlingen af et behov - altså den aller første fase i Behovsfabrikken metodik. Koblingen mellem de to kan også visualiseres på følgende måde:



I praksis betyder det, at Behovsfabrikken metodik taler ind i forretningsgangens tre første trin, nemlig 1. Behov, 2. Værdi og 3. Marked og dermed aktiverer forretningsgangen. Når et opsamlet behov har været igennem grundig afdækning og validering i Behovsfabrikken, og det har vist at være værdiskabende at løse behovet, men at der ikke findes en løsning på markedet, gøres der brug af udbudsproceduren, innovationspartnerskaber med efterfølgende proces.

Se side 40 og frem for at læse om det første projekt, der følger forretningsgangen

04 Vores organisationstræ

Én ting er af have en metodisk fremgangsmåde til struktureret arbejde med behov. Noget andet er, at få den omsat i praksis, så den skaber mest mulig værdi. Det er vores erfaring, at dét kræver momentum og opbakning fra den øverste direktion til at må eksperimentere, gøre noget nyt og være fuldt transparente om de fund og erfaringer, vi gør os, for at lykkes med sådan et koncept. Altså, at vi som innovationsenhed også selv må arbejde innovativt.

Inden vi kick-startede Behovsfabrikken drøftede vi derfor hele konceptet og vores vision sammen med vores hospitalsdirektør og vicedirektører

I drøftelserne med direktionen var det særligt essentielt at sikre momentum og opbakning til at må være fuldt transparente om dér, hvor det er svært at være kliniker, netop fordi, vi ønsker at åbne hospitalet for markedet, så behovene kan blive løst i fællesskab.

Med andre ord, havde vi som innovationsenhed behov for at må hænge “det beskidte vasketøj ud” i et behovskatalog

Vi er meget taknemmelige for vores direktions opbakning og frihed til at prøve noget nyt for hele hospitalets bedst. Derfor ser vi bedst vores organisationstræ visualiseret som vist til højre.



05 Teknologier kan også drive behov

Det er vores erfaring, at det nogle gange kan være svært at italesætte et behov. Det kan skyldes, at man som kliniker ikke altid ved, hvad der teknisk kan lade sig gøre, eller hvad der findes af muligheder på markedet. En anden årsag er, at de fleste mennesker typisk tilpasser sig de rutiner og vaner, der eksisterer på en arbejdsplads. Det kan få den betydning, at man ikke får undret sig over, hvorfor rutinerne er, som de er, men at man blot **dealer med dem**, fordi det jo er hverdagen.

Derfor ser vi det også som en styrke at lade virksomheder, SMV'er og start-ups komme ind på hospitalet og lade dem introducere deres produkter for klinikerne. Det er vores erfaring, at klinikernes møde med markedet ofte er en øjenåbner for klinikerne, og at det skaber et godt udgangspunkt for drøftelse af underlæggende kliniske behov, som ellers ikke var blevet italesat.

Måske du kender det fra dig selv? Du havde nok ikke haft behovet for en app, før du blev introduceret for en iPhone...

I praksis sker dette typisk gennem henvendelse fra en virksomhed, start-up eller andet, som ønsker noget klinisk feedback på deres produkter. Nogle gange retter henvendelsen sig til os i innovationsenheden og andre gange direkte til en klinisk afdeling.

På side 60 finder du eksempel på, hvordan eksisterende produkter og teknologi bliver brugt til at udforske klinikernes behov.



06 Behovskataloget

Behovskataloget er en skildring af alle de behov, som er opsamlet ved at besøge diverse afdelinger på Bispebjerg og Frederiksberg hospital.

Behovene er inddelt i kategorier og underkategorier, og kataloget kan findes ved at følge [linket her](#).

Som det ses i kataloget er alle behovene formuleret som simple sætninger, som de blev sagt af klinikerne. Det er disse, vi kalder for behovsytringer eller umodnede behov.

Det ses tydeligt i kataloget, hvor mange uforløste behov, der eksisterer, og som på daglig basis bliver **dealet med** af diverse behovsejere. Bemærk hvor forskellige behovene er, men også hvor mange sammenfald der er på tværs af afdelinger til trods for, at afdelingerne repræsenterer forskellige specialer.

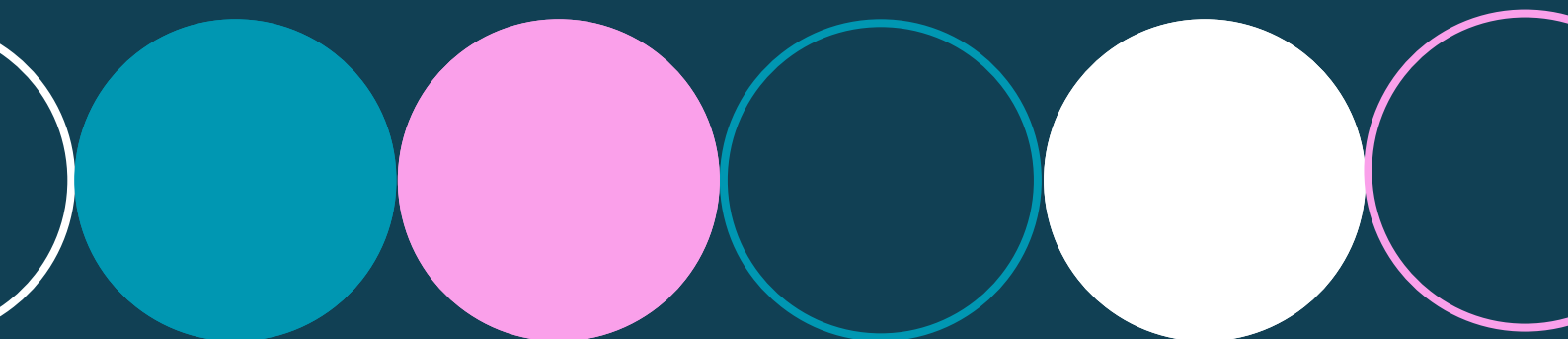
For hvert behov er det noteret, hvilken afdeling, som ejer behovet.





Sammen- hængs- kraft

i sygeplejerskers arbejdsgange



01 Formål

02 Metode

03 Interessenter

04 EU støtte

05 Tidslinje

06 Fremadrettet

01 Formål

***At sikre
sammenhængskraft
i sygeplejerskers
arbejdsgange
på almene senge-
afdelinger med ikke-
kritiske patienter til
100 kr. pr. seng
pr. dag***

02 Metode

Klinikernes udbud

Behovet for sammenhængskraft i sygeplejerskers arbejdsgange følger forretningsgangen for værdibaserede indkøb, og dét anvendes derfor også som den første tryktestning af fremgangsmåden.

Projektet er også bedre kendt som “monitoreringsprojektet”, men da vi holder løsningen langt ude i fremtiden og derfor ikke ved, om monitorering er en del af denne, så omtaler vi her projektet som “sammenhængskraft i sygeplejerskers arbejdsgange.”

Behovsejerne, vores klinikere, har været inviteret ind i processen fra start og har igennem hele processen været den primære interessentgruppe. Med andre ord har klinikerne haft den vigtigste stemme i rummet, og de har derfor siddet og vil fortsat sidde med helt inde i beslutningsrummet.

Da det er klinikerne og en partner, som skal samarbejde i hele 18 måneder, har klinikerne derfor også været aktivt involveret i udvælgelsen af partneren. I praksis betyder det, at klinikerne over flere dage har diskuteret ansøgernes indleverede projektmaterialer og testet samarbejdspotentialer med fem forskellige prækvalificerede virksomheder.

1. Opsamling af behov

Behovet for sammenhængskraft i sygeplejerskers arbejdsgange er et strategisk opsamlet behov.

Behovet udspringer af overgangen fra hospitaler med flersengsstuer til ensengsstuer, hvilket er gældende for opførelsen af alle kvalitetsfundsbyggerier i Danmark.

Denne omstilling har skabt et grundlag for at undersøge behov, som klinikere måtte opleve i forbindelse med overgangen. Særligt grundet det dobbelt demografiske pres, der henviser til stigningen behandlingskrævende patienter og færre hænder til at varetage opgaven.

I de kommende år forventes det, at der vil blive etableret 12.000-14.000 ensengsstuer i Danmark, heraf ca. 500 på Nyt Hospital Bispebjerg. Denne udvikling er ikke kun en tendens i Danmark, men også globalt i andre sundhedsvæsenet.

2. Afdækning af behov

Der blev afholdt tre workshops med klinikere på tværs af specialer, hospitaler og regioner med det formål at forstå de behov, som klinikere måtte opleve ved overgangen til de nye kvalitetsfundsbyggerier.

Dette resulterede i en 20 siders lang behovsbeskrivelse, som kan læses ved at følge [linket her](#).

Konklusionen var, at sygeplejerskerne oplever et behov for at have "øjne og ører på stuerne" uden at være fysisk tilstede.

Sygeplejerskerne vurderede, at dette er nødvendigt for at opretholde deres valide og trygge klinisk overblik over afdelingernes patienter og give dem sammenhængskraft i deres nye arbejdsgange.

Selvom projektet er udsprunget af overgangen til ensengsstuer vurderes det også, at en potentiel løsning vil være af stor værdi på afdelinger med flersengsstuer.

Klinikere på tværs af hospitaler og specialer i Region Hovedstaden har senere hen konkretiseret behovet, så de tre centrale behov i udbuddet er:

1. Detektion og formidling af respirationsfrekvensen og et andet vitalt parameter over afstand.
2. Detektion og formidling af fald over afstand, så personalet trygt og effektivt kan reagere.
3. Formidle viden om, om patienten er på stuen eller ej, så klinikerne ikke skal bruge tid på at lede efter patienterne.

Disse behov er omgivet af krav fra andre organisationers side, såsom CIMT, for at varetage økosystemets behov.

3. Validering af behov

Der blev afholdt to markedsdialoger med klinikere og private virksomheder med det formål at undersøge løsningsfæren, teknisk realiserbarhed og prissætning.

Det viste sig, at der findes adskillige løsninger på markedet, som kan løse behovet og mere til, men ikke en helhedsløsning til ikke-kritiske patienter, som kan løses indenfor et prisloft på 100 kr. pr. seng pr. dag. Dette prisloft blev sat for at imødekomme almene senge-afdelingers mulighed for at anskaffe sig en potentiel løsning.

Der blev også udarbejdet en business case til at belyse værdiskabelsen.

Generelt er det en udfordring ved business cases, at man kan få den værdi frem, som man ønsker at vise. Derfor var det et stort og svært arbejde at få lavet den rette business case, som i vores optik er en case, der er værdiskabende for klinikerne, afdelingsledelserne og hospitalsdirektionen.

Til at lave business casen arbejdede vi blandt andet med fremmødeplaner for at undersøge, hvorledes sådanne kunne se ud med en potentiel idriftsat løsning.

Vi undersøgte, om fremmødet kan reduceres med en eller flere medarbejdere uden, at det ville indebære opsigelser.

Vi fandt vinklen relevant, da vi ser ind i en fremtid med vakante stillinger og derfor bliver nødt til at undersøge, hvordan sundhedsløsninger kan imødekomme dette.

Vi udarbejdede også diverse scenarier, der på forskellig vis skildrer nogle af de udfordringer, som et alment sengeafsnit oplever ifm. optag af respirations-frekvensen, fald og søgen efter patienter. Disse scenarier blev anvendt i udbudsmaterialet til at vurdere indleverede løsningsforslag i en klinisk hverdag.

Vi har ikke opskriften

For os er det vigtigt at være transparente om, hvor svært det er at værdisætte kliniske behov. Der findes sikkert mange andre vinkler, som kan belyses, og vi har ikke opskriften på hvordan.

Det er vores erfaring, at det vigtigste er, at business casen ligger hos de interessenter, som bliver påvirket af projektet, og at der skal være tale om reelle og ikke fiktive penge. Derfor var antallet af sparede skridt eller de store tidsbesparelser på diverse procedurer ikke vores fokusområde i business casen.

Der kan sikkert tages mange andre metoder i brug til værdsættelse af kliniske behov, og det kan overvejes, om behovet er afgørende for dette.

Opsummerende er den formodede værdiskabelse i monitoreringsprojektet et styrket overblik over afdelingers patienter, optimeret fordeling af personaleressourcer, styrket patienttilfredshed, bedre medarbejdertrivsel og medarbejdertilfredshed, samt optimering af materialeressourcer og bæredygtighed.

4. Udbud

Afdækningen og valideringen af behovet viste, at der ikke findes en helhedsløsning på markedet, som løser det meget komplekse kliniske behov på den måde, der vurderes at medføre den nødvendige værdi for Region Hovedstaden og indenfor en prisramme på 100 kr. pr. seng pr. dag. Derfor fortsatte projektet i forretningsgangen for værdibaserede indkøb og blev i marts 2024 udsendt som et innovationspartnerskabsudbud.

Kravspecifikationer: MK, K-krav og KP

Anvendelsen af mindstekrav (MK), krav (K-krav) og konkurrenceparametre (KP) i udbudsmaterialet sørgede for, at vi fortsat kunne holde behovet åbent og ikke kom til at definere en løsning gennem kravspecifikationer.

I udbuddet vægter kvalitet 70% og prisen 30% til forskel fra traditionelle udbud, hvor prisen udgør 50% eller mere.

Vægtningen er essentiel, da vi skal samarbejde med en partner om en løsning i hele 18 måneder. Derfor udgjorde mikrosprinten hele 17,5 % i udbuddet.

Underkriterie	Samlet vægtning	Delkriterie	Vægtning	Leverancer
Kvalitet	70%	Partnerskabspotentiale	50%	Mikrosprint Tids- og procesplan
		Intelligent monitorering og formidling	25%	Tilbud Løsnings- beskrivelse
		Tryghed og trivsel	20%	
		Bæredygtighed	5%	
Pris	30%	n/a	n/a	

I alt bød 11 virksomheder på udbuddet

For at finde den mest kvalificerede partner faciliterede vi en prækvalifikation, en forhandlingsrunde og en mikrosprint. De prækvalificerede lov til at afgive to tilbud - et indledende og et justeret tilbud. Klinikere fra både AHH 321 og BFH G16 har aktivt deltaget i hele udvælgelsesprocessen, som i alt varede ca. 0,5 år.

Trin 1: Prækvalifikation

Formål: Prækvalificere 5 ansøgere til afgivelse af tilbud for behovet for sammenhængskraft.

Aktivitet: Gennemlæsning af indsendte referencer på andre innovationsprojekter.

Evalueringskriterier:

- Erfaring med innovationsforløb (40%)
- Produktiv samskabelse med brugere og modtagere af løsningen (30%)
- Bredde i samarbejdet og opgaveløsningen (20%)
- Håndtering af høj kompleksitet i samarbejdet og opgaveløsning (10%)

Pointskala: 0-20-40-60-80-100

Trin 2: Afgivelse af første tilbud

Formål: Evaluere de første indleverede tilbud.

Aktivitet: Alle prækvalificerede fik lov til at indsende et tilbud (herunder løsningsbeskrivelse og tids- og aktivitetsplan), der skulle adressere behovet for sammenhængskraft i sygeplejerskes arbejdsgange. For at sikre, at tilbuddene ville adressere behovet som defineret i udbuddet, havde vi udarbejdet seks scenarier, der på forskellig vis kan udfordre en sygeplejerskes arbejdsgang, og disse skulle alle adresseres i løsningsbeskrivelserne.

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Patienten i isolation | 4. Den søgende sygeplejerske |
| 2. Patienten med delir | 5. Manglende dokumentationsmulighed |
| 3. Apparatet uden strøm | 6. Patienten, der havde glemt sin kunnen og formåen |

Apparatet uden strøm

Karin er sygeplejerske og arbejder på Geriatrisk og Palliativ afdeling, G16, på Bispebjerg Hospital. Kl. er 07:30, og hun skal til at måle de vitale parametre hos sine tre patienter. Hun kører ét af afdelingens EWS-tårne ind til sin patient og informerer patienten om proceduren. Derefter tilkobler hun patienten til EWS-udstyret. Da hun er klar til at foretage målingen, fortæller EWS-tårnet, at det mangler strøm. Karin må derfor afmontere alt udstyret og gå ud med tårnet for at sætte det til opladning. Karin begynder efterfølgende sin søgen efter et andet EWS-tårn, men da det er morgen, og et nyt vagtlag er startet, er alle afdelingens EWS-tårne i brug. Derfor må Karin vente med at måle de vitale parametre hos sin patient, indtil et EWS-tårn bliver ledigt.

Pointskala: 0-20-40-60-80-100

Trin 3: Forhandlinger

Formål: Forventningsafstemning, afklaring af usikkerheder samt tilbagemelding på Tilbudsgivernes indledende tilbud. Gensidig dialog.

Aktivitet: Forhandlingsrunde med prækvalificerede. Ingen forskelsbehandling. Diskussion af K-krav i udbuddet, da disse kan konverteres til mindstekrav og konkurrenceparametre.

Mindstekrav (MK)	K-krav (K)	Konkurrenceparametre (KP)
• "Skal-krav" • Krav som skal opfyldes af Tilbudsgiver.	• Krav som Ordregiver er indstillet på at forhandle om og evt. ændre under udbuddet.	• Krav som indgår i evalueringen af tilbuddene. • Hvem klarer sig bedst?

Trin 4: Mikrosprint

Formål: Vurdere samarbejdspotentialet.

Aktivitet: 6-timers sprint faciliteret af hver af de 5 prækvalificerede Tilbudsgivere med udgangspunkt i udsendt case af Region Hovedstaden.

Evalueringskriterier:

- Evne til at facilitere innovationsproces?
- I hvor høj grad dækker løsningen de kliniske behov?
- I hvor høj grad er der foregået samskabelse i udformningen af løsningsbeskrivelsen?
- I hvor høj grad er løsningsforslaget nytænkende og værdiskabende?

Pointskala: 0-20-40-60-80-100

Trin 5: Afgivelse af endeligt tilbud og udvælgelse af partner

Formål: Evaluere det endelige indleverede tilbud og udvælge partneren.

Aktivitet: Alle prækvalificerede fik muligheden for at indsende et nyt tilbud efter forhandlingerne. Nogle tilbud blev skærpet og andre foretog enkelte justeringer.

Evalueringskriterier:

- Tilbudsgivers løsningsbeskrivelse jf. krav om tryghed og trivsel i udbudsmaterialet.
- Tilbudsgivers proces- og tidsplan og svar på konkurrenceparametre jf. udbudsmaterialet.
- Pris, evt. revideret i forhold til indledende tilbud.

Pointskala: 0-20-40-60-80-100

Trin 6: Tildeling af kontrakt

Dräger Danmark blev tildelt partnerskabskontrakten og kåret som vinder af innovationspartnerskabet. Dräger Danmark har indgået et konsortie med Sibel Health.

Herefter fulgte følgende procedure:

- Underretning af alle prækvalificerede Tilbudsgivere om resultatet af udbuddet med efterfølgende standstill (indsigelses-) periode.
- Endelig udformning af partnerskabskontrakt på baggrund af vindende tilbud og underskrift.
- Tilbud om feedback møder med de Tilbudsgivere, som ikke vandt udbuddet.
- Underskrivelse af partnerskabskontrakt mellem Dräger Danmark og Region Hovedstaden som markering på start af 18 måneders samskabelsesperiode.

Værdien i en prækvalifikation, mikrosprint og forhandlingsrunde



Prækvalifikationen gav klinikere og innovationsmedarbejdere en forståelse for en potentiel partners erfaring med tidligere innovationsprojekter og muliggjorde en udvælgelse på baggrund af erfaringer og dokumenterede kompetencer.



Mikrosprinten gav klinikerne, CIMT og innovationsmedarbejdere en mulighed for at fornemme et potentielt samarbejde og gav alle interessenter muligheden for at møde hinanden. Omvendt gav det også de prækvalificerede muligheden for at møde os, altså deres potentielle partner.



Forhandlingsrunden gjorde det muligt at afklare uklarheder og misforståelser i udbudsmaterialet for Tilbudsgiverne. Samtidig fik Region Hovedstaden overblik over eventuelle uhensigtsmæssigheder i materialet samt klarhed over, hvorvidt der med fordel kunne ændres i de krav, der var til forhandling.



5. Udvikling

Den 18 måneder lange udviklingsperiode startede i november 2024 og forløber på to af Region Hovedstadens hospitaler - henholdsvis på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) samt på Amager og Hvidovre Hospital (AHH).

Fra BFH deltager G16, der er et medicinsk sengeafsnit for geriatriske patienter. Fra AHH deltager 321, der er et gastrokirurgisk sengeafsnit. Med andre ord deltager to forskellige hospitaler, to forskellige specialer og både et medicinsk og kirurgisk afsnit, hvilket samlet set bringer værdifuld klinisk viden ind i projektet og understøtter sandsynligheden for implementering af en løsning, der kan fungere på tværs af hospitaler og sengeafsnit. Altså skalering, som er hensigten med forretningsgangen for værdibaserede indkøb.

Der er i alt frikøbt tre klinikere svarende til 1,5 normeringer pr. afsnit til deltagelse i hele projektperioden. På G16 BFH er involveret dette to sygeplejersker, og på 321 AHH involverer dette en sygeplejerske og en læge. Disse klinikere har også været med til at definere behovet og til at udvælge partneren.

Projektorganisation

Partnerskabet er organiseret i en styregruppe, projektgruppe og i en referencegruppe. I styregruppen sidder repræsentanter på vicedirektørniveau fra begge hospitaler, en innovationschef og tre repræsentanter fra partnerens side.

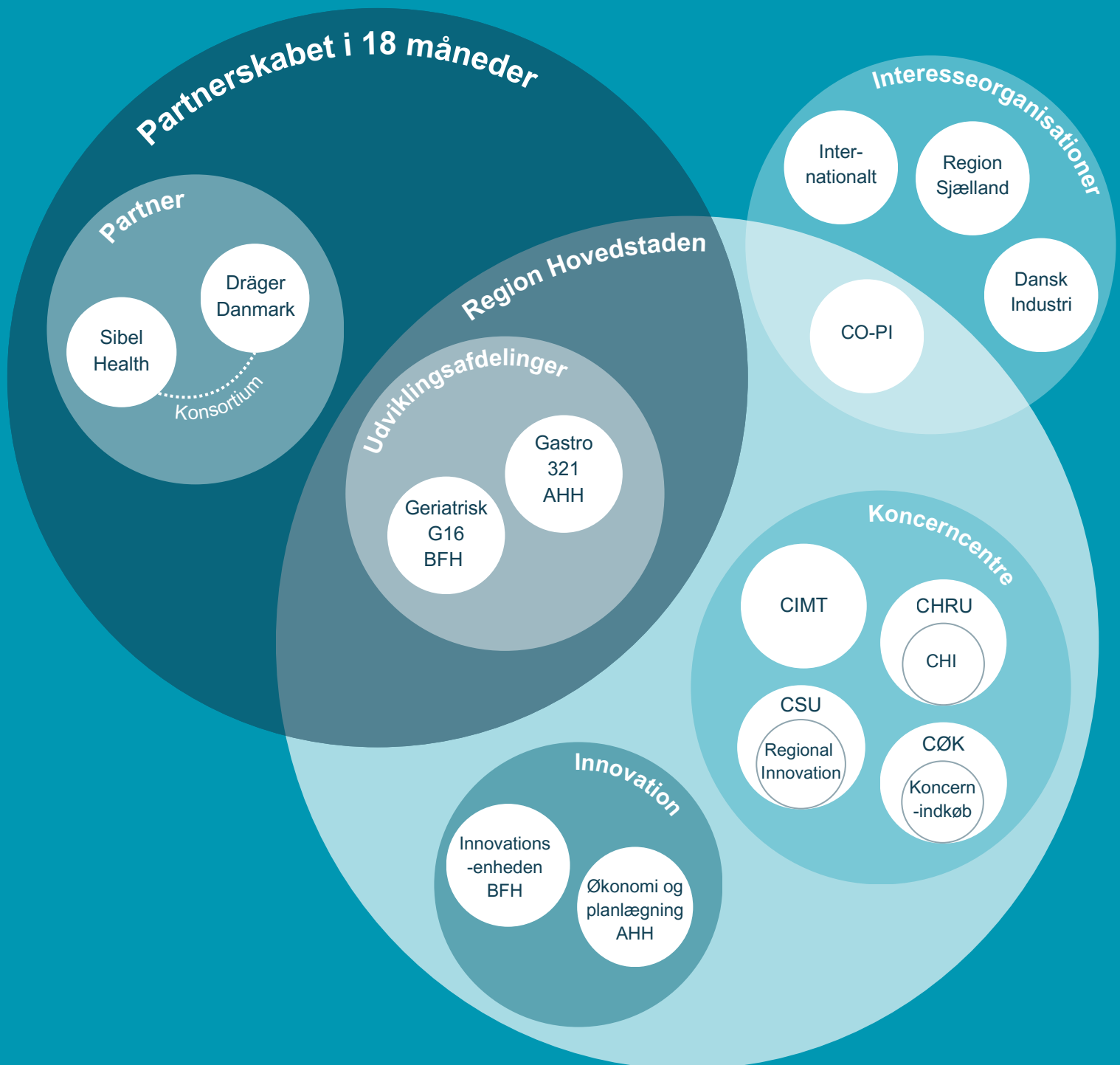
Projektgruppen ledes af en projektleder fra Region Hovedstaden, og i gruppen sidder afdelingsledelser fra G16 BFH og 321 AHH, innovationsuddannede og repræsentanter fra partnerens side. Formålet med projektgruppen er at sikre, at de planlagte aktiviteter finder sted på bedste vis samt ugentlig sparing og opdatering på projektet.

Følgegruppen udgøres af diverse interesseorganisationer, der på forskellig vis er i berøring med projektet. Blandt andet deltager Region Sjælland (FIERS), som følger projektet og bidrager til sparing ind i projektet mhp. regional skalering.

6. Implementering

Denne fase betragtes først, når udviklingsperioden er afsluttet. Se tidslinjen på side 54.

03 Interessenter



04 EU støtte

Støtten til den 18 måneder lange udviklingsperiode kommer fra EU's Socialfond Plus (SFPRO-2023-0036) og fra Decentrale Erhvervsfremmemidler (DEM). Denne støtte muliggør frikøb af klinikere på begge udviklingsafdelinger, ansættelse af en projektleder samt drift og varetagelse af hele udviklingsperioden fra hospitalernes side.

Socialfonden Plus: 4.244.310 kr.	Erhvervsstyrelsens Erhvervsfremmetilskud: 1.631.385 kr.	Samlede støtte- berettigede udgifter: 9.383.850 kr.
---	---	---

Socialfonden Plus er et af de to indsatsområder under Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. I sommeren 2023 annoncerede bestyrelsen en pulje på 72 millioner kroner med henblik på implementering og skalering af velfærdsteknologi. Puljen er fordelt på to indsatsområder, heriblandt Socialfonden, der har til formål at sikre kompetenceløft og livslang læring for involverede interessenter.



Medfinansieret af
Den Europæiske Union

05 Tidslinje

Strategisk opsamlet som led i opførelsen af Nyt Hospital Bispebjerg

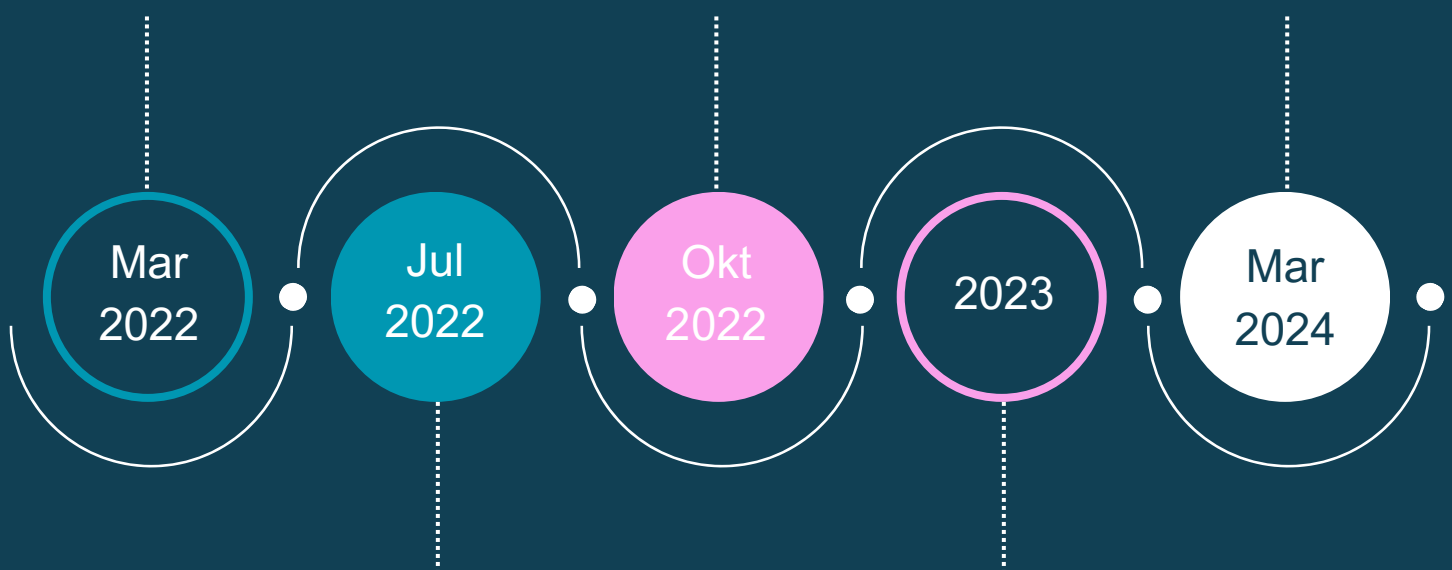
To markedsdialoger med virksomheder og klinikere samt en business case

Offentliggjort d. 13.03.24

Opsamling af behov

Validering af behov

Udbud publiceret

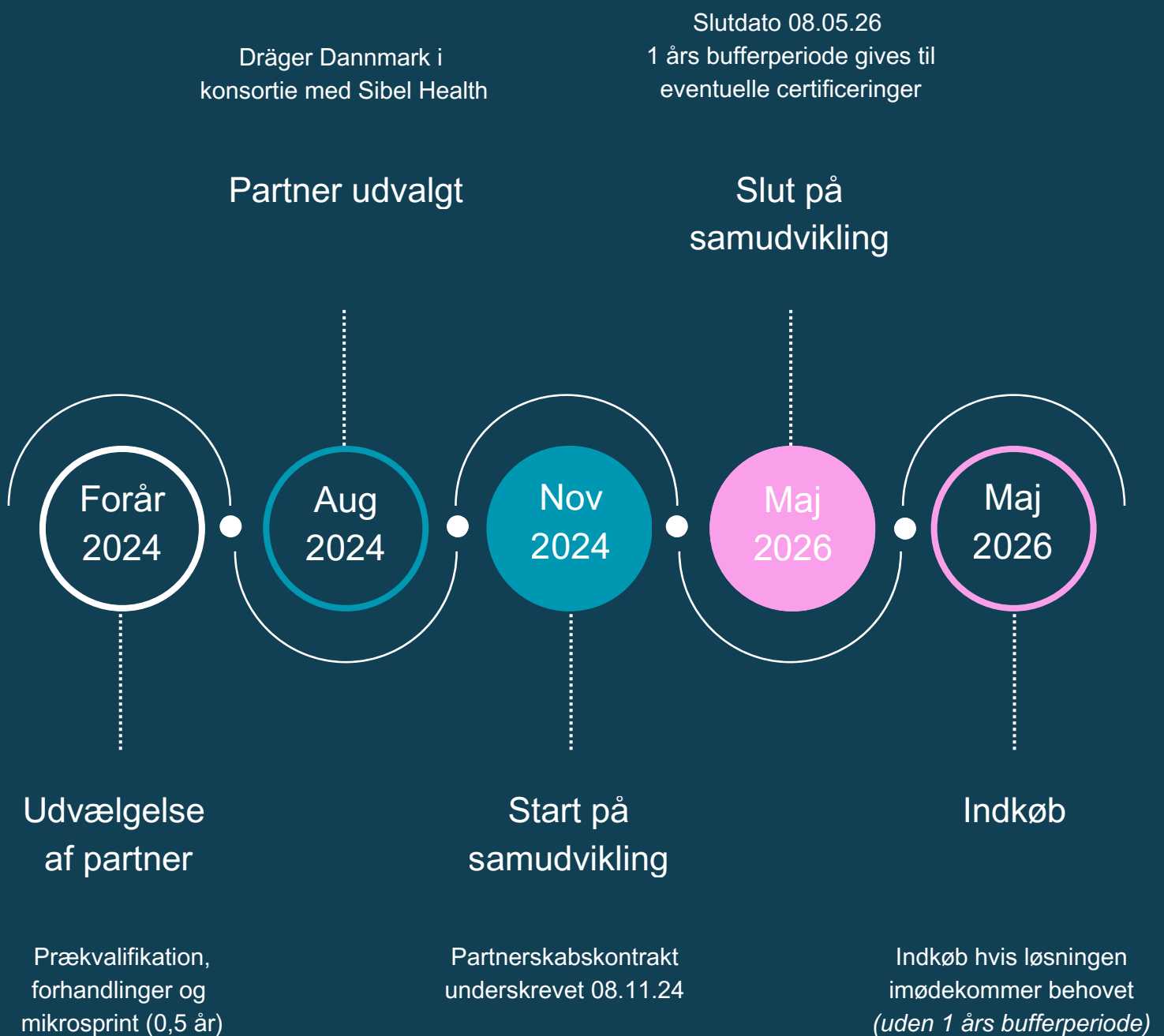


Afdækning af behov

Generering af udbudsmateriale

Tre workshops med klinikere på tværs af hospitaler

Udarbejdelse af MK, K-krav, KP, scenarier m.v.



06 Fremadrettet

Følg projektet hos CO-PI

Løbende bliver der udgivet artikler, som beskriver udviklingen af innovationspartnerskabet. Artiklerne publiceres på CO-PI's hjemmeside, og de tre første kan findes ved at følge følgende link:

1. Kapitel: "Jeg var vildt nervøs for, at ingen ville søge"
2. Kapitel: "Virksomhederne bliver dygtigere og dygtigere. Jeg er helt høj over deres engagement"
3. Kapitel: "Det her er kulminationen. Nu skal samarbejdet i gang"
4. Kapitel: "Som virksomhed er det en investering i fremtiden"

Vi har stadig ubesvarede spørgsmål...

Selvom det er lykkedes at udsende et innovationspartnerskab, udvælge en kvalificeret partner og opstarte samarbejdsperioden, så er der forsat områder, hvor vi endnu ikke kender svarene til at facilitere fremtidige innovationspartnerskaber.

Frikøb af kliniske ressourcer er svært, men essentielt

I dette innovationspartnerskab, er der som nævnt frikøbt klinikere via erhvervede puljepenge. Vi vurderer, at frikøb af kliniske ressourcer er essentielle for innovationspartnerskaber, da dette sikrer klinikernes tid til samarbejde med den udvalgte partner. Det er vores erfaring, at det er et omfattende arbejde at ansøge om midler til frikøb af klinikere. Ikke mindst er det en forudsætning, at der også findes et callmateriale på markedet, hvis hensigt er at støtte op projekter af denne karakter for, at der kan rejses penge på denne måde. For at understøtte faciliteringen af fremtidige innovationspartnerskaber, vurderer vi, at der skal ses ind i dagsorden for hvordan, vi på en grøn og bæredygtig måde kan trække på kliniske ressourcer, uden det nødvendigvis kræver ekstern finansiering.

Delestillinger mellem innovationsenheder og kliniske afdelinger er værdifuldt

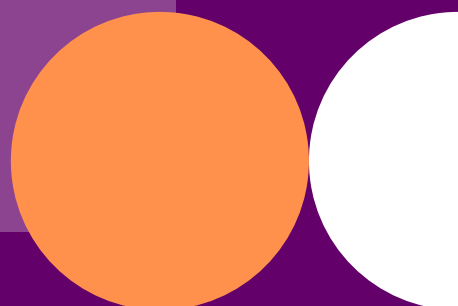
I Innovationsenheden på BFH fik vi oprettet to delestillinger mellem G16 BFH og Innovationsenheden, og det er disse to stillinger, som de to deltagende sygeplejersker fra G16 er ansat i, i dette innovationspartnerskab. Den ene stilling er halvt finansieret af Regeringens Life Science Strategi og G16, mens den anden er halvt finansieret af G16 og Socialfonden Plus (håndteret af Erhvervsfremmebestyrelsen) til direkte deltagelse i den 18 måneder lange samskabelsesperiode.



Pipeline

af innovationspartnerskaber hos
Center for Økonomi - Koncernindkøb

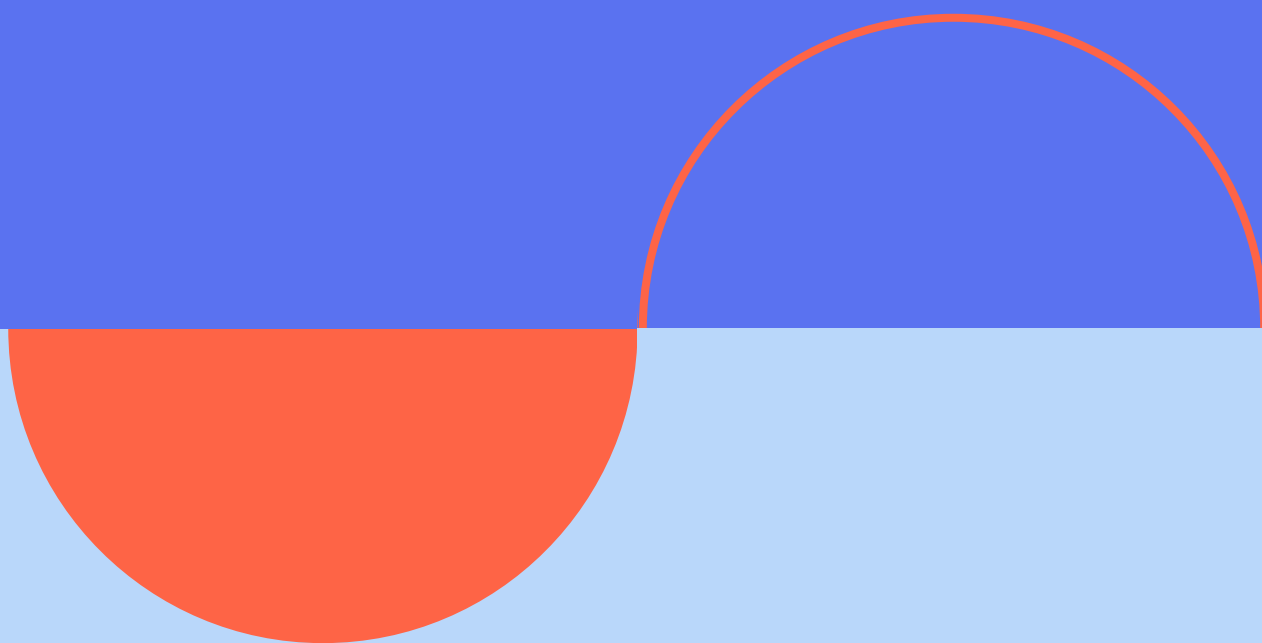
- Post operative komplikationer
- Automatiserede konstanskontroller
- Præcisionsmedicin til immunterapi
- Digital hudkræftsdiagnostik
- Aktivering og mobilisering under indlæggelse
- Hjemmerespiration
- Iltbehandling i eget hjem
- Virtuel træning af personale
- Polyfarmaci





Andre projekter

på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital



01 Hygiejne

Fokus på patienters
håndhygiejne

02 VR-træning

Træning med VR-
teknologi

03 Flow

Flow i en
akutmodtagelse

04 IV overblik

Hvad er status på IV
indgift i afdelingen?

05 Robotter

En hjælpende hånd til
sygeplejerskerne

06 Find vej

En guide til patienter
og pårørende



01 Hygiejne

Formålet med projektet er at understøtte hygiejnesygeplejerskers arbejde ved at skabe indblik i patienters, pårørendes og personalers udførsel af håndhygiejne efter toiletbesøg. Til det formål er der installeret flowsensorer på toiletter ved selve cisternen samt på rør til varm og kold vandtilførsel til håndvaskene. Sensorerne måler vandtilførslen i apparaturerne, og de gør det muligt at registrere, om der bliver vasket hænder efter toiletbesøg. Dette giver hygiejnesygeplejerskerne indsigt i behovet for optimering af håndhygiejne.

Projektet sigter mod at indføre adfærdsfremmende tiltag, der skal øge motivationen for at vaske hænder efter toiletbesøg. Dette kan være med til at skabe en bedre hygiejnisk kultur, hvor patienter, pårørende og personaler i højere grad er opmærksomme på vigtigheden af god håndhygiejne.



02 VR

Formålet med anvendelsen af VR-teknologi i træningssituationer er at motivere og understøtte patienterne til at forblive fysisk aktive under indlæggelse for at fremme rehabiliteringsprocessen. VR-briller er blandt andet implementeret på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals neurologiske afdeling og anvendes her i et samarbejde mellem fysioterapeuter og patienter. Teknologiens potentialer testes også for anvendelse på andre afdelinger.

03 Flow

Behovet for flow blev opsamlet ved at besøge akutmodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Her italesatte klinikere behovet for at kunne håndtere flowet i patienter. Behovet er sidenhen blevet undersøgt af studerende igennem CHI-samarbejdet. Behovet har vist sig at være yderst komplekst med mange facetter. De to firmaer, Netcompany og Systematic, har aflagt et besøg på hospitalet og fremlagt deres tanker og bud på potentielle løsninger med klinikernes tilstedeværelse. I øjeblikket testes den nye chat funktion "Sikker chat" i hospitalets akutmodtagelse. Formålet er at undersøge, om asynkron kommunikation kan understøtte et bedre flow.

04

IV overblik

Behovet for et IV overblik er udsprunget på et møde mellem marked og klinikere, hvor en virksomhed introducerede forskellige produkter indenfor IV behandling. Det viste sig, at klinikerne ikke var så interesserede i det primære produkt, men én af de funktioner, som produktet kommer med - nemlig et kontinuerligt overblik over igangværende IV infusioner. Det var tydeligt at mærke på klinikerne, at de ikke havde tænkt så meget i de baner før. Måske fordi de ikke vidste, at det var muligt? Dette er et eksempel på et behov, hvor teknologien driver behovet, og at eksponeringen af produkter for klinikere er med til at opsamle kliniske behov, som ellers ikke var blevet identificeret.

05

Robotter

Formålet med den kliniske robot “Buddy” er at understøtte sygeplejerskernes arbejdsgange ved at spare dem tid og skridt brugt på at hente udstyr. Buddy er en selvkørende klinisk robot, som indeholder diverse remedier og udstyr, sygeplejerskerne ofte har brug for, når de er på patientstuen. I stedet for at forlade patienten, kan sygeplejerskerne tilkalde Buddy via en tablet på patientstuen, hvorefter Buddy kommer trillende med nødvendige remedier. Sygeplejerskerne har selv defineret deres behov for en “hjælpende hånd”, og hvad Buddy skal køre rundt med. Det skal undersøges, om Buddy også kan bruges til klinisk logistik. Buddy testes og udvikles på hospitalets akut afsnit for neurologiske sygdomme med stor interesse fra andre afdelinger.

06

Find vej

Formålet med projektet er at hjælpe patienter det rigtige sted hen. Det er efterhånden en velkendt problematik, at det kan være svært at finde vej på et hospital. Projektet kører på Bispebjerg matriklen og håbet er, at det skal blive nemmere at guide patienterne hen til den rigtige afdeling.



Kontakt os gerne

Innovationsenhedens postkasse

e-mail: innovationsenheden.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk

Brian Holch Kristensen

Innovationschef BFH

Tlf.: 23 29 18 30

e-mail: brian.holch.kristensen@regionh.dk

Anders Hoffmeyer Uhre

Innovationskonsulent BFH

Tlf.: 22 16 92 12

e-mail: anders.hoffmeyer.uhre@regionh.dk

Emilie Caroline Udsen

Sygeplejerske, Cand.Tech. Projektleder - innovation BFH

Tlf.: 24 40 61 01

e-mail: emilie.caroline.udsen.01@regionh.dk

Lene Thomsen

Sygeplejerske G16 BFH og ansat i Behovsfabrikken

e-mail: lene.thomsen.03@regionh.dk

Rie Schou Kristensen

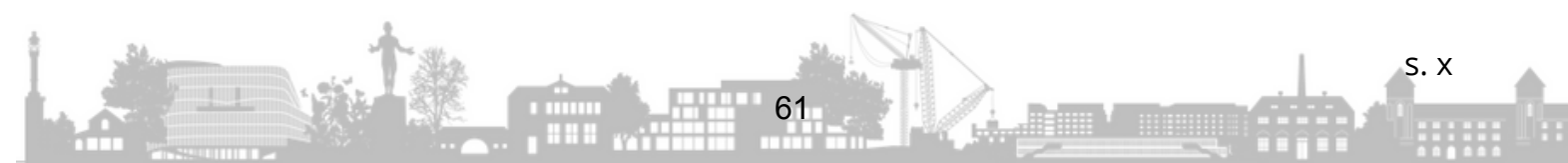
Sygeplejerske G16 BFH og tilkøbt Monitoreringsprojektet

e-mail: rie.schou.christensen@regionh.dk

Daniel Freyr Pálsson

Studertermedhjælper BFH - kandidatstuderende i DataScience

e-mail: daniel.freyr.palsson@regionh.dk





Håndbog om Behovsfabrikken

Innovationsenheden

Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital

Bispebjerg Bakke 23, 2400 København N
Bygning 20D, 2 sal

Hjemmeside:

<https://www.bispebjerghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/behovsfabrikken/Sider/default.aspx>

