

14. oktober 2016

Notat vedr. model for lokal telemedicinsk infrastruktur

Indledning

På baggrund af drøftelser i porteføljestyregruppen for landsdækkende udbredelse af telemedicin til borgere med KOL blev det besluttet, at parterne omkring den nationale infrastruktur skulle igangsætte dialog om fastlæggelse af rammerne for den lokale såvel som den tværsektorielle telemedicinske infrastruktur i landsdelsprogrammerne. Der blev på foranledning af Porteføljestyregruppen udpeget en arbejdsgruppe med deltagelse af medarbejdere fra KL, kommunerne, DR, regionerne, Sundhedsdatastyrelsen/SUM samt MedCom. En oversigt over gruppens medlemmer fremgår af bilag 1.

Resultatet af drøftelserne d. 11. oktober er, at der er opnået fuld enighed mellem de deltagerne i arbejdsgruppen om et løsningsforslag til en principmodel for etablering af lokal telemedicinsk infrastruktur.

Løsningsforslaget er på et overordnet niveau beskrevet i dette notat, som forelægges porteføljestyregruppen d. 24. oktober 2016.

Scope for løsningsforslaget

Udgangspunktet for løsningsforslaget fra mødet er aftaleteksten fra ØA16 hvor Regeringen, KL og Danske Regioner har indgået aftale om nationalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL inden 2020.

Herunder indgår, at landsdelsprogrammerne skal være klar til at gå i udbud med deres lokale telemedicinske løsninger (centrale opsamlingspunkter) medio 2017 og videre forventes det, at de første patienter kommer på driftsklare løsninger i løbet af 2018.

Scope for de telemedicinske løsninger, der realiseres i projektet, må således afgrænses, så det kan realiseres indenfor denne tidsfrist.

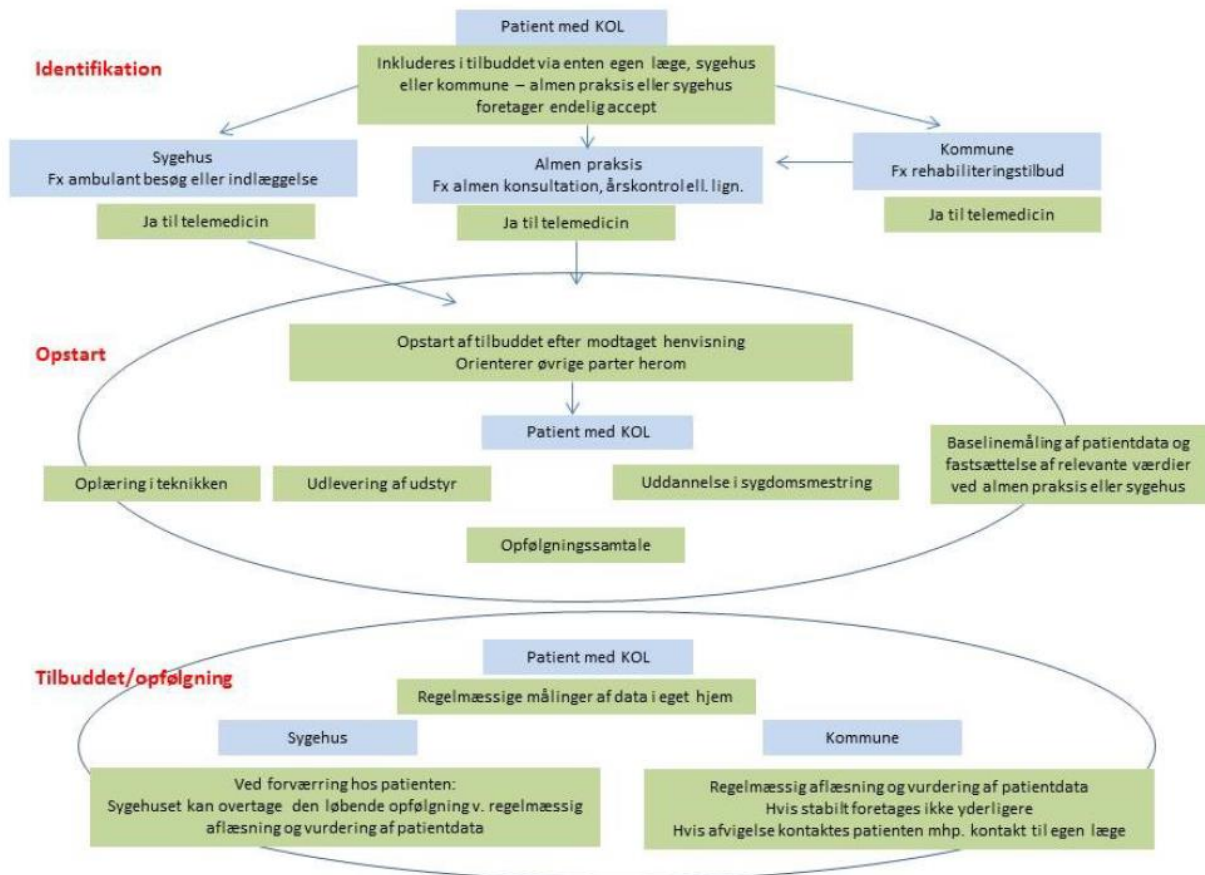
Med udgangspunkt i rammerne fra ØA16 er der i arbejdsgruppen enighed om, at infrastrukturen til telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL primært skal basere sig på og udvikle den eksisterende nationale infrastruktur samt referencearkitektur for deling af dokumenter og billede og referencearkitektur for opsamling af helbredsdata hos borgeren.

Arbejdsgruppen anbefaler, at aktørernes fagsystemer (EPJ, EOJ og LPS) fortsat er det primære redskab til udførelse af arbejdsprocesser i opgavevaretagelsen - suppleret af evt. lokale telemedicinske løsninger (centrale opsamlingspunkter), der spiller sammen med fagsystemerne.

Arbejdsgruppen bag løsningsforslaget er bevidst om, at der er en række projekter om bl.a. PRO og Komplekse Patientforløb, der i en længere tidshorisont kan have indflydelse på en senere videreudvikling af den telemedicinske infrastruktur, men at der på kort sigt tages udgangspunkt i de formulerede målsætninger for ØA16. Samtidig er det arbejdsgruppens vurdering, at løsningsforslaget ikke bør opstille barrierer for Komplekse Patientforløb programmet, udbredelsen af PRO eller fremtidig udvikling af yderligere telemedicinske løsninger.

Understøttelse af sundhedsfaglige retningslinjer

Det telemedicinske it-landskab omkring KOL, og løsningskitsen fra mødet, tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens høringsudkast til sundhedsfaglige retningslinjer ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde” og særligt høringsudkastets bud på forløb i den telemedicinske behandling, jf. figur 1.



Figur 1 Forløb i det telemedicinske understøttede behandlingstilbud til mennesker med KOL - UD-KAST

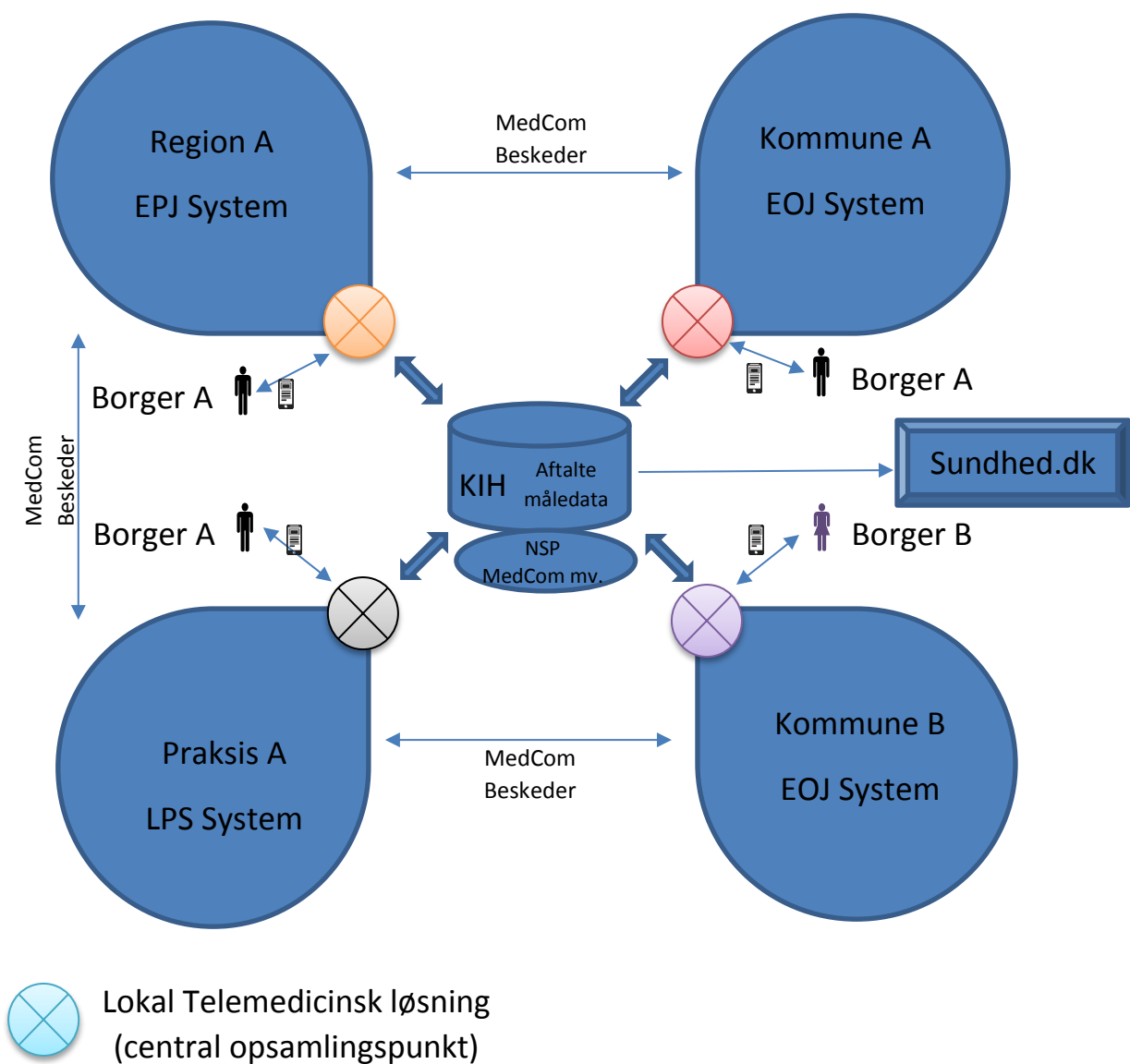
Der skal tages forbehold for at retningslinjerne er i offentlig høring og derfor kun foreløbig. Der er høringsfrist d. 24. oktober 2016. Da medarbejdere fra de væsentligste dele af sundhedsvæsenet har været repræsenteret i både styregruppe og arbejdsgruppen for udarbejdelse af retningslinjerne, forventes det, at de endelige retningslinjer ikke på det principielle plan vil afvige væsentligt fra udkastet.

Arbejdsgruppen blev på mødet enig om følgende med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens foreløbige udkast til retningslinjer:

- Der er entydigt behandlings- og monitoreringsansvar hos enten kommune eller sygehus alt efter patientens tilstand. Aktører omkring patienten bør derfor kunne håndtere det telemedicinske tilbud til borgerne i egen lokale løsning – om det så er i fagsystem (EPJ/EOJ/LPS) eller i et specielt system til telemedicin/KOL, eller i kombinationer heraf.

- Overgange og løbende kommunikation som skitseret af Sundhedsstyrelsen vil kunne håndteres ved brug af allerede implementerede MedCom standarder fx henvisninger og korrespondancebeskeder til ad hoc kommunikation og ellers under anvendelse af kommunikation aftalt i den enkelte landsdel. Scope for løsningsforslaget er derfor i overensstemmelse med – og understøtter – det skitserede patientforløb fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

På den baggrund er arbejdsgruppen blevet enig om følgende grundprincip (figur 2) for lokal infrastruktur til telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL:



Figur 2 Løsningsforslag - principskitse

Udgangspunktet er, at alle aktører (region, kommune, praksis) har egne fagsystemer og egne telemedicinske løsninger (centrale opsamlingspunkter), der kommunikerer med de andre aktørers ditto, fx via diverse MedCom-infrastruktur, den nationale serviceplatform (NSP) og den fælles KIH-database. Den lokale telemedicinske løsning kan både være en selvstændig løsning (stand alone), være integreret *med* fagsystemet eller en del *af* fagsystemet.

Borgere der er i telemedicinsk behandling vil aflevere deres måledata i den lokale telemedicinske løsning. Hvis borgeren skifter behandler, fx fra region til kommune, vil de grundlæggende måledata være tilgængelige via KIH-databasen, mens øvrige meddelelser mv., som der måtte være behov for om skiftet, forventes at kunne håndteres via MedCom infrastruktur (fx henvisninger, korrespondancer mv.). Det forventes at de nuværende MedCom standarder vil kunne løfte opgaven, men arbejdsgruppen vil være opmærksomme på evt. behov for ændringer i MedComs eksisterende standarder. Det endelige behov er dog først afdækket når de kliniske retningslinjer foreligger i endelig version og landsdelsprogrammerne skal tage dem i anvendelse lokalt.

Arbejdsgruppen forventer, at langt størstedelen af den telemedicinske behandling sker med primær tilknytning til en enkelt myndighed/behandler men at løsningen skal kunne understøtte at patienter overtages af andre behandlere. En overtagelse vil dog ikke med den foreslåede arkitektur kunne ske sømløst i forhold til den enkelte patient.

I figur 2 er dette illustreret ved Borger A, der skiftevis behandles i regionen, kommunen og ved praksis. Her vil borgeren aflevere sine måledata til den aktuelle behandler via behandlerens lokale telemedicinske løsning. Når borgeren skifter fra Region A til Kommune A, vil Kommune A få besked om selve overførslen via MedCom beskeder, hvorefter Kommune A vil hente borgerens data via NSP og KIH til visning i kommunens lokale telemedicinske løsning (centrale opsamlingspunkt). På samme måde vil et skift til praksis ske ved at Praksis A får besked via MedCom beskeder og derefter henter historiske data via KIH-databasen. De nævnte skift kan indebære, at udstyr hos borgeren skal udskiftes.

I figuren er desuden vist Borger B, der udelukkende er tilknyttet Kommune B i forhold til sin behandling. Her vil borgeren ikke opleve at skifte behandler, og vil derfor kun skulle benytte Kommune B's telemedicinske løsning.

Telemedicinske data bør på længere sigt kunne vises på Sundhed.dk, således at både borgere og sundhedsprofessionelle har adgang til et fælles billede af målingerne. Sundhedsprofessionelle primære arbejdsredskab er dog som nævnt disses daglige systemer (EPJ, EOJ, LPS).

Løsningsforslaget tænkes generelt gennemført under hensyn til sundhedssektorens fælles standarder, principper og infrastruktur for it-understøttelse.

Fordele og ulemper ved den foreslåede løsning

Løsningsforslaget rummer, under hensyntagen til fælles standarder og principper, en række fordele, herunder bl.a.:

- Mulighed for uafhængigt valg af fagsystemer og telemedicinsk løsninger. Den enkelte aktør kan selv vælge den løsning, der passer bedst til egne behov. Aktører kan vælge at samarbejde om valg af løsning, enten inden for samme geografiske område (som Telecare Nord) eller ift. fælles systemlandskab (fx fælles anskaffelse for flere kommuner/regioner. Fx vil man i regionalt regi kunne gå videre med fælles løsninger på opsamlingspunkter mv. med udgangspunkt i Open Tele-samarbejdet. Løsningsforslaget understøtter dermed en række scenarier:
 - Scenarie 1: Landsdelsprogram ønsker at benytte samme centrale opsamlingsplatform (Telecare Nord model)
 - Scenarie 2: Landsdelsprogram, hvor kommunerne har én fælles, central opsamlingsplatform og Regionen har egen centrale opsamlingsplatform
 - Scenarie 3: Landsdelsprogram, hvor kommunerne har forskellige centrale opsamlingsplatforme og Region har egen central opsamlingsplatform

-

- Eksisterende telemedicinske løsninger forventes generelt at kunne videreføres, såfremt de kan udveksle data standardiseret med den centrale infrastruktur.
- Mulighed for fleksibel implementering/udvikling. Med lokale telemedicinske løsninger (centrale opsamlingspunkter) kan den enkelte aktør komme hurtigt i gang. Tilsvarende vil opgraderinger mm. kunne ske løbende hos den enkelte aktør uden at skulle foregå som ”big bang”.
- Mulighed for fleksibel udvidelse til andre behandlingsområder. Hvis en aktør ønsker at tilbyde borgeren telemedicinsk behandling på nye områder, er det (forholdsvis) enkelt at videreudvikle løsningen. Ved nye fællesnationale initiativer skal udviklingen dog koordineres og styres.
- Mulighed for udvikling af markedet for telemedicinske løsninger. Med mulighed for lokale løsninger understøttes et bredere leverandørbillede med mulighed for løbende konkurrenceudsættelse og innovation, fx i form af apps, der kan være med til at forbedre borgerens behandlingsforløb eller tilbyde nye services til borgeren.
- Modellen stiller sig ikke hindrende for en senere, langsigtet strategi og udviklingsplan for telemedicin-området, men giver derimod mulighed for en fleksibel videreudvikling af både faglige og tekniske løsninger.
-

Løsningsforslaget rummer dog også visse ulemper, herunder bl.a.:

- Der deles kun de nationalt aftalte telemedicinske data, der findes i KIH-databasen. Såfremt der i den lokale telemedicinske løsning (det enkelte centrale opsamlingspunkt) er opsamlet andre typer måledata, kommunikation el. andet, deles de ikke automatisk via KIH (men kan evt. overføres særskilt/manuelt).
- Det er usikkert, om det skitserede scenarie sikrer en digital understøttelse af alle de tværgående opgaver, som er skitseret jf. Sundhedsstyrelsens udkast til kliniske retningslinjer, fx overdragelse af opgaver og ansvar imellem sektorer.

Flere analyser, herunder Komplekse forløb, peger på at de eksisterende infrastrukturer vil skulle udbygges for at understøtte dette.

- Løsningsforslaget ikke giver grundlag for at forandre samarbejdet mellem sektorerne. Der vil være tale om et minimumscenarie
- Borgerne vil – i de tilfælde hvor der skiftes behandler – ofte opleve at skulle benytte en ny lokal telemedicinsk løsning og deraf følgende behov for vejledning, evt. usikkerhed mm. Der lægges ikke i løsningsforslaget op til en fælles telemedicinsk open source platform der anvendes af alle sundhedsaktører omkring borgeren. Men løsningsforslaget stiller ikke barrierer op for at dette kan ske hvis parterne bliver enig herom

Samlet set vurderer mødedeltagerne dog, at fordelene ved den skitserede løsning på kort sigt ift ØA-tidsfristen opvejer ulemperne, og at det anbefales derfor, at det fælles program og landsdelsprogrammerne tager udgangspunkt i den skitserede løsning i forbindelse med kommende it-anskaffelser mhp. telemedicin på KOL.

Opgavefordeling mellem det nationale modningsprojekt og landsdelsprogrammerne

Ud fra løsningsmodellen, kan en overordnet opgavefordeling/snitflade mellem modningsprojektet for den nationale infrastruktur og landsdelsprogrammerne skitseres:

Der vil være behov for at løse følgende opgaver i fællesskab i regi af eksisterende projekter og fora i MedCon, SDS mv.:

- Beskrivelse af snitflader i forbindelse med aflevering af data til fælles infrastruktur, herunder fx NSP, KIH og MedCom-infrastruktur
- Beskrivelse af snitflader til at kunne udtrække og anvende data fra fælles infrastruktur
- Udvikle standarder til tværsektoriel deling af data via fælles infrastruktur
- Eventuel tilpasninger af de nødvendige MedCom standarder og infrastruktur der skal anvendes ved overgange og henvisninger af borgere mv. mellem sektorer samt ad hoc kommunikation. Behov for dette

skal analyseres nærmere i lyset af de kliniske retningslinier og med bidrag fra landsdelsprogrammerne om det konkrete behov for at dele informationer, udveksle meddelelser, henvisninger mv.

- Stille vejledninger mv. til rådighed for leverandører til at indgå i den nationale infrastruktur samt teste og certificere løsninger.

Landsdelsprogrammerne har samme ansvar som hidtil for at løse lokale opgaver (alene eller i fællesskab), som fx de følgende:

- Implementere funktioner mhp arbejdsprocesser jf de kliniske retningslinjer i egne fagsystemer eller anskaffe lokal telemedicinsk løsning alt efter behov og evt. aftaler med øvrige aktører i landdelsprogrammet.
- Sikre sammenhænge mellem fagsystem/lokale telemedicinske (centrale opsamlingspunkter) løsning og den nationale infrastruktur på baggrund af de definerede snitflader og standarder. Udgangspunktet er, at alle aktører (region, kommune, praksis) har en egen telemedicinsk løsning, der afleverer data til den fælles KIH-database. Den lokale telemedicinske løsning (det centrale opsamlingspunkt) kan både være en selvstændig løsning (stand alone), være integreret *med* fagsystemet eller en del *af* fagsystemet.
- Sikre at der i sundhedsaftalerne er klare aftaler for ansvar og samarbejde mellem aktørerne. Her henvises der til Sundhedsstyrelsens kommende kliniske retningslinje vedr. telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.
- Sikre at der i sundhedsaftalerne er klare aftaler om brug af henvisninger mm. via MedComs eksisterende beskedformater ved tværsektoriel kommunikation om borgere med KOL.
- Sikre at der er klare og hensigtsmæssige aftaler om logistik og service således borgeren ikke lider overlast ved overgange mellem sektorerne ved eventuel forværring af helbredstilstand.

Bistand til anskaffelse af lokale telemedicinske løsninger (centrale opsamlingspunkter)

I forbindelse med udarbejdelsen af løsningsforslaget blev behovet for yderligere bistand til landsdelsprogrammerne drøftet af arbejdsgruppen.

Det kan fx overvejes om det vil være en fordel for landsdelsprogrammerne, at der udformes en række fælles krav vedr., integrationer og dataudvekslinger via fælles infrastruktur, samt eventuel, understøttelse af apps, håndtering af eventuel open source-kode mv., der kan indskrives i kravspecifikationer til kommende udbud. Nogle krav eksisterer allerede, jf. valget af standarder som DK HL7 PMHR / DK HL7 QFDD / DK HL7 QRD / IHE XDS.

Det videre forløb/proces

- Notatet med opsamling fra arbejdsgruppens møde den 11. oktober og beskrivelse af det fælles løsningsforslag udarbejdes til en v.0.8.
- Notat v.0.8 fremsendes til porteføljestyregruppens medlemmer fredag d. 14. oktober
- Porteføljestyregruppen mødes ekstraordinært d. 24. oktober og drøfter det fremlagte løsningsforslag.
- Det indstilles til porteføljestyregruppen, at det fremlagte løsningsforslag godkendes som udgangspunkt for etablering af de telemedicinske løsninger i landsdelsprogrammerne
- Det foreslås, at Porteføljestyregruppen beslutter, at der i regi af modningsprojektets styregruppe etableres et nyt delprojekt, der skal udarbejde relevante krav til brug for landsdelsprogrammernes udbuds-/anskaffelsesforretninger. Delprojektet gennemføres inden for en kort tidshorizont (ca. 3 mdr.), og indenfor modningsprojektets eksisterende økonomiske ramme.
- Det anbefales, at gruppen fra 11. oktober udpeges til at gennemføre den nye delleverance om konkretisering af ovenstående.

Bilag 1

Deltagere i arbejdsgruppen:

Christel Boëtius, Teamleder, Danske Regioner

Morten Hass, Chefkonsulent, Danske Regioner

Henrik Hammer Jordt, Chefarkitekt, Region Midt

Poul Erik Kristensen, Chefkonsulent, KL

Mette Harbo, Digitaliseringschef, Københavns Kommune

Jakob Karlsen, it-arkitekt, Århus Kommune

Lars Hulbæk, Direktør, MedCom

Uffe Ross Sørensen, it-arkitekt, Region Hovedstaden

Peter Munch Jensen, Chefkonsulent, Sundheds- og Ældreministeriet

Morten Wiese, Sundhedsdatastyrelsen

Esben Andreas Dalsgaard, Chefarkitekt, Sundhedsdatastyrelsen

Morten Bruun-Rasmussen, Projektleder, Sundhedsdatastyrelsen (ekstern)

Anders Brahm, Afdelingschef, Sundhedsdatastyrelsen