

## **NOTAT**

**2016.12.13**

SDS MOWI/ABRA

Version 1.0

### **Notat vedr. principper for telemedicin**

#### **1. Indledning**

Der er igennem de seneste år gennemført en række storskalaprojekter vedr. telemedicin. Især projektet TeleCare Nord har vist sig at give positive resultater for både borgere og sundhedsprofessionelle. Det er derfor også erfaringerne fra bl.a. TeleCare Nord, der har bevirket, at der er indgået forpligtende samarbejde om at udbrede telemedicin til borgere med KOL inden udgangen af 2019.

På baggrund af drøftelser på porteføljestyregruppemødet d. 16. september 2016 blev det besluttet, at parterne omkring den nationale infrastruktur skulle indlede en fælles dialog for at afdække og beskrive rammer vedr. valg af lokale telemedicinske løsninger i landsdelsprogrammerne.

Dette notat skal ses som et første skidt i dette arbejde og har til formål at fastlægge nogle overordnede principper for landsdelsprogrammerne. Ud fra principperne skal der efterfølgende ske en uddybning og kvalificering af de konkrete problemstillinger, der skal håndteres for at skabe en god og sammenhængende telemedicinsk understøttelse for borgerne.

Det forventes, at nogle af problemstillingerne skal håndteres i de enkelte landsdelsprogrammer, andre kan med fordel løses på tværs af landsdelsprogrammerne, ligesom der kan være behov for at tage hensyn til særlige forretningsmæssige behov inden for de enkelte sektorer, herunder AP.

Arbejdet er afgrænset af de aftalte rammer for det samlede projekt:

- A. Det aftalte i ØA med hensyn til udbredelse af telemedicin på KOL, herunder tidsplanen
- B. De kliniske retningslinjer, så borgeren sikres den rette behandling (foreligger pt. i udkast)
- C. Business casen for initiativet, dvs. effektive arbejdsgange for borgere og sundhedspersonale

Forudsætningsprojektet vedr. service og logistik forventes at komme med anbefalinger og forslag til landsdelsprogrammernes tilrettelæggelse af en effektiv service-, support- og logistikmodel, så borgeren oplever en sammenhængende understøttelse af sit sygdomsforløb.

## **2. Definitioner på telemedicinske løsninger**

Der benyttes ofte mange forskellige betegnelser for de forskellige infrastrukturelementer og løsninger, der benyttes ved telemedicinsk understøttelse, hvilket kan give anledning til misforståelser.

Nedenfor er de overordnede elementer i den telemedicinske understøttelse skitseret for at tydeliggøre hvilke dele af den samlede understøttelse, der er i fokus ved den videre læsning af principperne.

Den grundlæggende opdeling er beskrevet i nedenstående tabel.

Borgerrettet løsning	Den digitale løsning, der benyttes af borgeren. Vil oftest være en app, eller en hjemmeside, hvor borgeren kan indtaste/inddatere og se sine data mm, samt det måleudstyr der knytter sig til løsningen.
Telemedicinsk løsning	Den digitale løsning, som medarbejdere benytter til monitorering og administration af patienterne/borgerne. Det er som udgangspunkt en selvstændig løsning, men den kan indbygges i/integreres med fagsystemerne (EPJ/EOJ).
National infrastruktur	KIH-database, NSP-services og MedCom infrastruktur, der sikrer den basale udveksling af data og beskeder imellem aktørerne.
Service model	De services der knytter sig til et telemedicinsk tilbud som service og support.

## **3. Principper for etablering af telemedicinske løsninger i landsdelsprogrammerne**

I dialogen mellem parterne er der formuleret en række overordnede principper for tilrettelæggelse af organisering og samarbejde i de enkelte landsdelsprogrammer. Principperne skal fungere som landsdelsprogrammernes pejlemærker, når konkrete løsninger skal aftales og udformes. Principperne er bevidst formuleret på et overordnet niveau for at give mulighed for fleksibilitet og frihedsgrader ved tilrettelæggelsen i landsdelsprogrammerne, hvor der fx skal tages hensyn til eksisterende lokale strukturer og processer.

### **3.1 Princip: Borgeren i centrum**

Det bærende princip er, at borgeren skal være i centrum for behandlingen. Borgeren skal opleve et sammenhængende forløb, uden at der sker unødige skift i udstyr, borgerrettet teknisk løsning eller øvrige støttefunktioner.

Kommunen har, jf. de kliniske retningslinjer, som udgangspunkt monitoreringsansvaret for borgeren, og dette gælder som hovedregel også, selv om borgeren går til ambulante kontroller på sygehuset eller ved konsultation hos egen læge.

- Borgeren skal ikke opleve unødige skift i udstyr (fx tablet, vægt mm.), servicemodel eller borgervendt løsning (monitorerings-app) ved skift i monitoreringsansvar fra kommune til regionen og vice versa.

### **3.2 Princip: Én fælles borgerrettet løsning pr. landsdelsprogram**

For at borgeren oplever en sammenhængende kontakt med sundhedsvæsenet, bør der ikke opleves unødige skift i udstyr eller teknisk løsning. Den borgerrettede løsning bør derfor være ens på tværs af landsdelsprogrammet, så borgere ikke oplever at de skal lære at navigere på nye apps/hjemmesider ved skift i monitoreringsansvar.

- Princippet er, at der etableres én fælles borgerrettet løsning pr. landsdelsprogram.

### **3.3 Princip: Én fælles telemedicinsk løsning pr. landsdelsprogram**

Siden etableringen af TeleCare Nord projektet, er der igangsat en lang række øvrige telemedicinske projekter i kommuner og regioner. Projekterne dækker bredt geografisk og indholdsmæssigt, og er baseret på forskellige telemedicinske løsninger.

Med en national udbredelse af telemedicin på KOL-området, vil der være behov for at tage hensyn til de allerede eksisterende løsninger og processer. Der bør derfor være mulighed for, at en region eller kommune kan stå uden for en fælles løsning, såfremt væsentlige forhold taler for det.

Dette vil dog stille større krav til fælles aftaler om samarbejdet i landsdelsprogrammerne, fx ved medarbejders udveksling og brug af informationer om patientens planer og behandlingsforløb (fx alarmgrænser), samt ift. aftaler om anvendelse af udstyr og tilhørende service-, support- og logistikfunktioner, hvis borgerne skal opleve et sammenhængende forløb.

- Princippet er, at der etableres én telemedicinsk løsning pr. landsdelsprogram.

- Den telemedicinske løsning skal samlet set give mulighed for samarbejde på tværs af sektorer og understøttelse af de sundhedsfaglige retningslinjer. Dette kan ske direkte i løsningen eller ved hjælp af den nationale infrastruktur (se nedenfor).
- Særlige forretningsmæssige behov kan medføre, at der er behov for flere telemedicinske løsninger inden for et landsdelsprogram. I dette tilfælde, skal deltagerne i videst mulige omfang søge at begrænse antallet af løsninger. Landsdelsprogrammet skal her være særligt opmærksom på, at processer mm. vedr. telemedicinsk håndtering af borgere fungerer på tværs af aktører med forskellige telemedicinske løsninger.
- Såfremt en kommune, region eller AP ønsker at skabe direkte sammenhæng (integration) til den telemedicinske løsning i egne fagsystemer håndteres dette i eget regi.

### **3.4 Princip: Fremtidssikring af telemedicinske løsninger**

KOL er et ud af mange sygdomsområder, der kan understøttes telemedicinsk. Det er forventningen, at der løbende vil blive udpeget nye områder, der skal understøttes nationalt. Det er derfor vigtigt, at de telemedicinske løsninger kan udvides/udvikles til også at håndtere nye områder, fx diabetes, hjerteområdet, kommunale serviceområder m.fl.

- Løsningen *skal* kunne udvides/videreudvikles til også at håndtere andre sygdomsområder, og *bør* kunne udvides til at understøtte andre monosektorielle serviceområder.
- Der bør stilles krav om brug af åbne snitflader til udveksling af data til videreudvikling og integration til andre fælles komponenter, der kan leveres af 3.-partsleverandører.

### **3.5 Princip: Obligatorisk brug af national infrastruktur og fælles standarder**

For at sikre sammenhængen på tværs af landsdelsprogrammerne, er det en forudsætning at måledata afleveres via den nationale infrastruktur. Alle løsninger *skal* derfor være integrerede til de centrale telemedicinske infrastruktur-komponenter ved hjælp af de fastlagte standarder.

Øvrige etablerede løsninger til understøttelse af samarbejdet i sundhedsvæsenet skal ligeledes benyttes i samarbejdet mellem parterne.

- Data *skal* kunne deles (*skal* afleveres, *kan* hentes) via den nationale telemedicinske infrastruktur (KIH, NSP mm.).

- Øvrig eksisterende infrastruktur og standarder (fx MedCom-beskeder, henvisningshotel m.m.) skal ligeledes anvendes til at understøtte samarbejde og processer i landsdelsprogrammerne.
- Måledata kan vises i eget fagsystem og i Sundhed.dk (sundhedsjournalen) ved integration til den fælles KIH-database via den nationale infrastruktur.

### **3.6 Princip: Fokus på det nødvendige**

Det samlede projekt om udbredelse af telemedicin til borgere med KOL er særdeles komplekst. Der bør derfor være stærkt fokus på risikostyring for, at projektet kan gennemføres inden for de aftalte rammer vedr. tid og økonomi. Dette betyder, at landsdelsprogrammerne i videst mulig udstrækning bør basere sig på allerede eksisterende værktøjer og processer. Særligt bør der være fokus på at begrænse omfanget af it-udviklingsprojekter, der både driver omkostninger og tidsforbrug i det samlede projekt.

Eventuelle udviklingsbehov, kan eventuelt opsamles i regi af porteføljestyregruppen og håndteres som ændringsønsker i senere faser eller efter endt implementering, fx i ØA-processen.

- Udbredelse af telemedicin til borgere med KOL er et særdeles ambitiøst projekt. Risici minimeres ved at fokusere på *eksisterende* værktøjer og processer.
- Uanset hvordan den telemedicinske understøttelse etableres, vil der være områder, der kan forbedres. Dette bør ske ud fra konkrete erfaringer i landsdelsprogrammerne.
- Kun kritiske ændringer i infrastruktur og løsninger til understøttelsen gennemføres inden udbredelse. Øvrige forslag til forbedringer opsamles og håndteres i senere faser.

### **3.7 Princip: Fælles samarbejdsmodel, hvor roller, opgaver og ansvar fastlægges**

Forudsætningsprojektet vedr. sundhedsfaglige retningslinjer forventes at komme med anbefalinger til den kliniske tilrettelæggelse af opgaverne. Herudover vil der være behov for en række praktiske afklaringer af roller, ansvarsfordeling og processer mellem aktørerne i de enkelte landsdelsprogrammer for at skabe en sammenhængende understøttelse af borgerne. De konkrete aftaler skal forankres lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

- Princippet er, at der inden for hvert landsdelsprogram udarbejdes én fælles samarbejdsmodel, der beskriver organisering, ansvar og samarbejde mellem de enkelte aktører.
- Samarbejdsmodellen skal sikre, at alle aktører samarbejder ift. de sundhedsfaglige retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen.