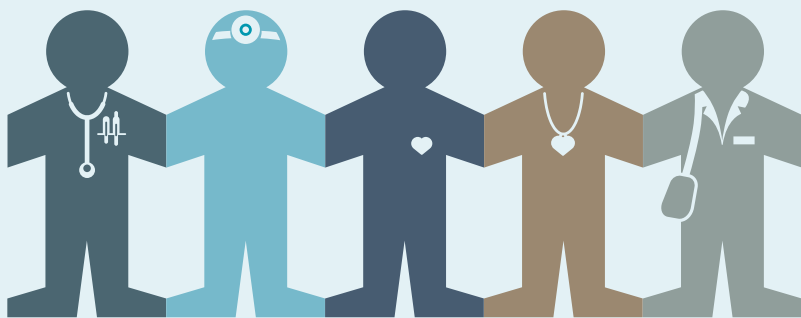




TeleCare Nord Hjertesvigt

BILAGSRAPPORT 2019

DEL 4



Praktiserende læge

Sygehus

Patient

Pårørende

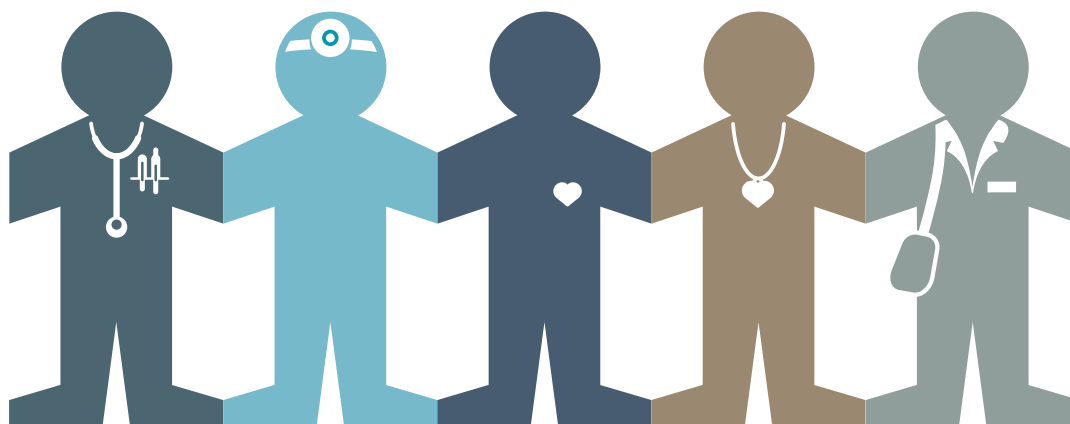
Kommune

FASEEVALUERINGER



INDHOLDSFORTEGNELSE

Første faseevaluering	3
Anden faseevaluering	12
Tredje faseevaluering	22



Praktiserende læge

Sygehus

Patient

Pårørende

Kommune

FØRSTE FASEEVALUERING ETABLERING OG PLANLÆGNINGSFASE TELECARE NORD HJERTESVIGT



Indhold

Baggrund for TeleCare Nord Hjertesvigt.....	5
Faseevalueringer i TeleCare Nord Hjertesvigt.....	5
Forskning og evalueringsspor – evaluering af etablering og planlægningsfase.....	5
Baggrund	5
Arbejdspakker	6
Sundheds-organisationsspor - evaluering af etablering og planlægningsfase.....	7
Baggrund	7
Sammensætning af sundheds og organisationsspor	7
Arbejdspakker	7
Inklusionskriterier.....	8
Måleværdier og symptomspecifikke spørgsmål	8
Fagligt indhold i de telemedicinske opgaver.....	8
Kompetencekrav hos de faglige.....	8
Opgave og ansvarsfordeling.....	8
Faglige instrukser.....	9
Håndtering af patienter med både KOL og hjertesvigt mulige modeller for dobbeltmonitorering.....	9
Implementeringsspor- evaluering af etablering og planlægningsfase.....	9
Baggrund	9
Sammensætning af implementeringsgruppen	9
Udpegning af lokale projektledere	9
Implementeringsgruppen arbejdsområder i etablering og planlægningsfasen	10
Arbejdspakken uddannelse: Baggrund og opgaver	10
Evaluering af arbejds pakken uddannelse:	10
Arbejdspakke pilottest: Baggrund og opgaver.....	10
Evaluering af arbejds pakke pilottest.....	10
Arbejdspakke implementering: Baggrund og opgaver	11
Evaluering af arbejds pakke implementering	11



Baggrund for TeleCare Nord Hjertesvigt

TeleCare Nord Hjertesvigt projektet er etableret som et tværsektorielt samarbejde omkring telemedicin for patienter med hjerteinsufficiens, med det formål at identificere og implementere løsninger der imødekommer tekniske, organisatoriske, juridiske og økonomiske udfordringer ved etablering af en telemedicinsk løsning i fuld skala.

Målet er i sidste ende øget tryghed, fastholdelse af sundhedstilstand og kvalitet i behandlingen og deraf mindre behov for, eller bedre brug af sundhedsvæsenet og kommunale sundheds og pleje/omsorgsydelser. Eet sammenhængende forløb for en borger med hjertesvigt er afgørende for opnåelse af disse mål, og en gennemtænkt og vellykket implementering, såvel teknisk som organisatorisk, er en forudsætning herfor.

Telemedicin og fælles data, uafhængige af tid og sted, udfordrer eksisterende organisering, samarbejdsformer og ansvarsfordeling. Det er implementeringssporet der skal sikre at alle implicerede parter kender og forstår deres rolle, som den fastlægges i de øvrige projektspor.

Faseevalueringer i TeleCare Nord Hjertesvigt

TCN Hjertesvigt har 4 faser.

- Etablering og planlægningsfase første halvår 2016
- Udrul og Implementeringsfase andet halvår 2016
- Driftfase første halvår 2017
- Evaluering og opsamlingsfase andet halvår 2017

Forskning og evalueringsspor – evaluering af etablering og planlægningsfase

Baggrund

Formålet med forskningsdelen i TeleCare Nord er at levere evidens for effekten af indførelse af telemedicin i stor skala samt at genere kvalitativ og kvantitativ videnskabelig viden med relevans for fremtidig anvendelse af telemedicin på området. Evidens for effekten af indførelse af telemedicin opnås, set med videnskabelige briller, kun ved et randomiseret og kontrolleret forskningsdesign.

Det er derfor essentielt, at de øvrige projektspor kender, og i hele projektperioden arbejder ud fra de principper, der er skitseret i det godkendte forskningsdesign.

Med øje for at det nye projekt skal bidrage til et styrke videns og beslutningsgrundlag for at udbrede telemedicin til nye patientgrupper og områder, er forskningsmæssig evidens for effekten af en indsats en styrke og vil bidrage til dette beslutningsgrundlag samt medvirke til, at Nordjylland opnår anerkendelse nationalt og internationalt på det telemedicinske område.

Der indgås derfor et forskningssamarbejde med forankring ved Aalborg Universitet, som skal belyse effekterne af telemedicin til hjertesvigtspatienter med særligt fokus på effekt på sårbare patienter/borgere.

I den første fase af projektperioden vil evalueringen blive designet og tilrettelagt således, at der fokuseres både på det patientrelaterede, det sundhedsøkonomiske, og med afsæt i, at de forskningserfaringer og delresultater, der allerede findes med TeleCare Nord KOL, udnyttes så vidt muligt. Dette er delresultater, som bl.a. beskriver øget livskvalitet for deltagerne og styrket empowerment. TeleCare

Nord KOL var tilrettelagt som et blokrandomiseret forsøg, et design i forskningspyramidens spids, med høj forskningsmæssig evidens. Nærværende projekt gennemføres ikke med et tilsvarende forskningsdesign, men dog som



et randomiseret forsøg med både interventions- og kontrolgruppe.

Formålet med forskningsprojektet i tilknytning til TeleCare Nord Hjertesvigt er i et randomiseret og kontrolleret design, at teste og perspektivere effekten af telemedicin for patienter med hjertesvigt, i NYHA kategorierne 2, 3 og 4, i forhold til nuværende patientforløb uden telemedicin. Dette gøres ved en systematisk opfølgning med telemedicin, og med fokus på sygdomsundervisning og compliance. Det forventes, at patienterne får større indsigt i egen sygdom og dermed motiveres til at tage bedre vare på sig selv med øget tryghed, empowerment og sygdomsmestring til følge.

Forskningsindsatsen er 2-benet og effekten af telemedicin opgøres ud fra sundhedsøkonomiske samt patientnære mål:

Sundhedsøkonomiske mål: *At reducere hjertesvigtspatienters behov for hospitalisering og kommunale sundheds og pleje- og omsorgsydelser samt holde patienterne på arbejdsmarkedet i videst mulig omfang.*

Dette skal måles via udgift til indlæggelser, genindlæggelser, sengedage samt ambulante besøg i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen, samt de udgifter der er forbundet med de kommunale sundheds og pleje- og omsorgsydelser i de 2 grupper. Desuden skal der måles på udgiften vedr. patienternes besøg hos de praktiserende læger. Måleredskabet EuroQol EQ-5D anvendes til udregning af inkremental cost-effectiveness ratio (ICER) dvs 'value for money' samt 'budget impact'.

Patientnære mål: *At styrke patient empowerment gennem at stille data og viden til rådighed for patienten, styrke patientens kompetencer til egenomsorg og give patienten en forstærket indflydelse på egen tilstand og derigennem opnå en forbedret livskvalitet.*

Dette skal måles ved hjælp af SF 36 kombineret med interviews, supplerende spørgeskemaer mv. både blandt patienter og behandlende personale. Der skal endvidere laves udtræk vedr. medicinforbrug, ambulante besøg, antal indlæggelser, besøg hos praktiserende læge mv.

Arbejdsplaner

Forsknings- og evalueringssporet arbejder med følgende arbejdsplaner:

Arbejdsplaner:

1. Udarbejdelse af detaljeret projektprotokol og patientinformationsmateriale
2. Afklaring/godkendelse i forhold til videnskabsetisk komite
3. Udarbejdelse af baseline-karakteristika for inkluderede patienter
4. Opgørelse af inkremental cost-effectiveness ratio (ICER)
5. Opgørelse af de primære patientrelaterede effekter samt sundhedsrelaterede effekter
6. Forbedringsiteration - supplerende pilotstudie i iterativ proces
7. Udarbejdelse af national businesscase baseret på statens business case-model

Der er i den indledende fase arbejdet med nedenstående arbejdsplaner.

Ad.1: Udarbejdelse af detaljeret projektprotokol og patientinformationsmateriale

Er udarbejdet, trykt og klar til inkludering af patienter.

Ad.2: Afklaring/godkendelse i forhold til videnskabsetisk komite

Videnskabsetisk komite har fået forelagt projektet og har på den baggrund besluttet, at det ikke var nødvendigt med en formel ansøgning til projektet. Det er således godkendt, at projektet kan iværksættes uden yderligere involvering af videnskabsetisk komite.



Ad. 3: Udarbejdelse af baseline-karakteristika for inkluderede patient

Der er igangsat indsamling af data til opgørelse af baseline på baggrund af datatræk fra de enkelte kommuner og fra regionen. Efter endt dataindsamling vil de tilknyttede forskere afrapportere på denne arbejdsopgave.

Sundheds-organisationsspor- evaluering af etablering og planlægningsfase

Baggrund

Det faglige spor har til opgave at beskrive det sundhedsfaglige indhold i projektet, beskrive inklusionskriterier og udarbejde en opgave- og ansvarsfordeling mellem parterne, som beskriver, hvem der gør hvad, under hvilket ansvar, samt hvordan samarbejdet og kommunikationen ser ud.

Sammensætning af sundheds og organisationsspor

Det faglige spor består af repræsentanter fra de 4 kommunale klynger, fra regionens hospitaler, herunder hjertesvigtambulatoier, de praktiserende læger ved PLO og kvalitetsenheden Nord-KAP. Patientforeningen er repræsenteret ved Hjerteforeningen i sporet.

Deltagerne har alle en faglig baggrund; 2 sygeplejersker fra hjertesvigtambulatoier, 5 sygeplejersker (herunder også sygeplejefaglige ledelser) fra de kommunale sundhedscentre og hjemmesygeplejen, 2 praktiserende læger, 2 kardiologer fra hjertesvigtområdet (der har dog primært været deltagelse fra kardiolog fra Regionshospitalet ved møderne. Der har været udpeget kardiologer fra Aalborg Universitetshospital, som har deltaget på få møder). Derudover deltager sundhedsfaglig konsulent fra Den fælles servicefunktion for tværsektoriel telemedicin (TeleCare Nord). Projektledelsen blev varetaget af projektleder i TeleCare Nord.

Mødecadence har været møder af ca. 3 timers varighed med ca. 3 ugers interval. I afslutning af perioden med 4 uger. Der har imellem perioderne været involvering af personer fra fagsporet i forhold til konkrete arbejdsopgaver.

Parallelt med møderne i det faglige spor har der været afholdt møder på kardiologisk afdeling AAUH og Regionshospitalet, samt med PLO Nordjylland.

For at sikre den røde tråd til de øvrige spor, implementeringsspor og forskningsspor har der været afholdt fælles workshop med forskningsspor, og der har været involvering af fagpersoner fra fagsporet i implementeringssporet, ligesom der har været gensidige orienteringer. Der har været et stort behov for at sikre koordinationen imellem sporene via projektlederne, mhp at skabe konsensus om projektets retning og de løbende leverancer. Der har været stor afhængighed fra implementeringsspor til det faglige spor, som har haft leverancer til implementeringssporet. Dette arbejde har med et projekts vilkår til dels været overlappende og er sket parallelt.

Afsættet for det faglige spors arbejde var erfaringer og resultater fra TeleCare Nord KOL. Konceptet fra TeleCare Nord KOL var byggestenen, og med opstart af en ny patientgruppe; patienter med hjertesvigt, hvor flere symptomer er enslydende med KOL og hvor det eksisterende TeleKit kan anvendes, var den umiddelbare forventning, at projektet ikke startede fra bunden og at arbejdet for fagsporet havde et godt afsæt. Dette var også tilfældet, men med involvering af en ny patientgruppe involveres også en ny faggruppe for flere af aktørerne, herunder hospitalerne, som ikke tidligere havde nogen erfaringer fra TCN KOL. Fagsporets opstart var derfor også præget af at skabe konsensus i gruppen om projektets formål, afsæt og muligheder, og med en afklaring, som også beskrev et andet patientforløb end det, som var kendt fra KOL.

Arbejdsopgaver

- Det faglige spor har udarbejdet:
- Inklusionskriterier
- Måleværdier og symptomspecifikke spørgsmål
- Fagligt indhold i de telemedicinske opgaver



- Kompetencekrav hos de faglige
- Opgave og ansvarsfordeling mellem kommuner, regionens hospitaler og de praktiserende læger
- Faglige instrukser
- Håndtering af patienter med både KOL og hjertesvigt – mulige modeller for dobbeltmonitorering

Inklusionskriterier

Fagsporet har beskrevet inklusionskriterier, således de patienter som forventes at kunne få gavn af telemedicin kan inkluderes. De patienter, som har symptomer pga. deres hjertesvigtssygdom skal inkluderes. Der blev taget afsæt i NYHA kategorierne, og de faglige drøftelser handlede om hvorvidt projektet skulle inkludere kategori 2 og 3, 3 og 4 eller 2,3, og 4. Der var enighed om at inkludere 2,3, og 4. Antagelsen er, også med afsæt i erfaringerne fra KOL, at telemedicin kan være medvirkende til at skabe tryghed og reducere angst, også for patienter, som er meget svært syge.

Måleværdier og symptomspecifikke spørgsmål

De måleværdier, som skal monitoreres omfatter målingerne blodtryk, puls og vægt. Derudover monitoreres svar på symptomspecifikke spørgsmål som åndenød, træthed og ødemer. Derudover monitoreres fysisk aktivitet ved rejse-sætte-sig-test en gang om måneden. Patienterne vil desuden blive bedt om at NYHA klassificere sig én gang om måneden.

Eksisterende validerede skemaer indenfor hjertesvigt har været drøftet, men med afsæt i at patienterne skal måle hyppigt, ugentligt, gav det ikke mening med anvendelse af disse skemaer, som har et andet afsæt.

Der blev i udarbejdelsen af spørgeskemaet taget afsæt i et afprøvet spørgeskema fra HIT projektet (Region Hovedstaden). Spørgeskemaet blev yderligere kvalificeret via en præpilottest med 4 patienter én fra hvert hjertesvigt-sambulatorium.

EKG har været drøftet, og anses som relevant måling. Der findes apparatur på markedet, men kvaliteten af målingerne vurderes ikke gode nok. Bl.a. kræves klinisk et 12 aflednings EKG. Da markedet udvikler sig hurtigt vil afprøvning af EKG overvejes i et mindre eksplorativt projekt med en mindre patientgruppe, efter inklusion til forskning.

Fagligt indhold i de telemedicinske opgaver

Konceptet fra KOL har dannet afsæt og genanvendes i høj grad. Dog tilpasset målgruppen og patientforløbet. De telemedicinske opgaver; instruktion, oplæring og opfølgning på data er beskrevet med afsæt i KOL, men tilpasset et forløb med hjertesvigt.

Kompetencekrav hos de faglige

Det er beskrevet, at der er behov for sygeplejefaglige kompetencer i løsningen af alle de telemedicinske opgaver. Det har været drøftet om en anden aktør, f.eks. privat aktør, kunne løfte opgaven med at instruere borgere i anvendelse af udstyret. Der har blandt de kommunale deltagere været en entydig melding om, at dette er en sygeplejefaglig opgave, og at kendskab til borgeren er vigtigt. Der har været flere drøftelser om, hvilken faglig viden om hjertesvigt der forudsættes, og deraf afdækket, at der er behov for et fagligt løft indenfor viden om hjertesvigt hos det kommunale personale, som skal løfte den telemedicinske opgave. Samtidig har almen praksis efterlyst faglig opdatering på hjertesvigt, symptomer og behandling, som forudsætning for at kunne handle på de kontakter, der må blive til den praktiserende læge.

Opgave og ansvarsfordeling

Arbejdet med opgave og ansvarsfordelingen tog afsæt i opgave og ansvarsfordelingen fra KOL, med enslydende principper. Det individuelle patientforløb har været omdrejningspunktet, hvor telemedicin ved hjemmemonitorering skal tage afsæt i, hvad der er meningsfyldt for den enkelte patient og i patientforløbet. Hospitalerne iden



tificerer størstedelen af patienterne i hjertesvigtsambulatorierne, hvilket kan være i den indledende behandling, eller frem til afslutningen af et behandlingsforløb. Derefter fortsætter størstedelen af patienterne med hjemme-monitorering i kommunen, når forløbet i ambulatoriet er afsluttet. Hospitalerne får i hjertesvigtsprojektet en langt større opgave end i KOL, både i forhold til at identificere og inkludere, men også i forhold til at monitorere. Den praktiserende læge er behandlingsansvarlig, når patienten er afsluttet på ambulatoriet. Derved er den praktiserende læge samarbejdsparten for kommunen, som vanligt. Hvis en patient bliver dårligere, vil den praktiserende læge blive kontaktet som ved nuværende praksis, men understøttet med telemedicinske data. I processen med opgave og ansvarsfordelingen meldte de deltagende læger, at der er behov for kompetenceløft i almen praksis i forhold til hjertesvigt. Patienterne kommer ofte i klinikken pga. deres primære hjertesygdom, og ikke deres hjertesvigt. Der er behov for viden omkring behandling og symptomer; hvordan/hvornår skal der f.eks. justeres op eller ned i vand-drivende behandling.

Faglige instrukser

Sporet har udarbejdet faglige instrukser løbende med afsæt i opgave og ansvarsfordelingen. Samtidig er taget afsæt i eksisterende instrukser fra KOL.

Håndtering af patienter med både KOL og hjertesvigt mulige modeller for dobbeltmonitorering

Der er påbegyndt arbejde med afklaring af håndtering af patienter, som allerede monitoreres for deres KOL, og som er i målgruppe for også at blive monitoreret for deres hjertesvigtssygdom. Afklaringen omfatter klinisk/faglig håndtering, organisatoriske udfordringer og kontakt med patient. Der er i sporet ikke endnu konsensus om håndtering, og derfor har det ikke været muligt at afklare modeller inden opstart af inklusion. Sporet arbejder videre med opgaven. Indtil da kan patienter, som allerede monitoreres for deres KOL, endnu ikke inkluderes til monitorering for deres hjertesvigt.

Implementeringsspor- evaluering af etablering og planlægningsfase

Baggrund

Implementeringssporet udgør et af projektsporene i TeleCare Nord – Hjertesvigt, og sikrer koordinationen mellem aktørernes lokale implementeringsorganisationer og det fælles projekt. De lokale implementeringsorganisationer har ansvaret for såvel teknisk som organisatorisk implementering, herunder tilrettelæggelse og afvikling af undervisning, kommunikation og formidling i egen organisation, samt kortlægning og omlægning af interne arbejdsgange og procedurer.

Sammensætning af implementeringsgruppen

Implementeringsgruppen består af lokale projektledere fra 11 kommuner, 1 lokal projektleder fra Region Nordjylland og én repræsentant fra PLO.

Udpegning af lokale projektledere

Udpegningen af lokale projektledere er foregået ved øverste styregruppe DAS. Udpegningen af kommunale projektledere er foregået inden for den tidsramme med deadline medio februar 2016, dog med undtagelse af Læsø som først blev udpeget i april. Læsø kommune har ikke deltaget i implementeringsmøder med begrundelse i geografi og travlhed. Der er til møderne mulighed for videodeltagelse. Der har været afholdt telefonmøde mellem TeleCare Nords implementeringsansvarlige projektleder og den lokale projektleder på Læsø.

Region Nordjylland har en lokal projektleder til at dække de 4 hjertesvigtssygdomsklinikker i Hobro, Thisted, Hjørring, Aalborg. Der har i den indledende fase været behov for flere møder med klinikledelsen og den regionale styregruppe for at præcisere den lokale projektleders opgaver og ansvarsområder, samt opgaver for styregruppen i forhold til lokalt kommissorium. TeleCare Nords implementeringsansvarlige projektleder har deltaget i disse møder med det formål at øge kendskabet til TeleCare Nord Hjertesvigt.

Repræsentant fra PLO har ikke været tilstede ved implementeringsmøder. Det er aftalt mellem implementerings-



ansvarlig projektleder og repræsentant PLO, at mødedeltagelse bliver mere relevant i fase 2 som handler om implementering og udrulning.

Implementeringsgruppen arbejdsområder i etablering og planlægningsfasen

Fra marts til august har implementeringsgruppens arbejde haft fokus på arbejdspakkerne omkring uddannelse og pilottest. Grundet forsinkelser i forskning og evalueringssporet har der ikke i denne fase været opgaver omkring implementering udover, at den lokale projektleder har haft til opgave at sammensætte en projektorganisation i egen organisation.

Arbejdspakken uddannelse: Baggrund og opgaver

Projektgruppen er ansvarlige for at udarbejde og sammensætte det undervisningsmateriale der lokalt skal anvendes i undervisningen af projektets implicerede parter. Det er de lokale projektledere der skal sikre og varetage den lokale tilrettelæggelse og afvikling af undervisning. Skabelonen for indholdet i undervisningen koordineres centralt så det sikres at alle implicerede får det samme minimum af undervisning.

Projektgruppen skal:

- Designe uddannelsesforløb med inspiration i det materiale og den struktur der allerede findes fra tidligere projekt – herunder udarbejde en detaljeret skabelon med beskrivelse af minimumsindhold til den undervisning der skal udbydes lokalt.
- Definere og bidrage til den viden der er nødvendig, for at de lokale projektledere kan varetage deres undervisningsfunktion lokalt.
- Planlægge, afvikle og evaluere undervisningen i forbindelse med pilotfasen.
- Identificere målgrupper for undervisning og udarbejde uddannelsesmaterialer (til patienter, sundhedsprofessionelle mv.)

Evaluering af arbejdspakken uddannelse:

I etablering og planlægningsfasen er behovene for kompetenceløft i forskellige faggrupper identificeret og afsøgt. Det har affødt en uddannelsespakke målrettet sygeplejersker, som er de telemedicinske aktører. I udarbejdelsen har der været samarbejde med sundhedssporet og medarbejdere fra praksis, fra Region og kommune. Der er lagt vægt på bred forankring og ejerskab.

Uddannelsespakken afvikles efterår 2016.

Arbejdspakke pilottest: Baggrund og opgaver

Projektets tidsplan arbejder hen imod igangsætningen af pilotprojektet i foråret 2016.

Det er projektgruppens ansvar at planlægge forløbet af pilotfasen samt efterfølgende evaluere denne med henblik på den endelige implementeringsplan. Omfanget af pilotfasen er tænkt som et komprimeret forløb, hvor infrastruktur, IT, organisering samt undervisningspakken testes på en række udvalgte patienter samt de sundhedsprofessionelle på både hospitaler og i kommunerne.

Pilotfasen må maksimalt strække sig over 2 måneder, da de første "rigtige" patienter skal implementeres i løbet af 3. kvartal 2016.

Evaluering af arbejdspakke pilottest

Pilottest er afviklet i maj og juni og der forelægger et sammenskriv af de evalueringer, de sundhedsfaglige medarbejdere har udfyldt under pilottesten. Pilotborgere melder om tilfredshed og at TeleKit og daglige målinger er lette at håndtere. Medarbejdernes evalueringer handler om justeringer af instrukser.

Pilottesten er forløbet planmæssigt inden for den planlagte tidsramme. Pilottesten har haft 6 patienter i henholdsvis Hjørring, Frederikshavn og Aalborg.



Arbejdspakke implementering: Baggrund og opgaver

TeleCare Nord udfordrer rammerne for det eksisterende samarbejde og opgaveløsningen både internt såvel som mellem sektorerne. Det er derfor vigtigt, at projektgruppen koordinerer tæt med organisationsporet for at sikre at implementeringen er tro overfor det samarbejdskoncept, der udarbejdes i organisationssporet.

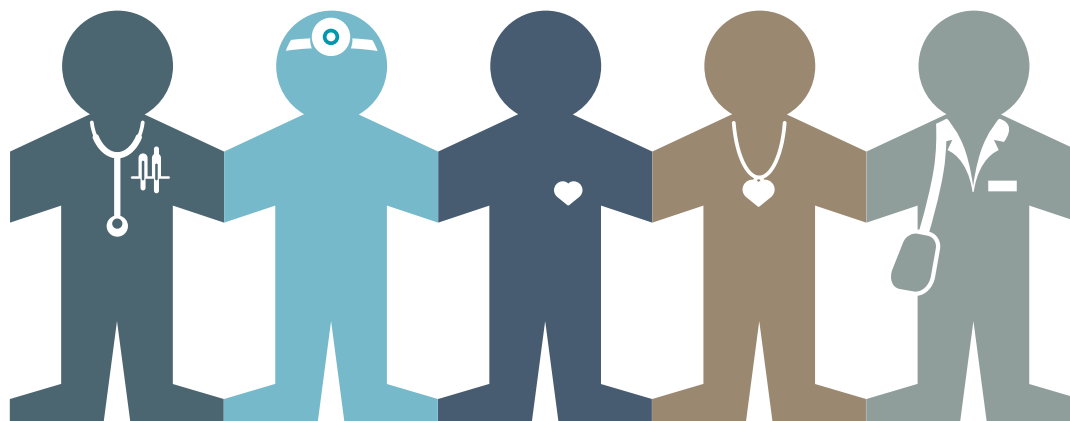
Projektgruppen skal;

- Lave en implementeringsplan i tråd med forskningsdesignet for TeleCare Nord – Hjertesvigt. Projektets implementeringsaktiviteter skal koordineres tæt med evaluerings- og forskningsindsatsen.
- Afklare hvilke forudsætninger, der skal være på plads lokalt, før implementeringen kan igangsættes, herunder sikre sammenhæng mellem det der sættes i gang på kommunalt og regionalt niveau.
- Lave en overordnet køreplan for implementeringen, som kan anvendes som skabelon i de enkelte kommuner.
- Lave en detaljeret plan for implementeringen, hvor patientudvælgelsen samt logistikken omkring både patientundervisning samt udbringning af udstyr er beskrevet.
- Sikre sammenhængen med sundheds- og organisationssporet og forsknings- og evalueringssporet.

Projektgruppen skal løbende iagttage, at implementeringen følger den skitserede tidsplan, og efter behov afrapportere om fremdriften i implementeringen til projektets interessenter.

Evaluerings af arbejdspakke implementering

Etablerings og planlægningsfasen har haft fokus på pilottest, samt organisering af lokale projektorganisationer i kommuner og Region Nordjylland. De lokale organiseringer afventer påbegyndelse af inklusion. Der har været stor tilslutning af de lokale projektledere. Der har ikke været deltagelse af PLO i etablerings- og planlægningsfasen.



Praktiserende læge

Sygehus

Patient

Pårørende

Kommune

ANDEN FASEEVALUERING TELECARE NORD HJERTESVIGT

Patientinklusion og implementering
1 september 2016 – 31 marts 2017



Indhold

1. TeleCare Nord Hjertesvigt	14
2. Evaluering af anden fase patientinklusion og igangsætning	14
3. Inklusion og udrulning af telemedicin til patienter med hjertesvigt.....	14
4. Opstart af inklusion på de nordjyske hospitaler	15
5. Udrulning i de 11 kommuner	15
6. Kursus for Almen Praksis	16
7. Uddannelsespakke til sygeplejersker med monitoringsopgave	16
8. Særlige udfordringer med små patientgrupper	17
9. Særlige udfordringer ved inklusion	17
10. Intensiveret indsats omkring inklusion	19
11. Sideløbende organiseringsindsatser	19
12. Organisering af hjertesvigtsprojektet og den ledelsesmæssige forankring	19
13. Justeringer og udfordringer på teknik og support i inklusions- og udrulningsperioden.....	20
14. Tilpasninger i mobile device management og lagerhåndtering.....	20
15. Overgang til eSHOP	20
16. Påvirkning af TCN Support	21
17. Udfordringer og træghed ved sektorovergange	21



1. TeleCare Nord Hjertesvigt

TeleCare Nord Hjertesvigt arbejder med telemedicin for patienter med hjerteinsufficiens. Formålet er at identificere og implementere løsninger, der imødekommer tekniske, organisatoriske, juridiske og økonomiske udfordringer ved etablering af en telemedicinsk løsning i fuld skala.

TeleCare Nord Hjertesvigt er et tværsektorielt samarbejdsprojekt mellem de 11 nordjyske kommuner, Region Nordjylland, almen praktiserende læger samt Aalborg Universitet. Projektet har modtaget økonomisk støtte fra Digitaliseringsstyrelsen.

Målet med TeleCare Nord Hjertesvigt er, inden for rammerne af en normal drift, at sikre hjertesvigtspatienter korrekt faglig behandling, pleje og rehabilitering samtidig med, at en række konkrete gevinster realiseres. I et kvalitets- og patientperspektiv er der tale om, at patienter med afsæt i telemedicin og en tværsektoriel tilrettelæggelse og organisering af patientforløbet kan opleve empowerment og højnet livskvalitet gennem øget egenkontrol med sygdommen. I et samfundsøkonomisk perspektiv kan der være tale om besparelser opnået gennem færre indlæggelsesdage og færre genindlæggelser, og frigjort tid hos de sundhedsprofessionelle aktører på sygehusene og i de kommunale pleje- og omsorgsfunktioner. Forskningsindsatsen i TeleCare Nord hjertesvigt er tilrettelagt som et randomiseret og kontrolleret studie, hvor patienterne ved lodtrækning er fordelt i en inklusionsgruppe og en kontrolgruppe.

Projektet, der er igangsat 1. november 2015 og afsluttes 1. november 2018, gennemføres i 4 faser.

Første fase er en etablerings- og planlægningsfase, hvor tekniske og organisatoriske løsninger og sundhedsfagligt indhold er designet og valgt. I første fase er der også gennemført en pilotafprøvning med et mindre antal patienter med test af såvel tekniske som organisatoriske løsninger. I anden fase inkluderes patienterne, og det telemedicinske tilbud igangsættes inden for den aftalte serviceramme. Tredje fase består af løbende drift, og fjerde fase omfatter evaluering og opsamling i forhold til projektets forskningsaktiviteter.

2. Evaluering af anden fase patientinklusion og igangsætning

Nærværende evaluering af anden fase dækker inklusions- og implementeringsfasen (udrulningsfasen) og opsamler centrale erfaringer og læringspunkter i perioden 1. september 2016 - 31. marts 2017.

Efter udløbet af inklusionsperioden kan det konkluderes, at alle kommuner har patienter med i både interventionsgruppen og kontrolgruppen. Der er således inkluderet 286 patienter i forsøget ved udløbet af inklusionsperioden den 31. marts. Patienterne fordeler sig med 138 i inklusionsgruppen og 148 i kontrolgruppen.

Evalueringen af anden fase bygger på data indsamlet via implementerings- og sundhedssporets løbende møder, klyngemøder med nøglepersoner fra kommunerne samt det fælles projektsekretariatet. Evalueringen har før endelig færdiggørelse været i høring hos implementeringsgruppen.

3. Inklusion og udrulning af telemedicin til patienter med hjertesvigt

Inklusion og udrulning af telemedicin til patienter med hjertesvigt fandt sted i perioden 1. september 2016 til 31. marts 2017. Udrulningen blev igangsat i forlængelse af, at arbejdsgange og processer var tilrettet på baggrund af opsamlede erfaringer i første fases pilotafprøvning.

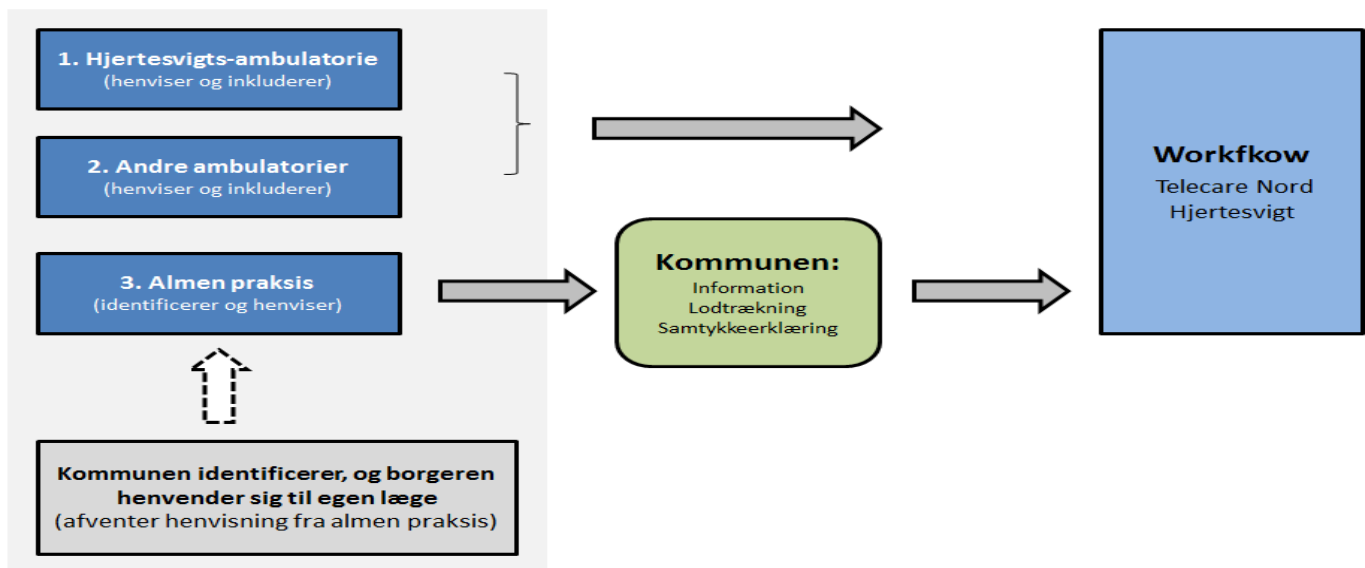
Faseevalueringen beskriver de indsatser, der har været foretaget for at understøtte inklusionen, de første erfaringer i samarbejdet med fokus på overgange, samt de udfordringer og indsatser, der har været på teknologi og support.

Patienter med hjertesvigt har 3 inklusionsmuligheder, som illustreret herunder:



INKLUSION

De tre forskellige veje til inklusion



TeleCare Nord

4. Opstart af inklusion på de nordjyske hospitaler

For at sikre at regionens fire hjertesvigtsambulatorier blev klar til inklusionsarbejdet, blev der afholdt orienterende møder i Hobro, Aalborg, Thisted og Hjørring med tilstedeværelse af den regionale projektleder, projektlederen for forskning og evalueringssporer, implementeringsprojektlederen fra TeleCare Nord samt forskere fra AAU. Ved alle fire møder var der deltagelse fra både læger og sygeplejersker. Under møderne blev deltagerne vejledt i selve lodtrækningsopgaven og modtog information omkring forskningsdesignet. Ligeledes blev det materiale, der skulle anvendes i forbindelse med patientinklusionen, udleveret.

Gældende for alle fire inklusionsmøder var en del kritiske spørgsmål til forskningsdesignet samt en generel kritisk tilgang til selve projektet fra specielt de deltagende læger (kardiologer). Spørgsmålene blev imødekommet ved, at forskere fra universitetet uddybede forskningsdesignet og svarede på spørgsmål fra deltagerne på møderne. Generelt var der ved mødernes afslutning væsentlig større opbakning til projektet end ved mødets begyndelse.

Resultatet af inklusionsmøderne blev, at der medio september blev inkluderet patienter fra alle fire hjertesvigtsambulatorier.

5. Udrulning i de 11 kommuner

Langt de fleste patienter blev inkluderet fra de regionale hjertesvigtsambulatorier. Det var dog også muligt at inkludere patienter fra almen praksis. Ud over et fysisk brev, blev inklusionsmaterialet og medfølgende link fremsendt til samtlige praksislæger via deres lovpligtige e-Boks. I tilfælde af inklusion fra almen praksis var det aftalt med implementeringsgruppen, at kommunerne skulle varetage lodtrækningsopgaven. Der blev i alt inkluderet/henvist 2 patienter fra almen praksis i inklusionsperioden. Implementeringsprojektlederen fra TeleCare Nord afholdt i september og oktober inklusionsmøder i alle kommuner. Ved møderne blev kommunerne introduceret til lodtrækningsopgaven, der blev givet generel information, og der var drøftelse af arbejdsgange. Kommunerne havde lokale nøglepersoner, primært sygeplejersker med telemedicinsk monitoringsopgave, repræsenteret ved møderne.

Resultatet af møderne var, at alle kommuner i starten af inklusionsperioden oplevede en tæt kontakt til implementeringsprojektlederen og et godt kendskab til de arbejdsgange, der følger med projektet.



6. Kursus for Almen Praksis

I oktober blev der afholdt fyraftenskursus i hjertesvigt med fokus på hjertesvigt og den nyeste faglige viden på området samt givet en generel introduktion til hjertesvigtprojektet. Kurserne var efterspurgt af de praktiserende læger selv, som i forbindelse med deres rolle i hjertesvigtprojektet efterlyste et kompetenceløft med undervisning på specialiseret niveau. Overlæge Søren Vrå fra Aalborg Universitetshospital underviste i samarbejde med implementeringsprojektlederen for forsknings- og evalueringssporet. Alle praktiserende læger i regionen blev inviteret, ca. 30 læger deltog. På møderne blev der givet udtryk for en positiv holdning til projektet, og der var generelt stor interesse.

7. Uddannelsespakke til sygeplejersker med monitoringsopgave

Der var allerede i hjertesvigtprojektets indledende faser fokus på et eventuelt behov for uddannelse baseret på erfaringerne fra TeleCare Nord KOL. Der blev tidligt i projektet efterspurgt et fagligt løft indenfor viden om hjertesvigt af den kommunale sygeplejerske med en telemedicinsk opgave.

Implementeringssporet har haft ansvaret for uddannelsespakken og afklaring af behovet samt udvikling heraf. I etablerings- og planlægningsfasen blev behovene for kompetenceløft i forskellige faggrupper derfor identificeret og afsøgt. I denne proces blev sundheds- og organisationssporet inddraget.

Efterspørgslen var rettet på viden om hjertesvigt med særligt fokus på symptomer, sygdommens præsentation og grundviden om hjertesvigt, som kan anvendes i oplæringen af patienten og ved monitoreringen. Samtidig var der som afsæt for planlægningen af uddannelsesforløbene også opmærksomhed på, at der var sammenhæng til aftalen for sammenhængende hjerterehabilitering, hvor hjertesvigtspatienter er en del af målgruppen, og hvor der derfor var et sammenfald i kompetencebehov.

Dette har affødt en uddannelsespakke målrettet sygeplejersker med en telemedicinsk monitoreringsopgave. Implementeringsgruppen har haft ansvaret for at udvikle uddannelsespakken. I udarbejdelsen har der været et samarbejde med sundheds- og organisationssporet samt medarbejdere fra praksis, region og kommune. Der er lagt vægt på bred forankring og ejerskab. UCN har været involveret i den del, der er afviklet i deres regi. TeleCare Nord's sekretariat har været involveret i den del, der omhandler den telemedicinske monitorering og understyr.

Samtidig med, at inklusion og udrulning af telemedicin pågik, blev størstedelen af uddannelsespakken for sygeplejersker med en direkte monitoringsopgave gennemført. I alt har ca. 50 sygeplejersker fra de nordjyske hospitaler og de 11 kommuner deltaget i uddannelsesforløbet.

Uddannelsespakkens indhold

- September 2016. En halv dag om Open Tele med introduktion til den it-løsning, der understøtter det telemedicinske arbejde.
- September 2016. En fagdag om hjertesvigt med undervisning varetaget af kardiolog og sygeplejerske fra hjertesvigtambulatorie.
- Oktober 2016. En tværsektoriel uddannelsesdag på UCN med fokus på empowerment, sundhedspædagogik, sygepleje og telemedicin samt læring og forandringsproces.
- Januar 2017. En fageftermiddag om kommunal hjerterehabilitering.
- Maj 2017. En temaeftermiddag om palliativ sygepleje til patienter med hjertesvigt.

Evalueringer fra de forskellige uddannelsesdage viser, at uddannelsespakken hænger sammen, og at den var opbygget i relevant rækkefølge. Det gav stor tilfredshed, at sygeplejerskerne fra kommunerne blev undervist af læge og sygeplejerske fra hjertesvigtambulatorier. Fagdagen medvirkede til at skabe parathed til at modtage telemedicinske patienter i kommunerne. Samlet set har alle dagene medvirket til, at nøglepersoner har skabt netværk på tværs af sektorer og kommuner. Dermed er der banet vej for at sikre sammenhængende patientforløb i en fremtidig erfa-/klyngemøde struktur.

Generelt har et lavt patientantal været en udfordring for uddannelsespakken. De kommunale sygeplejersker, pri-



mært i de mindre kommuner, har dermed deltaget i en uddannelsespakke uden at have et særligt stort patientgrundlag.

I forhold til håndtering af OpenTele og det telemedicinske udstyr har der været mulighed for, at den enkelte kliniker har kunnet kontakte den sundhedsfaglige konsulent fra TeleCare Nords servicefunktion. Dette tilbud er blevet anvendt i hele fasen og anbefales også fremadrettet, idet der løbende vil være et behov herfor, da hver kliniker gradvist og løbende opbygger sin viden og kompetence.

Klyngemøder

Der har i fasen været en begyndende afklaring om en fremtidig klyngestruktur i lighed med TeleCare Nord KOL, hvor der er etableret fire klynger: Nord (Brønderslev Kommune, Frederikshavn Kommune, Hjørring Kommune, Læsø kommune og Regionshospital Nordjylland, Hjørring), Syd (Mariagerfjord Kommune, Rebild Kommune, Vesthimmerland Kommune og Aalborg Universitetshospital, Hobro), Vest (Jammerbugt Kommune, Morsø Kommune, Thisted Kommune og Regionshospital Nordjylland, Thisted) og Aalborg (Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital, Aalborg).

I afklaringen indgår, hvorvidt klyngemøderne kan være fælles for TeleCare Nord KOL og Hjertesvigt. På hospitalerne er det forskellige medarbejdere, der håndterer den telemedicinske opgave på hhv. KOL og hjertesvigt. I nogle kommuner er det de samme, i andre kommuner er det forskellige medarbejdere, der håndterer opgaven.

I Vest klyngen, hvor flere af de kommunale klinikere håndterer både KOL og hjertesvigt, er der afprøvet en model, hvor første del af klyngemødet var rettet på KOL, den sidste del på hjertesvigt og den midterste del var fælles. På den måde kunne klinikere deltage i det, der var relevant for dem. De klinikere, der håndterer begge opgaver, kunne deltage i hele mødet og derved reducere antallet af møder og transport hertil.

8. Særlige udfordringer med små patientgrupper

Hjertesvigtgruppen er en forholdsvis lille patientgruppe sammenlignet med KOL. Med en opdeling af inklusionsgruppen i interventions- og kontrolgruppe er det kun en forholdsvis lille gruppe, som modtager telemedicin. For særligt de mindre kommuner er dette en udfordring i varetagelsen af den telemedicinske opgave, for med kun et par patienter i forløb er det vanskeligt at vedligeholde og fastholde personalets kompetencer. Opgaven kræver en vis volumen med henblik på at opnå sikkerhed og rutine i opgaveudførelsen. Der har således også været en vis skuffelse blandt personalet, som havde forventet flere patienter.

9. Særlige udfordringer ved inklusion

Der har som forventet været ganske få, kun 2 patienter, der blev inkluderet fra almen praksis. Interessen for at henvise patienter steg dog tæt på afslutningen af inklusionsperioden, idet flere læger på dette tidspunkt efterspurgte muligheden for at henvise patienter til projektet. Der var fra kommunal side ligeledes en henvendelse om, hvorvidt man kunne fortsætte med at henvise patienter efter inklusionsperiodens udløb. Ønsket blev behandlet i forretningsudvalget, som besluttede at fastholde projektets rammer med en tidsbegrænset afprøvning.

Selve arbejdsgangen omkring inklusion blev i starten tilpasset, så patienterne fremfor at udfylde spørgeskemaet på hospitalet fik spørgeskemaet med hjem og derefter selv skulle sende det til forskerne. Årsagen til dette var ofte manglende tid, både hos personalet, men også hos patienterne, til at udfylde spørgeskemaet på hospitalet. At lave en inklusion til et projekt med så tidskrævende et spørgeskema var generelt en logistisk udfordring for alle fire hjertesvigtambulatoier. Hjørring havde fordel i at lægge opgaven på en projektsygeplejerske, som havde normering til projektet. Udover inklusion oplevede sygeplejerskerne også øget travlhed i takt med, at flere patienter blev inkluderet, idet de samtidig også havde monitoringsopgaven. En opgave der blev lagt oveni eksisterende opgaver uden tilførsel af ressourcer. Monitoringsopgaven aftog, når patienten overgik til monitorering i kommunen.

I forbindelse med inklusionen har der været systematisk opsamling af data, når patienter afslog at deltage. Dette blev udført med henblik på at opsamle viden om årsagen til patientens afslag og dermed få viden, som efterfølgende kunne bidrage til at udvikle og forbedre dels det telemedicinske tilbud dels det materiale, der bliver stillet til rådighed for patienterne i forbindelse med, at de skal tage stilling til, om de ønsker at tage imod den telemedicinske løsning.



På hjertesvigtsambulatorierne oplevede sygeplejerskerne, at ca. 1/3 del af de adspurgte sagde nej tak. Størstedelen gav begrundelsen, at Universitetets spørgeskema var for langt og uoverskueligt. Dette bør være et opmærksomhedspunkt i eventuelle fremtidige studier. Derudover har begrundelser været, at man ikke ønskede at blive mindet om sin sygdom hele tiden, at det kunne blive angstprovokerende, og at det var for teknisk og systematisk.

Nedenstående tabel viser en oversigt over adspurgte patienter på Regionshospitalet Hjørring. Det fremgår tydeligt, at de patienter, der er blevet adspurgt om deltagelse i forbindelse med fremmøde på hospitalet, har en væsentlig højere deltagelsesrate end de patienter, der blev identificeret ved listegennemgang og blev ringet op af en sundhedsfaglig.

Hvor er patienten screenet?	Adspurgte patienter	Ja tak	Nej tak
Hjertesvigtssklinikken	115	75	40
Indlagte	10	6	4
Ambulant	7	6	1
Listegennemgang (1215 pt'er)	60	10	50
I alt	192	97	95

De argumenter, der typisk er anført for enten at deltage eller at afslå, fordeler sig overordnet på følgende udsagn:

Patienter der har sagt ja

"Tæt kontrol"

"Jeg måler alligevel mit blodtryk"

"Nogen holder øje med mig"

"De har bedre styr på mig"

"Hvis det kan hjælpe andre"

"For projektets skyld"

Patienter der har sagt nej

"For teknisk"

"Uoverskueligt"

"For systematisk"

"Det bliver for meget"

"Jeg vil ikke mindes om min sygdom hele tiden"

"Min angst fremprovokeres"

"For svært"

De patienter, der har valgt at takke ja til at deltage i projektet, og som efterfølgende har modtaget et TeleKit, har ytret følgende om udstyret:

Patienter, der har udstyr

"Brugervenligt"

"Det gi'r en stor tryghed"

"Man bliver "holdt i hanke" med"



"Jeg kan nemmere følge med i, hvordan det går".

"Afstanden til sygeplejersken er pludseligt ikke så stor"

Desværre viste det sig undervejs i inklusionen, at nogle af patienterne i forvejen var inkluderet i andre projekter på hjertemedicinsk afdeling på Aalborg universitetshospital. Dette førte til en gennemgang af alle patienter, og det viste sig, at 3 patienter, der var inkluderet i TeleCare Nord, i forvejen var med i andre projekter. Disse patienter blev efter anmodning fra hjertemedicinsk afdeling efterfølgende trukket ud af hjertesvigtsprojektet af hensyn til de øvrige projekter.

10. Intensiveret indsats omkring inklusion

Omkring november 2016 var der inkluderet ca. 90 patienter, heraf ca. halvdelen i kontrolgruppen og halvdelen i interventionsgruppen med TeleKit. For at øge antallet af inkluderede patienter rettede TeleCare Nord henvendelse til ledelsen for at undersøge muligheden for at igangsætte en intensiveret inklusionsindsats, herunder en afsøgning af, om der kunne identificeres patienter i andre afdelinger eller ambulatorier. Der var en længere responstid på henvendelsen, og derfor blev det først muligt i januar at iværksætte en særlig indsats, hvor to projektsygeplejersker blev frikøbt af projektet til denne opgave. Projektsygeplejerskerne har ved listegennemgang afsøgt og identificeret patienter i forløb på andre afdelinger i det omfang, det var muligt. De har ligeledes sendt breve ud til alle de patienter, der har været igennem hjertesvigtsambulatoriet i 2016 og 2015. I alt betød den intensiverede indsats, at alle relevante patienter, som sygehusene havde været i kontakt med i 2015 og 2016, blev forespurgt om deltagelse.

11. Sideløbende organiseringsindsatser

Samtidig med inklusion og udrulning af telemedicin har der i perioden pågået en forsat aktivitet i det faglige sundheds- og organisationsspor, som i perioden har arbejdet med at beskrive en model for dobbeltmonitorering.

Hjertesvigtsambulatorierne har i inklusionsperioden mødt patienter, som opfyldte kriterierne til hjertesvigtsprojektet, men som ikke kunne inkluderes, idet de allerede var på TeleCare Nord KOL, og der ikke var en organisering på plads omkring håndtering af disse patienter i dobbeltmonitorering. Sporet er derfor i gang med et udviklingsarbejde med udvikling af et spørgeskema/træ, der omfatter både KOL og hjertesvigt, beskrivelse af et forløb med klare principper for et telemedicinsk forløb med dobbeltmonitorering og tilrettede instrukser. Dette er en kompleks opgave og en kompleks sygdomsgruppe, i og med det bl.a. er vanskeligt klinisk og fagligt at vurdere, hvornår ændringer i tilstand er grundet KOL eller hjertesvigt pga. enslydende symptomer. Der planlægges en mini-pilotafprøvning i projektets næste fase, med kun med et par patienter.

Sporet tager løbende stilling til behov for tilretning af instrukser, og drøfter udfordringer. Mødekadencen er sat ned fra 1 gang om måneden til møder med 2-3 måneders mellemrum, hvoraf nogle møder er med en mindre arbejdsgruppe, som beskriver oplæg til dobbeltmonitorering.

12. Organisering af hjertesvigtsprojektet og den ledelsesmæssige forankring

Med afsæt i erfaringerne fra organiseringen i TeleCare Nord KOL er organiseringen af TeleCare Nord Hjertesvigt forenklet, og i højere grad organiseret i og som en del af sundhedsaftaleorganiseringen. På baggrund af en evaluering, foretaget af Rambøll, af organiseringen i TeleCare Nord KOL er anbefalingen, at fastholde en fælles ledelsesmæssig kompetence med mulighed for at agere hurtigt og fleksibelt, og som kan træffe beslutninger på det tværsektorielle samarbejdes vegne. Der er derfor etableret et forretningsudvalg, under Den Administrative Styregruppe for sundhedsaftaler (DAS). DAS fungerer som strategisk styregruppe for projektet.

Forretningsudvalget er etableret med henblik på den løbende styring og koordination i projektet, og tillægges derfor en fælles beslutningskompetence med henblik på sikring af projektets udvikling, fremdrift og implementering.

Forretningsudvalget skal:

- Tage stilling til opgaver af driftsmæssig og teknisk/administrativ karakter
- Sikre tæt koordination mellem de udførende aktører



- Understøtte projektsekretariatet gennem løbende dialog
- Sikre økonomistyring mellem de betalende parter
- Behandle spørgsmål, der ikke kan afvente behandling på næstkommende møde, og som har betydning for projektets løbende fremdrift
- Tage stilling til punkter, som kræver inddragelse af og behandling i styregruppen, DAS, i forhold til dispositioner, der implicerer driftsorganisationerne
- Behandle emner delegeret til forretningsudvalget fra styregruppen, DAS

Der rapporteres kvartalsvis til DAS på projektets status og fremdrift i lighed med øvrig afrapportering i regi af sundhedsaftalerne. Samme afrapportering går til velfærdsfonden.

Det etablerede forretningsudvalg fungerer ligeledes som forretningsudvalg for Servicefunktionen vedrørende de nordjyske KOL patienter og for det arbejde, der foregår i landsdelsprogrammet vedrørende den landsdækkende udbredelse af telemedicin til patienter med KOL.

13. Justeringer og udfordringer på teknik, support og logistik i inklusions- og udrulningsperioden

Udgangspunktet for TeleCare Nord hjertesvigt er, at de serviceydelser, der er etableret i den fælles nordjyske telemedicinske servicefunktion i tilknytning til det nordjyske tilbud til borgere med KOL, skal genbruges. Det betyder, at det er den samme telemedicinske løsning, der bruges, at det er det samme TeleKit, ligesom det er den samme løsning til logistik og support. Dette sker for at sikre størst mulig driftseffektivitet, og for at udnytte den driftskapacitet, der allerede er etableret. Der har dog været behov for at foretage en række tilpasninger, men som udgangspunkt har de telemedicinske serviceydelser vist sig at være skalerbare.

14. Tilpasninger i mobile device management og lagerhåndtering

Mobile device management (MDM) sikrer, at de decentrale enheder (TeleKit) hos borgerne løbende kan administreres og opdateres, hvis der f.eks. kommer en ny version af en af de apps, som skal være tilgængelige for borgeren.

I forhold til administrationen af patientudstyret har inklusion af hjertepatienter krævet en tilpasning af MDM og lagerstyring. Der er således etableret en selvstændig MDM gruppe, der sikrer, at hjertepatienterne får adgang til en info app, som er målrettet hjertepatienter, f.eks. træningsfilm og vejledning.

Derudover er det indlagt i patientudstyret, at den tilladte adgang til internettet peger på hjerteforeningens hjemmeside. MDM gruppen er navngivet i samme nummerserielogik som de øvrige TeleKit, men er tilføjet et H, således at man kan identificere det som et hjertesæt. Hjerteprojektet har frikøbt telekittene fra TeleCare Nord, og der er truffet beslutning om, at der kun anvendes 2. generations sæt i hjerteprojektet. Dette for at sikre, at der er ensartethed i alle sæt. Alle hjertesæt er således genklargjort og pakket i forhold til instrukser fra hjerteprojektet.

I lighed med dette er der etableret selvstændige lagernumre for de TeleKit, der sendes til hjertepatienterne. Dette skyldes, at indholdet i telekittet afviger en smule fra indholdet i telekittet til KOL. Det har derfor været afgørende med en entydig markering og fysisk adskillelse mellem sættene for at mindske risikoen for fejludlevering af TeleKit til borgeren. At skulle håndtere TeleKit til henholdsvis KOL og hjertesvigt har periodevis givet leverandøren udfordringer og har medført, at nogle borgere har fået leveret et forkert TeleKit. I disse tilfælde har klinikere måttet indsende en fejlmelding til TCN Support, som herefter har bestilt ombytning af telekittet ved leverandøren.

15. Overgang til eSHOP

For at kunne imødekomme et ønske fra klinikere om en hurtigere levering hhv. afhentning af TeleKit, reduktion i manuelle processer samt lettere at kunne differentiere TeleKit til rette sygdomsgruppe, blev der opstartet brug af eSHOP til bestilling og afhentning af udstyr.

Brugen af eSHOP reducerer tiden fra bestilling til levering hhv. afhentning af et TeleKit fra 8 til 5 hverdage. Ved brug af TeleCare Nords indkøbsportal i eSHOP bestilles der direkte ved leverandøren mod tidligere via TCN Support. Dette



giver en smidigere arbejdsgang og reduceret ekspeditionstid. Den oprindelige arbejdsgang via TCN Support blev i sin tid indført for at sikre kvaliteten og reducere antallet af mangelfulde bestillinger fra de sundhedsfaglige til logistikleverandøren.

Indholdet i et TeleKit er sygdomsspecifikt. eSHOP giver mulighed for at differentiere mellem bestillinger til henholdsvis hjertesvigt og KOL. Ved brug af eSHOP er det dermed lettere at se, hvad der bestilles og hvad indholdet i det pågældende TeleKit er.

Anvendelsen af eSHOP blev taget i brug ultimo august 2016. Dette var planlagt, så de klinikere, der skulle arbejde med TeleCare Nord hjertesvigt, fra starten kunne bestille heri, fremfor først at skulle lære at bestille via andet system.

Opstarten med eSHOP gav flere udfordringer end forventet. En af årsagerne var, at klinikere skulle aktivere deres login inden for 48 timer. Ydermere ændrede leverandøren kort efter opstarten layoutet i eSHOP, hvilket gav udfordringer, idet personalet var uddannet i det tidligere layout. Det viste sig ligeledes, at den sideopbygning, der oprindeligt var lavet, var uhensigtsmæssig. Størstedelen af disse udfordringer er nu håndteret, idet leverandøren og TeleCare Nord har tilrettet samtlige sider. Der er udarbejdet en mere detaljeret instruks, og klinikere har prøvet at arbejde i systemet.

16. Påvirkning af TCN Support

Der har løbende været et tæt samarbejde med TCN Support med henblik på at kunne håndtere både KOL og hjertesvigt. TCN Support har i perioden gradvist overtaget flere opgaver, herunder brugeroprettelse af klinikere og patientgrupper, som tidligere er håndteret af TeleCare Nords sekretariat. Opstarten af hjertesvigt medførte et behov for tilretning i OpenTele. Tilretningen skulle sikre, at alle inkl. TCN Support kunne håndtere og skelne mellem klinikere og patientgrupper for henholdsvis kommune og hospital samt den konkrete sygdom.

Borgere og klinikere er koblet på bestemte patientgrupper og navngivningen viser placering af patientgruppen, f.eks. at det er en kommunal gruppe og området i kommunen. Ved hjertesvigt kan det være andre klinikere, der skal følge op på borgerens data. Dette medførte, at der udover tidligere opdeling også opstod et behov for en sygdomsspecifik opdeling. Derfor er der udarbejdet en overordnet plan for navngivning af patientgrupper, så disse nu også er sygdomsspecifikke.

TCN Support har efterfølgende tilrettet samtlige eksisterende navne på patientgrupper og oprettet nye, så opstarten med hjertesvigt har kunnet håndteres. Dette gør, at en borger med hjertesvigt nu kan tildeles rette patientgruppe, og at brugeradgangen for den kliniker, der skal håndtere hjertesvigt, svarer dertil.

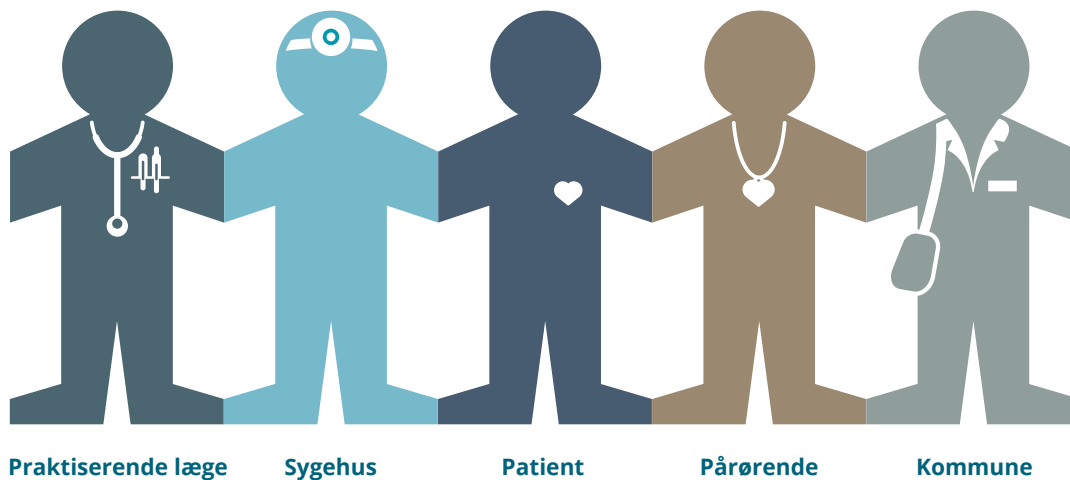
I forbindelse med opstarten af borgere med hjertesvigt har TCN Support fået information om hjertesvigt. Denne information er givet med henblik på de forhold, der skal tages hensyn til i kontakten med borgerne, eksempelvis i forbindelse med fejlfinding og fejlretning af borgernes TeleKit.

17. Udfordringer og træghed ved sektorovergange

Den indledende pilottest (før inklusionsfasen) med ganske få borgere foregik over en meget kort periode, og skulle samtidig være afsluttet før en sommerferie. Det medførte, at de overgange, der oprindeligt var aftale om, at man skulle afprøve, ikke reelt blev testet. I stedet blev flere overgange håndteret via telefoniske aftaler mellem klinikere fra hospital og kommune. Dette har efterfølgende givet en række problemer i overgangene, både når en patient henvises fra hospital til kommune, og når ansvar overdrages fra hospital til kommune.

Udfordringerne har ligget både på hospitalssiden og på kommunen siden, og har været af "menneskelig" karakter. Der har ikke været tale om tekniske udfordringer, men udfordringer med at følge den aftalte organisering, arbejdsgange og instrukser. Det er bl.a. set, at man gør som man plejer i det etablerede samarbejde i forhold til bl.a. kommunikationen. Det har skabt usikkerhed blandt klinikere og udfordret den gensidige tillid til, om man nu gør det, der er aftalt og indenfor den aftalte tidsramme.

Erfaringen er, at man ikke bare er nødt til at lave en grundig pilottest, men også at der er et stort arbejde i at implementere, informere og sikre, at arbejdsgange og instrukser er kendt af dem, der skal anvende dem. Ellers gør man som man plejer, eller slet ingenting, hvis man ikke kender opgaven.



TREDJE FASEEVALUERING TELECARE NORD HJERTESVIGT

Driftsfase og indsamling af forskningsdata

1. april 2017 – 30. november 2018



Indhold

1.	TeleCare Nord Hjertesvigt	24
2.	Evaluering af tredje fase, driftsfase og indsamling af forskningsdata	24
3.	Opgave og ansvarsfordelingen	25
4.	Implementeringsaktiviteter	26
5.	Egen finansiering og timeregistrering (Annette)	29
6.	KOL og hjertesvigt minipilot (Helen og Lone).....	30
7.	Beslutning om optag af nye patienter og fortsat drift i afgrænset periode	31
8.	Justeringer og udfordringer på teknik, support og logistik i driftsfasen	31
9.	Tilpasninger i mobile device management og lagerhåndtering	32
10.	Anvendelse af eSHOP	32
11.	Påvirkning af TCN Support.....	32
12.	Fortsatte udfordringer og træghed ved sektorovergange.....	33



1. TeleCare Nord Hjertesvigt

TeleCare Nord Hjertesvigt omfatter telemedicin for borgere med hjertesvigt i Nordjylland.

TeleCare Nord Hjertesvigt er et tværsektorielt samarbejdsprojekt mellem de 11 nordjyske kommuner, Region Nordjylland, almen praksis samt Aalborg Universitet. Projektet har modtaget økonomisk støtte fra Digitaliseringsstyrelsen.

Målet med TeleCare Nord Hjertesvigt er, inden for rammerne af en normal drift, at tilbyde hjemmemonitorering, som understøtter borgerens forløb. I et kvalitets- og patientperspektiv er der tale om, at borgere med afsæt i telemedicin og en tværsektoriel tilrettelæggelse og organisering af patientforløbet kan opleve øget empowerment og højnet livskvalitet gennem egenkontrol med sygdommen. I et samfundsøkonomisk perspektiv kan der være tale om besparelser opnået gennem færre indlæggelsesdage og færre genindlæggelser, og frigjort tid hos de sundhedsprofessionelle aktører på sygehusene og i de kommunale pleje- og omsorgsfunktioner. Forskningsindsatsen i TeleCare Nord hjertesvigt er tilrettelagt som et randomiseret og kontrolleret studie, hvor patienterne ved lodtrækning er fordelt i en inklusionsgruppe og en kontrolgruppe.

Projektet er igangsat 1. november 2015 og afsluttet 30. november 2018. Driften fortsættes dog efter endt projekt i en afgrænset periode frem til sommeren 2019, hvor der skal tages stilling til, om tilbuddet skal være et ordinært tilbud til borgere med hjertesvigt. Projektet er gennemført i 4 faser.

Første fase er en etablerings- og planlægningsfase, hvor tekniske og organisatoriske løsninger og sundhedsfagligt indhold er designet og valgt. I første fase er der også gennemført en pilotafprøvning med et mindre antal patienter med test af såvel tekniske som organisatoriske løsninger. I anden fase inkluderes patienterne, og det telemedicinske tilbud igangsættes inden for den aftalte serviceramme. Tredje og indeværende fase består af den løbende drift og samarbejdet. Fjerde fase omfatter evaluering og opsamling i forhold til projektets forskningsaktiviteter, hvilket afrapporteres i projektets slutrapport.

2. Evaluering af tredje fase, driftsfase og indsamling af forskningsdata

Nærværende evaluering af tredje fase dækker driftsfasen og perioden med opsamling af forskningsdata. Evalueringen opsamler centrale erfaringer og læringspunkter i perioden 1. april 2017 – 30. november 2018.

I april 2018 tog de nordjyske kommuner og sygehusene en fælles beslutning om at opskalere antallet af patienter i projektet til 300 samtidige brugere, - for at øge antallet af patienter i hjertesvigts klinikkerne og i de enkelte kommuner. Målet var dels at styrke erfaringsgrundlaget med patientgruppen og få større tilnærmelse til ordinær drift, dels at arbejde fokuseret med omlægning af arbejdsgange på baggrund af de første erfaringer.

Ved afslutning af dataopsamlingsperioden for forskningen i slutningen af maj måned 2018 var der fortsat 256 projektpatienter inkluderet. Patienterne fordelte sig med 116 aktive brugere i inklusionsgruppen og 140 patienter i kontrolgruppen. 14 patienter var udtrådt af projektet; 9 patienter grundet død, 5 patienter af andre årsager.

De 11 kommuner besluttede, at inklusionsgruppen, 116 aktive brugere, kunne fortsætte med telemedicin frem til sommeren 2019.

10 af de 11 kommuner besluttede desuden at tilbyde kontrolpatienterne telemedicin i minimum 6 måneder frem til sommeren 2019. Kontrolpatienterne modtog via eBoks brev om at kontakte projektsekretariatet, såfremt de var interesseret i at modtage tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering. 35 kontrolpatienter ud af 129 adspurgte, og for hvem tilbuddet var meningsfyldt, takkede ja til tilbuddet om telemedicin.

Samtidig besluttede 10 af de 11 kommuner at tilbyde telemedicin til patienter i løbende optag, således at nyhenviste patienter i hjertesvigtsambulatorierne ligeledes i perioden frem mod marts 2019 fik tilbud om telemedicin. I slutningen af november måned 2018 havde 40 nyhenviste patienter taget imod tilbuddet, og i alt 200 patienter med hjertesvigt gjorde brug af det telemedicinske tilbud.

Evalueringen af tredje fase bygger på erfaringer indsamlet via møder i implementerings- og sundhedssporet, klyngeomøder med nøglepersoner fra kommunerne samt det fælles projektsekretariatet. Evalueringen har før endelig færdiggørelse været i høring hos implementeringsgruppen for TeleCare Nord Hjertesvigt.



3. Opgave- og ansvarsfordelingen

Projektets opgave- og ansvarsfordeling omfatter patienter og borgere med hjertesvigt, som opfylder inklusionskriterierne og som er henvist til projektet. Aftalen beskriver opgaverne, definerer det faglige indhold og placerer ansvaret. Tilrettelæggelsen af opgave- og ansvarsfordelingen, samt beskrivelsen af det faglige indhold har taget afsæt i erfaringer fra TeleCare Nord KOL, og har genbrugt en række principper for det tværsektorielle samarbejde omkring tilbud om telemedicin til patienter med hjertesvigt. Det telemedicinske forløb startede for størstedelen af hjertesvigtpatienterne i hjertesvigtambulatorierne i den indledende behandling efter diagnosticering og det var ambulatoriet, der monitorerede de telemedicinske data. Størstedelen af patienterne overgik derefter til opfølgning på de telemedicinske data i kommunalt regi. Der har derfor igennem projektperioden været en løbende ansvarsoverdragelse fra hospital til kommune med afsæt i de aftalte instrukser for kommunikation. Med afsæt i det aftalte patientforløb, men også med afsæt i indledende dialog med PLO blev aftalt, at almen praksis ikke havde en formel opgave omkring henvisning til projektet.

Der kan forventes et potentiale for en større patientgruppe, såfremt patientforløbet i en drift situation udvides til også at omfatte henvisninger fra almen praksis. Ligeledes vil de kommunale hjemmesygeplejersker fremover kunne medvirke til en identifikation af hjertesvigtspatienter med henblik på eventuel henvisning via almen praksis.

Samarbejde i overgange og kommunikation (Helen)

Siden opstart med borgere og det derefter løbende samarbejde i forbindelse med særligt overgange, herunder overdragelse af ansvar og henvisninger af nye patienter, har der været udfordringer, som er løbende håndteret. De faglige instrukser beskriver anvendelsen af kommunikationsstandarder ved overgange. Sygehushenvisning Ref01 anvendes ved henvisning og korrespondancemeddelelse ved overdragelse af ansvar mellem hospital og kommune. Udfordringen har ofte været af menneskelig karakter, hvor kendskabet til indholdet i instrukserne ikke har været til stede, og dermed til arbejdsgangene omkring overgange. Meddelelser sendt fra hospitalet er indimellem ikke blevet fanget eller reageret på i kommunen, og det har derfor været nødvendigt med efterfølgende telefonisk kontakt for at sikre overgangen for borgeren. Kommuner har på den anden side indimellem oplevet mangelfulde henvisninger. Forklaringen kan muligvis ses i det lille patientvolumen, hvor der ikke opnås en rutine med arbejdsgange omkring kommunikation og herunder anvendelse af instrukserne. Samtidig er der en udfordring med en manglende "intuitiv" kommunikationsvej, i direkte sammenhæng med det telemedicinske system. Derudover kan udskiftninger blandt personale være en årsag, hvor det er vanskeligt at videregive kompetencer, når de ligger på få hænder.

Det er desuden fortsat en generel udfordring for det tværsektorielle samarbejde, at kommunerne ikke kan initiere en korrespondance (korrespondancemeddelelse) med hospitalet. Dette vanskeliggør kommunikationen i det tværsektorielle felt. Løsningen af denne udfordring ligger på regionens side.

Erfaringsudveksling via fælles undervisning samt etablering af klyngegrupper med erfaringsudveksling har dog befordret, at kommunikationen og samarbejdet er understøttet via et bedre kendskab til hinanden. Der er herved opstået en større tillid i samarbejdet mellem den kommunale og den regionale faggruppe, end der var i projektets begyndelse.

En lille patientgruppe og lokal organisering af opgaven (Helen)

I projektets opstart blev det forventet, at man kunne inkludere omkring 600 borgere til projektet. Kun halvdelen blev inkluderet, og grundet randomisering endte knap 150 borgere med hjemmemonitorering. Dette gav derfor en betydelig mindre gruppe end forventet. I nærheden af 700 borgere er i inklusionsperioden blevet spurgt om deltagelse, men halvdelen har takket nej.

Dette har udfordret særligt de mindre kommuner i og med disse kun har haft en opgave omkring ganske få borgere, som har krævet et stort organisatorisk set-up. Dette har givet anledning til, at man lokalt i den enkelte kommune har stillet spørgsmålstegn ved, om dette tilbud simpelthen har været for dyrt set isoleret på de deltagende borgere. Samtidig har det udfordret den faglige opgave, i og med det er vanskeligt at fastholde og udvikle kompetencer i særligt monitoreringsopgaven med så få borgere i forløb.

Hos flere kommuner er opgaven placeret hos ganske få personer, og derved eksisterer der en sårbarhed ved sygdom eller fratrædelse i forhold til opgavens varetagelse, og fastholdelse af kompetencerne. Samtidig har den enkelte sygeplejerske nogle steder/nogle kommuner manglet et fagligt fællesskab. Ved en eventuel fortsættelse af



tilbuddet i drift, kunne overvejes et andet organisatorisk set-up omkring monitoreringen i form af et kommunalt samarbejde på tværs. Dette er dog i modsætning til ønsket om nærhed og kendskabet til borgeren, som opnås i forhold til øvrige kommunale ydelser, som borgeren modtager.

Samarbejdet med almen praksis

Almen praksis har i hjertesvigtsprojektet ikke haft lige så stor en opgave som på KOL projektet. Primært da patienterne ikke som udgangspunkt inkluderedes via almen praksis, men via hospitalerne. Dog har almen praksis, som på KOL, en rolle som samarbejdspart for den kommunale sygeplejerske, når borgeren er blevet monitoreret af kommunen. Der har indimellem været behov for at rette kontakt til den praktiserende læge vedrørende udvikling i symptomer eller målinger i negativ retning, samt ved forespørgsel på stillingtagen til tilretning af grænseværdier. I implementeringssporet har drøftelserne i denne fase vedrørende samarbejdet med almen praksis ikke fyldt meget. Der er indimellem kommet tilkendegivelser direkte til sekretariatet fra primært monitoreringssygeplejersker gående på kontakten til den praktiserende læge. Hyppigst i forhold til at en praktiserende læge ikke ønsker at forholde sig til en borgers grænseværdier. Det er indtrykket, at samarbejdet i driftsfasen generelt har fungeret godt de fleste steder. Almen praksis er løbende i projektperioden blevet informeret gennem NordKaps nyhedsbreve, og via praksisinformation.

4. Implementeringsaktiviteter

Inklusionen af patienterne er i denne fase afsluttet og aktørerne arbejder efter den vedtagne opgave- og ansvarsfordeling samt tilhørende instrukser, som beskriver de faglige opgaver, ansvaret, kommunikation og samarbejde i overgange. For at understøtte den fortsatte implementering af de telemedicinske opgaver og sikre den faglige viden om hjertesvigt hos både kommunalt og regionalt personale er der udviklet og afholdt en række kompetenceudviklingstilbud samt sikret løbende erfarings- og videns udveksling igennem driftsperioden.

Palliation forår 2017 (Lone – ok 17/12)

I foråret 2017 afholdtes en undervisningseftermiddag i palliation for den sygeplejefaglige telemedicinske aktør. Undervisningen var en del af den samlede uddannelsespakke til de telemedicinske sygeplejersker. Formålet var, at den telemedicinske sygeplejerske blev i stand til at identificere, hvornår den palliative indsats hos borgeren skal styrkes, og at den telemedicinske sygeplejerske blev i stand til at indgå i et tværsektorielt samarbejde omkring borgeren med hjertesvigt og medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb via vidensdeling og netværksdannelse. Undervisningen blev forestået af en sygeplejerske fra kardiologen med stor erfaring indenfor palliation.

Nogle kommuner havde udfordringer med at deltage i undervisningen, idet tiden brugt på transport til undervisningsstedet ikke stod i forhold til undervisningens længde. Dette gav anledning til at afprøve en alternativ metode. Det blev derfor besluttet at afvikle undervisningen med de deltagere, der kunne komme til selve undervisningen og samtidig filme undervisningen for at afprøve om e-læring kan være et supplement fremadrettet til øvrige deltagere. Regionens e-læringsteam blev kontaktet, og de stod for i løbet af undervisningen at filme oplæg fra underviser, spørgsmål og svar samt opsummering fra gruppearbejde.

Hensigten med videooptagelsen var, at den skulle anvendes af de sygeplejefaglige telemedicinske aktører, der ikke selv kunne deltage på dagen samt at selve videooptagelsen ikke negativt måtte påvirke selve undervisningen, deltagere eller underviser.

Morsø og Thisted kommune arrangerede efterfølgende egen undervisning lokalt, hvor deltagerne fra de to kommuner alle var samlet. Undervisningen med visning af optagelsen og gruppearbejdet blev afviklet med de samme spørgsmål som på selve undervisningsdagen. Siden afviklede Læsø også undervisningen på denne måde blot med et mindre antal deltagere.

Der blev evalueret på selve undervisningseftermiddagen og på undervisning afholdt efterfølgende. Evalueringen gik på brugen af videooptagelse til formidling af undervisning som fremtidig mulighed, på metoden hos de, der efterfølgende anvendte undervisningen som e-læring, samt på de deltagende kursister og undervisere oplevelse på selve undervisningseftermiddagen.

Deltagerne, der efterfølgende anvendte undervisningen, var generelt meget positive overfor undervisningsformen. De oplevede, at det fungerede godt og gav god mulighed for de sygeplejersker, der ikke kunne deltage på selve dagen. Der blev fremhævet, at video kunne stoppes ved behov for at udveksle synspunkter eller holde pause, at



undervisningen kunne afholdes, når der var tid dertil, at sekvenser kunne ses flere gange, at videooptagelsen skiftede fra underviser til PowerPoints, så PowerPoints løbende kom i forgrunden undervejs i videooptagelsen, samt at metoden fungerede bedre end deltagelse via videomøde.

Et minus var dog muligheden for selv at kunne stille spørgsmål til underviseren, men det var positivt, at der var mulighed for efterfølgende at maile spørgsmål til underviser. Deltagere påpegede også, at metoden ikke fuldstændigt kan erstatte et fysisk fremmøde, idet relationer er vigtige i særdeleshed ved tværsektorielle projekter. Opgaven med at filme selve undervisningen var ny også for e-læringsteamet. Der er derfor faktorer, der bør overvejes, hvis det skal gentages, fx at kameraer kan køre hele perioden, hvordan lyd fra deltagere optimeres, så deltageres spørgsmål bedre kan høres, samt kameravinkel.

De deltagere, der var fysisk tilstede, samt underviser synes, at tanken om at blive filmet var grænseoverskridende, men tænkte ikke over det, da undervisningen startede og synes ikke det påvirkede undervisningen eller egen deltagelse heri. Derudover blev det fremhævet, at det var godt, at det var stand still kamera samt positivt, at det kun skulle bruges internt.

Der blev indhentet samtykke til anvendelse af videooptagelse blandt de telemedicinske aktører dvs. ca. 50 i alt, som henholdsvis deltog i selve undervisningen eller den efterfølgende e-læring.

Bredt kompetenceløft indenfor hjertesvigt til hjemmesygeplejen forår 2018 (Helen)

Med afsæt i et allerede udviklet koncept for et bredt kompetenceløft fra KOL er udviklet et tilsvarende kompetenceløft inden for hjertesvigt med det formål at styrke hjemmesygeplejens viden om hjertesvigt. Viden om hjertesvigt skal bredes ud og medvirke til at løfte kompetenceniveauet hos det personale, som kommer i borgerens hjem, og som møder borgeren med telemedicin. Målet er at fremme, at det personale, der møder borgeren bliver medspillere. Dette for at kunne sikre sammenhæng i behandling og forløb på tværs for borgere og være med til at understøtte det telemedicinske forløb. Undervisningsforløbet skal medvirke til, at den enkelte sundhedsfaglige får ny viden og mulighed for at handle anderledes i den daglige praksis.

Undervisningsmateriel består af fire moduler, hvortil hører film med borgere med hjertesvigt og deres pårørende samt sundhedsfaglige fra både almen praksis, hospital og kommune. Derudover er produceret animationsfilm om hjertets fysiologi ved hjertesvigt. Ligeledes hører der til hvert modul et sæt PowerPoints og et udleveringskompendie med fagligt materiale. Materialet blev udviklet af en lille arbejdsgruppe bestående af regional sygeplejerske fra hjertesvigt-klinikken, sygeplejerske fra kommunalt sundhedscenter og TeleCare Nords projektleder. Materialet blev produceret af den eksterne leverandør MindMakers. Selve undervisningen blev tilrettelagt efter et blended learning princip med tilstedeværelsesundervisning, og e-learning elementer indlagt i form af film og animationer.

Underviserne var sygeplejersker fra egen kommune med viden indenfor hjerteområdet. Underviserne blev forinden afvikling af den lokale undervisning undervist i materialet og introduceret til den praktiske afholdelse.

Forud for udviklingen af kompetenceløftet indmeldte de enkelte kommuner forventede antal deltagere til op mod 700. Kurserne blev afviklet foråret og efteråret 2018 med 512 deltagere. Et færre antal end først estimeret, med årsag i bl.a. organisationsændringer og for nogle kommuner, at kurserne faldt sammen med undervisning i fællesprog III. Alle kommuner afholdte dog undervisning. Undervisningen forløb planmæssigt, dog med enkelte tekniske udfordringer få steder i forhold til afspilning af film eller animationer.

Evalueringerne fra deltagerne viser, at undervisningen blev godt modtaget og med en høj procent oplevet som meget relevant i forhold til målgruppen. Særligt filmene med både patienter og pårørende fik de rette budskaber frem. Af kritik var dog en oplevelse af, at der var for lidt tid til de meget store emner, samt at der nogle steder lokalt var udfordringer med teknikken.

Anvendelse af plan2learn og evaluering via plan2lean(Annette) ok.

Kurset i kompetenceløft i hjertesvigt blev tillige med de andre aktiviteter i uddannelsespakken håndteret i kursusportalen Plan2learn, som er regionens værktøj til kursusadministration. Der blev oprettet en fælles kursusbeskrivelse og 30 hold på forskellige kursusdatoer og lokaliteter fordelt i de 11 kommuner.

Deltagerne kunne selv tilmelde sig kurset, eller tilmelding kunne ske af nærmeste leder via udsendt tilmeldingslink. Det viste sig, at en del deltagere havde forældede, inaktive brugerprofiler i kursusystemet, og nogle havde flere brugerprofiler. Dette gav en del udfordringer i projektsekretariatet og ekstra ressourceanvendelse på at rette



op på forældede brugerprofiler samt at aktivere inaktive brugerprofiler med de korrekte brugeroplysninger. Dette kunne kun lade sig gøre ved udveksling af de aktuelle brugerprofilsoplysninger for deltageren med hver enkelt kommune. For deltagere med flere brugerprofiler skulle der samtidig ske en "sammenlægning" af brugerprofilerne til én profil. For afvikling af kurserne var det essentielt, at alle brugerprofiler blev opdateret, idet der sendes automatiske beskeder fra kursussystemet om bl.a. tilmeldingsbekræftelse, påmindelse om holdstart, påmindelse om evaluering samt kursus-specifikke beskeder fra projektsekretariatet. For stort set alle hold gjaldt det, at nogle af de tilmeldte kursusedtagere ikke mødte frem på kursusdagen, mens andre ikke-tilmeldte mødte frem. Dette gav anledning til, at projektsekretariatet måtte foretage eftertilmeldinger af kursister i Plan2Learn, inklusive opdatering/oprettelse af brugerprofiler, samt slette ikke-fremmødte fra holdet, således at holdet kunne afsluttes og lukkes i kursussystemet med de fremmødte kursister. Dette krævede igen udveksling af de nødvendige brugeroplysninger med kommunerne til brug for eftertilmelding.

Til hvert af de 30 hold var der tilknyttet et enslydende evalueringsskema i Plan2Learn. Plan2Learn udsender automatisk påmindelse om evaluering 10 dage efter kursusdagen. Hertil har projektsekretariatet udsendt 2-3 påmindelser til deltagerne via Plan2Learn om udfyldelse af evalueringsskemaet.

I skrivende stund, ultimo november 2018, hvor alle kursusdagene er afholdt, er der indkommet 296 besvarelser af 512 mulige, - en svarprocent på knapt 60. Dette skal ses i lyset af, at målgruppen, som er plejepersonale i kommunernes hjemme- og sygepleje, for de flestes vedkommende er placeret på decentrale institutioner og ikke nødvendigvis har egen pc til rådighed eller let adgang til en pc, - samt at fokus på anmodning om udfyldelse af kursevaluering nemt forsvinder i en travl hverdag.

I oktober måned 2018, i slutningen af kursusrækken, er kursisternes adgang til evalueringsskemaet i Plan2Learn ændret således, at der ikke længere skal logges ind for at tilgå evalueringsskemaet, men at dette kan tilgås via linket, som udsendes i påmindelse om evaluering. Dette har skabt lidt usikkerhed hos kursisterne om, hvordan skemaet skulle tilgås.

Samlet set vurderer projektsekretariatet dog, at Plan2Learn er et meget effektivt værktøj til struktureret kursusadministration af et kursus hhv. en kursusrække, dvs. en platform med mulighed for fælles kursusbeskrivelse, "grupperum", holdoprettelser og lokaliteter, flytning af hold, aflysning af hold, bruger administration, tilmelding af kursister, flytning af kursister, afmelding af kursister, udtræk af holdlister, holdbeskeder og individuelle beskeder, udtræk af evalueringer osv. Projektsekretariatet vurderer, at den administrative byrde ville have været langt større og meget uoverskuelig uden brug af kursussystemet, ikke mindst på grund af det høje deltagerantal, de mange hold, udeblivelser samt fremmødte ikke-tilmeldte.

Løbende implementering

I driftsfasen har der løbende været fokus på at understøtte implementering og drift. Dette har fundet sted i det daglige via instrukser rettet på patientforløb samt monitorering og udstyr og på løbende møder i regi af implementeringssporet. Derudover via udsendelse af informationsbreve/nyhedsbreve til de telemedicinske sygeplejersker ved etablering af klyngesamarbejder på hjertesvigt, ved tilbud om undervisning fra sekretariatets side i OpenTele og via instrukser for samarbejdet samt en løbende mulighed for at få support og kontakt til en livline i projektsekretariatet.

Undervisning i OpenTele og TeleKit (Lone ok 18/12)

Flere kommuner og hospitaler, uanset om der arbejdes med KOL eller hjertesvigt, ønskede en opfølgende eller en mere basal undervisning. Denne undervisning blev løbende afholdt lokalt i organisationen med den gruppe af sundhedsfaglige, ofte 2-5 personer, der er tilknyttet opgaven. Dette har medført, at undervisningen har været praksisnær med udgangspunkt i de forudsætninger og konkrete opgaver og udfordringer, som den enkelte kommune eller hospital har, og at undervisningen blev afviklet, når der lokalt var et behov herfor. Derudover har de samlede ressourcer til transport været reduceret, idet kun underviser har skullet afsætte ressourcer til transport.

I undervisningen er der taget udgangspunkt i deltagerens behov og ønsker samt i de opgaver, der retter sig på et telemedicinsk patientforløb fra inklusion til afslutning. Herunder opstart af ny borger, opfølgning på data, brug af monitoreringsprogrammet OpenTele, TeleKit til borger, support og fejlmelding samt afslutning af borger.



Klyngemøder (Lone – ok 19/12)

Der har i regi af implementeringsgruppen været talt om muligheden for, at de klyngemøder, der i forvejen er etableret rettet på TeleCare Nord KOL, kunne være fælles for KOL og hjertesvigt, eller om der skulle etableres klyngemøder kun for Hjertesvigt. På hospitalerne er det forskellige afdelinger, der håndterer den telemedicinske opgave på henholdsvis KOL og hjertesvigt. I nogle kommuner varetager de sundhedsfaglige den telemedicinske opgave både rettet på KOL og hjertesvigt. I andre kommuner håndteres opgaven af nogle sundhedsfaglige rettet på KOL, mens andre sundhedsfaglige har opgaven rettet på hjertesvigt.

I Vest klyngen håndterer flere af de kommunale klinikere både KOL og hjertesvigt. Der blev derfor valgt en model, hvor første del af klyngemødet var rettet på KOL, den sidste del på hjertesvigt, og den midterste del var fælles. Samme model er efterfølgende valgt i Syd klyngen.

De klinikere, der håndterer begge opgaver, deltager i hele mødet. Klinikere fra hospitalet eller kommunen, der arbejder med enten KOL eller hjertesvigt, har deltaget i den fælles del samt den del af mødet, der har omhandlet enten KOL eller hjertesvigt. På denne måde kan klinikere reducere mødets længde ved kun at deltage i det, der er relevant for dem. Herved har antallet af møder og transport dertil kunnet reduceres, og erfaringer kunnet bruges på tværs af diagnoser. På den fælles del af mødet har der været nyt fra TeleCare Nord samt mulighed for undervisning og oplæg, som var relevante for både KOL og hjertesvigt, eksempelvis iltbehandling, seksualitet og genoplivning. Derudover har Aktiv Patientstøtte fortalt om deres opgave på flere klyngemøder. Årsagen hertil er en kontakt fra Aktiv Patientstøtte, idet de har kontakt til flere patienter, som har TeleKit.

For Aalborg- og Nord klyngen er der ikke etableret TeleCare Nord hjertesvigt klyngemøder. I Aalborg har det ikke givet mening at afholde klyngemøder fælles for KOL og hjertesvigt, idet det er forskellige kommunale og regionale klinikere, der har opgaven. Der er dog etableret en praksis, hvor en sygeplejerske fra hjertesvigtsklinikken på Aalborg universitetshospital inviteres til erfa-møder i kommunalt regi. I Nord klyngen er TeleCare Nord KOL klyngemødet koblet på et i forvejen eksisterende tværsektorielt KOL ERFA møde.

5. Egen finansiering og timeregistrering (Annette) – ok.

Der er tale om et tværsektorielt projekt med flere projektspor og mange projektdeltagere og faggrupper, som har bidraget med timer i projektet. Derfor har projektsekretariatet haft et løbende og stort administrativt arbejde forbundet med indhentning af timeskemaer og lønsedler, kontrol, registrering og udarbejdelse af akkumuleret opgørelse af egenfinansieringen i projektet til brug for regnskabet med fonden og projektets partnere.

Projektsekretariatet har registreret omkring 200 projektdeltagere, som har indsendt timeskemaer og lønsedler for projektarbejde i projektperioden på tre år, nogle hver måned, andre sporadisk. Hertil kommer opgørelse af tidsforbrug for ca. 800 deltagere samt undervisere i projektets uddannelsespakke og det brede kompetenceløft, workshops og temadage til understøttelse i ændring af arbejdsgange. I alt administration af omkring i alt 1.000 projektdeltageres timeregistrering og lønsedler på forskellige aktiviteter.

Ved projektstart har projektsekretariatet udsendt vejledning i timeregistrering til de lokale implementeringsprojektledere sammen med timeskemaer i Excel format udfyldt af projektsekretariatet med de gængse projektaktiviteter for at lette deltagernes timeregistrering. Implementeringsprojektlederne har haft ansvaret for at indhente og indsende timeskemaer og lønsedler hver måned til projektsekretariatet for projektdeltagerne i deres kommune eller på regionens hospitaler. For deltagerne i de øvrige projektspor (forskningsspor, fagligt spor, data, konsulenter mfl.) har projektsekretariatet kommunikeret med deltagerne sporvis/gruppevis/enkeltvis og udsendt vejledning og timeskemaer udfyldt med sporenes individuelle aktiviteter samt deltagerens navn og kommunenavn. I løbet af projektet har projektsekretariatet ændret timeskemaet fra 1 ark til 12 faner, 1 fane for hver måned, for at tilskynde til kontinuerlig registrering.

I vejledningen i timeregistrering og på timeskemaet indgår information til projektlederne/deltagerne om formålet med timeregistreringen og indsendelse af lønseddel, og at deltagerne ved underskrift på timeskemaet er indforstået med, at projektsekretariatet behandler disse oplysninger til brug for regnskabet med fonden og fondens revision.

Ikke alle implementeringsprojektledere har forankret opgaven med indsamling af timeskemaer og lønsedler hos dem selv, men har decentraliseret opgaven. Derfor har det i nogle kommuner været nødvendigt at opspore, vejlede og kommunikere med afdelingsansvarlige og deltagere enkeltvis omkring timeregistreringen, lige såvel som i



forbindelse med de månedlige remindere om at indsende skemaer samt udredning af fejl og mangler vedrørende timeskemaer og lønsedler. Samtidig har vi erfaret nogen udskiftning af nøglepersoner og medarbejdere, som har krævet projektsekretariatet opmærksomhed og vejledning, idet der ikke i alle tilfælde er sket overlevering af opgaven og oplæring lokalt.

For de ca. 800 kursusdeltagere i uddannelsespakken og det brede kompetenceløft, workshops og temadage har vi som nævnt administreret aktiviteterne med tilmeldinger og deltagerlister i regionens kursusystem Plan2learn. Til brug for opgørelse af udgiften for deltagerens timeforbrug til regnskabet med fonden, har deltagerne kvitteret på holdlisten udtrykket fra Plan2learn for deres fremmøde og tidsforbrug samt for samtykke til, at projektsekretariatet måtte indhente deltagerens lønseddel. Holdlisterne udtrykket i Excelfomat blev sendt af projektsekretariatet til den kursusansvarlige/projektleder/underviser inden kursusdagen og returneret efterfølgende med deltagerens underskrifter, hvorefter timeforbruget kunne opgøres og deltagerens lønseddel kunne indhentes via den kursusansvarlige/projektlederen eller kommunens løn kontor. Desuden kvitterede underviser eller den lokale projektleder på holdlisten for deltagerens fremmøde og tidsforbrug. Underviserne udfyldte et af projektsekretariatet udarbejdet skema for deres tidsforbrug til kurserne. Skemaet blev sendt til projektsekretariatet sammen med underviserens lønseddel.

Projektsekretariatet har erfaret, at det over den treårige projektperiode kan være svært at fastholde de lokale projektledere og projektdeltagere på den administrative opgave og den løbende timeregistrering, udfyldelse af timeskemaet, krav til underskrifter, print, scanning og indsendelse af timeskemaer og lønsedler som sikker mail. Opgaven bliver nemt en ekstra administrativ byrde i en travl hverdag og med flere barrierer, før fuldkommen dokumentation er på plads. Barriererne kan være dagligt tidspres og/eller af mere praktisk karakter. I nogle tilfælde er tilgængeligheden til den nødvendige teknologi (PC, printer og scanner) ikke umiddelbar. I nogle tilfælde er nærmeste leder sjældent tilgængelig for underskrift af timeskemaet, da vedkommende er leder af flere geografiske enheder eller fysisk er ude af huset.

I de fleste tilfælde har det været den lokale projektleder, der har taget hånd om opfølgning og indsendelse, i andre tilfælde har projektdeltagerne selv været ansvarlig for at huske at udfylde og indsende timeskema og lønseddel samt sørge for nærmeste leders underskrift på skemaet.

Den administrative opgave med indhentning af timeskemaer og lønsedler i et tværsektorielt og tværfagligt projekt kræver konstant fokus og må ikke undervurderes.

Et digitalt og krypteret værktøj til at administrere timeopgørelserne og lønsedler hos projektets partnere og centralt i projektsekretariatet kunne ønskes, heri understøttelse af GDPR. Dette til trods for, at vi har erfaret, at tilgængeligheden til den nødvendige teknologi decentralt i nogle tilfælde ikke er umiddelbar.

6. KOL og hjertesvigt minipilot (Helen)

I sommeren 2017 igangsatte TeleCare Nord i regi af sundhedssporet en minipilotafrøvning for afprøvning af et koncept for dobbeltmonitorering af borgere med både KOL og hjertesvigt. Formålet var at udvikle en model for dobbeltmonitorering for KOL og hjertesvigt, som på sigt kunne være generisk i forhold til borgere med comorbiditet. Målet var at afprøve modellen i en mindre pilot for proof of concept med afprøvning af spørgeskema omfattende både KOL og hjertesvigtsspørgsmål til borgere, den telemedicinske opgave ved dobbeltmonitorering, samt overgange og samarbejde.

Forud for pilottesten blev diverse arbejdsgange gennemgået, og der blev udarbejdet instrukser med udgangspunkt i allerede eksisterende instrukser for KOL og hjertesvigt. Der var enighed om, at pilottesten skulle være håndholdt og udenom det eksisterende drifts set up. Dette grundet pilottestens omfang med få borgere og heraf få involverede parter, samt for at håndtere patientforløbet bedst muligt. Dette medførte håndholdt bestilling af TeleKit, egen MDM gruppe (Mobile Device Management) til tablet fra TeleKit samt oprettelse af patientgrupper og brugere i monitoreringsprogrammet OpenTele. Det blev også besluttet, at borgere i pilottesten skulle være borgere, der i forvejen havde og anvendte et KOL TeleKit.

Fire borgere deltog i pilotafrøvningen, hvor to borgere blev monitoreret af hospitalet (Thisted og Hobro) og to borgere af kommunen (Aalborg og Thisted). Undervejs overgik ansvaret for én af borgerne fra hospital til kommune (Morsø). Pilotafrøvningen viste, at det udviklede spørgeskema, med spørgsmål rettet på både KOL og hjertesvigt, blev oplevet som anvendeligt for både borgerne og de sygeplejersker, som havde monitoreringen. De tilpassede instrukser var forståelige for sygeplejerskerne, men der var en udfordring med at huske at anvende dem.



Sygeplejerskerne vurderede, at de grundlæggende havde de faglige kompetencer til at gøre observationerne, men efterspurgte også faglig viden om den sygdom, de ikke som udgangspunkt havde erfaring med. Samtidig var oplevelsen, at det er vanskeligt at vurdere om årsagen til oplevede symptomer skyldes hjertesvigt eller KOL sygdommen. Den ene sygeplejerske i kommunen, som til daglig kun monitorerede for hjertesvigt, havde faglig sparring undervejs med KOL sygeplejersken i forhold til intervention. På hospitalet var meldingen enslydende. Ved ændringer i KOL relaterede målinger i negativ retning var der sparring med sygeplejerske fra det lungemedicinske område. Her var fordelene, at sygeplejerskerne på de mindre hospitaler kendte kollegaerne på lungemedicinsk afdeling, som de arbejdede dør om dør med. Aalborg Universitetshospital deltog ikke i afprøvningen, og det er derfor uvist, hvordan det organisatoriske set-up og mulighed for faglig sparring ville fungere på et større hospital med "længere mellem" specialerne.

Sygeplejersken på det ene hospital vurderede, at monitoreringen havde givet god mening for patienten. Det havde bl.a. bevirket, at optitreringen af den medicinske behandling var forløbet lettere, og havde været nemmere at komme igennem for borgeren, idet sygeplejersken kunne følge dennes tilstand og udvikling i værdierne (og påvirkning af medicin). Det har været muligt at fastholde forløbet og optitreringen og fortsætte med at øge dosis. Bl.a. har borgeren oplevet lave blodtryk, men har været velbefindende, og derfor har man fra ambulatoriets side kunne fortsætte med at justere behandlingen.

Der har kun været tale om en ganske lille pilotafprøvning, og ved eventuel beslutning om fortsættelse af TeleCare Nord til borgere med hjertesvigt, er der behov for at afprøve konceptet med en større volumen, før der kan implementeres et koncept for dobbeltmonitorering.

7. Beslutning om optag af nye patienter og fortsat drift i afgrænset periode

Størstedelen af patienterne startede op med monitorering i hospitalsregi i hjertesvigtsambulatoriet. Ved afslutning af patientens optitreringsforløb i hjertesvigtsambulatoriet, typisk efter 3-6 måneder, overgik ansvaret for den fortsatte monitorering for størstedelen af patienterne til kommunerne. Dette betød i praksis, at et stykke inde i driftsfasen havde hospitalet stort set ikke en monitoreringsopgave og ansvar længere udover for nogle ganske få patienter. Personalet i hjertesvigtambulatoriet oplevede efter den første tid i drift, at telemedicin begyndte at give mening som et tilbud allerede i hjertesvigtambulatoriet. Der har været flere positive patienthistorier, og telemedicin begyndte så småt at blive integreret i det eksisterende forløb. Dette blev dog udfordret af, at der som ved KOL ikke var et løbende optag igennem hele projektperioden, og derved ebbede hospitalernes monitoreringsopgave ud, når det endelig begyndte at give god faglig mening.

Samtidig meldtes ind fra kommunerne i regi af implementeringssporet allerede tidligt i driftsfasen, at det var en udfordring med så lille en samlet patientgruppe (sammenlignet med KOL) i forhold til fastholdelse af faglige kompetencer og rutiner i løsningen af den telemedicinske opgave i kommunalt regi, hos særligt de mindre kommuner.

På denne baggrund blev det besluttet af 10 ud af 11 kommuner og på regionens hospitaler at igangsætte et løbende optage af nye borgere med hjertesvigt, og at tilbyde den eksisterende kontrolgruppe for forskningsprojektet at få telemedicin. Samtidig besluttede alle kommuner og hospitaler at fortsætte tilbuddet til de eksisterende borgere frem mod sommeren 2019, hvor der vil være truffet beslutning om tilbuddet skal sættes i drift eller afsluttes.

8. Justeringer og udfordringer på teknik, support og logistik i driftsfasen (Lone – ok 20/12)

Mobile device management (MDM) sikrer, at de decentrale enheder (tablet i TeleKit) hos borgerne løbende kan administreres og opdateres ved fjernstyring, hvis der f.eks. kommer en ny version af en af de applikationer, som skal være tilgængelige for borgeren. Det har i perioden været nødvendigt at gennemføre én opdatering af borgerens applikation primo 2017 grundet behov for nyt certifikat. Dette gav store udfordringer, idet versionen af styresystemet på de ældste tablets var supporteret fra MDM-leverandøren og derfor ikke kunne opdateres yderligere. Derfor var det usikkert, om fjernstyring via MDM kunne udrulle ny applikation. Manglende fjernstyring ved opdatering af tablets ville betyde, at det kunne blive nødvendigt at skulle opdatere TeleKit ude hos borgerne. Hvis dette heller ikke var muligt skulle borgeres TeleKit ombyttes med andet TeleKit med nyindkøbt og nyere styresystem.



Diverse test af opdatering af applikation via MDM på generation 1 og generation 2 tablets fra uddannelsesmiljø indikerede dog, at de fleste tablets kunne fjernopdateres, blot de i 1-2 døgn var tændte og sat til strøm, samt at de resterende tablets evt. kunne opdateres på afstand ved at overtage borgers tablet via TeamViewer. TeleCare Nord sekretariat sendte derfor e-brev (via eBoks) til samtlige borgere om på et givet tidspunkt at tænde tablet og sætte den til strømforsyningen. Hvis tablet ikke opdaterede sig selv kunne borger ringe på anvist telefon nummer. Regionens IT supportafdeling modtog disse opkald på et til lejligheden oprettet telefon nummer. Supporter herfra var forinden instrueret i, hvordan TeleKit skulle opdateres, og hvad der skulle gøres, hvis opdatering ikke var mulig.

9. Tilpasninger i mobile device management og lagerhåndtering (Lone – ok 20/12)

I forhold til administrationen af patientudstyret har minipilotafprøvning for borgere med både KOL og hjertesvigt krævet en tilpasning af MDM og lagerstyring. Der er således etableret en selvstændig MDM gruppe, der sikrer, at disse pilotpatienter får adgang til en info app, som er målrettet både KOL og hjertesvigtspatienter, fx træningsfilm og vejledning.

Derudover er det indlagt i patientudstyret, at den tilladte adgang til internettet peger på samt har adgang til både Lunge- og Hjerterforeningens hjemmeside. MDM gruppen er navngivet i samme nummerserielogik som de øvrige TeleKit, men er tilføjet et HK, således at man kan identificere det som et hjerte/KOL sæt.

I forlængelse af beslutningen om at henvise nye patienter, har det været nødvendigt med flere hjerte TeleKit. Der er derfor blevet indkøbt nye 3. generations tablets, som har erstattet generation 1 tablet fra frikøbte TeleKit fra TeleCare Nord. Dette gør, at der fremadrettet anvendes både 2. og 3. generations sæt i hjerteprojektet. Alle nye hjertesæt er således genklargjort og pakket i forhold til instrukser fra hjerteprojektet.

I navngivningen af et TeleKit indgår, om telekittet er til en borger med KOL eller hjertesvigt. Det betyder, at navngivningen af et TeleKit, fx ved bestilling af TeleKit til borgeren og lagerhåndtering, kan knyttes til borgeren og borgerens sygdom. Dette giver udfordringer i forhold til GDPR, hvorfor der fremadrettet ses på anden navngivning, som pseudomisere borgerens sygdom. Dog således, at leverandøren har en entydig markering og fysisk adskillelse mellem kittene for at mindske risikoen for fejludlevering af TeleKit, da indholdet afviger afhængig af sygdom.

10. Anvendelse af eSHOP (LONE – ok 20/12)

eSHOP er anvendt til bestillinger inklusive nedtagning af TeleKit i hele perioden. Det er fortsat kommunen, der bestiller TeleKit og derfor kommunens sygeplejersker, der primært anvender eSHOP. Når borgeren skal afsluttes, bestilles nedtagning af Telekit af den sektor, der har monitoreringsansvaret. Dette har udfordret sygeplejersker fra hospitalet, idet det er det eneste tidspunkt, hvor de skal anvende eSHOP. Dette har medført kontakter til TCN sekretariat fra klinikere om, hvad de skal gøre.

Klinikerne fra hospitalet har på klyngemøde italesat, at det tager lang tid, at afslutte en borger, da der kan være mange måneder mellem, at opgaven skal udføres. Dette har gjort, at nogle klynger indbyrdes mellem konkrete kommuner og tilhørende hospital har aftalt, at kliniker fra hospitalet må kontakte kliniker fra kommunen, som så vil afslutte borger. Kommunerne oplever ikke, at det tager lang tid at afslutte en borger i henholdsvis eSHOP og OpenTele. Flere kommuner melder dog tilbage, at det i deres omsorgsjournal nok tager lige så lang tid, at dokumentere opgaven, som det tager hospitalet at udføre den. Dette er årsagen til, at det ikke har ikke været muligt at lave en generel aftale, som kunne medføre en ændring i instrukser.

11. Påvirkning af TCN Support (Lone – ok 7.1)

Der har løbende været et tæt samarbejde med TCN Support med henblik på at kunne håndtere support rettet på både KOL og hjertesvigt. TCN Support har i perioden gradvist overtaget lidt flere opgaver, herunder en øget kliniker support, som tidligere primært er håndteret af TeleCare Nords sekretariat. Dette har primært været opgaver rettet på den enkelte klinikers brugeradgang i OpenTele, hvis kliniker eksempelvis har glemt sin adgangskode eller været låst.

Derudover har der løbende været fokus på, at TCN Support kan løse de mest almindelige udfordringer



eksempelvis rettet på tablet og måleudstyr i borgers TeleKit samt klinikers brug af OpenTele. Dette har medført løbende kommunikation fra TCN Support til TeleCare Nord mhp, hvordan forskellige udfordringer kan løses og i nogle tilfælde medført, at der er udarbejdet instruks til TCN Support, eller at instruks til klinikere er blevet revideret. Eksempelvis fremsøgning af borger, der tidligere er afsluttet i OpenTele, og hvor klinikers brugeradgang gør, at klinikere ikke selv kan fremsøge denne borger.

12. Anvendelse af monitoreringsprogram (Lone – ok 9.1)

Der er i hele projektperioden anvendt samme monitoreringsprogram til hjertesvigt, som i forvejen blev anvendt til KOL. Erfaringen med monitoreringsprogrammet er, at det kan anvendes til hjertesvigt så vel som til KOL.

Det anvendte monitoreringsprogram er en open source projektversion af OpenTele. Der er fra TeleCare Nords side valgt ikke at udvikle yderligere herpå i projektperioden. Årsagen hertil er en national beslutning om et fælles telemedicinsk udbud (FUT) på både en telemedicinsk borger- og medarbejderløsning, som TeleCare Nord efterfølgende ønsker at overgå til.

Anvendelsen af TeleCare Nords projektversion af OpenTele har dog givet udfordringer, og der har været forskellige ønsker om ændringer. Af dette kan nævnes et hurtigere system at arbejde i, at spørgeskemaer kan udformes med en større mulighed for at score borgere, at der i større grad kan ses ændringer af score og målinger samt en mere hensigtsmæssig understøttelse af patientforløb på tværs af sektorer og ved overgange mellem sektorer. Derudover er integration til fagsystemer generelt et stort ønske fra klinikere.