

Intended for  
**TeleCare Nord**

Document type  
**Rapport**

Date  
**September 2015**

# EKSTERN EVALUERING AF UDVALGTE FOKUSPUNKTER I TELECARE NORD



Revision **1.2**  
Date **15/09/2015**  
Made by **LABE, PBL**  
Checked by **LABE, PBL**  
Approved by  
Description **Slutrapport**

Ref 1270003034

## CONTENTS

<b>1.</b>	<b>BAGGRUND</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>RESUMÉ</b>	<b>1</b>
<b>3.</b>	<b>RAPPORTENS STRUKTUR</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>PROCES OG METODE</b>	<b>3</b>
<b>5.</b>	<b>FORHISTORIEN</b>	<b>6</b>
<b>6.</b>	<b>PROJEKTSTRUKTUR OG SAMARBEJDSFORM</b>	<b>8</b>
6.1	Projektstrukturen	9
6.2	Samarbejde og styring	10
6.3	Forankring og relationer til driftsorganisationerne	12
6.3.1	IT	12
6.3.2	Sundhedsfaglige definitioner	13
6.3.3	Implementering	13
6.3.4	Samarbejdet med forskerne	14
6.4	Samarbejde med andre projekter og de nationale aktører	14
6.5	Særlige udfordringer	15
<b>7.</b>	<b>FREMADRETTEDE ANBEFALINGER OG HANDLINGSANVISNINGER</b>	<b>17</b>
7.1	Fremdrift og forenkling	17
7.2	Konklusion og anbefalinger	18
7.2.1	Anbefalinger	20
7.2.2	Telecare Nord som national model	21

## 1. BAGGRUND

TeleCare Nord er et nordjysk storskalaprojekt, som gennemføres i et tværsektorielt samarbejde mellem de nordjyske kommuner, almen praksis, Region Nordjylland, Aalborg Universitet og Danmarks Lungeforening. Projektet efterprøver, om de telemedicinske potentialer, der er påvist i mindre forsknings- og evalueringsprojekter, kan realiseres i storskala indenfor rammerne af ordinær drift.

TeleCare Nords styregruppe har med denne rapport ønsket en evaluering, der udtrækker erfaringer fra TeleCare Nords projektstruktur og samarbejdsform og omsætter dem til fremadrettede anbefalinger og handlingsanvisninger til, hvordan arbejdet med, og det tværsektorielle samarbejde om, telemedicin kan styrkes yderligere i Nordjylland.

Anbefalingerne fokuserer på forenkling af organisering og udpegning af særlige udfordringer og forslag til håndtering af disse. Evalueringen identificerer organiseringer, initiativer og andet, som har skubbet afgørende fremad i projektløbet. Endvidere er der foretaget en vurdering af, hvordan de nordjyske erfaringer kan bidrage til en generisk model for det nationale arbejde med telemedicin.

Hovedfokus i opgaven har således været at opsamle læringspunkter i forbindelse med TeleCare Nords projektstruktur og samarbejdsform, herunder projektorganisering, projektstyring, forankringen til de bagvedliggende driftsorganisationer, samt samarbejdet om fælles løsninger med andre projekter og nationale aktører. Formålet har ikke været at vurdere resultaterne af det gennemførte arbejde med telemedicin. Denne vurdering varetages i andet regi af Aalborg Universitet og aktørerne bag projektet. Formålet har været at vurdere samarbejdet og styringen med særligt fokus på det tværsektorielle aspekt. Evalueringen har ført til anbefalinger, som kan anvendes på både det regionale og det nationale plan.

Evalueringen er gennemført af Rambøll Management Consulting (RMC) i perioden maj-august 2015.

## 2. RESUMÉ

På baggrund af de afholdte interviews og det skriftlige materiale, som er stillet til rådighed for RMC, er det vores overordnede indtryk, at TeleCare Nord har været et godt og lærerigt projekt.

Først og fremmest fremgår det af interviewene, at de KOL-patienter, som indgår i projektet, har opnået øget livskvalitet og tryghed. Dette emne indgår ikke i RMCs kommissorium for evalueringen, men det har været umuligt at overse. Det samme gælder, at projektet har gjort de medvirkende beslutningstagere i regionen og kommunerne stolte af, at dette projekt har kunnet gennemføres.

Projektorganisationens styrke ligger i, at alle de involverede parter har deltaget aktivt, hvilket understøttes af en udbredt tillid mellem parterne, især regionen og kommunerne. Tillid og gode relationer har været en vigtig forudsætning – en forudsætning, som allerede eksisterede i forvejen i Nordjylland, men som ikke uden videre kan forudsættes ved en national udbredelse af projektmodellen.

Det er en styrke, at projektledelsen har presset på og sikret fremdrift, for denne har fra start været udfordret af problemer med infrastrukturen og teknologien. Forankringen af servicefunktionen hos Frederikshavns Kommune har været et godt tiltag til håndtering af disse problemer, idet man her er vant til at supportere kommunale medarbejdere.

Snitfladen mellem organisationer og servicefunktioner skal modnes over tid. Dette har været et vigtigt læringspunkt og givet input til den fremtidige placering af opgaver og ansvar.

Det er også de eksterne interessenters vurdering, at projektet er lykkedes med at have fokus på fremdrift gennem en pragmatisk tilgang som tilgodeser projektets gennemførelse og mål.

Udfordringerne er konstatering af en vis decentral fremmedgørelse i forhold til beslutningerne i de centrale dele af organisationen. Det store antal involverede parter og en bevidst satsning på konsensus i beslutningsprocessen har gjort, at der er langt fra toppen til de udførende medarbejdere. Samtidig har snitfladen fra projektorganisationen til de lokale implementeringsorganisationer ikke fungeret som forudsat ved projektstart.

Detaljerne i arbejdsdelingen blev udarbejdet i projektets organisationsspor og kom gradvist på plads i projektets indledende faser i takt med, at aktørerne erfarede, hvilke konkrete udfordringer de stod over for. Resultatet kan ses i den aftalte Opgave- og ansvarsfordeling mellem parterne. Denne aftale beskriver den samarbejdsmodel, der bedst sikrer den tværsektorielle indsats over for KOL-patienterne. Det er således RMCs konstatering, at modellen er skabt i projektføreløbet. Den forelå ikke fra begyndelsen.

Der er ingen tvivl om, at en række af de kritiske evalueringer ville have set anderledes ud, hvis forudsætningen om de praktiserende læger som tovholdere i projektet i højere grad var blevet opfyldt. Samtidig har inklusionskriterierne kombineret med forskningselementet medført en udvælgelse af patienter, som ikke er hensigtsmæssig i forhold til kommunernes fordeling af arbejdet. Denne udvælgelse har samtidig givet en skæv fordeling mellem belastningen i kommunerne og belastningen på de lungemedicinske afdelinger.

Symptomerne på ovennævnte problemstillinger er, at de lokale frontmedarbejdere har oplevet en række frustrationer.

Det er RMCs vurdering, at nogle af de konstaterede frustrationer hos de udførende medarbejdere også skyldes faglige forskelle. Der er næppe tvivl om, at en mere effektiv datadeling mellem de sundhedsfaglige vil kunne bidrage til at skabe en bedre sundhedsfaglig konsensus, fordi alle kan se både målinger og udredninger, vurderinger, diagnoser m.v. og stille spørgsmål, hvis der er ting, som ikke umiddelbart er forståelige.

Samtidig er projektet alligevel lykkedes med at etablere et frugtbart samarbejde mellem en lang række aktører med vidt forskellige interesser i projektet. Der er tilstrækkeligt mange eksempler på, at projektet har medvirket til at styrke relationen mellem hjemmesygeplejen og de praktiserende læger, og at samarbejdet øger de praktiserende lægers tillid til, at hjemmesygeplejen har den nødvendige kvalitet til at sikre korrekt opfølgning på målinger, som foretages af patienterne.

Den centrale læring af TeleCare Nord er, at det tværsektorielle samarbejde skal fungere på en række sammenhængende planer. Det skal fungere:

- Politisk – hvilket er lykkedes ganske godt.  
En forudsætning for at eksportere projektmodellen til det nationale plan er, at den eksporteres til klynger, som på forhånd har vist eller formodes at have en betydelig sammenhængskraft. Samtidig har Sundhedsaftalerne vist sig at være et godt grundlag.
- Administrativt – hvilket er lykkedes ganske godt – med den ene undtagelse, at arbejds- og ansvarsfordelingen er blevet etableret i projektføreløbet og ikke forelå fuldt udfoldet fra begyndelsen. Dette var uundgåeligt i TeleCare Nord. Som det første storskalaprojekt af sin art, måtte det bygge på de erfaringer, der blev opsamlet i forløbet. Nu foreligger disse erfaringer, og det er afgørende for kommende projekters succes, at de bliver anvendt. Det

må antages, at det organisatorisk/administrative setup kan eksporteres, hvis den politiske sammenhængskraft er til stede.

Fremtidige projekter skal dog sikre, at centrale beslutninger, hvor alle "sidder med til bords" faktisk bliver håndteret og implementeret i de lokale, decentrale implementeringsorganisationer.

- IT teknisk og logistisk – her er der sket fremskridt i TeleCare Nord, men der er tydelige mangler især i grundlaget for effektivt sundhedsfaglig datadeling. Der skal investeres i integration med de eksisterende systemer og infrastrukturer i kommuner, regioner og praksis. Servicecenterkonceptet skal raffineres, men rammerne er allerede tegnet i TeleCare Nord.
- Sundhedsfagligt – hvilket er en udfordring i TeleCare Nord og vil være det i kommende projekter, hvis der ikke etableres tværsektorielle kliniske retningslinjer, som fuldt ud dækker den kommunale indsats. Der er brug for igen og igen at gøre opmærksom på den stærke involvering af de sundhedsfaglige helt fra begyndelsen. Kliniske retningslinjer er et velkendt fænomen, og det burde være muligt at kommunikere disse, så den nødvendige konsensus etableres lokalt i klyngerne.

### 3. RAPPORTENS STRUKTUR

Kapitel 4 indeholder en kort beskrivelse af den anvendte metodik og evalueringsprocessen.

Kapitel 5 beskriver forhistorien med de organisatoriske forudsætninger og projektetableringen.

De efterfølgende kapitler er struktureret som det opdrag, der ligger i kommissoriet for evalueringen:

Kapitel 6 beskriver evalueringen af TeleCare Nord's projektstruktur og samarbejdsform. Her gøres der rede for projektstyringen, relationerne til de forskellige dele af driftsorganisationen (kommunernes sygepleje og hjemmepleje, sygehusenes lungeafdelinger, de praktiserende læger, IT-understøttelsen) og for samarbejdet med andre projekter og nationale aktører. Kapitlet afsluttes med et afsnit, der opsummerer de særlige udfordringer, som projektet har skullet håndtere.

Kapitel 7 beskriver de fremadrettede anbefalinger og handlingsanvisninger. Desuden beskrives en række muligheder for fremtidig organisatorisk og styringsmæssig forenkling. Kapitlet indeholder desuden konklusionen på evalueringen og anbefalinger af tiltag i forbindelse med fortsat anvendelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i Region Nordjylland. Desuden beskrives muligheden for at anvende TeleCare Nord som national model for telemedicinsk hjemmemonitorering.

De gennemførte interviews, metode mm. er dokumenteret i selvstændigt bilagsmateriale.

### 4. PROCES OG METODE

Udgangspunktet for evalueringen er dels de foreliggende beskrivelser af TeleCare Nord, dvs. projektmålsætningen, projektkonceptet, organiseringen og den overordnede historik, dels RMCs egne erfaringer med og viden om telemedicinsk hjemmemonitorering. På denne baggrund identificerede RMC tre centrale temaer, der er blevet anvendt i struktureringen af evalueringen i form af en detaljeret interviewguide og et metodisk fokus på tværgående sammenhæng. De 3 temaer er

- Konceptet
- Komplexiteten
- Effektiviteten

### Konceptet

I forhold til konceptet er de afgørende faktorer for det første, at TeleCare Nord ikke omfatter overvågning af patienterne, men opfølgning på grundlag af rapporterede måledata, og for det andet, at patientens relation til sundhedsvæsenet – bortset fra opfølgningen og den dermed sammenhængende indsats fra den kommunale sundhedspleje – er den samme, som den ville være uden telemedicinsk hjemmemonitorering.

## Konceptet - kort sagt

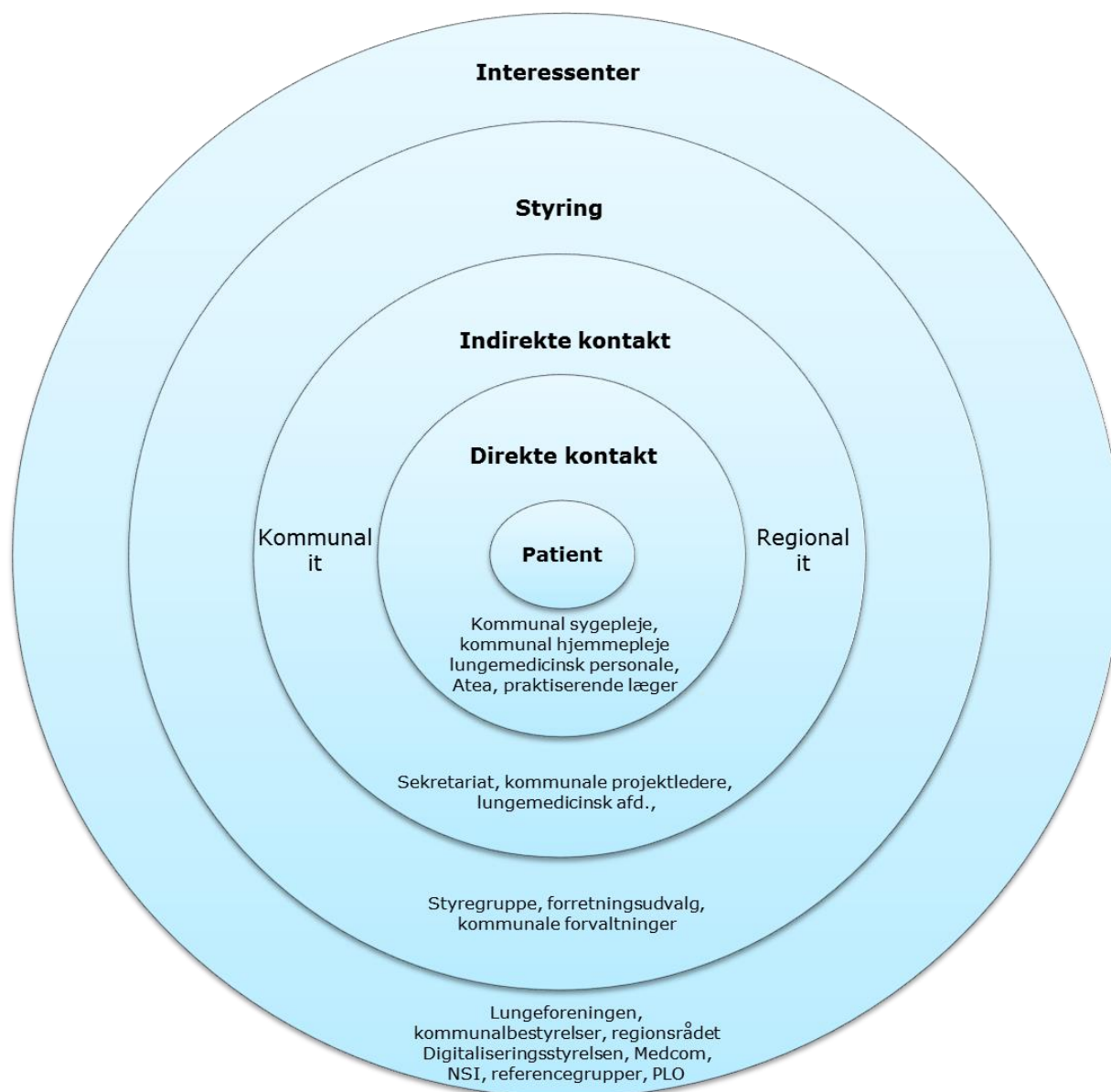


- Borgeren bliver tilbudt telemedicin – og uddannes
- Svarer på sygdomsspecifikke spørgsmål og tager målinger
- Målinger sendes via sikker forbindelse til Open Tele platformen
- Den sundhedsfaglige logger sig på Open Tele og tjekker borgerens/patientens målinger, en til to gange om ugen
- Der er kontakt til borger, hvis der er noget i borgerens data, som giver anledning til det.
- Opfølgning – ikke overvågning. Borgeren skal ALTID kontakte egen læge, vagtlæge el. ringe akut hvis denne bliver dårlig

Dette koncept placerer de praktiserende læger i en central rolle som henvisende instans, og undersøgelsen af deres varetagelse af denne rolle er derfor en vigtig del af evalueringen.

### Komplexiteten

I forhold til kompleksiteten er det metodisk vigtigt at fastslå, at det relativt simple koncept, som er begrænset til opfølgning og således undgår de udfordringer, der ligger i en løbende overvågning og et akut beredskab, på ingen måde er ukompliceret. Der er tale om en lang række aktører og interessenter:



Modellen illustrerer, at opfølgningen på patientens tilstand og den direkte patientkontakt, som er en forudsætning for realisering af konceptet, afhænger af en serie af interaktioner og strukturer:

- Det kommunale frontpersonale og sygehusenes personale, som har det udførende ansvar for opfølgning og patientkontakt, skal have de nødvendige faglige forudsætninger for at beskæftige med den type patienter (KOL), der indgår i TeleCare Nord.
- IT-infrastrukturen i såvel patientens hjem som i den kommunale sundhedspleje, i sygehusenes lungeafdelinger og hos de praktiserende læger skal kunne formidle de nødvendige kliniske data. Desuden skal infrastrukturen driftes og supporteres.
- Såvel de praktiserende læger som lungeafdelingerne skal kunne forstå og udføre deres roller i konceptet.
- Det samlede projekt skal organiseres og styres. Der skal ske en løbende opfølgning på styringsmæssige udfordringer, og kommunikationen på tværs af de involverede lag af aktører og interessenter skal sikres, således at alle forstår deres roller og ansvar i den dynamiske proces, som et sådant storskalaprojekt er.



- Alle de eksterne interessenter, som har økonomiske og/eller strategiske interesser i projektet skal holdes orienterede for at sikre konstant opbakning i en proces, der uundgåeligt er præget af udfordringer og overvindelse af barrierer.
- Projektet indeholder et stort forskningselement, som er vigtigt af hensyn til fremtidige telemedicinske projekter, men samtidig kræver dette meget hensyntagen og til tider tunge arbejds gange på den korte bane.

### Effektiviteten

Evalueringen af projektets organisatoriske effektivitet må nødvendigvis baseres på en forståelse af kompleksiteten. Effektiviteten afhænger af, om frontpersonalets arbejds gange kan tilpasses til opgaven både umiddelbart i forhold til patienten og i forhold til samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Effektiviteten afhænger ligeledes af infrastrukturens stabilitet og tilgængelighed. Endelig – og måske mest afgørende – afhænger effektiviteten af, at der fastlægges standardiserede procedurer for de tværgående processer i projektet (den sundhedsfaglige opfølgning, installation af IT, oplæring af patienter og personale, regelmæssig og dækkende information og kommunikation på tværs af alle grupper af aktører og interessenter).

Håndteringen af nogle af disse afhængigheder, som f.eks. en fuldt integreret IT-infrastruktur til klinisk datadeling og en fuld tværgående standardisering af det kliniske grundlag for behandling af KOL-patienter i form af fælles kliniske retningslinjer for alle aktører, ligger uden for mulighederne i et projekt som TeleCare Nord. De er derfor ikke inddraget som udfordringer i evalueringen af projektet, men som ekstra forudsætninger for en vellykket anvendelse af TeleCare Nord som national model for telemedicinsk hjemmemonitorering.

## 5. FORHISTORIEN

TeleCare Nord er gennemført i et tværsektorielt samarbejde mellem de nordjyske kommuner, almen praksis, Region Nordjylland, Aalborg Universitet og Danmarks Lungeforening. Det har fra start været en forudsætning, at alle aktørerne var med – i hele forløbet. Projektet har ligeledes haft stor national bevågenhed og har modtaget støtte fra Digitaliseringsstyrelsen og forskellige fonde. Samarbejdet mellem de nævnte aktører har således haft stor betydning for organiseringen og forløbet af projektet.

TeleCare Nord's organisering var i den indledende fase målrettet projektinitiering og etableringen af en fælles Business case. Med afsæt i den fælles Business case trådte projektet derefter ind i en ny fase, hvor projektet blev organiseret med henblik på at skulle understøtte og afspejle de opgaver, som projektet stod overfor.

Der blev derfor etableres fire projektspor:

1. Et IT spor som fokuserede på projektets tekniske elementer, kroniker platform, integration og koordination med nationale aktører
2. Et organisationsspor som fokuserede på sammenhængende tværsektorielle arbejdsprocesser og organisering
3. Et sundhedsfagligt spor som fokuserede på afklaring af sundhedsfaglige opgaver, sundhedsfagligt indhold, og patientforløb
4. Et implementeringsspor som koordinerede den lokale implementering.

De fire spor blev organiseret med en projektleder og en dedikeret projektgruppe, som skulle varetage opgaveløsningen på tværs, og på vegne af aktørerne i TeleCare Nord.

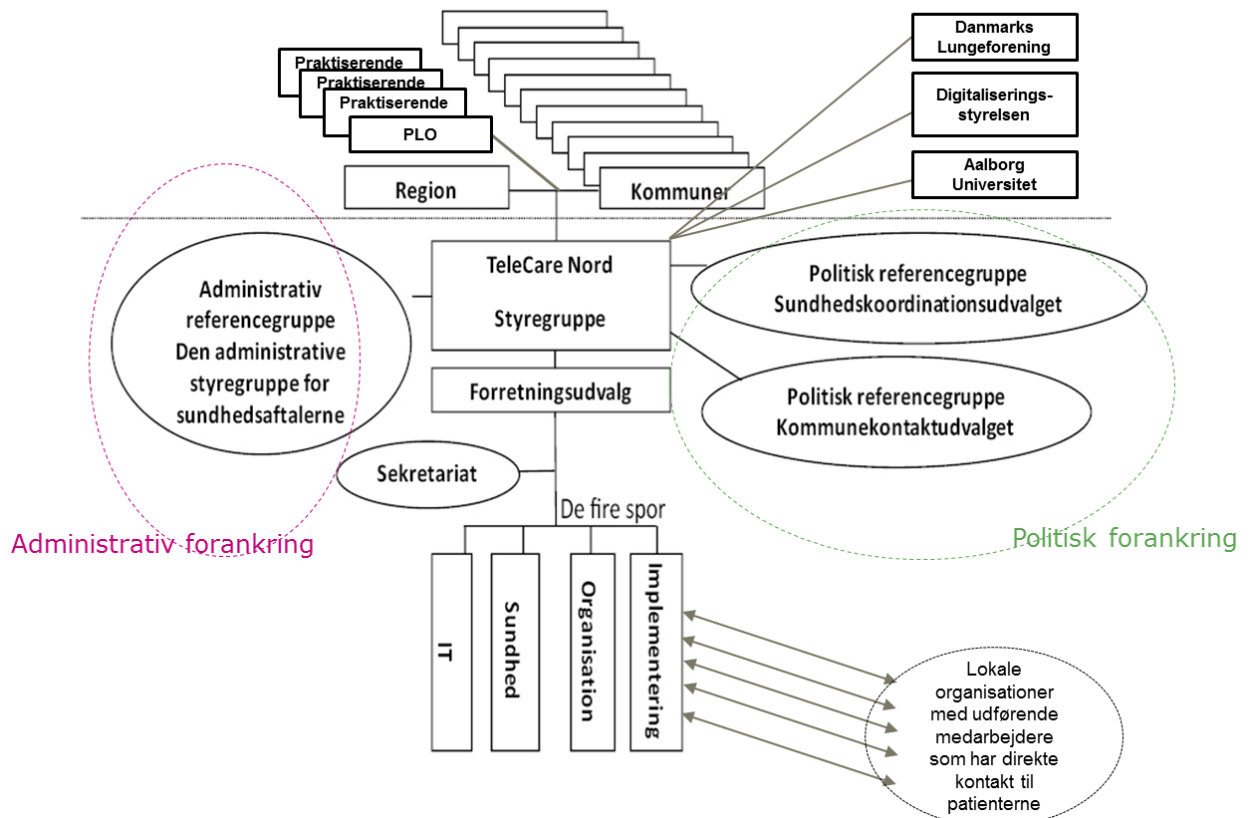
Koordination i og på tværs af projektsporene skulle sikres via projektsekretariatet, som skulle afholde projektledermøder med deltagelse af projektlederne fra de fire spor. Det var ligeledes projektsekretariatet som skulle sikre den løbende kobling til styregruppen. Projektlederne i de

fire spor skulle desuden indgå i samarbejde med projektsekretariatet og styregruppen om den daglige ledelse af projektet.

Hvert spor har yderligere nedbrudt deres eget ansvarsområde i arbejdsopgaver og leverancer. Ligesom den interne afhængighed mellem sporene er blevet kortlagt.

De enkelte projektspor blev i størst muligt omfang knyttet til eksisterende samarbejdsfora. Alle projektspor har haft adgang til juridiske og økonomiske ekspertkompetencer. Disse er blevet organiseret og koordineret i projektsekretariatet som en tværgående fælles ressource.

Nedenstående figur illustrerer organiseringen med alle aktørerne repræsenteret i styregruppen, den politiske og administrative forankring, samt de fire spor og snitfladen til de lokale implementeringsorganisationer.



**IT-sporet**

IT sporet blev forankret hos en projektleder og en projektarbejdsgruppe, der skulle sikre opgaveløsningen på vegne af alle aktører. I tilknytning til IT sporet blev etableret en referencegruppe som skulle sikre tæt koordinering med aktørenes it-funktioner.

IT-sporets primære opgave var med afsæt i en kortlægning og koordinering med nationale og regionale indsatser, at sikre tilvejebringelse af en kronikerplatform, herunder decentralt udstyr og en model for teknisk og sundhedsfaglig overvågning. Det bærende princip i IT sporet var således, at der kunne bygges på og anvendes nationale data sæt, infrastruktur og standarder - i det omfang sådanne fandtes.

IT sporet var afhængig af leverancer fra det sundhedsfaglige spor, herunder beslutninger om hvilke datasæt de enkelte aktører henholdsvis kunne trække / stille til rådighed for de øvrige aktører.

### **Organisationssporet**

Organisationssporet blev forankret hos en projektleder der med afsæt i en projektarbejdsgruppe skulle sikre opgaveløsningen på vegne af alle aktører. I tilknytning til organisationssporet blev der etableret en referencegruppe som skulle sikre tæt koordinering med aktørenes egne organisationer.

Organisationssporets primære opgave var at udarbejde organisationsmodel og principper for teknisk og sundhedsfaglig overvågning, udarbejde oplæg til tværsektorielle patientforløb, samt udarbejde fælles standarder for arbejdsprocesser og modeller

### **Det sundhedsfaglige spor**

Det sundhedsfaglige spor blev forankret hos en projektleder der med afsæt i en projektarbejdsgruppe skulle sikre opgaveløsningen på vegne af alle aktører. I tilknytning til det sundhedsfaglige spor blev der etableret en referencegruppe, som skulle sikre tæt koordinering med aktørenes egne organisationer.

Det sundhedsfaglige spors primære opgave var, at afklare det sundhedsfaglige indhold i de værdier der skulle opsamles hos borgeren, fastlægge det sundhedsfaglige indhold i de datasæt der skulle udveksles via kronikerplatformen, samt fastlægge opgave og ansvarsfordeling.

Leverancen omkring det sundhedsfaglige indhold, og det sundhedsfaglige indhold i de udvekslede datasæt var således en forudsætning, som skulle være opfyldt før IT-sporet kunne færdiggøre sit arbejde.

### **Implementeringssporet**

Implementeringssporet blev forankret direkte i projektsekretariatet for at sikre koordinations mellem aktørernes lokale implementeringsorganisationer.

De lokale implementeringsorganisationer skulle sikre såvel teknisk som organisatorisk implementering, herunder tilrettelæggelse af undervisning, samt kortlægning og omlægning af interne arbejdsgange.

Da implementeringen tog afsæt i realiseringen af den telemedicinske løsning skulle aktiviteterne afvente dette, dog således at sporet kunne arbejde med tilrettelæggelse af arbejdet, så de lokale organisationer kunne være klar til igangsætning, når de tekniske forudsætninger var på plads.

## **6. PROJEKTSTRUKTUR OG SAMARBEJDSFORM**

Det var som nævnt ovenfor en grundlæggende præmis for TeleCare Nord, at alle relevante aktører var med fra start.

Det var således erkendt fra starten, at de tværfaglige problemstillinger kræver governance- og samarbejdsmodeller, der binder sektorerne og alle de indgående aktører sammen i ét projekt. Det var også erkendt, at fokus og indsatsområder i TeleCare Nord ville ændre sig gennem hele projektets levetid. Derfor blev projektorganisationen fra begyndelsen betragtet som fleksibel, og det har været op til projektets styregruppe løbende at tilpasse projektorganisationen til TeleCare Nord's aktuelle fokus og opgavesæt. En af effekterne af denne – nødvendige – tilgang har været, at de forskellige aktører, først og fremmest det kommunale frontpersonale og de praktiserende læger, har skullet agere i et udviklingsforløb og samtidig sikre en kvalitativt forsvarlig sundhedsfaglig indsats.

Det var erkendt, at projektets natur og dynamik krævede forandringer i de involverede sektorer, og at forandringsledelsen derfor skulle være tydeligt forankret og anerkendt.

Det var også erkendt, at de deltagende kommuner (samtlige kommuner i regionen) var forskellige. Det har betydet, at koordineringsarbejdet og arbejdet med at holde alle parter informeret i forbindelse med de beslutninger, som det har været nødvendigt at træffe, har været meget omfattende, idet kun tre af de elleve kommuner er repræsenteret i styregruppen. For at styrke relationen til kommunerne blev der i forløbet etableret klynger af kommuner. Tanken bag

oprettelsen af disse klynger var, at kommunerne kunne mødes i mindre fora og her dele viden og diskutere de erfaringer, der er blevet høstet i TeleCare Nord projektet.

- Klynge 1: Mariagerfjord kommune, Rebild kommune og Vesthimmerland kommune.
- Klynge 2: Morsø kommune, Thisted kommune og Jammerbugt kommune.
- Klynge 3: De 5 distrikter i Aalborg kommune
- Klynge 4: Brønderslev kommune, Hjørring kommune, Frederikshavn kommune og Læsø kommune.

Klyngerne gav samtidig mindre kommuner mulighed for sammen med andre i samme klynge at udgøre en ligeværdig interessant i forhold til Aalborg kommune.

I TeleCare Nord afviger klyngerne fra, hvordan kommunerne i andre situationer arbejder sammen, idet Jammerbugt kommune normalt er i klynge med Aalborg kommune.

Efter RMCs vurdering er der fra centralt hold, dvs. sekretariatet og formandskabet gjort en stor indsats for at sikre koordineringen og formidle information til alle aktører. Den udfordring, som den dynamiske organisationsudvikling i projektets første faser har udgjort, er derved til dels blevet imødegået, og det er en vigtig læring af TeleCare Nord, at denne type indsats er en afgørende forudsætning for succes i kommende projekter.

## 6.1 Projektstrukturen

Projektstrukturen er beskrevet og illustreret i Kapitel 5, Forhistorien.

Der er blevet lagt stor vægt på, at alle væsentlige udeståender er blevet afklaret i referencegrupperne, inden der blev sendt beslutningsoplæg til styregruppen. På den måde har man undgået at tage hensyn til varierende holdninger i implementeringssporet ("not invented here", "vi har nu vores egen måde at gøre tingene på" osv.). Når der blev truffet en beslutning i styregruppen, var opbakningen og ejerskabet fra de decentrale enheder (kommuner, sundhedsforvaltninger, sygehuse m.v.) i princippet sikret på forhånd.

Det har imidlertid vist sig, at en forudsætning for, at denne fremgangsmåde fungerer effektivt er, at forandringsledelsen i de lokale implementeringsorganisationer (de kommunale forvaltninger, de praktiserende læger og sygehuses lungeafdelinger) er velfungerende, føler ejerskab af beslutningerne og tager lederskabet omkring de lokale implementeringer. Opfyldelse af denne forudsætning er en af TeleCare Nord's centrale udfordringer (se afsnit 6.2).

Projektorganiseringen har ligeledes forudsat, at en række aktiviteter kunne udføres serielt – hvor ét spor kunne afvente resultaterne fra et eller flere andre spor. Denne forudsætning er blevet væsentligt udfordret, idet flere af de nationale tiltag omkring kronikerdatasættet mm. ikke blev realiseret, hvorved dette skulle håndteres samtidig med nødvendig opstart af andre spor.

Det var fra begyndelsen klart, at det centrale sekretariat ville være en forudsætning for, at projektet kunne fungere. Der er i et sådant projekt mange fælles udfordringer og udfordringer af en størrelsesorden, som den enkelte aktør ikke kan klare. De fælles opgaver er især:

- Udbudsforretninger
- Kontakt til alle parter på tværs af sektorer
- Markedsførings- og orienteringsarbejde eksternt og internt
- Call Center i overgangsperioden til fælles drift
- Samarbejdet med Universitetet (den tilknyttede forskning er central for at dokumentere effekterne af TeleCare Nord)
- Vedligeholdelse af projektets Business Case samt relationer til bevilgende myndigheder, fonde, Digitaliseringsstyrelsen og andre samarbejdspartnere

- Tydelige kommissorier for referencegrupper og projektspor er også væsentlige forudsætninger, som sekretariatet holder styr på.

Sekretariatet blev etableret som en selvstændig enhed med direkte reference til styregruppen for at lægge vægt på, at TeleCare Nord er et fælles projekt for alle aktørerne i projektet.

Sekretariatet har haft mange kontakflader i projektet og sekretariatets rolle i kommunikationen med alle aktørerne har som udgangspunkt været baseret på at "gå til fordøren". Dvs. at den interne kommunikation med aktørerne primært har været rettet til og modtaget fra de lokale projektledere, som har ansvaret for at sikre kommunikation, vidensdeling, undervisning og ændring af arbejdsgange i eget lokalområde – f.eks. i egen kommune. Kommunikationen forudsætter imidlertid, at snitfladen til de lokale implementeringsorganisationer fungerer som planlagt i implementeringssporet.

## 6.2 Samarbejde og styring

TeleCare Nord blev i første omgang etableret og siden videreført på baggrund af enslydende dagsordenpunkter til behandling i hhv. regionsrådet og de 11 kommuner. Disse dagsordenpunkter blev formuleret af sekretariatet, der derved understregede det faktum, at TeleCare Nord var et fælles projekt - med fælles ejerskab. Et fælles projekt, som også omfattede de praktiserende læger og patienterne – repræsenteret ved PLO og Lungeforeningen. Begge organisationer var således med helt fra start og medvirkede til at formulere den business case, som lå til grund for projektetableringen.

### Styring

Alle aktørerne, dvs. regionen, kommunerne, PLO, Lungeforeningen, Aalborg Universitet og Digitaliseringsstyrelsen har været repræsenteret i styregruppen i hele forløbet. Dette gælder desuden RSI, som har haft en observatør-rolle i forbindelse med projektets status som pejlemærke.

Det blev ret hurtigt klart, at konsekvensen af involvering af alle parter var langsommelighed. Styregruppen var blevet meget lidt agil, og det blev besluttet, at etablere et forretningsudvalg for at skabe en hurtigere og mere effektiv beslutningsproces. Styregruppens rolle blev herefter i realiteten omdefineret til en projektbestyrelse. Beslutningsprocessen blev yderligere effektiviseret gennem etablering af et formandskab i forretningsudvalget.

En vigtig erkendelse er, at beslutninger med umiddelbar indflydelse på projektets drift og økonomi – som ofte skal træffes hurtigt og effektivt for at undgå stilstand, fortsættelse af initiativer, som man har erkendt er forkerte, overskridelse af deadlines o.lign. – skal træffes af de dele af projektorganisationen, som bidrager økonomisk til gennemførelsen. Det er, som det blev sagt i et interview, for nemt at bestille, hvis man ikke skal betale.

Samarbejdet blev i den beskrevne effektiviseringsproces meget topstyret, med fokus på fremdrift og baseret på tillid mellem alle parter i dette. Det har haft positive effekter i form af en bemærkelsesværdig effektivitet i håndteringen af udfordringer og negative effekter i form af reduceret ejerskab af beslutningerne. Årsagen hertil skal som tidligere nævnt findes i samspillet mellem det centrale projekt med en administrativ tyngde og eksekvering af beslutningerne i de lokale implementeringsorganisationer. Den uundgåelige spænding mellem effektiv gennemførelse af et stort og komplekst projekt som TeleCare Nord og sikring af, at alle deltagere på alle niveauer føler sig velorienterede og føler ejerskab til projektet og beslutningerne, er en af de fundamentale udfordringer for TeleCare Nord - og alle lignende projekter.

En lignende spænding har uundgåeligt manifesteret sig i standardiseringen af processerne på tværs af sektorerne. Fra begyndelsen er sekretariatet gået efter én måde at gøre tingene på, dvs. ingen opgaver løses forskelligt afhængig af, hvilken instans man er (sygehus, kommune,

praksis etc.). Man har satses på og gennemført standardisering af forløb, kommunikation og it-understøttelse, hvilket også har budt på betydelige udfordringer.

Der ligger en accept fra region, kommuner og PLO til standardisering af den kliniske indsats, mht. etablering af standardiserede målemetoder, grænseværdier m.v.; men implementeringen har givet udfordringer f.eks. omkring den fulde accept af hinandens kompetencer på tværs af sektorerne – hvilket igen kan henføres til snitfladen mellem den centrale organisation og de lokale implementeringsorganisationer.

### **Samarbejdsmodellen**

Arbejdsgruppen i organisationssporet har haft til opgave at levere et "samarbejdskoncept", som implementeringssporet kunne gå ud med til projektets parter og derved sikre, en sammenhængende tværsektoriel organisering omkring patienten. Gruppen har haft til opgave at sikre koordinationen, sikre sammenhængen i implementeringen på tværs af projektets parter samt at sikre, at indholdet i det materiale, der skulle anvendes i undervisningen, matchede både projektets overordnede behov og de lokale behov. Endvidere var det i dette forum, at uddannelsesdesignet blev klarlagt, ligesom det var her, koordinationen af de krav, der udsprang af forskningsdelen i projektet, skulle sikres.

Samarbejdskonceptet har langt hen ad vejen fungeret godt. Der er en udbredt opfattelse af at alle aktørerne har været med hele vejen. Samarbejdskonceptet har dog været udfordret på nogle af snitfladerne, som tidligere bemærket i snitfladen mellem projektorganisationen (Implementeringssporet) og de lokale implementeringsorganisationer, men også i samspillet med de praktiserende læger og de lungemedicinske afdelinger.

Repræsentanter for PLO har deltaget fra begyndelsen, i idéfasen, i projektplanlægningen og senere i såvel sundheds- som organisationssporet, og de har været aktive i forbindelse med at beskrive praksisopgaverne, herunder udvælgelsen af patienter. PLO har også været aktiv i forbindelse med indgåelsen af aftalen mellem praksis, regionen og kommunerne. Der foreligger således en aftale mellem regionen og PLO om de opgaver, de praktiserende læger løser ud over deres overenskomst.

Samarbejdet har dog været betydeligt udfordret af, at det blev etableret under konflikten mellem PLO, Danske Regioner og Finansministeriet, og PLO har som organisation ikke formået at nå alle sine medlemmer i sammenhæng med projektet. Baseret på de oplysninger, det har været muligt at indsamle i evalueringen, er det RMCs konklusion, at samarbejdet mellem de kommunale frontmedarbejdere og de praktiserende læger har fungeret bedst i kommuner, hvor der i forvejen eksisterede etablerede kommunikationskanaler og kontakter.

Sygehusenes lungemedicinske afdelinger har fra start været repræsenteret i flere spor.

Inklusionskriterierne (den måde hvorpå de deltagende patienter blev udvalgt), var bl.a. fastsat af lungemedicinerne. Efter lungemedicinerens opfattelse har inklusionskriterierne været korrekte, men samtidig er udfaldet blevet sådan, at frafaldet af patienter, som enten ikke har ønsket at medvirke eller ikke har haft de fornødne ressourcer til at medvirke i et telemedicinsk projekt, har været størst i sygehusets patientgruppe – de sværeste tilfælde. Pga. forskningselementet har det kun i begrænset omfang været muligt at supplere med flere patienter (efter sygehusets valg). I implementeringen har antallet af patienter på de lungemedicinske afdelinger derfor været begrænset.

Lungemedicinerne er af den opfattelse, at samarbejdet på trods af det relativt lille antal patienter i det store hele har fungeret godt. Lungemedicinerne kæmper primært med den udfordring, at det er for besværligt at få adgang til de deltagende patienters data – primært pga. hospitalernes ressourcesituation – hvorfor det stort set aldrig sker.

En faktor, som på den ene side har bidraget til standardiseringen og på den anden side understreget udfordringen, er den integrerede forskningsindsats. De tre PhD-projekter, der er en del af TeleCare Nord, og som fungerer som dokumentation for projektets sundhedsmæssige og

sundhedsøkonomiske resultater, forudsætter standardiserede kliniske procedurer. Uden en sådan standardisering er en forskningsindsats baseret på randomiserede forsøgsgrupper værdiløs. På den anden side har selve det faktum, at der er tale om forskning, gjort at traditionelle og kulturbetingede forskelle i syn på hinandens kompetencer i en række tilfælde har besværliggjort samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

### **Forskningselementet**

Forskningsindsatsen har fra begyndelsen været en fundamental del af TeleCare Nord, da et af projektets fastlagte mål er at dokumentere sundhedsmæssige og sundhedsøkonomiske fordele ved telemedicinsk hjemmemonitorering. De effekter, der hænger sammen med denne indsats har derfor været uundgåelige i TeleCare Nord, og de må betragtes som et specialtilfælde, der ikke bør indvirke negativt på evalueringen af organisationens effektivitet.

Forskerne lægger vægt på at TeleCare Nord adskiller sig fra andre telemedicinske projekter: Et af de største problemer med forskning i området er håndtering af telemedicin som om det er "traditionel medicin": Man deler forsøgsgruppen (randomiseret) op i to, hvor den ene del får "behandlingen" og den anden del får placebo. Denne fremgangsmåde fungerer ikke i forbindelse med telemedicin, som er en meget mere kompleks situation, der også skal styres og udvikle sig undervejs. En forudsætning, som TeleCare Nord organisatorisk – gennem den fælles model – har vist sig at håndtere godt.

## **6.3 Forankring og relationer til driftsorganisationerne**

Relationerne til driftsorganisationerne har først og fremmest været varetaget af sekretariatet, og de er blevet implementeret i de fire spor.

### **6.3.1 IT**

På IT-området har projektet anvendt den nationale infrastruktur (serviceplatformen og tjenester som CPR-opslag) og arbejdet på at tilføje de manglende dele til deling af tværsektorielle data (i Open Tele og KIH samt i Sundhed.dk). Forankringen i den nationale infrastruktur, Open Tele og KIH er resultatet af et systematisk, men også pragmatisk og resultatorienteret samarbejde med de bagvedliggende organisationer.

Det er lykkedes at konfigurere datafangstsystemet OpenTele.

Kronikerdatasættet var en forudsætning, da projektet blev formuleret. Da denne nationale løsning bortfaldt, lykkedes det alligevel TeleCare Nord at etablere grundlaget for dataudveksling mellem aktørerne.

Integration af data i aktørernes egne systemer, dvs. omsorgsjournaler, EPJ, praktiserende lægers journaler, som oprindeligt var en del af TeleCare Nord, bortfaldt da kronikerdatasættet faldt. Denne integration må imidlertid betragtes som en forudsætning for en national udrulning af telemedicinsk hjemmemonitorering.

En væsentlig del af it-sporet var den betydelige logistiske opgave, der består i at levere og installere udstyr hos patienterne. Opgaven blev udliciteret til Atea, og implementeringen af den er endnu et eksempel på de mange udfordringer, et storskalaprojekt med så mange aktører og interessenter giver. Ca. ½ år efter projektets start blev der foretaget en evaluering af et pilotprojekt med involvering af 17 patienter, hvor hele forløbet med udvælgelse af patienter, leverance fra Atea, besøg af sygeplejerske, systemernes brugergrænseflader, måledata osv. blev inddraget.

Resultaterne heraf blev i relation til logistikken benyttet til at justere fremgangsmåden, f.eks. Ateas medvirken. Det blev bl.a. konstateret, at patienterne tydeligt skal kunne se, at

medarbejderen kommer fra Atea og TeleCare Nord. Medarbejderen skal følge bestemte retningslinjer for at træde ind i borgerens hjem (skoene af!), for hvor længe medarbejderen skal banke på døren inden han går igen osv. For de fleste patienter har medarbejderens besøg også en social funktion, og den skal respekteres for at opnå den ønskede trykthed og tillid, der er en af forudsætningerne for vellykket telemedicinsk hjemmemonitorering.

Efter en indledende forankring af supportopgaven i projektsekretariatet overgik denne til Frederikshavn Kommune, da der i realiteten var etableret en egentlig driftssituation, som ikke med rette skulle håndteres af sekretariatet. Kommunen påtog sig med succes supportopgaven, som er forankret i et eksisterende kommunalt regi, hvori frontmedarbejdere i forvejen fungerer.

### 6.3.2 Sundhedsfaglige definitioner

Den primære opgave for arbejdsgruppen i det sundhedsfaglige spor var at fastlægge procedurerne for patienternes måling af egne værdier samt de spænd og grænseværdier for målingerne, der er anvendt i opfølgningen. Arbejdet blev baseret på de foreliggende KOL-data fra det planlagte, men aldrig færdiggjorte kronikerdatasæt, som skulle have udgjort det nationale grundlag for registrering af kronisk syge. De data, der anvendes i Telecare Nord, må derfor karakteriseres som værende så tæt på en national standard, som det var muligt, da de blev fastlagt. Det betyder imidlertid ikke, at de faktisk er udtryk for en national standard, hvilket har betydning for anvendelsen af TeleCare Nord som model for en national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering.

### 6.3.3 Implementering

En væsentlig forudsætning for succes med implementeringen er, at snitfladerne til alle aktørerne fungerer tilfredsstillende. Alle beslutninger træffes i fællesskab med deltagelse og accept af de involverede aktører. Den organisatoriske effektivitet afhænger af, om beslutningerne kommunikerer, forstås og implementeres helt ude i det yderste led.

Dette gælder både samspillet mellem den centrale projektorganisation og de decentrale implementeringsorganisationer, samspillet mellem kommuner og de praktiserende læger og samspillet med de lungemedicinske afdelinger.

Af kommissoriet for implementeringsgruppen fremgår, at de lokale projektledere skal forestå den lokale implementering. Det gælder såvel teknisk som organisatorisk implementering, herunder tilrettelæggelse af undervisning, samt kortlægning og omlægning af interne arbejdsgange.

Hér har interviewene afsløret en snitflade, som ikke er implementeret tilfredsstillende. Der er tilsyneladende ikke tilført tiltrækkeligt ledelsesmæssigt mandat eller kompetence til de lokale projektledere – eller også er de ikke blevet tilstrækkelig informeret. Resultatet er blevet en række frustrerede frontmedarbejdere, som føler sig fremmedgjort i forhold til beslutningerne og mangelfuldt repræsenteret i forhold til beslutningsprocessen.

Det var fra projektets begyndelse klart, at telemedicinsk hjemmemonitorering kræver uddannelse af patienterne og i nogle tilfælde også af pårørende. Det drejer sig mest om betjening af det udleverede apparatur (blodtryks- og saturationsmålere, vægte m.fl.) og administrationen af medicinen (inhalatorer m.v.). Det drejer sig imidlertid også om uddannelse i indberetning af måleresultaterne. Patienterne skal ligeledes lære at betjene brugergrænsefladen i de udleverede tablets korrekt.

Det blev tidligt i projektet klart, at der også var behov for at uddanne kommunale hjemmesygeplejersker i vurdering af KOL-patienters måleresultater og i at sammenholde denne vurdering med patienternes almentilstand og sociale situation. Denne store uddannelsesopgave, som oprindeligt lå i de lokale implementeringsorganisationer, er lykkedes med sekretariatets hjælp. Der er uddannet således sammenlagt omkring 3000 personer i kommunerne.



De praktiserende læger har ikke hidtil været involveret på anden måde, end at de fungerer som praktiserende læger for patienterne, som de ville have gjort uden telemedicinsk monitorering, dvs. de ordinerer medicin og henviser til behandling og pleje, herunder telemedicinsk monitorering. Der er dog nogle praktiserende læger, som har opdaget, at det vil styrke deres kliniske personales kompetencer og helhedsblikket på patienterne at få et kursus i KOL, så der starter kurser for lægepraksis i august 2015.

Implementeringen har også vist, at samarbejdet fungerer godt, når de praktiserende læger medvirker aktivt, mens manglende medvirken fra disse efterlader den kommunale hjemmepleje med store frustrationer og utilstrækkelig brug af de nyrehvervede KOL-kompetencer.

Samarbejdet med de lungemedicinske afdelinger har fungeret godt – efter et par lokale justeringer og dialog om ansvars- og opgavefordelingen med den kommunale hjemmepleje, men som tidligere nævnt, så har der været en forholdsvis lille gruppe af patienter at samarbejde om i denne snitflade.

### 6.3.4 Samarbejdet med forskerne

Samspelet til driftsorganisationerne har tilsyneladende fungeret godt.

Forskningsmæssigt er det vigtigste, at der medvirker mange patienter - ikke at der medvirker et stort antal praktiserende læger eller lungemedicinske afdelinger. Denne forudsætning er opfyldt i TeleCare Nord.

Forskerne har deltaget i forskellige arbejdsgrupper (design), hvor mange fagligheder og praktiske færdigheder har været repræsenteret. Disse arbejdsgrupper er nu nedlagt, men det efterlader forskningsmæssigt og effektivitetsmæssigt et behov for løbende diskussion i ét eller flere fora, hvor man kan drøfte, hvad der faktisk virker: Er det overvågningselementet (lægen ser regelmæssigt på tallene), eller er det læringselementet (pt. er bedre i stand til at håndtere sin sygdom) – eller begge dele?

Der er mange lokale erfaringer med tiltag, der virker - eller ikke virker – og det er vigtigt at få disse erfaringer frem i lyset.

## 6.4 Samarbejde med andre projekter og de nationale aktører

Samarbejdet med statslige og andre regionale aktører har efter RMCs vurdering fungeret godt - med en pragmatisk tilgang, som kan anvendes i det fortsatte nationale arbejde.

TeleCare Nord karakteriseres af partnerne som en god samarbejdspartner, der har ageret professionelt. Det bemærkes f.eks., at selv om kronikerdatasættet blev opgivet, fyldte det meget i tankerne hos TeleCare Nord, da det blev betragtet som en standard, som kunne imødekomme projektets behov. Hjemmemonitoreringsdatadelen i kronikerdatasættet lever således videre i TeleCare Nord.

De nationale aktører understreger vigtigheden af, at telemedicinske løsninger undgår at fremstå som mange forskellige siloløsninger, der kun løser et isoleret problem uden at være integreret med andre systemer. Derfor er det vigtigt at anvende en åben arkitektur som i TeleCare Nord. KIH-projektet og TeleCare Nord projektet gik i denne forbindelse sammen om at lave en teknisk infrastruktur, der lever op til dette krav. Der blev arbejdet med grænseflader og integrerede standarder fra Continua Alliance (grænseflader til måleapparatet) og Personal Health Monitoring Report (PHMR/HL7) samt IHE/XDS, der er rammen for udveksling af data. Der er tale om en arkitektur, som nu er implementeret, og der er lavet en analyse af modenheden af både opsamlingsplatformen, som er OpenTele, og KIH-databasen.

Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland har deres egen konfiguration af Open Tele, som kan opsamle og lave management på data og bruges i driftsøjemed. KIH er nationalt forankret og er den infrastruktur, der gør, at man kan dele data. Der findes et sæt MedCom-standarder for dataopsamling. KIH og TeleCare Nord danner således til sammen et teknisk grundlag for national udbredelse.

Lungeforeningen, som i projektsammenhængen repræsenterer patienterne, omtaler TeleCareNord positivt – med en bemærkning om, at projektorganisationen har bestræbt sig på at gøre alt rigtigt, og dette har betydet en stor og tung organisation, hvor patientens stemme ikke fylder så meget. Patienterne har behov for at blive mødt og at få redskaber til at få hverdagen til at fungere. Sundhedsvæsenet definerer patientens behov, men patienterne definerer ikke deres egne behov på samme måde. Lungeforeningen har redskaber til dette og vil meget gerne involveres mere.

Efter Digitaliseringsstyrelsens vurdering, står TeleCare Nord som et godt projekt. Det opfylder bl.a. kravene til skalering:

- Alle patienter i målgruppen blev involverede i princippet (med forbehold for udfordringer i forbindelse med de praktiserende lægers henvisninger)
- Alle kommuner blev involverede og arbejder sammen
- Lungemedicinerne blev involverede
- Den ledelsesmæssige forankring er på plads.
- Der har været en løsningsorienteret holdning til projektet blandt projektdeltagerne

## 6.5 Særlige udfordringer

Der, hvor projektorganisationen ikke er lykkedes, er først og fremmest at sikre ejerskabet til beslutningerne, hvilket primært er identificeret til snitfladen med de lokale implementeringsorganisationer. Fremtidige projekter skal således sikre, at centrale beslutninger, hvor alle "sidder med til bords" faktisk bliver håndteret og implementeret i de lokale, decentrale implementeringsorganisationer.

Det er RMCs vurdering, at såvel forretningsudvalget og formandskabet som sekretariatet med de tilknyttede spor og den administrative forankring i DAS har været bevidste om denne udfordring. Det er imidlertid også fremgået tydeligt af interviewene med de kommunale frontmedarbejdere og repræsentanten for PLO, at netop denne udfordring har været vanskelig at overvinde.

Visse dele af udfordringen har været uundgåelige. Det kunne ikke forudses eller forhindres, at projektstarten kolliderede med konflikten mellem PLO og Danske Regioner. Det må antages, at konflikten forløb og resultat har haft en negativ indflydelse på nogle praktiserende lægers lyst til at engagere sig i projektet. Som det første storskalaprojekt af sin art, måtte TeleCare Nord desuden bygge på de erfaringer, der blev opsamlet i forløbet. Nu foreligger disse erfaringer, og det er afgørende for kommende projekters succes, at de bliver anvendt.

Det centrale resultat af denne evaluering er imidlertid, at interviewene peger på læringspunkter, som kan udnyttes i fremtidige projekter og fremtidig drift:

- Kommuner er forskellige. Det betyder f.eks., at der i nogle kommuner er to forvaltninger involveret i telemedicinsk hjemmemonitorering, nemlig både sundhedsforvaltningen og ældreforvaltningen. Dette skaber undertiden problemer for den tværgående kommunikation. Forskellige forvaltninger i samme kommune tager ikke nødvendigvis ansvar for at holde hinanden informeret, med mindre dette er eksplicit aftalt som en del af projektet/driften. Det er afgørende, at sådanne forskelle mellem kommunerne forudses, respekteres, registreres og håndteres i planlægningen og eksekveringen, samt at der centralt eller

decentralt følges op på organisatoriske ændringer i kommunerne.

Det kræver aktiv forandringsledelse og et højere niveau af intern kommunikation i kommunerne at overvinde denne udfordring, og det skaber ubalance i det tværsektorielle samarbejde, hvis de kommunale frontmedarbejdere oplever, at forandringskravet primært gælder dem.

- Sikring af frontmedarbejdernes ejerskab til projektmål og beslutninger kræver, at frontmedarbejderne føler sig tilstrækkeligt repræsenteret i de dele af organisationen, hvor beslutningerne træffes. Interviewene har vist, at der er en udbredt oplevelse af, at dette ikke er tilfældet i TeleCare Nord. Denne oplevelse skyldes ikke kun afstanden til den centrale projektledelse i form af forretningsudvalget, DAS og sekretariatet. Den gør sig også gældende internt i kommuner, hvor frontmedarbejdere oplever, at føle sig utilstrækkeligt informeret og repræsenteret af de kommunale projektledere, som deltager i arbejdsgrupperne i projektorganisationen. Der er flere grunde til dette, og de kan ikke alle henføres til organisationen hhv. løses ved ændringer af denne – jf. næste punkt om kultur og tradition. Der kan dog tages organisatoriske forholdsregler i form af mere direkte inddragelse af kommunale frontmedarbejdere i planlægning og beslutninger og fokusering på disse frontmedarbejders medvirken i den interne tværgående kommunikation.
- Forudsætningen om almen praksis som tovholder i indsatsen over for patienterne, dvs. ikke kun som henvisende instans, men også som deltager i opfølgningen, er ikke fuldt ud realiseret i projektet. Det har givet anledning til frustrationer i den kommunale sygepleje, når den praktiserende læge ikke har medvirket eller ikke har anerkendt de nye KOL-kompetencer hos den kommunale sygeplejerske. I enkelte tilfælde har dette ført til kortslutning af kommandovejen i form af direkte kontakt mellem de kommunale sygeplejersker og de lungemedicinske afdelinger.
- Samtidig har der også været udfordringer i samarbejdet med de lungemedicinske afdelinger, baseret på fordeling og forankring af opgaverne, herunder udfordringer vedrørende kendskab til og respekt for sygepleje i kommunalt hhv. regionalt regi. Samarbejdsmodellen har imidlertid også vist sin styrke, idet denne problemstilling nu ser ud til at blive løst gennem bedre gensidig kommunikation om parternes respektive opgaver. Dette understreger behovet for fælles detaljerede (og helst nationalt standardiserede) retningslinjer for den tværgående sundhedsfaglige indsats. Hvis der foreligger faste retningslinjer for telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL-patienter, herunder for henvisning og for samspillet mellem lungeafdelinger, praktiserende læger og kommunal sygepleje, skal de respektive aktørers indsats ikke vurderes ud fra traditions- og kulturbetingede opfattelser af hinandens kompetencer, men alene ud fra, om aktørerne følger retningslinjerne.
- Faste kliniske retningslinjer bør også kunne føre til en større involvering af de lungemedicinske afdelinger. Det har været en udfordring, at personalet på de lungemedicinske afdelinger har haft manglende kendskab til patienternes medvirken i TeleCare Nord. Dette er ikke motiverende, når patienterne bliver mødt af sundhedsfagligt personale på sygehuset. En mere talstærk deltagelse af de lungemedicinske afdelingers patienter i telemedicinsk hjemmemonitorering vil nødvendiggøre en mere effektiv dataudveksling og dermed i højere grad engagere disse afdelinger i fremtidige projekter og drift. Det vil ikke kun medføre, at patientpopulationen bliver mere repræsentativ, idet der vil komme flere "tunge" patienter i populationen, men også – og nok så vigtigt – bringe de lungemedicinske afdelingers ekspertise bedre i spil i det tværfaglige samarbejde.
- Det er vigtigt at undgå parallel opstart af it, undervisning og sundhedsfagligt definitionsarbejde. Der er tale om serielle aktiviteter, og det bør være grundlaget for planlægningen.

## 7. FREMADRETTEDE ANBEFALINGER OG HANDLINGSANVISNINGER

### 7.1 Fremdrift og forenkling

#### Fremdrift

De faktorer, der især har sikret fremdrift i projektet kan opsummeres på følgende måde

- De deltagende organisationers vilje til samarbejde
- Sundhedsaftalerne som udgangspunkt og formelt grundlag for samarbejdet
- Projektorganisationens evne til at reagere på udfordringer og finde fungerende løsninger
- Projektorganisationens pragmatiske tilgang til styring og problemløsning
- Sekretariatets effektivitet og vilje til at påtage sig de nødvendige opgaver
- En omfattende kommunikationsindsats både internt og eksternt

Det har været en styrke, at projektorganisationen har sikret fremdrift på trods af udfordringerne i samarbejdsmodellen.

Kombinationen af den omfattende sikring af konsensus gennem en stor styregruppe, referencegrupper og projektspor med et forretningsudvalg og et formandskab, der har sikret hurtig og effektiv reaktion på udfordringerne, har forhindret, at projektet er sandet til i uløste problemer og manglende ansvarspåtagelse. De involverede aktører har været enige om, at fastholde fokus på de sammenhænge, hvor modellen virker, dvs. hvor de praktiserende læger medvirker, hvor patientfordelingen er optimal, og hvor samarbejdet med de lungemedicinske afdelinger fungerer.

Sundhedsaftalerne har været et godt grundlag for samarbejde mellem regionen og kommunerne om forankring af ansvar, og de bør fremadrettet også være fundamentet for det tværsektorielle samarbejde. Anvendeligheden er blevet bekræftet af alle involverede parter.

Sekretariatet får mange roser for sine styrker. Blandt styrkerne fremhæves:

- Fokus på fremdrift og "blæksprutteagtig" ageren, når der er behov for det
- Koordinering og håndtering af de mange interessenter
- Forventningsafstemning omkring den dynamiske organisation
- Håndhævelse af princippet om én måde at gøre tingene på
- God håndtering af den eksterne kommunikation
- God håndtering af intern kommunikation (i størsteparten af projektet)
- Hurtig ageren og produktion af undervisningsmateriale og -forløb
- Blik for den nødvendige overgang til et fremtidigt servicecenter

Det har hele tiden været klart, at sekretariatsopgaverne skulle opsamles og dokumenteres med henblik på at danne fundamentet for et fælles servicecenter, hvor alle fælles, tværsektorielle projekter skulle forankres. Det er en forudsætning for overgang til regulær drift, at der eksisterer et center, som koordinerer og tager sig af de opgaver, som de enkelte aktører ikke kan løse som f.eks. tværgående forløb, tværgående it-understøttelse og tværgående kommunikation. Sekretariatet har opsamlet opgaverne og pakketeret disse med henblik på efterfølgende drift og en klar definition af snitflader. Det er planen, at opgaverne overføres gradvist og i veldefinerede pakker til et kommende servicecenter. Samarbejdet med it-afdelingerne i Koncern-IT og Frederikshavn Kommune skubber også helt bevidst udviklingen over imod dette.

## Forenkling

Mulighederne for forenkling i fremtidige telemedicinske projekter og i telemedicinsk drift i Region Nordjylland kan opsummeres på følgende måde:

- Forskningselementet må ses som et specialtilfælde i TeleCare Nord. Det har været nødvendigt for at opfylde målsætningen om at kunne dokumentere sundhedsmæssige og sundhedsøkonomiske fordele ved telemedicinsk hjemmemonitorering. I fremtidige projekter og i egentlig drift må eventuel forskning imidlertid være en sideaktivitet, som gennemføres, uden at den telemedicinske aktivitet begrænses eller styres uhensigtsmæssigt i forhold til den medicinske målsætning.
- Etablering af en central service desk, som dækker både it-support og telemedicinsk support, vil lette arbejdet med at supportere patienterne og sikre sammenhængen mellem service og logistik. Patienterne skelner ikke mellem udfordringer, der skyldes it-udstyret (tablets, netopkobling) og udfordringer i forbindelse med målinger og indberetning. (Hvorfor fungerer mit måleudstyr ikke? Hvad skal jeg skrive i feltet til højre på skærmen?) I dag skal disse spørgsmål besvares af to forskellige instanser, og der kan gå unødigt tid og anvendes unødige ressourcer på at identificere det egentlige problem.
- Planlægningen af implementeringen, hvad enten der er tale om et nyt projekt eller om overgang til drift, bør baseres på erfaringerne med Telecare Nord, som viser, at implementeringen er en serie af afvikling af aktiviteter:
  - It-infrastrukturen og grundlaget for dataudveksling – herunder også de kliniske retningslinjer for registrering og vurdering af data – skal være på plads og testet, før et projekt eller en driftsfase igangsættes.
  - Ligeledes skal undervisningsbehovet kortlægges, og det skal sikres, at den nødvendige undervisning er gennemført inden projekt- eller driftsstart. Hvis man havde lagt det gennemførte kompetenceløft i basiskompetence ind før projektstart eller tidligt i projektet, ville en række frustrationer være undgået. Dette var imidlertid vanskeligt at spotte, førend man kunne konstatere, at nogle sygeplejersker (med KOL-kompetence) kunne tolke måleværdierne og agere hensigtsmæssigt, mens andre (generalisterne) udelukkende reagerede på om måleværdierne var uden for referenceområdet. Her kommer det generelle kendskab til patienterne og deres sociale situation i kombination med den specifikke sundhedsfaglige indsigt ind i billedet.
  - Endelig skal det kliniske grundlag for den tværsektorielle sundhedsfaglige indsats lægges fast og kommunikeres effektivt ud til det yderste led i frontorganisationen bl.a. som et led i undervisningen. Der er gjort en stor indsats i TeleCare Nord for at sikre dette, men efter RMCs vurdering er det ikke lykkedes fuldstændigt at skabe det grundlag, som får alle de sundhedsfaglige aktører til at anerkende og stole på hinandens kompetencer. Et sæt detaljerede kliniske retningslinjer for alle dele af den samlede tværsektorielle indsats vil kunne etablere den nødvendige tillid, idet alle aktører i enhver situation vil kunne referere til disse retningslinjer som begrundelse for en given indsats.

Manglende forudseenhed i planlægningen skaber unødigt kompleksitet i projektet og/eller driften. I TeleCare Nord er der tale om det første storskalaprojekt, og det har derfor været vanskeligt at forudse, hvor vanskelighederne ville opstå. I fremtidige projekter og driftsfaser foreligger erfaringerne fra TeleCare Nord, og de bør udnyttes.

## 7.2 Konklusion og anbefalinger

På baggrund af de afholdte interviews og det skriftlige materiale, som er stillet til rådighed for RMC, er det vores overordnede indtryk, at TeleCare Nord har været et godt og lærerigt projekt.

Projektorganisationens styrke er først og fremmest forankret i det faktum, at alle de involverede parter ER med og VIL være med, hvilket understøttes af en udbredt tillid mellem parterne. Tillid

og gode relationer har været en vigtig forudsætning – en forudsætning, som allerede eksisterede i forvejen i Nordjylland, men som ikke uden videre kan eksporteres. Mere om dette i afsnit 7.2.2 om TeleCare Nord som model for national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering.

Der er konstateret fremmedgørelse i forhold til beslutningerne i de centrale dele af organisationen. Der er blevet meget langt fra toppen til de udførende medarbejdere, som har fået vanskeligt ved at tage ejerskab af beslutningerne. Den uundgåelige spænding mellem effektiv gennemførelse af et stort og komplekst projekt som TeleCare Nord, og sikring af, at alle deltagere på alle niveauer er velorienterede og føler ejerskab til projektet i beslutningerne – også når de tages i fællesskab - er en af de fundamentale udfordringer for TeleCare Nord - og alle lignende projekter. Læringen er, at øget centralisering og topstyring skal modsvares af større involvering og kommunikation i den udførende del af organisationen. Det er en udfordring, som man først og fremmest skal være opmærksom på, når man, som i TeleCare Nord, har delt implementeringsansvaret mellem en central projektorganisation og lokale implementeringsorganisationer.

Interviewene viser tydelige faglige forskelle på de involverede sundhedsprofessionelle grupper, dvs. praktiserende læger, sygehussygeplejersker, kommunale sygeplejersker og kommunale KOL-sygeplejersker. Der synes således ikke at være gjort en (tilstrækkelig) indsats for at sikre faglig konsensus på det sundhedsfaglige område. Det er RMCs vurdering, at nogle af de konstaterede frustrationer skyldes sådanne faglige forskelle, selv om de kommer til udtryk i andre sammenhænge f.eks. i klager over manglende kommunikation med frontmedarbejdere osv. Der er næppe tvivl om, at en mere effektiv datadeling mellem de sundhedsfaglige vil kunne bidrage til at skabe en bedre sundhedsfaglig konsensus, fordi alle kan se både målinger og udredninger, vurderinger, diagnoser m.v. og stille spørgsmål, hvis der er ting, som ikke umiddelbart er forståelige.

Samtidig er projektet alligevel lykkedes med at etablere et frugtbart samarbejde mellem en lang række aktører med vidt forskellige interesser i projektet. Dette har også udfordret samarbejdsmodellen, og bragt en række vanskeligt håndterbare problemstillinger frem i lyset – ikke mindst i samarbejdet med almen praksis. Her har der været specielle udfordringer, men der er også meget, som har fungeret godt, specielt i de tilfælde hvor de praktiserende læger har engageret sig. Der er tilstrækkeligt mange eksempler på, at projektet har medvirket til at styrke relationen mellem hjemmesygeplejen og de praktiserende læger, og at samarbejdet øger de praktiserende lægers tillid til, at hjemmesygeplejen har den nødvendige kvalitet til at sikre korrekt opfølgning på målinger, som foretages af patienterne.

Der er ingen tvivl om, at en række af de kritiske evalueringer ville have set anderledes ud, hvis forudsætningen om de praktiserende læger som tovholdere i projektet i højere grad var blevet opfyldt. Samtidig har inklusionskriterierne kombineret med forskningselementet medført en udvælgelse af patienter, som ikke er hensigtsmæssig i forhold til kommunernes fordeling af arbejdet, og denne udvælgelse har samtidig givet en skæv fordeling mellem belastningen i kommunerne og belastningen på de lungemedicinske afdelinger.

Det er en styrke, at projektledelsen har presset på og sikret fremdrift, for denne har fra starten været udfordret af problemer med infrastrukturen og teknologien. Problemerne har resulteret i frustrationer hos de udførende, dvs. de kommunale medarbejdere, der til dagligt kommer hos patienterne. Forankringen af service desken hos Frederikshavns Kommune har været et godt tiltag til håndtering af disse problemer, idet man her har forankret arbejdet i en eksisterende organisation, som er vant til at supportere kommunale medarbejdere.

Snitfladen mellem organisationer og servicefunktioner skal modnes over tid. Dette har været et vigtigt læringspunkt og givet input til den fremtidige placering af opgaver og ansvar. Der er

opsamlet vigtige erfaringer vedrørende forskellen på at levere ydelser til borgere i private hjem og ydelser til fagprofessionelle.

Det er også de eksterne interessenters vurdering, at projektet er lykkedes med at have fokus på fremdrift gennem en pragmatisk tilgang som har tilgodeset projektets gennemførelse og mål.

Den centrale læring af TeleCare Nord er, at det tværsektorielle samarbejde skal fungere på en række sammenhængende planer. Det skal fungere:

- Politisk – hvilket er lykkedes ganske godt.
- Administrativt – hvilket er lykkedes ganske godt – med en vigtig undtagelse, nemlig snitfladen mellem den centrale og de decentrale organisationer.
- IT teknisk og logistisk – hvor der er sket fremskridt i TeleCare Nord, men der er tydelige mangler især i grundlaget for effektivt sundhedsfaglig datadeling.
- Sundhedsfagligt – hvilket er en udfordring for projektet.

Der er brug for en stærkere involvering af og sikring af ejerskabet hos de lokale projektledere samt de lokale sundhedsfaglige medarbejdere og konstant dialog om deres roller og ansvar.

Der kunne ligeledes gøres en indsats for at få nationale aktører som Sundhedsstyrelsen og i første omgang det lungemedicinske specialeselskab (senere andre relevante specialeselskaber) til at medvirke til en standardisering af retningslinjerne for håndtering af KOL helt ud i plejesektoren. Kliniske retningslinjer er et velkendt fænomen, og det burde være muligt at etablere nogle sådanne for KOL, som kan bidrage til, at den nødvendige konsensus etableres lokalt i klyngerne.

En vigtig konklusion er også, at man fremadrettet skal sikre dokumentation for og synliggørelse af nytteværdien af den tværsektorielle projektstruktur.

### 7.2.1 anbefalinger

Den vigtigste anbefaling er, at kommende projekter skal tage udgangspunkt i de forudsætninger, som har vist sig at holde i Telecare Nord, og justere på de områder, hvor implementeringen har givet problemer.

Dette er ikke en triviel konstatering. Den bygger på det evalueringsresultat, som siger, at TeleCare Nord grundlæggende har vist, hvorledes telemedicinsk hjemmemonitorering med succes kan implementeres i stor skala. Det drejer sig om at

- bygge samarbejdet på indholdet af Sundhedsaftalerne og etablere en governance- og samarbejdsmodel, der binder sektorerne sammen
- sikre det politiske ejerskab
- benytte de formelle veje ind i parternes organisationer
- fastholde at patienterne og forandringerne ude hos disse er drivkraften
- sikre agilitet i beslutningsprocessen fra start – f.eks. gennem et forretningsudvalg med beslutningsmandat
- have fokus på forandringsledelse – med omdrejningspunkt i leverance af velfærd på en ny måde
- have fokus på og tydelighed omkring forudsætningerne (infrastruktur, opgave- og rollefordelingen, undervisningsbehov, klare kliniske retningslinjer)
- sikre eksekvering i lokale implementeringsorganisationer – hvor alle skal forandre sig
  - mere fokus på de personer, som forandringerne rammer mest
    - fagpersoners og lokale lederes roller og ansvar skal skærpes i forbindelse med deling af viden på tværs af sektorer (og forvaltninger)
    - adressere "what's in it for me"

- have fokus på og styre projekter i henhold til et program-koncept, som er baseret på en række af de parametre, der skal give såvel økonomiske som sundhedsmæssige fordele. Dvs. styring baseret på parametre, der til sammen sikrer sammenhæng, dialog, fremdrift, resultater m.fl.
- arbejde med iterationer/konstante forbedringer (læring og deraf følgende ændringer) for at realisere en bedre økonomi og sundhedsmæssige fordele – hvilket man iflg. forskerne ikke har gjort i andre tilsvarende telemedicinske projekter.

### 7.2.2 Telecare Nord som national model

TeleCare Nord kan opfattes som et katalog over erfaringer og opskrifter på måden at gennemføre et telemedicinsk projekt i Nordjylland. Kataloget kan ikke umiddelbart overføres som en facitliste til det nationale arbejde, men i stedet kan det opfattes som inspirations- og erfaringsmateriale, som man kan tilpasse til andre regionale forhold.

En landsdækkende skalering opfatter RMC som umulig. Hvis 98 kommuner skal indgå i et samlet projekt på en gang, bliver den afstand fra top til bund, som allerede er konstateret i den nordjyske udgave, en så stor udfordring, at den vurderes at være uovervindelig.

Gensidig tillid og gode relationer mellem aktørerne har været en vigtig forudsætning i TeleCare Nord, og de kan ikke nødvendigvis kopieres. Det vigtige er at sikre, at projekter, der modelleres over TeleCare Nord konceptet, er samarbejdsdrevne og patientorienterede.

Telemedicin skal være organiseret omkring sundhedsaftalerne – specielt da der nu kun er én per region.

- Man skal dog have respekt for hvad der virker i hver region, da dette kan være forskelligt
- Huske den tværsektorielle governance
- Huske den inter- og intra-kommunale governance
- Man skal tænke organiseringen ind i den governance, som man har i forvejen
- Alle skal være med ombord fra starten (også IT, som kan bidrage med hvad der er mest hensigtsmæssigt og muligt for at få den bedste tekniske understøttelse)

Princippet om at der kun er én måde at gøre tingene på er vigtig – og det skal håndhæves! F.eks. er der kun én måde, hvorpå logistikken og supporten fungerer. Alt dét, som vi kan blive enige om og skabe sammen én gang, f.eks. vedrørende opgave- og ansvarsfordelingen, gælder for alle kommuner (det er per definition den rigtige måde!). Det gælder registrering af data, for undervisning, for indretning af et telemedicinsk servicecenter m.v. Dertil kommer, at der vil være betydelige, økonomiske, tekniske og organisatoriske fordele ved i så høj grad som muligt at fastlægge fælles retningslinjer for anskaffelse og servicering af de betydelige mængder måleudstyr, der vil være behov for ved en national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL-patienter.

Der skal sikres ligestilling mellem kommuner af forskellig størrelse. I Nordjylland har man etableret klynger af kommuner for at skabe ligestilling blandt kommunerne.. Klyngerne har skabt en politisk ligestilling ved at etablere enheder, der har vægt i.f.t. Aalborg Kommune. På trods af, at de centrale ildsjæle har drevet projektet frem, er det ikke i evalueringen konstateret, at nogen af de deltagende kommuner føler, at de er koblet af beslutningsprocesserne.

Erfaringer specielt vedrørende ansvarsfordelingen i TeleCare Nord bør derfor bæres videre til andre telemedicinske projekter både i Nordjylland og i andre regioner. Det gælder den medicinske ansvarsfordeling mellem læger, sygeplejersker og SoSu'er. Principperne og dokumentation for, hvad der skal tages stilling til, kan og bør bæres videre.



Det gælder også fordelingen mellem it-personale og sundhedsfagligt personale. De it-faglige må installere udstyr og undervise i brugen af udstyret ud fra rent it-mæssige vinkler. De må ikke undervise i, hvorledes sundhedsfaglige målinger foretages, forstås og rapporteres ved hjælp af dette udstyr. Det resulterer i praksis i dobbeltarbejde.

Håndteringen af nogle af de registrerede udfordringer i TeleCare Nord som f.eks. en fuldt integreret IT-infrastruktur til klinisk datadeling og en fuld tværgående standardisering af det kliniske grundlag for behandling af KOL-patienter i form af fælles kliniske retningslinjer for alle aktører ligger uden for mulighederne i et projekt som TeleCare Nord. De er ekstra forudsætninger for en vellykket anvendelse af TeleCare Nord som national model for telemedicinsk hjemmemonitorering.

Man bliver nødt til at hoppe på toget. Begrundelsen om at vente, fordi der kommer noget meget bedre om fem år gælder ikke: Der kommer altid noget, der er bedre.