

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** SST Plan  
**Sendt:** 10. oktober 2016 09:58  
**Til:** Julie Præst  
**Cc:** SST Plan  
**Emne:** VS: Bekræftelse hørings svar Kolding Kommune - Kommentar til KOL høringsudkast telemedicin  
**Vedhæftede filer:** 03.10.2016 besvarelse til KOL Høringsudkast telemedicin.pdf

**Fra:** Bente Christensen [<mailto:bchr@kolding.dk>]  
**Sendt:** 10. oktober 2016 09:17  
**Til:** SST Plan  
**Cc:** Bente Christensen  
**Emne:** Kommentar til KOL høringsudkast telemedicin

Kære modtager

Kommentarer fra Kolding Kommune.

Venlig hilsen

**Bente Christensen, Sundhedsområdet**  
Projektleder telesundhed-televevfærd



**Kolding Kommune**  
Social- og Seniorforvaltningen  
Sundhedsområdet

Skovvangen 2  
6000 Kolding

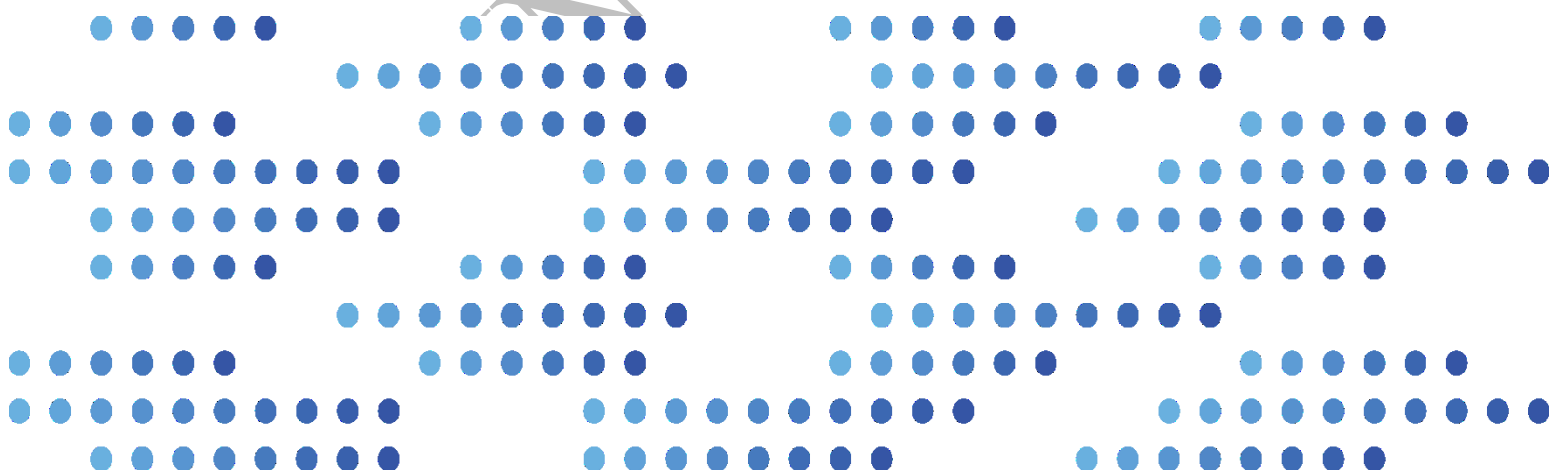
Telefon 30 63 89 49  
Mobil 30 63 89 49  
E-mail [bchr@kolding.dk](mailto:bchr@kolding.dk)

---

**KOLDING**  
VI DESIGNER LIVET

# TELEMEDICINSK UNDERSTØTTELSE AF BEHANDLINGS- TILBUD TIL MENNE- SKER MED KOL

- ANBEFALINGER FOR MÅLGRUPPE, SUNDHEDSFAG-  
LIGT INDHOLD SAMT ANSVAR OG SAMARBEJDE



# Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

- Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde

© Sundhedsstyrelsen, 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** telemedicin, KOL, faglige anbefalinger, almen praksis

**Sprog:** Dansk

**Version:** Høringsversion

**Versionsdato:** 27.09.2016

**Format:** pdf

HØRINGSUDKAST

## INDHOLD

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>6</b>
1.1	Formål	6
1.2	Baggrund	7
1.3	Vidensgrundlag	7
1.4	Lovgrundlag	8
1.5	Læsevejledning	8
<b>2</b>	<b>Sygdomskarakteristika ved KOL</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>9</b>
3.1	Inklusionskriterier	9
3.2	Eksklusionskriterier	10
<b>4</b>	<b>Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud</b>	<b>11</b>
4.1	Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering	11
4.2	Målehyppighed	11
4.3	Evaluering	12
4.4	Sygdomsmestring	12
4.5	Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle	13
4.6	Instrukser i forbindelse med det telemedicinske tilbud	13
4.7	Teknisk set-up og udstyr	14
4.8	Varighed af tilbud	14
<b>5</b>	<b>Ansvar og samarbejde</b>	<b>16</b>
5.1	Identifikation og henvisning	16
5.2	Opstart	18
5.3	Opfølgning på data	18
5.4	Kommunikation	19
<b>6</b>	<b>Referencer</b>	<b>21</b>
	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>22</b>
	<b>Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe</b>	<b>23</b>
	<b>Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer</b>	<b>25</b>
	<b>Bilag 3: Kommissorium for styregruppen</b>	<b>27</b>
	<b>Bilag 4: Styregruppens medlemmer</b>	<b>30</b>
	<b>Bilag 5: Forløb i det telemedicinsk understøttede tilbud</b>	<b>31</b>
	<b>Bilag 6: Skabelon for instruktion af borgere</b>	<b>32</b>

<b>Bilag 7: Skabelon for instruks for opfølgning på data</b>	<b>34</b>
<b>Bilag 8: Skabelon for instruks om alarmgrænser</b>	<b>36</b>
<b>Bilag 9: Skabelon for henvisning af borgere</b>	<b>38</b>
<b>Bilag 10: Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til telemedicinsk understøttet behandling af KOL</b>	<b>40</b>

HØRINGSUDKAST

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Med økonomiaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. På den baggrund er Sundhedsstyrelsen blevet bedt om at udarbejde faglige anbefalinger for den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til borgere med KOL. Udgangspunktet for arbejdet har været de erfaringer, der er opnået med hjemmemonitorering i TeleCare Nord-projektet (TeleCare Nord afslutningsrapport 2015) og projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering, KIH-projektet (KIH-projekt 2015).

Formålet med anbefalingerne er:

- at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud
- at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til understøttelse af behandlingen til borgere med KOL er at medvirke til mulige positive effekter af såvel sundhedsfaglig som samfundsøkonomisk karakter eksempelvis i form af færre/kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser fx som følge af borgernes øgede mestring af sygdommen. For den enkelte borger med KOL handler det således blandt andet om at forstå og handle på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryk mv.

Arbejdet foregår indenfor rammerne af sundhedsaftalerne<sup>1</sup> og øvrige initiativer vedrørende kronisk sygdom i regioner og kommuner herunder de regionale forløbsprogrammer for KOL<sup>2</sup>. Regioner og kommuner forventes at opdatere forløbsprogrammerne, så de er i overensstemmelse med de til enhver tid gældende faglige nationale anbefalinger.

I udarbejdelsen af anbefalingerne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en bredt sammensat arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for relevante fora. Kommissorium for arbejdsgruppen og en oversigt over arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Anbefalingerne er henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale på sygehus, i kommune og almen praksis, som skal udbrede den telemedicinske understøttelse. Anbefalingerne er vejledende, således at det lokalt kan besluttes hvilke patienter, der tilbydes telemedicin og med mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet.

---

<sup>1</sup> De nuværende sundhedsaftaler 2015-2018 har blandt andet fokus på at sikre en større sammenhæng for patienter, som får indsats i flere sektorer på samme tid, blandt andet patienter der har en kronisk sygdom som KOL, hvor det er vigtigt, at fx indsatserne i almen praksis og hjemmesygeplejen koordineres med ambulante besøg på sygehuset.

<sup>2</sup> Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.

## 1.2 Baggrund

I takt med den teknologiske udvikling, er der kommet stigende fokus på at anvende it-baserede løsninger som telemedicin - specielt i forbindelse med behandling af kronisk syge, herunder borgere med KOL blandt andet fordi disse patienter antalmæssigt og økonomisk udgør en stor del af sundhedssystemet. Telemedicin defineres som en 'sundhedsydelse der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde'<sup>3</sup>. Anvendelsen af telemedicin til understøttelse af behandlingstilbud til patienter med kroniske sygdomme, eksempelvis diabetes, KOL eller inflammatoriske tarmsygdomme, har allerede været afprøvet i flere projekter i Danmark som led i den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, som indgik i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015. Her har der været afprøvet forskellige variationer af telemedicinsk understøttelse, fx hjemmemonitorering ved elektronisk overførsel af data, som for eksempel blodtryk, iltmætning og puls, anvendelse af elektronisk overførsel af billeder af sår, elektroniske kommunikationsmuligheder via tabletcomputer og videoopkobling og lignende.

## 1.3 Vidensgrundlag

På nuværende tidspunkt er der ikke sikker viden om, hvem der profiterer af telemedicin, hvilke typer af telemedicinske ydelser der virker, og hvilke præferencer patienterne har (Viracca et al, 2016). Der drages således forskellige konklusioner vedrørende effekten af telemedicinsk understøttet behandling, men udvalgt videnskabelig litteratur viser udover ovenstående følgende:

I forhold til telemedicin og livskvalitet hos KOL-patienter har et nyt dansk systematisk review gennemgået den eksisterende danske og internationale litteratur (Gregersen TL et al 2016) og har fundet frem til i alt 47 artikler, hvoraf 18 blev vurderet egnede – overvejende fra perioden 2010-2015. Tre af de 18 studier viste en signifikant forbedring af livskvalitet i gruppen med telemedicinsk understøttet behandling sammenlignet med kontrolgruppen. Forfatterne konkluderer på den baggrund, at det ikke udelukker, at telemedicinsk understøttet behandling har effekt, når man ser på andre udfald, men at der er behov for mere forskning og gerne i kontrollerede storskala forsøg.

I forhold til sygdomsmestring tyder forskningen på, at anvendelse af telemedicinsk udstyr kan understøtte mestring af sygdommen hos patienter med KOL. Patienterne bliver fx bedre til at genkende tidlige tegn på eksacerbation (Paget et al. 2010) eller de tilegner sig viden om, hvornår de skal kontakte sundhedsprofessionelle (Huniche et al. 2010; Huniche et al. 2013). Den telemedicinske service ses ligeledes at have betydning for patienternes self-management og dermed evnen til at opretholde et liv, der er så normalt som muligt (Vatnøy et al. 2016). Når man ser nærmere på viden om effekten af telemedicinske tilbud på borgeres self-efficacy (tiltro til egne evner i forhold til håndtering af deres sygdom) er resultaterne imidlertid divergerende og vanskelige at sammenligne på grund af den store diversitet i de telemedicinske tilbud (Nguyen et al. 2008, Emme et al. 2014).

---

<sup>3</sup> Telemedicinbegreber- Rapport vedrørende udarbejdelse af begrebssystem og definitioner, Sundhedsdatastyrelsen, 2015

Baggrunden for anbefalingerne vedrørende inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er i denne sammenhæng de resultater, der er opnået i TeleCare Nord-projektet og i KIH-projektet. Der er ikke i forbindelse med dette arbejde blevet udført en systematisk litteratursøgning på området.

Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at en del af patienterne med KOL, der deltager i det telemedicinske tilbud, oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. Det ser ud til, at det særligt er de patienter, som har flere symptomer, og som er i risiko for indlæggelse eller for forværringer, der har gavn af tilbuddet.

På den baggrund skal anbefalingerne bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

## 1.4 Lovgrundlag

Det retslige grundlag for sundhedsfaglig virksomhed ved brug af telemedicin er autorisationsloven, sundhedsloven, persondataloven og de administrative forskrifter, der er fastsat i medfør af disse love.

Derudover udarbejdede Sundhedsstyrelsen, nu Styrelsen for Patientsikkerhed, i 2005 *Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin*.

## 1.5 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver sygdomskaraktistika ved sygdommen KOL.

I kapitel 3 beskrives målgruppen kort, og på baggrund heraf opstilles kriterier for in- og eksklusion.

Kapitel 4 indeholder anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold i det telemedicinske tilbud, herunder også for de kompetencer, der er nødvendige for at kunne gennemføre tilbuddet med en høj kvalitet og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Kapitel 5 beskriver opgave- og ansvarsfordelingen mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Bilagsdelen indeholder blandt andet skabeloner for relevante instrukser på området.

I retningslinjen anvendes betegnelsen *borgere* generelt om målgruppen for tilbuddet, med mindre der er tale om aktiviteter, der entydigt foregår i almen praksis eller sygehusregi.



## 2 Sygdomskarakteristika ved KOL

I det følgende beskrives kort sygdomskarakteristik ved sygdommen KOL<sup>4</sup>.

Personer med KOL har kronisk betændelsestilstand i luftveje og lungevævet, som medfører tiltagende luftvejsforsnævring og gradvis ødelæggelse af de små lungeblærer (alveoler), hvor luftudvekslingen (diffusionen) finder sted. Symptomerne ved KOL udvikles som regel gradvist og viser sig som hoste og opspyt af slim fra luftvejene. Efterhånden kommer der tiltagende åndenød, som især viser sig ved fysisk anstrengelse. Indimellem kommer der forværringer (eksacerbationer), som typisk skyldes en tilstødende lungeinfektion.

Som sygdommen udvikler sig, tilstøder der ofte tab og svækkelse af muskelmassen på grund af inaktivitet, og mange patienter med moderat KOL har derfor betydeligt svagere muskler end raske på samme alder. Knogleafkalkning (osteoporose) er en meget hyppig følgetilstand ved KOL, ligesom hjertesygdom og lungekræft optræder med høj hyppighed blandt patienter med KOL. Denne multimorbiditet gør, at det ikke er muligt, selv med en optimal farmakologisk behandling, at opnå et tilstrækkeligt effektfuldt resultat for patienten.

Den vigtigste årsag til KOL i Danmark er tobaksrygning, og cirka 85 pct. af alle tilfælde af sygdommen kan tilskrives dette. KOL forekommer også hos mennesker, der aldrig har røget, men i disse tilfælde er sygdommen generelt mildere og sygdomsprognosen er bedre<sup>5</sup>. Erhvervsmæssig udsættelse for luftvejsirriteranter (røg, damp, støv) kan medvirke til udvikling af KOL, især i kombination med tobaksrygning (Sundhedsstyrelsen 2015).

## 3 Målgruppe

Målgruppen for tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling er borgere med KOL.

### 3.1 Inklusionskriterier

Det anbefales, at følgende kriterier er opfyldt for at borgere med KOL kan inkluderes i tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling af deres sygdom:

- Diagnosen KOL er stillet ved spirometri mv.<sup>4</sup>
- Borgeren er klassificeret i GOLD gruppe D (mange symptomer, 2 eller flere eksacerbationer eller indlæggelse for KOL det sidste år eller FEV1 <50 pct. af forventet)<sup>6</sup>.  
Og/eller borgeren skal være i iltbehandling.
- Borgeren er i behandling eller motiveret for behandling<sup>7</sup>.



<sup>4</sup> For diagnostik og beskrivelse af KOL se publikationen 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL', Sundhedsstyrelsen, 2015.

<sup>5</sup> Andelen af aldrig-rygere, som behandles ambulant for KOL i danske hospitalsambulatorier er cirka tre pct. (Dansk Register for KOL: link til sundhed.dk)

<sup>6</sup> I den nye GOLD klassifikation grupperes patienterne i fire grupper (A-D) ud fra grad af nedsættelse af forceret ekspiratorisk volumen i det første sekund (FEV1) i forhold til forventet værdi, omfang af symptomer bedømt ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer, hyppighed af eksacerbationer eller indlæggelse (Sundhedsstyrelsen 2015).

<sup>7</sup> RADS. Behandlingsvejledning for behandling af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen 2015

- Borgeren har fast bopæl og praktiserende læge i den pågældende region (dette kan dog fraviges lokalt efter aftale).
- Borgeren er interesseret i at deltage – såvel i forhold til det tekniske set-up som det sundhedsfaglige indhold.
- Borgere med komorbiditet, har KOL som en væsentlig del af det samlede sygdomsbillede.

Det er en fordel hvis borgeren har gennemgået et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud, da sygdomsmestring er et aspekt heri.

Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

### 3.2 Eksklusionskriterier

Eksklusionskriterier er forhold, der af forskellige grunde gør det telemedicinske tilbud uensigtsmæssigt, ikke fagligt relevant eller praktisk muligt at etablere og gennemføre. Dette gælder fx i følgende tilfælde:



- De tekniske muligheder er ikke til stede, fx dårlig forbindelse til bredbånd.
- De hjemlige forhold muliggør ikke en telemedicinsk understøttelse.
- Borgerens sygdomsbillede er komplekst.
- Borgeren evner ikke at deltage af andre årsager.

Forhold, der kan betyde, at det telemedicinske tilbud afsluttes, beskrives i kapitel 3.6.

## 4 Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud

I det følgende kapitel beskrives anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud til mennesker med KOL.

Det telemedicinske tilbud bør altid tilpasses behovet hos den enkelte borger, herunder baggrunden for at denne er blevet inkluderet i tilbuddet, fx ustabil sygdom, opfølgning på en indlæggelse eller et begrundet ønske om tryghed. Dette skal ses i sammenhæng med de målinger, borgeren efterfølgende skal foretage, hvilke alarmgrænser der i en forbindelse sættes op, og hvor ofte målingerne foretages mv. Det vil sige, at det telemedicinske tilbud har et generelt indhold, som kan suppleres med et individuelt tilpasset indhold. Det individuelle indhold kan fx være en ernæringsindsats, tobaksafvænnning eller individuelt tilrettelagte behandlings- eller handlingsplaner.

Herved bliver det muligt at give et differentieret tilbud, som kan tilpasses den enkelte borgers behov, viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen.

### 4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering

Før opstart af det telemedicinske tilbud fastlægges den enkelte borgers alarmgrænser. Det anbefales, at alarmgrænserne fastlægges individuelt fx ud fra patientens udgangsværdier +/- 5 %. De kan også fastlægges ud fra forudindstillede alarmgrænser med en efterfølgende individuel tilpasning. Det er en lægelig opgave at vurdere dette.

Det anbefales, at følgende målinger/registreringer indgår i hjemmemonitoreringen:

- Iltmætning af blodet (saturation)
- Puls
- Vægt
- Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim og spyttest, funktionsbegrænsning mv.)
- Rejse-sætte-sig-test.

Måling af blodtryk kan indgå, hvis det lægeligt vurderes at have betydning for den enkelte borger.

Som en udvidelse af tilbuddet kan måling af lungefunktion og videokommunikation tillige indgå. Tilsvarende kan man på sigt overveje om aktiviteter som teletræning eller lignende kan tænkes ind.

### 4.2 Målehyppighed

Det er som udgangspunkt den henvisende læge, der laver aftaler om kadencen for målingerne og som involveres, hvis der skal laves aftaler om andre kadencer.

Det anbefales, at hyppigheden af målingerne foretages ud fra en individuel vurdering af den enkelte borger og som udgangspunkt en gang ugentligt, dog minimum en gang månedligt.

De første 14 dage bør borgeren dog både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål dagligt. Derefter foretager borgeren i udgangspunktet målinger og svarer på sygdomsspecifikke

spørgsmål en til to gange om ugen, medmindre andet aftales med lægen. Tidspunktet herfor bør aftales. Antallet af ugentlige målinger, og ændringer af disse, skal journaliseres.

Borgeren skal være informeret om, dels hvornår målingerne bliver set af en sundhedsprofessionel og dels at hyppigere målinger end aftalt ikke som udgangspunkt bliver set.

Den enkelte borger kan dog selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstra målinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

### 4.3 Evaluering

Det anbefales, at der sker en initial og en løbende evaluering af borgerens gevinst ved den telemedicinske understøttelse.

Efter de første 14 dage bør kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne. I denne sammenhæng bør det overvejes, om borgerens grænseværdier skal ændres, eller om borgeren har brug for yderlig instruktion i at foretage korrekte målinger.

Evaluering af tilbuddet i forhold til den enkelte deltager bør efter den initiale vurdering være systematisk og tværsektoriel – også for at sikre at borgere ikke bliver i det telemedicinske tilbud i uhensigtsmæssig lang tid.

### 4.4 Sygdomsmestring

Det er en forudsætning for at kunne deltage i tilbuddet, at borgeren med KOL selv, og i samarbejde med sundhedspersonalet, er i stand til at forstå og handle på egne data. En gevinst ved dette kan være, at borgeren opnår en forbedret sygdomsmestring.

Borgeren skal således, og understøttet af sygeplejersken:

- kunne forstå målingernes sammenhæng med sygdommens forskellige karakteristika og den tidsmæssige ramme, der er aftalt
- være tryk ved at anvende det tekniske udstyr og kunne besvare symptom scores<sup>8</sup>
- kunne sende data videre og kunne handle på symptomer og ændringer i målingerne, efter aftale med eller i samråd med lægen.

Det er samtidig afgørende, at borgeren også ved, hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til lægen, og at borgeren erkender, at den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbuddet ikke erstatter den sædvanlige kontakt til almen praksis eller sygehus, og at tilbuddet ikke efterlader borgeren med en oplevelse af falsk tryghed i sit sygdomsforløb. Her er det blandt andet afgørende, at borgeren ved, hvornår målinger bliver set.

Det kan i den forbindelse overvejes at implementere en feed-back mekanisme, således at borgeren guides i forhold til, hvornår denne selv bør reagere på afvigelse i målingerne.

---

<sup>8</sup> Validerede spørgeskemaer, som fx "COPD Assessment Test" (CAT) eller "Clinical COPD Questionnaire" (CCQ) kan med fordel benyttes til at få et skøn over de daglige symptomer og aktiviteter samt ændringer i disse over tid, fx som respons på behandling.

## 4.5 Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle



Oplæring og instruktion af borgere i forbindelse med opstart og den løbende opfølgning på telemedicinske data forudsætter, at de relevante kompetencer er til stede i kommunerne, almen praksis og på sygehus. Det er således afgørende, at der er mulighed for at få det nødvendige kompetenceløft, hvis de ikke vurderes at være til stede, og rammerne for kompetenceløft/uddannelse bør tænkes ind fra start.

Tværasektoriel kompetenceudvikling kan være hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, sygehus og almen praksis.

Det bør være en sygeplejerske med KOL-erfaring, der har ansvaret for instruktion og oplæring af borgeren i forståelsen af sygdommen og hvordan der handles på data (målingerne), samt i opfølgningen af hvordan data aflæses og tolkes og efterfølgende handles på.

Sygeplejersken bør have følgende kompetencer:

- Viden om KOL, herunder symptomatologi og håndtering af sygdommen i forbindelse med forværring samt evnen til aktivt at kunne anvende denne viden og handle på den i tilbuddet. Derudover også gerne bred medicinsk viden, da der hos denne patientgruppe ofte optræder multimorbiditet.
- Sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at kunne tage afsæt i den enkeltes patients behov, forudsætninger og kompetencer og inddrage forskellige former for viden i den sammenhæng.
- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr (iltmåler (pulsoximeter) til måling af iltmætning og puls, vægt og eventuelt blodtryksmåler), og de anbefalede målinger og deres betydning. Informationer skal kunne gengives på en måde, så borgeren får et klart og realistisk billede af, hvad det telemedicinske tilbud omfatter og kræver. Hvis lungefunktionsundersøgelse og videokonsultationer indgår, kræver det kendskab til brugen af dette udstyr (lungefunktionsmåler (spirometer)) og viden om og praktisk afprøvning af at fungere foran en skærm, og at kunne yde vejledning og observation via skærm uden fysisk kontakt.
- Kendskab til patientens brugerflade og hyppigste fejl, patienten støder på (fx log-in, opladning af udstyr, batteriskift).
- Viden om øvrige tilbud, der kunne være relevante for borgeren, herunder tilbud i regi af patientforeninger, netværksskabelse mv.

## 4.6 Instrukser i forbindelse med det telemedicinske tilbud



Det anbefales, at der foreligger instrukser til sundhedspersonalet for de forskellige aktiviteter i forbindelse med det telemedicinske tilbud. Der bør således foreligge instrukser for de forskellige typer af målinger og tests, borgeren skal foretage:

- Iltmætning
- Vægt
- Puls
- Rejse-sætte-sig-testen.

Tilsvarende skal alarmgrænser og de tidsmæssige kadencer være beskrevet<sup>9</sup>. Her indgår en beskrivelse af, hvad der bør være aftalt lokalt og samtidig mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet. Der bør ligeledes foreligge kriterier for udvidelse af aftalte kadencer for målinger.

Der bør endvidere foreligge instrukser for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data både tidspunkter og opfølgning på data<sup>10</sup>, alarmgrænser<sup>11</sup> samt hvad der skal foretages, når alarmgrænserne overskrides, herunder også i forhold til opfølgning. Endvidere bør der foreligge instruks for forretningsgange og ansvarsfordeling på tværs af aktørerne.

Eksempler på skabeloner for instruktion af borgere, instruks for opfølgning på data, instruks om alarmgrænser, instruks for henvisning af borgere og instruks for administrative opgaver ved henvisning af borgere i kommunen fremgår af bilag 6-10.

#### 4.7 Teknisk set-up og udstyr



Det tekniske set-up og udstyr til det telemedicinsk understøttede behandlingstilbud kan variere lokalt. Men det er vigtigt, at der i forhold til det tekniske set-up er tilgængelighed, så borgeren har et sted at henvende sig til med sine eventuelle spørgsmål.

Det anbefales, at den tekniske løsning for telemedicinsk understøttede tilbud muliggør opsætning af forskellige brugerflader, der understøtter udvikling af handlekompetence hos de borgere, der modtager tilbuddet.

Løsningen skal være fleksibel, blandt andet i forhold til at kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL, og et andet fokus i den telemedicinske understøttelse. Det kan være algoritmer, der tager afsæt i borgerens symptomer og guider borgeren gennem forskellige handlemuligheder. Dette kan fx være en selvbehandlingsplan som borgeren efter aftale med lægen påbegynder, når bestemte forudsætninger er opfyldt. Det kan fx være tiltagende åndenød og farvet opspyt som tegn på eksacerbation, hvor borgeren selv påbegynder behandling med antibiotika.

##### **Boks 1. Udstyr i TeleCare Nord**

I TeleCare Nord blev der anvendt en tablet, en saturationsmåler, et blodtryksapparat der også kunne måle puls og en vægt, og det hele var koblet på trådløst netværk.

Det kan være en fordel, at organisere sig med et centralt telemedicinsk servicecenter.

Med henblik på at styrke kommunikationen på tværs af aktører og sektorer vil en fælles it-plattform være hensigtsmæssig.

#### 4.8 Varighed af tilbud

Som udgangspunkt forventes det telemedicinske tilbud at fortsætte, så længe borgeren har behov for det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået. Borgeren forbliver i tilbuddet også selvom denne (periodisk) ikke opfylder kriterierne for målgruppen, som fremgår i

<sup>9</sup> Skabelon for instruktion af borgere fremgår i bilag xx

<sup>10</sup> Skabelon for instruks for opfølgning på data fremgår af bilag xx

<sup>11</sup> Skabelon for instruks om alarmgrænser fremgår af bilag xx

kapitel 2.2. Der bør i den forbindelse løbende og på tværs af sektorer evalueres på borgerens gevinst af tilbuddet. Årskontrollen kan være en lejlighed til at foretage en vurdering.

Hvis borgeren udviser manglende adhærens i forhold til at benytte det telemedicinske tilbud, fx at borgeren ikke måler data efter aftale, eller ikke formår at benytte udstyret korrekt og derfor ikke kan monitorere sygdommen, kan der være grundlag for at stoppe tilbuddet.

Ved afslutning af tilbuddet skal det være aftalt mellem parterne og tydeligt for alle aktører, hvem og hvad borgeren afsluttes til, og tilsvarende hvis tilbuddet stoppes midlertidigt.

HØRINGSUDKAST

## 5 Ansvar og samarbejde



I det følgende er opgave- og ansvarsfordelingen samt samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse beskrevet. Princippet er, at opgaverne placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for. Der kan også lokalt laves aftaler om involvering af anden aktør, fx en privat udbyder. Der bør altid være fuld klarhed over, hvor ansvaret er placeret og at ansvaret for borgeren ikke slippes, før en anden aktør aktivt har overtaget det. I bilag 5 skitseres et grafisk eksempel på et forløb i den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Nedenstående tabel 1 giver et overblik over, hvilke aktører/sundhedsprofessionelle, der har ansvar for de forskellige opgaver i det telemedicinsk understøttede behandlingstilbud. Der bør være opmærksomhed på, at mange af opgaverne varetages af flere aktører.

Opgave	Kommune	Almen praksis	Sygehus
Motivation til telemedicin	•	•	•
Identifikation	•		•
Henvisning		•	•
Opstart	•		•
Sygdomsmestring	•	•	•
Monitorering – opfølgning på data	•		•
Løbende patientkontakt	•	•	•
Supplerende forebyggelse og rehabilitering	•		•
Tilbud om årskontrol		•	•

Tabel 1. Opgavefordeling fordelt på kommune, almen praksis og sygehus

### 5.1 Identifikation og henvisning

Da borgeren har forløb på tværs af sektorgrænser vil flere parter (kommune, almen praksis, sygehus) kunne identificere borgere, som kan have gavn af et telemedicinsk understøttet behandlingstilbud. Denne identifikation sker i mødet med borgeren og på baggrund af et kendskab til den enkelte borgers situation og sygdom.

Der bør lokalt indgås aftaler om identifikation og henvisning, som tager hensyn til alle parter.



Henvielse til det telemedicinske tilbud i kommunen fra almen praksis eller sygehus bør indeholde en række oplysninger:

- Patientens stamdata (navn, cpr.nr, adresse, telefon nr.)
- Pårørende, relation, samt kontaktoplysninger
- Diagnose(r)
- Eventuelle allergier
- Højde/vægt
- Selvbehandlingsplan
- Medical Research Council (MRC) åndenødsskala (5-trins dyspnøskala)
- Forceret Vital Kapacitet (FVC) – liter og procent af forventet. forceret ekspiratorisk volumen i det første sekund (FEV<sub>1</sub>) – liter og procent af forventet
- Antal forværringer (eksacerbationer) indenfor seneste år
- Grænseværdier (Alarmgrænser) for målinger- hvis der er aftale om default værdier, oplyses hvis der er afvigelser fra disse
- Måleinterval (én eller to gange om ugen)
- Information om afgivet informeret samtykke
- Særlige indsatsområder
- Hvilke målinger, der er relevante.

#### *Identifikation af borgere i kommunen*

Kommunen kan identificere og kontakte borgere med KOL, der kan have gavn af det telemedicinske tilbud, fx på sundheds- og forebyggelsescentre, i forbindelse med visitation til kommunens forskellige tilbud, eller på et forebyggende hjemmebesøg. Hvis borgeren, efter at være nærmere informeret om tilbuddet, samtykker, opfordres denne til at tage kontakt til sin praktiserende læge eller hjælpes dertil, med henblik på at lægen kan foretage en nærmere vurdering af borgeren henblik på eventuel henvisning til dette.

Ved henvisning skal der foregå en kommunikation mellem de relevante aktører, så det sikres, hvem der har ansvar for patienten, og alle relevante oplysninger bliver givet videre.

#### *Identifikation og henvisning af patienter i almen praksis*

Den praktiserende læge identificerer patienter i forbindelse med konsultation eller en kontrol/årskontrol, og tilbyder telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud, hvis inklusionskriterierne er opfyldt eller patienten på andet måde skønnes egnet.

Efter identifikation henviser praktiserende læge til kommunen. Henvielsen fremsendes til kommunen efter gældende national standard. Kommunen sender kvittering, når patienten er påbegyndt tilbuddet og ved eventuel afslutning samt løbende information om forløbet efter nærmere aftale.

Kommunen eller anden aktør, hvis dette er aftalt lokalt, anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af patient.

#### *Identifikation og henvisning af patienter på sygehuset*

Patienter, som i sygehusregi - på ambulatoriet og på (lunge)medicinsk afdeling vurderes at være inden for målgruppen, kan henvises direkte til det telemedicinske tilbud i kommunen.

Ved identifikation i sygehusregi bliver en sygehushenvisning udfyldt og sendt til patientens kommune med mindre der er aftalt anden national standard<sup>12</sup>.

Kommunen eller anden aktør, hvis dette er aftalt lokalt, anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af patient.

## 5.2 Opstart



Når borgeren har accepteret telemedicinsk understøttet behandling, skal borgeren informeres om det videre individuelle forløb og medgives det aftalte på skrift. Af dette skal der tydeligt fremgå plan for målinger, kontroller, ansvarlige kontaktpersoner og det videre forløb.

Der skal indhentes skriftligt samtykke til telemedicinsk understøttet behandling og videregivelse af kontaktdata til samarbejdspartnere.

Der skal foreligge klare aftaler for, om det er kommunen eller sygehuset, der har ansvaret for opstartsfasen. Reaktions tiden fra henvisning til opstart er maksimalt syv dage. Her oprettes borgeren med telemedicinsk ydelse i de aktuelle it-systemer<sup>13</sup> i henhold til vanlige procedurer. Sygehus eller kommune er ansvarlig for, at monitoreringsudstyr visiteres og rekvireres hos den private leverandør. De er ligeledes ansvarlige for instruktion i at anvende udstyret, og for hvordan borgeren foretager målinger. Den private leverandør har ansvaret for, at der bliver sat udstyr op hos borgeren, samt at borgeren forstår den tekniske del af udstyret.

Det er ligeledes sygehus eller kommune, der har ansvaret for den nærmere oplæring af borgeren i forhold til at kunne forstå og handle på resultaterne af de målinger, de foretager, og for at borgeren føler sig tryk ved at anvende det tekniske udstyr. Borgeren kan derudover henvises til andre relevante tilbud til mennesker med KOL, hvis borgeren ønsker det, fx kommunale forebyggelsestilbud og tilbud i regi af patientforeninger mv.

Der aftales opfølgningssamtale med borgeren efter højst 3-4 uger. Dette foregår normalt i borgerens hjem.

## 5.3 Opfølgning på data



Opfølgning på monitoreringsdata er et sundhedsfagligt ansvar, som varetages af kommunen med undtagelse af de patienter, hvor sygehuset har vurderet, at ansvaret for opfølgning mest hensigtsmæssigt ligger der, som beskrevet nedenfor.

Det er i udgangspunktet personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har ansvar for, og varetager opfølgningen af monitoreringsdata. Opfølgningen indebærer, at borgernes data læses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en intervention i forhold til borgeren.

### *Kommunens opgaver og ansvar*

Det er som udgangspunkt kommunen, som har ansvaret for opfølgning på data. Der følges systematisk op på borgerens måledata efter fastsatte intervaller. Ved afvigelser i data, som indike-

---

<sup>12</sup> Skabelon for henvisning af borgere i kommunen fremgår af bilag xxx

<sup>13</sup> Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til kommunen xx

rer sygdomsudvikling i negativ retning, kontaktes borgeren med henblik på, at denne tager kontakt til praktiserende læge.

#### *Sygehusets opgaver og ansvar*

Sygehuset har i nogle tilfælde ansvaret for opfølgning af data, herunder i forhold til behov for at igangsætte behandling eller eventuel indlæggelse:

- Nyopstartede iltbrugere tilknyttet ambulatoriet
- Patienter, der har været indlagt to eller flere gange det seneste år på grund af KOL forværring
- Patienter, som ud fra en lægelig vurdering har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning..

Borgerne monitoreres som udgangspunkt i sygehusregi og kan efter aftale overgå til kommunal opfølgning. Borgere, der har behov for længere opfølgning i sygehusregi, vurderes løbende og minimum hver 6. måned for at se, om de er stabile nok til at overgå til kommunal opfølgning.

#### *Almen praksis' opgaver og ansvar*

Almen praksis har som udgangspunkt ingen opgaver i forbindelse med opfølgning på data fra de borgere, der modtager den telemedicinsk understøttede behandling, udover de almindelige kontroller, fx årskontrol. Den praktiserende læge vurderer løbende patientens sygdomsgrad og almentilstand samt eventuel komorbiditet. Her kan de telemedicinske målinger være et vigtigt supplement. Borgeren kan derfor medbringe sin tablet med måledata ved besøg hos lægen, ligesom det er vigtigt, at der sker en løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændringer i behandlingen.

Det er også vigtigt at inddrage den praktiserende læge, hvis der er forhold omkring alarmgrænser, der skal reageres på.

Ved akutte eksacerbationer er de telemedicinske målinger et fint supplement i den kliniske vurdering af patienten, og en selvbehandlingsplan kan ikke erstatte en nødvendig undersøgelse hos lægen.

Det er således vigtigt, at der bliver kommunikeret mellem kommune og almen praksis, så der ikke kører parallelle behandlingsforløb, der ikke er samstemt.

## 5.4 Kommunikation

Ved udbredelse af det telemedicinske tilbud er det afgørende, at der foregår et tæt og smidigt samarbejde på tværs af aktører og sektorer involveret i tilbuddet.

Som udgangspunkt anvendes de eksisterende aftaler om kommunikationsveje og -standarder i sundhedsvæsenet, herunder aftaler om indlæggelse, udskrivning mv. Derudover kan der være behov for at etablere nye arbejds gange og nye former for kommunikationspraksis.

Det er ligeledes afgørende, at alle aktører ved, hvordan og hvornår ansvaret for opfølgning mv. videregives. Det bør således lokalt laves aftaler om, hvordan tilbuddet følges op, og med hvilke tidsfrister. Dette skal også være tydeligt for borgeren. Det er også vigtigt, at der foregår en løbende kommunikation mellem aktørerne, så alle føler sig orienteret på samme niveau. Den en-

kelte aktør er altid forpligtet til at følge op på patientens data, indtil en anden aktør har accepteret/kvitteret og dermed aktivt taget ansvaret herfor.

HØRINGSUDKAST

## 6 Referencer

Gregersen TL, Green A, Frausing E, Ringbæk T, Brøndum E, Ulrik CS. Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of COPD* 2016;11.

KIH Slutrapport. MedCom i samarbejde med Socialstyrelsen, Region Midtjylland og Region Hovedstaden. 2015

Newman S et al. The Whole System Demonstrator (WSD) Evaluation. Executive Summary of Findings School of Health Sciences, City University London, 2014

Møll Lill. KOL – sygdom, behandling og organisation. 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark, København 2011.

Pedone C, Lelli D. Systematic review of telemonitoring in COPD: an update. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2015, vol. 83, no. 6, pages 476–484

Pinnock H et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f6070 doi: 10.1136/bmj.f6070 (Published 17 October 2013)

Sundhedsdatastyrelsen. KOL - Flere borgere med KOL i medicinsk behandling. Sundhedsdatastyrelsen, 17. december 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen december 2015.

TeleCare Nord. Afslutningsrapport. 2015

Vitacca M. Telemonitoring in patients with chronic respiratory insufficiency: expectations deluded? *Thorax* April 2016 Vol 71 No 4.

## Bilagsfortegnelse

1. Kommissorium for arbejdsgruppe
2. Arbejdsgruppens medlemmer
3. Kommissorium for styregruppe
4. Styregruppens medlemmer
5. Forløb i det telemedicinske tilbud
6. Skabelon for instruktion af borgere
7. Skabelon for instruks for opfølgning på data
8. Skabelon for instruks om alarmgrænser
9. Skabelon for henvisning af borgere
10. Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere i kommunen

# Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe

## Arbejdsgruppe vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL

### Baggrund

Med økonomiaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. Som grundlag for udbredelsen igangsættes et sundhedsfagligt projekt, der har til formål at:

- fastsætte vejledende visitationsretningslinjer for inkludering af patienter i det telemedicinske tilbud
- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Baggrunden for fastsættelsen af retningslinjer for inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er de sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske resultater, der er opnået i TeleCare Nordprojektet og i KIH-projektet. Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at størstedelen af patienterne med KOL i det telemedicinske tilbud oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. På den baggrund skal de sundhedsfaglige retningslinjer bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

### Projektorganisation

Der nedsættes en arbejdsgruppe og en styregruppe.

Styregruppen består af Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat), Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner, Digitaliseringsstyrelsen, Danske Patienter, PLO samt repræsentanter fra de fem regioner.

Styregruppen afrapporterer til den nationale porteføljestyregruppe for telemedicin i forbindelse med møderne i porteføljestyregruppen.

### Arbejdsgruppens opgaver

På den baggrund etableres en arbejdsgruppe der skal rådgive Sundhedsstyrelsen ved at drøfte og kvalificere oplæg i forhold til:

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord skal arbejdet fastsætte vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin. Retningslinjerne skal ved hjælp af nærmere fastsatte kriterier give den visiterende enhed (almen praksis eller sygehus) hjælp til at vurdere, om en given patient skal tilbydes telemedicinsk behandling eller ej. Desuden kan retningslinjerne hjælpe de kommunale medarbejdere med at identificere relevante borgere med henblik på at borgere kan inkluderes via egen læge. Kriterierne skal bl.a. omfatte sygdomsniveau, kognitiv parathed mv.

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra eksisterende projekter, herunder TeleCare Nord og KIH-projektet, skal projektet:

- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud, herunder omfanget og typen af målinger, tidsmæssige kadencer for borgerens målinger af egen helbredstilstand mv.
- fastsætte vejledende tidsmæssige kadencer for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data
- fastsætte vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus om patienter i det telemedicinske tilbud.

Arbejdet skal kunne omsættes til produkter, der umiddelbart kan tages i anvendelse i det daglige arbejde hos de aktører, der er involveret i det telemedicinske tilbud, herunder almen praksis og kommuner.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Digitaliseringsstyrelsen (1)
- Kommuner (3)
- Regioner (3)
- Danske Patienter (1)
- Dansk Lungemedicinsk Selskab (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker (1)
- Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmersygeplejersker (1)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (1)

Sundhedsstyrelsens kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise efter behov.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege henholdsvis regionale og kommunale repræsentanter.

#### **Arbejdsgruppens møder**

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Efter møder i arbejdsgruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

#### **Tidsplan og mødedatoer**

Arbejdet igangsættes i foråret 2016, og forventes afsluttet ved udgangen af 3. kvartal 2016.

Der forventes afholdt tre møder i arbejdsgruppen:

- Onsdag den 13. april 2016 kl. 11.30-14.30
- Mandag den 30. maj 2016 kl. 11.00-14.00
- Fredag den 2. september 2016 kl. 11.00-14.00

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.



## Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

### **Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL:**

#### Dansk Lungemedicinsk Selskab

Anders Løkke

Thomas Ringbæk

#### Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Helle Skou

Praktiserende læge Ole Friis Junge

#### Dansk Sygepleje Selskab

Sygeplejerske og forsker Christina Emme (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital)

#### Danske Patienter

Magnus Løvendal Bendtsen (Lungeforeningen), *til juli 2016*

Projektleder Marie Gade Husted (Lungeforeningen), *fra august 2016*

#### Digitaliseringsstyrelsen

Fuldmægtig Mette Myrhøj Jensen

#### Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmersygeplejersker

Mia Duus

#### Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker

Post doc, ph.d. og forskningssygeplejerske Anne Dichmann Sorknæs (OUH, Svendborg Sygehus) / Suppleant klinisk sygeplejespecialist, lungesygeplejerske Marie Lavesen Karlsson (Nordsjællands Hospital – Hillerød)

#### Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Udviklingsygeplejerske Inge Jekes (Kalundborg Kommune)

#### Kommunale repræsentanter

Haderslev Kommune: Akutsygeplejerske Tanja Johannsen

Københavns Kommune: Pernille Faurschou

Lyngby-Taarbæk Kommune: Projektleder og sygeplejerske Charlotte Dorph Lyng

Regionale repræsentanter

Region Hovedstaden: Projektleder og KOL-sygeplejerske Eva Brøndum (Hvidovre Hospital)

Region Nordjylland: Ledende overlæge Carl Nielsen (Aalborg Universitetshospital)

Region Syddanmark: Assisterende professor Lisbeth Rosenbek Minet (Odense Universitetshospital, OUH)

*Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.*

HØRINGSUDKAST

## Bilag 3: Kommissorium for styregruppen

### Styregruppe vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL

#### Baggrund

Med økonomaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. Som grundlag for udbredelsen igangsættes et sundhedsfagligt projekt, der har til formål at:

- fastsætte vejledende visitationsretningslinjer for inkludering af patienter i det telemedicinske tilbud
- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Baggrunden for fastsættelsen af retningslinjer for inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er de sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske resultater, der er opnået i TeleCare Nordprojektet og i KIH-projektet. Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at størstedelen af patienterne med KOL i det telemedicinske tilbud oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. På den baggrund skal de sundhedsfaglige retningslinjer bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

Arbejdet skal udmunde i:

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord skal arbejdet fastsætte vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin. Retningslinjerne skal ved hjælp af nærmere fastsatte kriterier give den visiterende enhed (almen praksis eller sygehus) hjælp til at vurdere, om en given patient skal tilbydes telemedicinsk behandling eller ej. Desuden kan retningslinjerne hjælpe de kommunale medarbejdere med at identificere relevante borgere med henblik på at borgere kan inkluderes via egen læge. Kriterierne skal bl.a. omfatte sygdomsniveau, kognitiv parathed mv.

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra eksisterende projekter, herunder TeleCare Nord og KIH-projektet, skal projektet:

- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud, herunder omfanget og typen af målinger, tidsmæssige kadencer for borgerens målinger af egen helbredstilstand mv.
- Fastsætte vejledende tidsmæssige kadencer for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data
- Fastsætte vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus om patienter i det telemedicinske tilbud.

Arbejdet skal kunne omsættes til produkter, der umiddelbart kan tages i anvendelse i det daglige arbejde hos de aktører, der er involveret i det telemedicinske tilbud, herunder almen praksis og kommuner.

### **Projektorganisation**

Der nedsættes en arbejdsgruppe og en styregruppe.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Digitaliseringsstyrelsen, kommuner, regioner, Danske Patienter, Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Sygepleje Selskab, Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker, Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmerisygeplejersker, Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne.

Styregruppen afrapporterer til den nationale porteføljestyregruppe for telemedicin i forbindelse med møderne i porteføljestyregruppen.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion for både arbejdsgruppe og styregruppe.

### **Styregruppens opgaver**

Styregruppen har det overordnede strategiske ansvar for projektets fremdrift og resultater, og skal bidrage til at sætte retning for arbejdsgruppens arbejde samt træffe endelig beslutning om projektets leverancer.

### **Styregruppens sammensætning**

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Digitaliseringsstyrelsen (1)
- KL (1)
- Danske Regioner (1)
- PLO (1)
- Danske Patienter (1)
- Repræsentanter fra de fem landsdelsprogrammer (5)

### **Styregruppens møder**

Arbejdsgruppen udarbejder oplæg til møderne, som styregruppen drøfter og kvalificerer/godkender.

Efter møder i styregruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

### **Tidsplan og mødedatoer**

Arbejdet igangsættes i foråret 2016, og forventes afsluttet ved udgangen af 3. kvartal 2016.

Der forventes afholdt tre møder i styregruppen:

- Tirsdag den 5. april 2016 kl. 11.00-13.00
- Onsdag den 17. august 2016 kl. 11.00-13.00

- Torsdag den 29. september 2016 kl. 11.00-13.00

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.

HØRINGSUDKAST

## Bilag 4: Styregruppens medlemmer

### **Medlemmer af Styregruppen vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL**

#### Danske Patienter

Direktør Anne Brandt (Lungeforeningen)

#### Digitaliseringsstyrelsen

Teamleder Susanne Duus

#### Danske Regioner

Konsulent Anne Cederlund Rytter

#### KL

Konsulent Lone Vinhard

#### Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Niels Ulrich Holm

#### Repræsentanter fra de fem landsdelsprogrammer

Region Hovedstaden: Overlæge Ejvind Frausing Hansen (Amager og Hvidovre Hospital)

Region Midtjylland: Velfærdsteknologichef Ivan Kjær Lauridsen (Aarhus Kommune)

Region Nordjylland: Projektleder Helen Houmøller Rasmussen (Region Nordjylland)

Region Sjælland: Daglig leder Marianne Neerup Andersen (Region Sjælland)

Region Syddanmark: Leder af Borgerrettet Forebyggelse Irene Ravn Rossavik (Esbjerg Kommune)

#### Sundheds- og Ældreministeriet

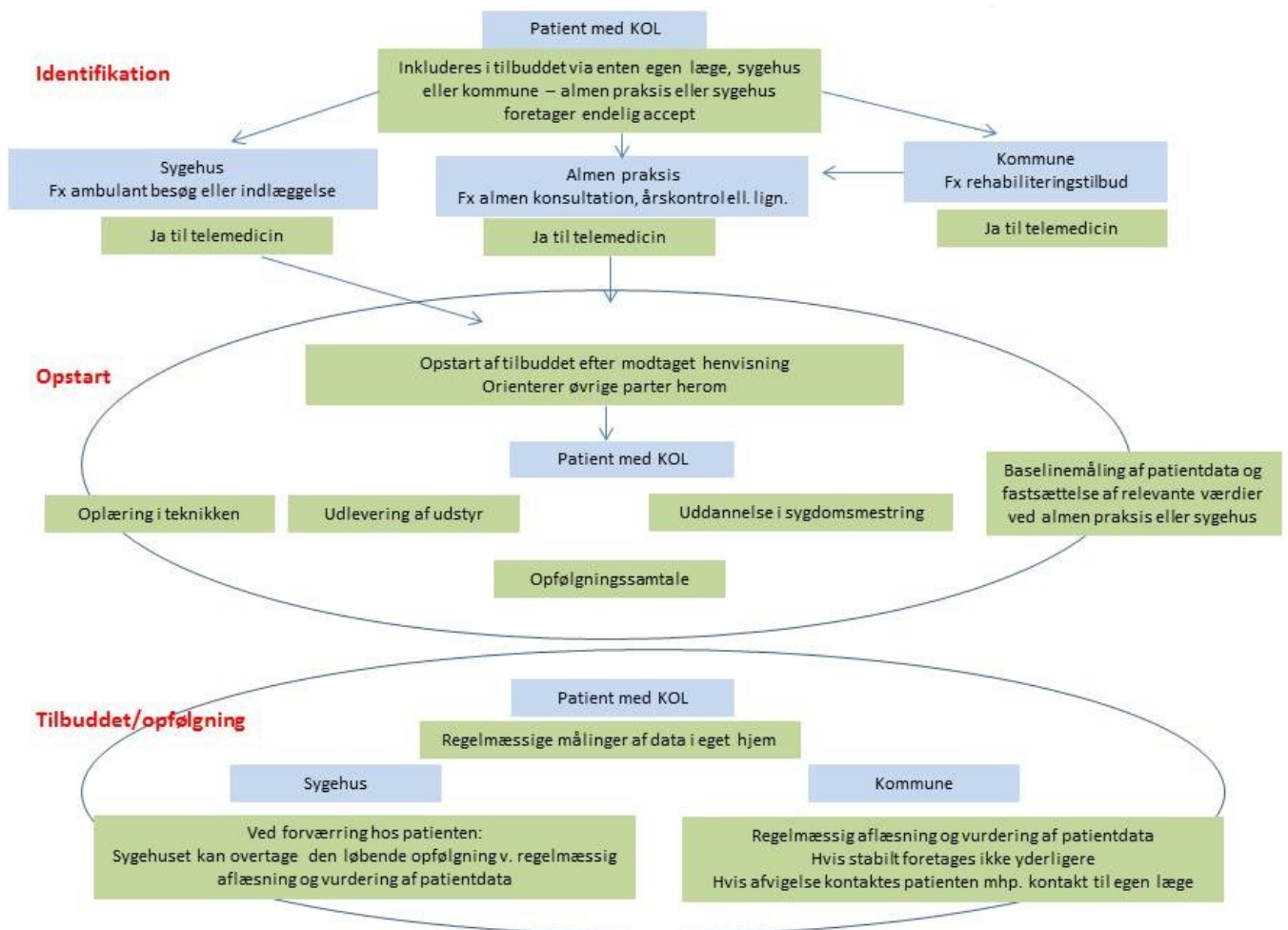
Chefkonsulent Peter Munch Jensen

*Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.*



## Bilag 5: Forløb i det telemedicinsk understøttede tilbud

Nedenfor skitseres et eksempel på et forløb i den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL. Forudsætninger for tilbuddet og beskrivelse af det sundhedsfaglige indhold i tilbuddet beskrives i kapitel 3. Uddybning af ansvar og samarbejde mellem aktørerne kommune, almen praksis og sygehus beskrives i kapitel 4.



## Bilag 6: Skabelon for instruktion af borgere



### Formål

*Her anføres formålet med tilbuddet og med instruksen dvs. instruks for oplæring i anvendelse af måleudstyr og tablet – og forståelse af sammenhængen med målingerne og egen sygdom samt tidskadencer for målinger og afsendelse af data.*

*Borgeren skal ikke være i tvivl om, hvem der er ansvarlig sundhedsprofessionel, hvor ofte indsendte data vurderes, ligesom borgeren skal kende form og tidspunkt for kontakt.*

### Aktører

*Her anføres hvilke aktører, der er ansvarlig for instruktionerne – såvel den tekniske som den sundhedsfaglige.*

### Kompetencer

*Her anføres hvilke kompetencer (sundhedsfaglige, sundhedspædagogiske og tekniske) der skal være til stede som en forudsætning for de enkelte dele af instruktionen.*

### Nærmere indhold - instruktion

*Her anføres*

- *Principper for oplæring i valgt måleudstyr og tablet*
- *Oplæring i besvarelse af symptomscorer og i afsendelse af data*
- *Principper for målehyppighed*
- *Målingernes betydning i relation til sygdomsmestring.*  
*Det er vigtigt, at borgeren er gjort opmærksom på, hvor ofte og hvornår borgerens målinger bliver aflæst. Herunder at borgeren er tydeligt informeret om, at der ikke er tale om et akuttilbud, og derfor ikke bør forholde sig passivt, hvis målingerne afviger.*
- *Kommunikationsveje – ansvarlige sundhedsprofessionelle*
- *Pårørendeinddragelse*
- *Tidsaftaler for*
  - *Levering af udstyret*
  - *Det første besøg individuelt eller i gruppe*

### Materiale

*Her anføres det skriftlige materiale, borgeren får udleveret om*

- *tablet*
- *måleudstyr*
- *iværksatte procedurer.*
- *datoer for kommende aftaler, hvad disse omhandler og med hvilke fagpersoner (sundhedsprofessionelle eller teknikere) samt telefonnumre og kontakttider (mødebog).*



*Det anføres, hvem der håndterer support, op- og nedtagning af udstyr, således at sygdomsspecifikke og tekniske problemstillinger adskilles.*

Opsætning og testmålinger foregår i patientens hjem.

Først når alt udstyr er opsat og testet, og borger har givet udtryk for at være parat til at starte, påbegyndes den telemedicinsk understøttede behandling.

HØRINGSUDKAST

# Bilag 7: Skabelon for instruks for opfølgning på data

## Formål

*Her anføres formålet dvs. opfølgning på de data, borgerne sender ind.*

## Aktører

*Her anføres den/ de aktør(er), der har ansvaret for opfølgning på data fra borgere, der er i telemedicinsk understøttet behandling.*

Ansvaret for opfølgning på data fra nyopstartede iltbrugere tilknyttet hospitalsambulatoriet varetages af sygehuset.

## Kompetencer

*Her anføres det hvilke kompetencer, der skal foreligge for at kunne følge op på data fra borgere, der er i telemedicinsk understøttet behandling.*

## Nærmere indhold

### Data

*Her anføres det hvilke data, der konkret skal følges op på, og hvordan de individuelt fastsatte alarmgrænser skal anvendes.*

*Det er en lægelig opgave at fastsætte alarmgrænser for, hvornår der bør reageres på data både i forhold til målingerne og svar på symptomscore i forhold til den individuelle borger. Alarmgrænserne kan eksempelvis håndteres ved, at de fremgår med farvekoder i den telemedicinske platform med vægtet efter vigtighed.*

*Et eksempel på en sådan liste med **farvekoder** prioriteret efter vigtighed er anført herunder:*

- Rød - alarm overskredet ved én eller flere værdier
- Gul - én eller flere værdier skal observeres
- Blå - data ikke modtaget, som forventet
- Orange - kræver opmærksomhed på rejse-sætte-sig testen
- Grøn - ingen alarmer overskredne
- Grå - ingen nye målinger, men ulæst note eller besked

## Handling

### Målehyppighed

*Her anføres den hyppighed for målinger, der er aftalt i indkøringsperioden og herefter - under hensyntagen til om de forudindstillede alarmgrænser på målinger passer til borgeren, eller de fraviges.*

De første 14 dage bør borgeren både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål dagligt. Derefter foretager borgeren i udgangspunktet målinger og svarer på sygdomsspecifikke spørgs-

mål en til to gange om ugen, medmindre andet aftales med læge. Tidspunktet her for bør aftales. Antallet af ugentlige målinger, og ændringer af disse, skal journaliseres.

Den enkelte borger kan selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstra målinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

Efter de første 14 dage bør kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne. I denne sammenhæng bør det overvejes, om borgerens grænseværdier skal ændres, eller om borgeren har brug for yderlig instruktion i at foretage korrekte målinger.

#### **Gennemsyn og vurdering af data**

*Her anføres hvor hyppigt/ kadencen for den sundhedsprofessionelle ser på data under hensyntagen til eventuel justering af alarmgrænser. Der anføres aftaler om måletidspunktet og særlige forhold om opfølgning i forbindelse manglende validitet af målinger i indkøringsperioden, når der måles to gange ugentligt, og op til weekend og ferier. Anvendes der farvekoder, anføres intervention i henhold her til.*

Generelt ses der de første 14 dage på data alle hverdage og herefter som udgangspunkt 1 gang ugentligt.

#### **Opdatering Telemedicinsk platform**

Hvis der sker ændringer i den telemedicinske platform orienteres der herom via mail. Eventuelle ændringer af opgaver og arbejds gange skal opdateres i henhold her til.

#### **Ændring af spørgeskemaer**

Hvis der ske ændringer i eksisterende spørgeskemaer, eller der kommer helt nye skemaer, skal relevante superbrugere orienteres. Efterfølgende skal borgerne orienteres og eventuelt instrueres.

## Bilag 8: Skabelon for instruks om alarmgrænser

Der er som udgangspunkt fastsat forudindstillede alarmgrænser for de borgere, der modtager telemedicinsk understøttet behandling.

### Formål

Her anføres formålet, dvs. instruks for forudindstillede alarmgrænser aftalt mellem involverede aktører, samt handling i forhold her til herunder justering af grænseværdier.

### Aktører

Her anføres de involverede sundhedsprofessionelle aktører.

### Kompetencer

Her anføres det hvilke kompetencer, der skal foreligge for at kunne forholde sig til disse i kommunalt sammenhæng.

### Nærmere indhold og handling

Her anføres skema for forudindstillede aftalte alarmgrænser for valgte måledata, som udgangspunkt iltmætning (saturation), puls og vægt, opdelt ud fra normale forhold (grøn), forhold der bør observeres (gul) og ikke- normale forhold, der kræver lægekontakt (rød).

Der kan i hele perioden opstå et behov for at justere alarmgrænser hos en konkret borger i samråd med praktiserende læge eller sygehuset. For vægt indstilles alarmgrænsen ved hver borger ud fra vægttab/ vægtøgning.

Der bør anføres handling for, når data afviger, og borgeren skal henvises til enten almen praksis eller sygehus jf. aftaler om dette:

Som eksempel er de forudindstillede alarmgrænser, der er anvendt i Tele Care Nord anført her, hvor grøn er normal, gul observation og rød ikke normale forhold

#### Saturation:

$\geq 92$   $\geq 88$  og  $< 92$ <sup>14</sup>  $< 88$ <sup>15</sup>

#### Puls: (hvile)

$\leq 50$   $> 50$  og  $< 60$   $\geq 60$  og  $< 110$   $\geq 110$  og  $< 130$ <sup>16</sup>  $\geq 130$ <sup>17</sup>

**Vægt:** indstilles altid individuelt: I Telecare Nord indstilles vægt ud fra første vægtmåling eller vurderet vægt på baggrund af vægtmåling over 14 dage:

$2\% \leq$  vægttab  $< 5\%$  /indenfor  $\text{Vægttab} \geq 5\%$

F.eks. ved vægt på 50 kg:

<sup>14</sup> Eller baseline - 3

<sup>15</sup> Eller baseline -5

<sup>16</sup> Eller baseline +25

<sup>17</sup> Eller baseline +40

en måned

/indenfor en måned

Gul grænse sættes til 49 og rød grænse til 47,5

HØRINGSUDKAST

## Bilag 9: Skabelon for henvisning af borgere

### Formål

Her anføres formålet, som er at anføre de informationer kommunen eller anden aktør har behov for at have, når en borger henvises til telemedicinsk understøttet behandling fra almen praksis eller sygehus.

### Henvisning af patienter fra almen praksis

Her anføres principper for, hvordan henvisningen bør fremsendes til kommunen eller anden aktør (fx elektronisk med anførelse af blanket) samt for kommunens kvittering her for.

### Henvisning af patienter fra sygehus

Her anføres principper for, hvordan henvisningen bør fremsendes til kommunen eller anden aktør (fx elektronisk med anførelse af blanket) samt for kommunens kvittering her for.

### Indhold

Her anføres de informationer, der bør fremgå af henvisningen. Det bør ligeledes fremgå af henvisningen, hvis der skal foretages målinger to gange om ugen, og hvis der er afvigelser fra de foruddefinerede alarmgrænser

I nedenstående er der taget udgangspunkt i den henvisning, der anvendes i Tele Care Nord-projektet

- Navn, adresse og telefon nr. til patient, og eventuelt til pårørende
- Antal forværringer indenfor seneste år
- Højde, og evt. vægt
- Blodtryk ved behov
- Eventuel saturation og iltbehandling
- Komorbiditet
- MRC score – klassifikation findes bl.a. i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015
- Evt. selvbehandlingsplan til KOL: se <http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012#haandtering>
- Øvrige oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning

Derudover bør følgende påføres:

- Der er givet samtykke til data udveksling mellem samarbejdspartnere; mundtligt eller skriftligt
- Patienten bedes kontaktet mhp. opstart af telemedicinsk tilbud

Foruddefinerede alarmgrænser

Alarmgrænser	Rød høj	Gul høj	Gul lav	Rød lav
Puls	Baseline + 40	Baseline + 25	60	50
Saturation			Baseline –	Baseline -

			3	5
--	--	--	---	---

HØRINGSUDKAST

# Bilag 10: Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til telemedicinsk understøttet behandling af KOL

*Læsevejledning: Forklarende tekst fremgår i kursiv.*

## **Formål**

*Under formålet anføres det, at opgaven omfatter modtagelse af henvisninger fra almen praksis eller sygehus herunder hvilken form for henvisning, det drejer sig om og oprettelse i relevant borger-/ patientsystem og telemedicinsk monitoreringssystem samt bestilling af udstyr mv.*

## **Aktør**

*Her anføres den relevante aktør*

## **Kompetencer**

*Her anføres det, hvilke administrative kompetencer der skal foreligge for at kunne oprette borgeren i begge systemer.*

## **Handling**

*Her anføres det, hvordan henvisningen (anfør de forskellige typer) modtages ift. hvad det er for et tilbud, det drejer sig om, og hvordan borgeren oprettes i relevante borger-/ patient-system i henhold til sædvanlig procedure hos den relevante aktør samt i det telemedicinske monitoreringssystem, der er besluttet at anvende.*

*Det bør sikres, at alle informationer om samtykke – også til dataudveksling foreligger.*

*Endvidere anføres procedure for, hvordan og hvornår borgeren kontaktes, og udstyret bestilles, samt hvornår og hvorledes der iværksættes instruktion og oplæring heri herunder også i forhold til sygdomsmestring.*

*Tidspunkt for Borger-/ patientkontakt anføres sammen med bestilling mhp. levering af udstyr*

## **Data:**

*Her anføres hvilke data henvisningen indeholder (borgerdata, diagnoser, evt. behandlingsplan, sygehistorie, grænseværdier, måle-interval og information om samtykke til dataudveksling mellem samarbejdspartnere i det telemedicinske tilbud).*





Sundhedsstyrelsen  
Planlægning  
E-mail: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

Dato: 10. oktober 2016

## **Høringssvar vedrørende Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde**

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS) takker for invitationen til at afgive høringssvar om ovenstående emne.

DSKS støtter at Sundhedsstyrelsen udgiver disse anbefalinger inden projekterne konkretiseres. Det vil understøtte ønsket om et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet.

DSKS har ingen kommentarer til indholdet af anbefalinger. Men DSKS savner overvejelser om løbende kvalitetssikring af tilbuddet, og vil foreslå der udarbejdes få relevante indikatorer og værktøjer til monitorering af kvaliteten af TeleKOL, hvilket med fordel kan ske i samarbejde med DRKOL databasen.

Med venlig hilsen

Knut Borch-Johnsen  
Formand



Til Sundhedsstyrelsen

Postadresse:

Frederiksgade 9 - 4690 Haslev

Telefon 56 20 30 00

Telefax 56 20 30 01

[www.faxekommune.dk](http://www.faxekommune.dk)

Kontoradresse:

Faxe Sundhedscenter

Præstøvej 78

4640 Faxe

Direkte 5620 3385

Email: [viba@faxekommune.dk](mailto:viba@faxekommune.dk)

Dato 10/10/16

## Hørings svar til behandling af KOL i eget hjem

Telemedicin er en metode til at opnå større handlekompetence om egen sygdom, og anbefalingerne er et brugbart supplement til at opnå dette.

Vi finder anbefalingerne gennembearbejdet med fokus på relevante områder (målgruppe, sundhedsfagligt indhold, ansvar og samarbejde).

I forhold til at identificere og kontakte borgere giver det god mening at opgaven fordeles mellem flere sektorer.

Udfordringerne kan være at få implementeret anbefalingerne hos alle tre sektorer, idet tidligere erfaringer fra bl.a. forløbsprogrammerne viser, at det er en svær opgave at få indført nye arbejdsgange. Opgaven vil kræve ressourcer til at planlægge, koordinere og organisere indsatsen, så alle tre sektorer vidensdeler og kender hinandens roller og ansvar.

Vi vurderer, at det sundhedsfaglige indhold bør følges tæt af arbejdsgruppen og lokalt af fx KOL kompetencecentret i Region Sjælland, for at sikre fremdrift og kvalitet af indsatsen, herunder koordinere servicecenter, instrukser mv.

Det kunne være ønskeligt med en fælles it-plattform, både ift. telemedicin, men også ift. mange andre områder, hvor de tre sektorer samarbejder om borgerne.

Med venlig hilsen

Tina Norking  
Sundhedschef

Vibeke Bastrup  
Sundhedskonsulent





Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Sendt til: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

13. oktober 2016

Datatilsynet  
Borgergade 28, 5.  
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200  
Fax 3319 3218

E-mail  
[dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk)  
[www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)

J.nr. 2016-19-0071  
Sagsbehandler  
Victoria Maria Ljunggren  
Direkte 3319 3214

**Vedrørende høring over "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde"**

1. Ved e-mail af 27. september 2016 har Sundhedsstyrelsen fremsendt udkast til "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde" og anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger.

2. Persondataloven<sup>1</sup> gælder ifølge lovens § 1, stk. 1, bl.a. for behandling af personoplysninger, som helt eller delvist foretages ved hjælp af elektronisk databehandling, og for ikke-elektronisk behandling af personoplysninger, der er eller vil blive indeholdt i et register.

Persondataloven stiller i lovens § 41, stk. 3, krav om, at der skal træffes de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes, samt mod, at de kommer til uvedkommendes kendskab, misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven.

Persondatalovens sikkerhedskrav for offentlige myndigheder er nærmere uddybet i sikkerhedsbekendtgørelsen<sup>2</sup> og i Datatilsynets sikkerhedsvejledning<sup>3</sup>.

Det følger af sikkerhedsbekendtgørelsens § 14, at der kun må etableres eksterne kommunikationsforbindelser, hvis der træffes særlige foranstaltninger for at sikre, at uvedkommende ikke gennem disse forbindelser kan få adgang til personoplysninger.

Af vejledningen til § 14 fremgår, at hvis der sendes følsomme personoplysninger over internettet, skal der anvendes stærk kryptering.

---

<sup>1</sup> Lov nr. 429 af 31. maj 2000 med senere ændringer

<sup>2</sup> Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000, som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. marts 2001, om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

<sup>3</sup> Vejledning nr. 37 af 2. april 2001 til bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

Datatilsynet skal endvidere henlede opmærksomheden på persondatalovens krav ved brug af databehandlere, jf. lovens § 42, stk. 2.

En databehandler er efter persondatalovens § 3, nr. 5, den fysiske eller juridiske person, offentlige myndighed, institution eller ethvert andet organ, der behandler oplysninger på den dataansvarliges vegne – f.eks. en privat virksomhed, der behandler personoplysninger på en myndigheds vegne.

Det følger af sikkerhedsvejledningen § 7, stk. 1, at hvis behandling af personoplysninger foretages af en databehandler på den dataansvarliges vegne, skal der foreligge en skriftlig aftale, hvoraf det fremgår, at reglerne i sikkerhedsbekendtgørelsen ligeledes gælder for behandlingen ved databehandleren.

**3.** Datatilsynet skal anbefale, at Sundhedsstyrelsen tilføjer et afsnit om datasikkerhed i retningslinjerne, og at det herunder præciseres, at transmission af følsomme og fortrolige oplysninger kun kan ske ved anvendelse af kryptering.

Datatilsynet forudsætter i øvrigt, at de relevante myndigheder i forbindelse med telemedicinsk behandling lever op til kravene i persondataloven og sikkerhedsbekendtgørelsen.

Med venlig hilsen

Victoria Maria Ljunggren

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Dorrit Guttman <dogut@vordingborg.dk>  
**Sendt:** 14. oktober 2016 11:18  
**Til:** SST Plan  
**Cc:** Niels Vendelbo Gadegaard  
**Emne:** Høringssvar fra Vordingborg Kommune, tele-KOL

**Opfølgningsflag:** Opfølgning  
**Flagstatus:** Fuldført

**Sag:** 1-1010-207/8  
**Sagsdokument:** 3264989

### Hermed høringssvar fra Vordingborg Kommunes KOL-rehabilitering:

#### Generelle betragtninger:

Der er tale om et dækkende udkast, som dog kan vinde ved en gennemskrivning med fokus på enkel kommunikation. Der er ofte tale om meget lange sætninger og tung syntaks. Dette er ikke optimalt i et klinisk hverdagsmiljø. Retningslinjen vil være nemmere at arbejde med, hvis de konkrete anbefalinger står tydeligere frem.

Det er væsentligt for inklusion, opfølgning og evaluering at borgerens sideløbende interventioner er dokumenterede (rehabiliteringstilbud, træning, andre teletilbud osv.). Bør indskrives et sted.

Det er en god beslutning, at relevansen af blodtryksmåling skal vurderes individuelt. Og det er en god ide at arbejde med en feedback mekanisme, som nævnt i afsnittet om sygdomsmestring.

#### Konkrete ændringsforslag og spørgsmål:

Kapitel 1.3, side 8 , andet afsnit:

- "en mere effektiv behandling" bør udgå. Det er at tage munden lidt for fuld. Det er mere præcist blot at beskrive, at interventionen medfører færre og/eller kortere sygehusindlæggelser

Kapitel 2, side 9, afsnit 2:

- "Øget energibehov" bør tilføjes som årsag til svækkelse af muskelmassen

Kapitel 3.1, side 10:

- Til listen af inklusionskriterier bør tilføjes følgende "borgeren kan forstå og handle på egne, målte værdier"

Kapitel 3.2, side 10:

- Hvad betyder "hjemlige forhold" helt præcist? Og hvad med intentionen om lighed i sundhed?
- "Borgerens sygdomsbillede er komplekst" bør slettes af eksklusionslisten, da kriteriet allerede er positivt og mere præcist defineret under inklusion
- Er det et eksklusionskriterium, hvis man ikke taler/forstår dansk?

Kapitel 4.1 side 11:

- Alarmgrænserne bør fastsættes således, at unødige bekymringer forebygges

Kapitel 4.3, s.12:

- Eksempler på gevinstindikatorer bør beskrives
- Sidste afsnit: "uhensigtsmæssig lang tid" er meget upræcist – kan det defineres tydeligere?

Kapitel 4.5, side13:

- afsnit 3: "KOL- erfaring" bør erstattes af " kompetencer indenfor det lungemedicinske område"

- tredje dot: "fungere foran en skærm" bør slettes. Hvad betyder det mon?

Kapitel 4.8, side 15, afsnit 2:

- "adhærens" kan fx erstattes af compliance og motivation

Kapitel 5, side 16, skemaet:

- Det skal præciseres, hvem der har ansvaret for at beskrive alarmgrænser og kadencer
- Almen praksis kan også identificere

Kapitel 5.1, side 17:

- Under oplysninger fra sygehus/læge til kommune mangler en GOLD-scoring
- Dot nr. 9 ændres til antal "behandlingskrævende" forværringer (eksacerbationer)

Kapitel 5.2, afsnit 3:

- Hvad er logikken bag reaktionstid på syv dage? Dette kan volde problemer i ferietiden og andre pressede perioder.

Venlig hilsen

**Dorrit Guttman**  
*Sundhedschef*

Telefon: 55 36 28 70  
Mobil: +4551539399  
[dogut@vordingborg.dk](mailto:dogut@vordingborg.dk)



**Afdeling for Sundhed**  
Langgade 57  
4780 Stege



**Vordingborg Kommune**  
Postboks 200  
Valdemarsgade 43  
4760 Vordingborg

Område: Syddansk Sundhedsinnovation  
Journal nr.: 16/35218  
Dato: 13. oktober 2016  
Udarbejdet af: Thomas Clausen  
E-mail: Thomas.Clausen@rsyd.dk  
Telefon: 29201951



# Høringssvar Region Syddanmark: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

## 1. Generelle bemærkninger

Region Syddanmark vurderer, at materialet overordnet set fremtræder klart og gennearbejdet. Der er tale om få og klare mål samt klare ind- og eksklusionskriterier.

Anbefalingerne vil desuden kunne indarbejdes i Forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark. Forløbsprogrammet er sendt i høring og forventes politisk godkendt primo 2017.

Generelt kan det bemærkes at det er helt afgørende for telemedicinsk KOL-behandling, at der imellem de relevante sektorer der indgår i det samlede behandlingsforløb, er en tæt og velbeskrevet koordinering. Dette skal blandt andet sikres i regi af de 5 regionale landsdelsprogrammer telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

## 2. Ændringsforslag og specifikke bemærkninger

En umiddelbar mangel i materialet vurderes at være et manglende fokus på den rehabiliterende tilgang. Der kan således stilles spørgsmål ved, om den telemedicinske understøttelse alene skal være et behandlingstilbud, eller skal der også være et fokus på rehabilitering. Region Syddanmark anbefaler, at der i vejledningen også indarbejdes et fokus på rehabilitering. En rehabiliterende tilgang, hvor der tages udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer. Dette kan indskrives i kapitel 5: Ansvar og samarbejde.

Der kan desuden peges på, at der i vejledningen bør fremhæves væsentligheden af, at der mellem patient/borger og sundhedspersonalet er en løbende dialog og læringsproces i forhold til brugen af den telemedicinske løsning og monitorering.

I forhold til anbefalingerne omkring teknisk setup og udstyr (afsnit 4.7) bemærkes det som positivt, at der lægges op til, at den tekniske løsning skal være fleksibel og kunne anvendes til andre sygdomsforløb, så der ikke opbygges parallel tekniske løsninger.

I vejledningen anbefales det, at man kan organisere sig med et centralt telemedicinsk servicecenter. Region Syddanmark støtter ideen om central telemedicinsk service men anbefaler, at det bliver etableret regionalt under hensyntagen til den kommende organisering af de regionale telemedicinske KOL-programmer.

## 3. Høringsliste i Region Syddanmark

I Region Syddanmark har følgende parter/afdelinger haft mulighed for at kommentere på høringen:

- 1) Sygehusene herunder specialeråd i lungemedicin, CIMT samt Endokrinologisk Afdeling M (OUH)
- 2) Region Syddanmarks tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. forløbsprogrammet for KOL
- 3) Stabsfunktioner: Tværsektorielt Samarbejde, Kvalitet og Forskning, Sundhedsplanlægning, Syddansk Sundhedsinnovation (sekretariat for landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL)

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Anders Løkke <aloeke@gmail.com>  
**Sendt:** 14. oktober 2016 00:55  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Cc:** Jette Blands  
**Emne:** Re: T.O.: Høring - Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Frist d. 24/10-16 kl. 12.00

Kære Jette

Har følgende ændringsforslag til punkt 1.3 Vidensgrundlag ift. teksten startende på side 8 og frem til slutningen af afsnittet. Foreslår ny ordlyd.:

"Anbefalingerne vedrørende inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er et forsøg på en konstruktiv sammenfatning af resultaterne fra den nuværende litteratur på området samt erfaringer tilvejebragt i specielt en række danske telemedicinske projekter - herunder TeleCare Nord- og KIH-projektet. Der er ikke i forbindelse med dette arbejde blevet udført en systematisk litteratursøgning på området. Anbefalingerne har det mål for øje, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling".

Mener at teksten vedrørende erfaringer fra TeleCare Nord bør slettes. Der er endnu ingen officielle resultater, hvorfor jeg ikke mener, at vi kan udtale os direkte - i værste fald skal vi trække i land, når resultaterne foreligger, hvorfor jeg finder ovenstående tekst mere dækkende og reel?!

Mange hilsner  
Anders

Den 27. september 2016 kl. 15.31 skrev Janni Stauersbøll Kramer <[JKR@sst.dk](mailto:JKR@sst.dk)>:

Kære medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL

Til jeres orientering er rapporten "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde" nu sendt i offentlig høring.

Høringsmaterialet kan findes på [Høringsportalen](#).

Høringsfristen er: **Mandag den 24. oktober 2016 kl. 12.00.**

Venlig hilsen



## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Lone Kjær Juncker <lkju@socialstyrelsen.dk>  
**Sendt:** 14. oktober 2016 14:42  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Høringssvar Socialstyrelsen: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL  
**Vedhæftede filer:** Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Høringsudkast telemedicin 270916.pdf  
**Sag:** 1-1010-207/8  
**Sagsdokument:** 3265352

Socialstyrelsen har ingen bemærkninger til høringen.

Venlig hilsen

**Lone Kjær Juncker**  
Sekretær



Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed  
Telefon: +45 41 74 00 10  
E-mail: [lkju@socialstyrelsen.dk](mailto:lkju@socialstyrelsen.dk)

### **SOCIALSTYRELSEN**

Landemærket 9  
1119 København K  
Telefon: +45 72 42 37 00  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

---

**Til:** Ledelsessekretariatet - SOS ([ledelsessekretariatet-sos@socialstyrelsen.dk](mailto:ledelsessekretariatet-sos@socialstyrelsen.dk))  
**Fra:** Helle S. Aarøe ([haar@socialstyrelsen.dk](mailto:haar@socialstyrelsen.dk))  
**Titel:** VS: Høring: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Frist d. 24/10-16 kl. 12.00  
**Sendt:** 28-09-2016 07:49:07

Venlig hilsen

Helle S. Aarøe  
Receptionist  
Serviceenheden  
Direkte: 72424198  
Email: [haar@socialstyrelsen.dk](mailto:haar@socialstyrelsen.dk)



**Socialstyrelsen**  
Edisonsvej 18, 1 sal  
5000 Odense C  
Telefon:+45 72 42 37 00

## Hørings svar vedr. Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

### Helsingør Kommunes svar til høringsudkastet.

Helsingør Kommune kvitterer for høringsudkastet vedr. telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Anbefalingerne i høringsudkastet udgør overordnet et godt afsæt for den kommunale indsats for patienter med KOL, og ligger fint i tråd med den kommunale praksis på rehabiliteringsområdet af borgere med KOL i Helsingør Kommune.

Helsingør Kommune har følgende tekstnære bemærkninger:

- **Præcisering**

s. 9. Det anføres i afsnit 3.1 "Inklusionskriterier", at *"Borgeren er klassificeret i GOLD gruppe D (mange symptomer, 2 eller flere eksacerbationer eller indlæggelse for KOL det sidste år eller FEV1 <50 pct. af forventet) Og/eller borgeren skal være i iltbehandling."*

Ifølge Forløbsprogram for KOL, udgivet oktober 2016, kategoriseres borgerne i højrisiko, når de har  $\geq 2$  eksacerbationer pr. år eller 1 indlæggelse med KOL-eksacerbation eller FEV1 <50 % af forventet.

Helsingør Kommune anbefaler, at der sker en præcisering af, at der er tale om 1 indlæggelse, så inklusionskriterierne er enslydende for forløbsprogram for KOL og Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL og dermed Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL.

- **Implementering**

- s. 13. Det anføres i afsnit 4.5 "Kompetence hos de sundhedsprofessionelle", at tværsektoriel kompetenceudvikling kan være hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, sygehuse og almen praksis.

Det er Helsingør Kommunes erfaring fra implementering af Telemedicinsk Sår vurdering, at der også er behov for et kompetenceløft til medarbejderne knyttet til telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbuddet, både i forhold til teknik, sundhedspædagogik og sygdomslære.

På baggrund af disse erfaringer anbefaler Helsingør Kommune, at Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL understøttes af kompetenceudvikling i kommunerne fra regionalt side, f.eks. i form af undervisningstilbud til kommunale tovholdere.

- s. 14. Det anføres i afsnit 4.7 "Teknisk set-up og udstyr", at *"... styrke kommunikationen på tværs af aktører og sektorer vil en fælles it-plattform være hensigtsmæssig."*

Helsingør Kommune er enig i dette, men anbefaler samtidigt initiativ til fælles indkøb af IT-løsning samt oprettelse af et regionalt eller nationalt servicecenter, som kan understøtte både igangsættelsen af driften samt efterfølgende fungerer rådgivende. Dertil kommer hele understøttelsen af logistikken omkring de enkelte devices og opdateringer af disse.

- s. 19. I afsnit 5.4 "Kommunikation" anføres det, at "*det [er] afgørende, at der foregår et tæt og smidigt samarbejde på tværs af aktører og sektorer involveret i tilbuddet*".

Fra et kommunalt perspektiv er det ofte her udfordringerne med kommunikation er tydeligst. Både i forhold til behandlingsansvar, men også i forhold til data og adgang til data.

På denne baggrund anbefaler Helsingør Kommune en konkretisering og udfoldelse af snitfladerne på tværs af sektorerne, således der er tydeligere retningslinjer for samarbejdet mellem sektorerne. Men ligeledes så det bliver tydeligere, hvordan data kan tilgås fra de forskellige sektorer og aktører.

Udover de tekstnære kommentarer ønsker Helsingør Kommune at rette opmærksomheden på, at Digitaliseringsstyrelsens "Strategi for digital velfærd 2013-2020" medfører en kommunal opgave med understøttede digital genoptræning. Ses det sammen med implementeringen af telemedicinsk understøttelse af borgere med KOL, så er der en borgergruppe, som vil få flere kommunale devices at forholde sig til.

På den baggrund anbefaler Helsingør kommune, at der bliver undersøgt mulighederne for en kobling af det telemedicinske IT-udstyr og system med de digitale træningsmuligheder.

- **Økonomi**

Regeringen, KL og Danske Regioner har indgået økonomiaftale for 2016 for udbredelse af telemedicinsk understøttelse af borgere med KOL, jf. Supplementsskrivelse vedr. sundhed. Denne aftale er baseret på forventede effektiviseringsgevinster fra erfaringerne med TeleCare Nord i Nordjylland. Med udgangspunkt i genberegning af business case i efteråret 2016 afventer vi, fra kommunal side, fortsat en afklaring om effektiviseringsgevinster.

Ud fra et kommunalt perspektiv så medfører telemedicinsk understøttelse af borgere med KOL en initial økonomisk udgift til:

- Ændringer af administrative og organisatoriske arbejdsgange
- Opkvalificering af medarbejdere, således at "... opfølgning på monitoreringsdata skal ske ud fra et sundhedsfagligt ansvar, som varetages af kommunerne" jf. s. 18, afsnit 5.3 *Opfølgning på data.*
- Investeringer til udstyr mv.

Helsingør Kommune anbefaler, at der rettes økonomisk opmærksomhed på disse initiale investeringer.

Med venlig hilsen  
Stine Elling Jørgensen  
Konsulent  
Helsingør Kommune



14-10-2016

Sag nr. 15/1127

Dokumentnr. 51559/16

Anne Cederlund Rytter

Morten Hass

## **Danske Regioners høringssvar til faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

Danske Regioner sender hermed høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Sundhedsstyrelsen har indhentet høringssvar direkte fra regionerne, hvorfor Danske Regioners høringssvar supplerer regionernes høringssvar.

Danske Regioner stiller sig gerne til rådighed, såfremt der er spørgsmål til høringssvaret.

### **Bemærkninger**

Danske Regioner anser de kliniske retningslinjer for et væsentligt fundament for tilrettelæggelsen af it-understøttelsen. Det foreliggende udkast leverer et stort skridt i retning af at afklare, hvordan arbejdsprocesser skal udføres og hvilke oplysninger, som skal overdrages og deles imellem parterne omkring patienten.

I retningslinjerne beskrives arbejdsprocesser og oplysninger som eksempelvis målinger. Beskrivelserne er ikke tilstrækkelige i forhold til at danne grundlag for en implementering i parternes it-systemer og i kommunikation imellem it-systemerne. Som eksempel skal alle informationer være defineret entydigt og forståeligt for alle parter med hensyn til udfaldsrum og feltlængde. Alle måleindikatorer skal desuden være defineret i forhold til målemetoden.

På områder hvor der landsdækkende kan skabes enighed om, hvordan der skabes information eksempelvis via målinger, kan denne information umiddelbart glide fra en parts it-system til et it-system hos en anden part. I tilfælde hvor der klinisk tillades lokal variation, vil informationer kun kunne

udveksles som dokumenter, som klinikerne kan se, men som ikke kan deles som data og behandles maskinelt i flere systemer. Der bliver således behov for at involvere klinikere også i det videre arbejde med henblik på at foretage den nødvendige konkretisering af det, som er beskrevet i retningslinjerne.

Side 2

Endvidere er det nødvendigt, at der tages højde for, at målgruppen i business casen til den landsdækkende udbredelse af telemedicin til KOL er forskellig fra målgruppen beskrevet i de faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til borgere med KOL.

Anbefalingerne kan med fordel rammesættes af en fælles vision for det tværsektorielle samarbejde og det sammenhængende patientforløb.

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Margrethe Eberth <mth@greve.dk>  
**Sendt:** 18. oktober 2016 11:52  
**Til:** SST Plan  
**Cc:** Dorthe Holmboe; Kirsten Nordenbæk; Tommy Lorenzen; Henrik Eilsø; dogut@vordingborg.dk  
**Emne:** Høringssvar Greve Kommune - Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL  
**Vedhæftede filer:** Høringssvar Greve Kommune - Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL; Høringssvar Greve Kommune - Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL  
**Sag:** 1-1010-207/8

Høring: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Greve Kommune skal hermed kvittere for høringsmaterialet vedr. faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Vi har læst materialet med stor interesse, og vi ser frem til at arbejde med telemedicin og KOL. Herudover har vi ingen yderligere bemærkninger.

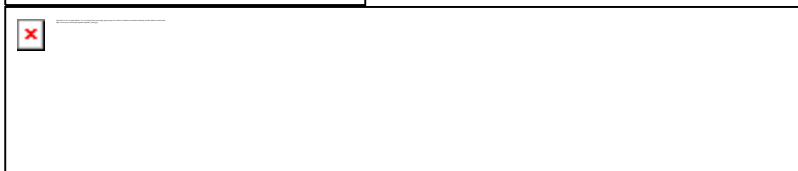
Med venlig hilsen

**Margrethe Eberth**  
Specialkonsulent



**Greve Kommune**  
Sundhed og Pleje,  
Sundhedsområdet

Rådhusholmen 8  
2670 Greve  
Telefon: 43 97 97 97  
Direkte: 23 38 67 90  
Mobil: 23 38 67 90  
E-mail: [mth@greve.dk](mailto:mth@greve.dk)  
Web: [www.greve.dk](http://www.greve.dk)



Hvis du har modtaget denne mail ved en fejl, så informer mig venligst.  
Please inform me if you received this e-mail by mistake.

## Glostrup Kommune – Hørings svar vedr. Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

17. oktober 2016

Side	Glostrup Kommunes kommentarer
Generelle kommentarer	<p>Glostrup Kommune mener, at anbefalingerne overordnet set er gode og det er særlig positivt, at kommunerne kan lave lokale tilpasninger af indsatsen alt efter de enkelte kommuners populations sammensætning og udfordringer.</p> <p>Glostrup kommune anbefaler at, 'multisygdom' anvendes i stedet for multimorbiditet, da ordet 'multisygdom' beskriver mere retvisende, at borgerne har flere samtidige sygdomme.</p> <p>Endvidere vil det være interessant, hvis den telemedicinske understøttelse på sigt kan rumme flere sygdomme, og dette muliggør netop 'multisygdomsbegrebet'.</p>
Side 11	<p>Glostrup Kommune mener, at det er vigtigt at kunne skræddersy indsatserne til borgerne afhængigt af borgerens e-sundhedskompetencer samt hvor de er i deres sygdomsforløb.</p> <p>"Telematchmodellen" kunne være en model der kunne understøtte valget af forskellige scenarier til borgerne. Til inspiration se venligst: <a href="http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11845/TeleMatchmodellen-kan-vaere-en-hjaelp-ved-valg-af-den-rigtige-telemedicinske-loesning">http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11845/TeleMatchmodellen-kan-vaere-en-hjaelp-ved-valg-af-den-rigtige-telemedicinske-loesning</a></p>
Side 12	<p>Glostrup Kommune mener, at en evaluering på borgerniveau er nødvendig men anbefaler, at der løbende udarbejdes både formative og summative evalueringer der herefter indgår i innovative processer i forhold til borger-, organisatoriske- forretningsmæssige samt tekniske processer.</p> <p>Ift. borgerens mestring af sin sygdom er det vigtigt at der udover de foreslåede kvantitative data også knyttes mere kvalitativ data sammen, så borgeren opnår en "mønstergenkendelse" af sin tilstand. De kunne være en understøttelse ved hjælp af skræddersyede spørgeskemaer.</p>
Side 16	<p>Glostrup Kommune mener, at der skal sættes to ekstra punkter ind i opgavefordelingen i tabel 1. Almen praksis skal også have <i>Monitorering – opfølgning på data og supplerende forebyggelse og rehabilitering</i> som en del af deres opgave. Dette er særligt vigtigt, da almen praksis har den løbende patientkontakt og derved kan justere i den telemedicinske understøttelse ved behov, samt være med til at forebygge eventuelle komplikationer og indlæggelser.</p>
Side 17	<p>Glostrup Kommune mener ikke kun, at der skal være en løbende information mellem almen praksis og kommunen, men i stedet for en løbende <b>dialog</b> for netop at kunne respondere på udslag i helbredstilstanden.</p>
Side 18	<p>Glostrup Kommune mener, at der skal være en reaktionstid fra henvisning til opstart på maksimalt syv <b>hverdage</b>.</p>





## Høringssvar

### Kommentarer til projektets mål

Af økonomaftale 2016 fremgår det, at sundhedsvæsenets parter inden udgangen af 2019 skal have udbredt telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet. Udbredelsen skal ske med afsæt i fem landsdelsprogrammer, der hver især bliver ansvarlige for *udrulningen og gevinstrealiseringen* af den telemedicinske løsning i den enkelte landsdel.

På trods af at gevinstrealisering nævnes i forbindelse med den telemedicinske løsning i økonomaftale 2016, fremgår det af side 7 i høringsudkastet, at; *"der ikke er sikker viden om, hvem der profiterer af telemedicin, hvilke typer af telemedicinske ydelser der virker, og hvilke præferencer patienterne har"*. I Høje-Taastrup Kommune stilles der derfor spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at foretage en landsdækkende udrulning af den telemedicinske hjemmemonitoreringsløsning på et endnu mangelfuldt evidensgrundlag.

Det er i Høje-Taastrup Kommunes interesse at svækkede og syge KOL borgere, får den mest optimale behandling, men det er samtidig i kommunens interesse, at behandlingen er omkostningseffektiv. Netop derfor er det bekymrende, at der på side 8 i høringsudkastet står, at; *"...en del af patienterne med KOL, der deltager i det telemedicinske tilbud, oplever en mere tryk hverdag og en højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser"*.

Bekymringen forstærkes af, at det hverken i økonomaftale 2016 eller i høringsudkastet beskrives, hvilken form for gevinstrealisering projektet forventes at medføre. Er det "bløde" gevinster som øget livskvalitet og tryghed for målgruppen, eller er der en forventning om en – udokumenteret – økonomisk gevinst ved projektet? Flere steder i høringsudkastet fremgår det, at borgerens gevinst af tilbuddet løbende evalueres. Dette er fint, men gør ikke behovet for at kende de overordnede mål med projektet mindre.

### Kommentarer til det tekniske set-up

I Høje-Taastrup Kommune er der flere områder, hvor netværksdækningen er svag og ustabil, hvilket kan give udfordringer i forhold til at udvælge deltagere til projektet.

I høringsudkastet er det ikke beskrevet, at der skal være en integration mellem den monitorerede data fra borgeren og kommunens EOJ-system, hvilket anses for en nødvendighed. På side 14 i høringsudkastet står der, at teknisk set-up og udstyr kan variere lokalt, og at det er vigtigt, at borgeren har et sted at henvende sig med spørgsmål. Det beskrives også, at systemløsningen skal kunne opsættes fleksibelt i forhold til brugerflader og kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL. Det er ikke beskrevet, hvilke tekniske løsninger, der skal benyttes i projektet, hverken i forhold til it-systemer eller måleudstyr. Det er derfor umuligt at estimere de økonomiske konsekvenser ved deltagelse i projektet. I forlængelse heraf bør det pointeres, at der ikke er afsat midler til projektet fra kommunal side; hverken til udstyr, teknik eller uddannelse af borgere/personale.

Det anbefales yderligere i høringsudkastet, at der etableres en fælles it-plattform for kommunerne i regionen. Dette vil kunne give nogle udfordringer, da kommunerne har forskellige it-løsninger implementeret i forvejen.

### Kommentarer til samarbejdsrelationen mellem hospital, almen praksis og kommune

Samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter bliver afgørende for, hvorvidt udrulningen af løsningen bliver succesfuld. Høje-Taastrup Kommune opfordrer derfor til, at behandlingsansvaret mellem almen praksis, hospitaler og kommuner ekspliciteres, så arbejdsgangene og ansvarsfordelingen bliver tydelig for alle involverede aktører inden projektopstart – evt. via sundhedsaftalen.

**Til Sundhedsstyrelsen**



**Høringssvar vedrørende udkast  
til anbefaling om Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til  
mennesker med KOL**

Tak for muligheden for at afgive høringssvar til ovennævnte.

Det er generelt fornuftigt at arbejde med en vejledning for alle sektorer og for hele landet for at opnå et ensartet grundlag for anvendelse af telemedicin. Det gælder ikke kun for KOL, men for brug af telemedicin generelt.

Anbefalingerne kunne derfor med fordel justeres til at være generelle for enhver teknologisk understøttelse til borgere med en kronisk sygdom eller generelt til borgere.

Omvendt er det også en vanskelig opgave at udarbejde den type anbefalinger, fordi teknologien udvikler sig meget hurtigt. De anbefalinger, der er i udkastet bygger på projekter, som nu er nogle år gamle og de teknologiske muligheder og erfaringer er ændret en del siden.

Det betyder også at anbefalingerne allerede er forældede og deres anvendelighed er ikke særligt brugbare i en kommunal kontekst.

Anbefalingerne er alt for specifikke på den praktiske dimension og organisering af en telemedicinsk løsning – netop fordi teknologien udvikler sig så hurtigt.

De fleste kommuner har en interesse i at borgerne benytter egne devices således at kommunen ikke skal hente / bringe og investere i udstyr, ligesom en række kommuner allerede har forskellige telemedicinske løsninger, som er teknologisk længere fremme end de omtalte projekter.

Borgerperspektivet fremgår ikke klart af anbefalingerne

Hvad er målet/fordelene for borgeren?

Grundlaget for at en borger kan bruge et telemedicinsk tilbud er (som det også skrives) – ofte et kommunalt forebyggelsestilbud. Det kan f.eks. være et sundhedskursus/patientuddannelse for borgere med KOL. De tilbud indeholder

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ Side: 1/2

\_\_\_\_\_ Kontaktperson:

\_\_\_\_\_ Medarbejdernavn

\_\_\_\_\_ E-post:

\_\_\_\_\_ xxxxxx@vejle.dk

et sundhedspædagogisk sigte mod egenmestring. Borgeren får netop her kompetencer til at vurdere målinger og tilegner sig redskaber til at håndtere sygdommen i hverdagen.

Men anbefalingerne handler primært om behandlingssigtet og udnytter ikke det store potentiale for understøttelse i hverdagens udfordringer, der kan komme af telemedicin.

Det gælder f.eks. anbefalingen om alarmgrænser og at der på side 18 står, at det er en kommunal sygeplejefaglig opgave at følge op på data. Det hænger ikke sammen med ønsket om at borgerne med telemedicin får løsninger, der gør dem mere selvhjulpne. Her kunne man f.eks. arbejde med at opsætte mål for værdien sammen med borgeren, fremfor at have indkodede standarder.

Målgruppen er alene borgere i GOLD gruppe D, hvilket heller ikke er tidssvarende i forhold til de teknologiske muligheder, der er kommet siden projekterne blev afsluttet.

*Høringssvaret er udarbejdet af ledere og chefer fra Senior og Sundhedsafdelingen i Vejle Kommune*

Med venlig hilsen

Sundhedschef  
Marit Nielsen-Man

Kontaktdata:  
[marin@vejle.dk](mailto:marin@vejle.dk)  
tlf. 51169469



**Varde  
Kommune**

**Center for  
Sundhedsfremme**  
Ringkøbingvej 32  
6800 Varde

**Varde kommune fremsender hermed bemærkninger til høringsmaterialet "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL".**

Varde kommune ser det som positivt, at der kommer et tidligt udspil og en anbefaling i forhold til den nationale udrulning af en telemedicinsk indsats, da vi herved har mulighed for at forberede os, finde samarbejdspartnere og pilot-teste et tilbud lokalt.

20. oktober 2016

Det er et udmærket og konkret udspil, som kan overføres til praksis.

**Margit Thomsen**  
Direkte tlf.: 79946063

Der er ingen tvivl om, at en gruppe borgere med KOL kan have gavn af et telemedicinsk tilbud om selvmonitorering og opfølgning. Dog opleves sygdomsperspektivet en smule snævert med begrænset blik for både personlige og sociale aspekter i inklusionskriterier/eksklusionskriterier.

Varde Kommune kunne ønske sig mere inddragelse på flere niveauer

- Organisatorisk ved at anvende borgeres og sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer fra projektet i Nordjylland.
- Lungeforeningen
- Inddrage pårørende og deres oplevelser fx i forhold til tryghed
- Dialog og samspil mellem borger, pårørende og sundhedsprofessionel skal være afsættet for vurderingen af behov og motivationsafklaring i forhold til deltagelse – ikke kun kliniske kriterier.

Vi er enige i, at det er en fordel, hvis borgeren har deltaget i et patientuddannelsesforløb i fx kommunen. Egen læge og sygehus henviser borgere med KOL kategoriseret GOLD "D" til patientuddannelsesforløb i kommunen. I den forbindelse ville det være mere pragmatisk, hvis kommunen selv kunne visitere/henviser til et telemedicinsk tilbud i kommunen og derefter sende en korrespondance til henvisende part.

Med venlig hilsen

**Margit Thomsen**

Chef for sundhedsfremme og forebyggelse

E math@varde.dk

[www.vardekommune.dk/sundhedsfremme](http://www.vardekommune.dk/sundhedsfremme)  
[www.facebook.com/cfsvarde](https://www.facebook.com/cfsvarde)  
Instagram #cfsvarde

**Postadresse:**  
Varde Kommune  
Bytoften 2, 6800 Varde



Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

21. OKTOBER 2016

JOURNALNUMMER

### **HØRINGSSVAR TELEMEDICINSK UNDERSTØTTELSE AF BEHANDLINGSTIL- BUD TIL MEMNESKER MED KOL**

Generelt en flot anbefaling med mulighed for lokal tilpasning. Anbefalingerne i retningslinjen vil gavne KOL borgerne samt give værkstøjer til bedre at håndtere egen sygdom og sikre bedre indsigt i sygdommen.

Dog tager anbefalinger i høringsmaterialet udgangspunkt i resultater og erfaringer fra Tele Nord projektet og Stevns Kommune stiller spørgsmål ved, om dette grundlag er tilstrækkeligt til at implementere de foreslåede anbefalinger – og dermed om vi kan indhente den forventede økonomiske besparelse.

Som vi læser det, skal der decentral findes midler til indkøb af det tekniske udstyr samt til kompetenceudvikling af medarbejderne. Dette fordrer, at der tilføres midler til både regioner og kommuner.

Flere steder står det beskrevet, at der skal udarbejdes lokale aftaler og instrukser. Det fremgår ikke hvem der har ansvaret og i hvilket samarbejdsforum, det skal udarbejdes.

Venlig hilsen

Venlig hilsen

Birgitte Eskelund Schmidt

Afsnitsleder

28953096

BirSch@stevns.dk

Sundhed & Omsorg

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Lotte Ernst <LOER@RINGSTED.DK>  
**Sendt:** 21. oktober 2016 14:05  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Ringsted Kommune hørings svar: Behandling af KOL i eget hjem via telemedicin

**Sag:** 1-1010-207/8  
**Sagsdokument:** 3276627

Nedenfor Ringsted Kommunes hørings svar til de faglige anbefalinger om telemedicinsk behandlingstilbud til borgere med KOL:

- Skal anbefalingerne følges er det forbundet med kommunale merudgifter herunder til udstyr og kompetenceudvikling. Vi anbefaler, at disse forhandles ved økonomiforhandlingerne, så der ikke er ukompenserede merudgifter for kommunerne
- Vi stiller spørgsmål ved det samlede evidensgrundlag – hvad viser for eksempel TeleCare Nord-projektet for såvel effekt som økonomi?
- Vi er bekymrede for:
  - Øget ulighed i sundhed som resultat af anbefalingerne
  - At den telemedicinske løsning skaber øget utryghed for nogle
  - Overdragelse mellem sektorer/samarbejdspartnere
- Der kunne med fordel være fokus på lokal arbejdsfordeling og lokale arbejdsgange eksempelvis via Sundhedsaftalen. I det nationale materiale kunne der for eksempel udarbejdes skabeloner til lokale samarbejdsaftaler mellem almen praksis, sygehus og kommune
- Sygeplejerskens kompetencer er fint beskrevet, men hvori består de præcise arbejdsopgaver? Kunne der med fordel være en case med beskrivelse af disse?

Med venlig hilsen

Lotte Ernst  
Kvalitets- og sammenhængs koordinator



Ringsted  
Kommune

**Ringsted Kommune**  
*Sundheds- og Omsorgscenter  
Administration*

Amtstue Allé 71 · 4100 Ringsted  
Tel.: 57628010 · Dir.: 57627778 · Mob.: 23674518

[www.ringsted.dk](http://www.ringsted.dk)  
EAN: 5798007643621

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Niels Vendelbo Gadegaard  
**Sendt:** 24. oktober 2016 09:19  
**Til:** Julie Præst; SST Plan  
**Emne:** VS: Svar - Høring: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

---

**Fra:** Sonja Miltersen [<mailto:SOMI@vejen.dk>]  
**Sendt:** 24. oktober 2016 09:09  
**Til:** Niels Vendelbo Gadegaard  
**Cc:** Eva Jensen  
**Emne:** Svar - Høring: Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Kære Niels V. Gadegaard  
Hermed høringssvar vedrørende "Høringsudkast faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af tilbud for behandling af KOL".

Sygdomsmestring er en forudsætning for at kunne deltage i tilbuddet jf. beskrivelsen i afsnit 4.3.  
Det beskrives også at et godt grundlag er, at borgeren er tryk ved personale og at anvende det tekniske udstyr ...  
Det er et væsentligt udgangspunkt, som vi er meget enige i.  
Derfor mener vi også at det er væsentligt at tage udgangspunkt i borgeren, kendt personale hos borgeren og anvende borgeren eget udstyr, hvor borgeren har udstyr.

Vi har i Vejen Kommune et stykke tid kørt forsøg med borgerens eget udstyr og arbejder ud fra BYOD princippet. Herved mener vi også at kunne nå flere borgere og en større gruppe af borgere i den tidlige forebyggende indsats, som vil gavne en væsentligt større målgruppe af borgere.  
De faglige anbefalinger, som er beskrevet vil have fokus på teknisk udstyr, som ikke er borgerens og med et udgangspunkt, der fjerner fokus fra at understøtte borgernes egen mestringsevne.  
Der er tale om en relativt lille målgruppe jf. erfaring fra TeleCare Nord.  
Et stort set-up for en relativt lille gruppe af borgere, hvor der ikke tages udgangspunkt i den enkelte borger. Det gælder f.eks. også alarmgrænser der forudindstilles og dermed ikke har et individuelt udgangspunkt for den enkelte borger.  
Der mangler en konkret beregning på udgifterne ved at sætte denne telemedicinske understøttelse i gang – hvor er business case fra TeleCare Nord, kan den eftervises i andre kommuner under andre forhold?

Vi vil anbefale en platform, som er fremtidssikret, kan tilpasses og anvendes til andre diagnose grupper.  
Som tager udgangspunkt i borgerens mestringsevne, den individuel tilgang, herunder den forebyggende og tidlige indsats og med borgerens eget udstyr.  
Borgerne har kontakt til flere sygehuse, hvilket også skal sikres.

Vi stiller os gerne til rådighed for uddybning ved ønske om dette.

Venlig hilsen  
Sonja Miltersen  
Direktør  
[Rådhuspassagen 3,](#)  
[6600 Vejen](#)  
Tlf. [+45 79966002](tel:+4579966002)  
[somi@vejen.dk](mailto:somi@vejen.dk)  
[www.vejen.dk](http://www.vejen.dk)







Blegdamsvej 9  
2100 København Ø

## NOTAT

Til: **Til Region Hovedstaden  
Center for Sundhed  
Telemedicinsk Videncenter  
Att. Annette Lyneborg Nielsen**

**Opgang** 11, 4. sal  
**Afsnit** 11.04

**Telefon** 35455685  
**Direkte** 35455685  
**Web** [www.rigshospitalet.dk](http://www.rigshospitalet.dk)

Dato: 21. oktober 2016

### **Høringssvar fra SFR Lungesygdomme vedr. Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

Det sundhedsfaglige råd for lungesygdomme har gennemgået det fremsendte forslag til faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

SFR mener som udgangspunkt, at det er et fint udkast, men vurderer, at der mangler præcisering af og overvejelser omkring følgende:

- Tovholderfunktionen og hvem der står for løbende at tage stilling til deltagelse i det telemedicinske tilbud (4.3)
- Journaliseringen (4.2) Hvilket "system" skal der benyttes?
- Uddannelse i sygdomsmestring og opfølgningssamtaler er ifølge bilag 5 ikke en del af opfølgningen. Dette mangler, så det ikke kun bliver et spørgsmål om vurdering af indsendte tal
- Forudsætning for deltagelse (4.4) at borgeren selv i samarbejde med den sundhedsprofessionelle er i stand til at forstå og handle på egne data. Der er mange, der ikke kan handle på data. Flere lærer det undervejs, mens andre ikke formår at opnå dette. Så det bør måske ikke være en forudsætning for deltagelse
- Årskontrollerne og de opfølgende samtaler med sygeplejerske. Foretages de over video?

Formandskabet for SFR lungesygdomme står til rådighed, såfremt der måtte være spørgsmål til ovenstående bemærkninger.

På vegne af SFR Lungesygdomme,

Susanne Poulsen  
Formand for SFR

Helle Frost Andreassen  
Næstformand for SFR

# Frederiksberg Kommunes hørings svar

Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold og samt ansvar og samarbejde”

## Overordnede betragtninger:

Frederiksberg er enige i, at telemedicinsk understøttet behandling af KOL patienter rummer flere spændende perspektiver. Forventeligt vil dette understøtte borgernes selvhjulpethed og egenmestring af sygdommen med større livskvalitet til følge. Publikationen giver indledningsvis anledning til følgende helt overordnede betragtninger.

Økonomi er bemærkelsesværdigt fraværende i publikationen. Det telemedicinske tilbud forudsætter imidlertid omfattende kommunale investeringer til implementering og drift af tilbuddet. De centrale spørgsmål er som udgangspunkt, hvad implementeringen og driften af dette telemedicinske tilbud forventeligt vil koste kommunerne? Og dernæst hvor mange KOL patienter en gennemsnitskommune forventes at kunne henvise til tilbuddet?

Centralt udarbejdede økonomianalyser vedrørende forventede udgifter til implementering og drift ville være hensigtsmæssige. Samme forhold gør sig gældende vedrørende eventuelle analyser af mulige gevinster.

Følgende opmærksomhedspunkter skal særligt fremhæves fra nedenstående gennemgang af publikationen:

- Præcisering af målgruppe
- Tydeligere koblinger til relevante forløbsprogrammer
- Tydeligere krav til det telemedicinske udstyr
- Præcisering af parternes opgaver og ansvar, herunder særligt det lægefaglige ansvar

## Publikationens enkelte afsnit

### 1. Formål

Følgende fremgår: ”Arbejdet foregår indenfor rammerne af sundhedsaftalerne og øvrige initiativer vedrørende kronisk sygdom i regioner og kommuner, herunder de regionale forløbsprogrammer for KOL. Regioner og kommuner forventes at opdatere forløbsprogrammerne, så de er i overensstemmelse med de til enhver tid gældende anbefalinger.” Publikationen kunne være styrket ved mere præcist forholde sig til, hvordan det telemedicinske tilbud hensigtsmæssigt kunne indgå i relevante initiativer og forløbsprogrammer. På det foreliggende grundlag fremstår publikationen forholdsvis løsrevet fra disse sundhedsfaglige indsatser.

### 1.3. Vidensgrundlag

Følgende fremgår: ”På nuværende tidspunkt er der ikke sikker viden om, hvem der profiterer af telemedicin, hvilke typer af telemedicinsk ydelser, der virker, og hvilke præferencer patienterne har.” Afklaringen af disse spørgsmål er vigtige for publikationen. Vidensgrundlaget for udarbejdelsen af en publikation indeholdende nationale retningslinjer og anbefalinger kunne således være mere sikkert funderet.

Der lægges i det følgende særlig vægt på Telecare nord projektet, men det skal bemærkes, at evalueringen fra Telecare Nord på flere områder ikke har været sammenfaldende med evalueringen fra projekt Klinisk integreret Hjemmevejledning.

### 3. Målgruppe

Følgende fremgår: ”Baggrunden for anbefalingerne vedrørende inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er i denne sammenhæng de resultater, der er opnået i Telecare Nord projektet og i KIH projektet. Der er ikke i forbindelse med dette arbejde blevet udført en systematisk litteratursøgning på området.”

Udpegningen af målgruppen er en afgørende faktor, og det ville have været hensigtsmæssigt, hvis udpegningen også var baseret på den eksisterende forskningslitteratur.

### 3.1. Inklusionskriterier

Inklusionskriterierne kunne med fordel præciseres nærmere. Kriterierne beskriver specifikt de sværest ramte KOL patienter, men nævner også, at det bør være muligt at inkludere KOL patienter, der ikke opfylder inklusionsbetingelserne.

Der vil være patienter, der ikke selv er i stand til at gennemføre målingerne og vil skulle assisteres af en hjemmesygeplejerske. Det fremgår tilsyneladende på side 12, at disse patienter også er omfattet af målgruppen. Dette kunne eventuelt præciseres i inklusionskriterierne.

Med de foreliggende inklusionskriterier er det umiddelbart svært at bedømme omfanget af målgruppen i de enkelte kommuner og dermed svært at dimensionere tilbuddet på et kvalificeret grundlag.

### 3.2. Eksklusionskriterier

Det fremgår, at det er et eksklusionskriterie, at de tekniske muligheder ikke er til stede, eksempelvis dårlig forbindelse til bredbånd. Forudsætter det indtænkte telemedicinske udstyr bredbånd? I Telecare nord projektet blev der tilsyneladende anvendt tablets. Fungere disse tablets ikke med SIM kort?

## 4. Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud

Helt generelt savnes koblingerne mellem tilbuddet og det sundhedsfaglige indhold. Afsnittene vedrørende målinger og målehyppighed angiver, hvad og hvornår der måles. Der foreligger imidlertid ikke afsnit om, hvordan disse målinger skal anvendes til at løfte de sundhedsfaglige indsatser og dermed styrke kvaliteten af disse.

### 4.1. Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering

Frederiksberg læser afsnittet således, at det altid er et lægefaglig ansvar og vurdering at fastlægge den enkelte patients alarmgrænser.

### 4.3. Evaluering

Det er fint med en systematisk og tværsektoriel vurdering af borgeren efter opstartsfasen, men det er umiddelbart uklart, hvem der har initiativforpligtelsen til dette, og hvad evalueringen mere præcist skal omfatte.

### 4.4. Sygdoms-mestring

Det fremgår som tidligere beskrevet, at en sygeplejerske eventuelt skal understøtte borgere i at forstå og gennemføre de fastlagte målinger. Hvis sygeplejersken ved hver måling skal hjem til disse borgere, vil det indebære betydelige ekstraudgifter. Det beskrives også, at tilbuddet ikke erstatter borgerens sædvanlige kontakt til almen praksis eller sygehus. En stor del af de sværest ramte KOL patienter, som vil være en væsentlig del af målgruppen, er i forvejen i aktive forløb på et lungemedicinsk ambulatorium. Det kunne præciseres, hvordan det telemedicinske tilbud tænkes i sammenhæng med disse aktive forløb på ambulatorierne. Endvidere vil det indebære ekstraudgifter, hvis tilbuddet ikke erstatter forløbene, men supplerer dem.

### 4.5. Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle

Helt overordnet indebærer tilbuddet omfattende kommunale efteruddannelses-, opkvalificerings- og kompetenceudviklingstiltag for at kunne implementere og drive dette i kommunerne. Det ville være hensigtsmæssigt med større tydelighed og vejledninger på dette område, eventuelt baseret på erfaringerne fra storskalaprojekterne.

Følgende fremgår: "Tværsektoriel kompetenceudvikling kan være hensigtsmæssig i forhold til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, sygehus og almen praksis." Den tværfaglige kompetenceudvikling vil sandsynligvis være afgørende for succes. Men hvem har initiativforpligtelsen til dette, og hvem skal afholde udgiften?

Der bør være opmærksomhed på, at den nationale igangsættelse af projektet sandsynligvis vil skabe akut mangel på "KOL sygeplejersker". Der ligger således en omfattende kompetenceudvikling foran kommunerne i den forbindelse.

#### 4.6. Instrukser i forbindelse med det telemedicinske tilbud

Følgende fremgår: "Det anbefales, at der foreligger instrukser til sundhedspersonalet for de forskellige aktiviteter i forbindelse med det telemedicinske tilbud. Der bør således foreligge instrukser for de forskellige typer af målinger og tests, som borgeren skal foretage." Dette er oplagt, men det ville være hensigtsmæssigt, hvis skabelonerne blev udarbejdet centralt med mulighed for lokale tilpasninger.

Der ses i bilagene eksempler på skabeloner. Dette er et godt tiltag, disse bør udvides til at omfatte flere områder.

#### 4.7. Teknisk set-up og udstyr

Helt overordnet ville det være ønskeligt med større tydelighed omkring centrale krav og ønsker til relevante teknologier i publikationen. Valget af den mest hensigtsmæssige teknologi forudsætter specialistkompetencer, som kommunerne ikke nødvendigvis besidder. Der kunne desuden være implementerings- og driftsmæssige fordele i, at kommunerne anvendte den samme teknologi baseret på åbne standarder. Dette lægger op til et fælleskommunalt og regionalt teknikspor.

Det fremgår ikke entydigt, hvem der har ansvaret for det tekniske udstyr til borgerne. Hvem skal indkøbe, klargøre, opsætte, instruere, servicere og hjemtage dette udstyr? Anden aktør nævnes som en mulighed. Men hvor mange aktører er der reelt på markedet?

Følgende fremgår: "Med henblik på at styrke kommunikationen på tværs af aktører vil en fælles it-plattform være hensigtsmæssig." Denne fælles it-plattform til at udveksle data på tværs ville helt sikkert kunne understøtte tilbuddet, men det ville være ønskeligt med en nærmere beskrivelse af platformen. Eksisterer platformen på nuværende tidspunkt? Det kunne være hensigtsmæssigt med central udarbejdelse af krav og ønsker til den fælles it-plattform.

#### 4.8. Varighed af tilbud

Det fremgår på side 12, at en sygeplejerske skal understøtte borgerne i at gennemføre målingerne. Her fremgår det imidlertid, at der kan være grundlag for at stoppe tilbuddet, hvis borgerne ikke formår at benytte udstyret korrekt. Det bør præciseres, hvor lang tid sygeplejersken skal understøtte borgerne i gennemførelsen af deres målinger.

### 5. Ansvar og samarbejde

Helt overordnet ville det være ønskeligt med endnu større præcision og tydelighed i forhold til ansvar og samarbejde.

Det fremgår af tabellen, at almen praksis ikke har ansvar for at identificere borgere til tilbuddet. Dette beskrives imidlertid som værende tilfældet i teksten på samme side.

#### 5.2. Opstart

Det fremgår, at reaktionstiden fra henvisning til start er maksimalt 7 dage. Dette vurderes at være uhensigtsmæssig kort tid.

Følgende fremgår: "Der skal foreligge klare aftaler for, om det er kommunen eller sygehuset, der har ansvaret for opstartsfasen." Det ville være ønskeligt med centralt udmeldte kriterier for, hvornår det mest hensigtsmæssigt er kommunens ansvar, og hvornår det er sygehusets ansvar.

Ligeledes fremgår: "Det er ligeledes sygehus eller kommune, der har ansvaret for den nærmere oplæring af borgeren i forhold til at kunne forstå og handle på resultaterne af de målinger, de foretager." Igen ville det være ønskeligt med tydeligere kriterier for ansvarsplacering.

#### 5.3. Opfølgning på data

Helt overordnet ønskes der en mere aktiv involvering af almen praksis. Således ville det eksempelvis være hensigtsmæssigt med større tydelighed omkring det lægefaglige ansvar i forhold til behandlingsplaner og ordinationer.

Følgende fremgår: "Det er også vigtigt at inddrage den praktiserende læge, hvis der er forhold omkring alarmgrænserne, der skal reageres på." Dette bør præciseres med handlingsanvisninger ved afvigelser og tydeliggørelse af ansvar i den forbindelse.

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Niels Vendelbo Gadegaard  
**Sendt:** 24. oktober 2016 09:33  
**Til:** SST Plan; Julie Præst  
**Emne:** Høringssvar fra Marie Lavesen - Kommentarer til anbefalinger om KOL telemedicin.

---

**Fra:** [Marie Lavesen Karlsson](#)

**Sendt:** 24-10-2016 09:32

**Til:** [Jette Blands](#); [Niels Vendelbo Gadegaard](#)

**Emne:** Kommentarer til anbefalinger om KOL telemedicin.

Kære Jette og Niels

Jeg synes anbefalingen generelt er blevet et fint kompromis af det muliges kunst. Jeg er dog fortsat meget spændt på, hvordan de vil blive fortolket og praktisk implementeret rundt om.

Jeg har et par kommentarer til høringsmaterialet, som jeg gerne uddyber, hvis det senere bliver nødvendigt.

s. 7 – Der henvises til Telecare Nord og deres resultater – men som udgangspunkt kan jeg ikke i referencerne se nogen form for henvisning til disse resultater. Det virker lidt problematisk.

3.1. – Inklusionskriterier: Synes det er vigtigt at understrege, at det ikke nødvendigvis er alle i gruppe D, som skal have tilbuddet om selvmonitorering. Der skal være et behandlingsmæssigt formål med netop at tilbyde det til den pågældende patient.

### Afsnittet 5 - Ansvar og samarbejde

Jeg synes der mangler lidt stringens og sammenhæng i forhold til, hvem der udleverer udstyr og følger op på data både overvågningen af data og behandlingsmæssige tiltag – sammenholdt med målgruppe og hvor de primært behandlingsmæssigt vil blive fulgt og kontrolleret.

Som det fremstår nu virker det som om det altid vil være kommunen, som skal udleverer udstyret og være tovholder. (se teksten som beskrevet under "Identifikation og henvisning af patienter på sygehuset") Vil det give mening, hvis det er en patient som kun ses i hospitalsregi? (det er jo primært gruppe D, der er målgruppe) Samtidig står der under "Sygehusets opgaver og ansvar", at der er tilfælde, hvor det godt kan være hospitalet, der følger patienten. Er eksempelvis en hospitalssygeplejerske alligevel på hjemmebesøg kan hun jo måske godt lære patienten op, hvis det også er de der fremadrettet skal kommunikere om resultaterne. Det skal måske også formuleres skarpere, at der kan være forskel på at overvåge data og reagere behandlingsmæssigt på dem. Nogle gange kan der måske være lavet en standardbehandlingsplan, som skal iværksættes, men ofte vil det jo være en sammenholdelse af symptomer, klinik, prøver, data og kendskabet til patienten, der afgør, hvorvidt en behandling skal iværksættes eller om, der skal observeres lidt tættere – måske dagligt den næste uge.

Endelig synes jeg, det er meget centralt at påpege og være opmærksom på, at de telemedicinske behandlingsmuligheder ikke bliver parallel funktioner, hvorved telemedicinen og selvmonitoreringsdelen kommer til at agere, som et ekstra led, men i stedet integreres i allerede eksisterende organiseringer i det omfang det er muligt – så det sammenhængende sundhedstilbud undersøttes – og med involvering af færrest muligt behandlere af hensyn til patienterne.

Jeg håber, det er i orden, at jeg ikke har lavet et decideret hørings svar, da de er inkluderet i et længere svar i regi af Faglige sammenslutning af Lunge- og Allergisygeplejersker, men synes lige disse pointer var ekstra vigtige – og afsnittet om ansvar og samarbejde krævede lidt ekstra uddybning. Ellers må I jo se bort fra denne mail.

Mange hilsner  
Marie

**Marie Lavesen**

Sygeplejerske

Direkte 48 29 49 33

Mail: [marie.lavesen@regionh.dk](mailto:marie.lavesen@regionh.dk)

**Nordsjællands Hospital - Hillerød**

Lunge-og Infektionsmedicinsk Ambulatorium 0621

Dyrehavevej 29

3400 Hillerød

[www.nordsjaellandshospital.dk](http://www.nordsjaellandshospital.dk)

---

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

## Hørringsvar fra Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker til "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde"

I Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker glæder vi os over, at telemedicin til patienter med KOL er prioriteret, og at man ønsker en national udbredelse netop af telemedicin til patienter med KOL.

Der har i Danmark i de seneste 10-15 år været meget fokus på telemedicinsk intervention i forhold til patienter med KOL, og der har været lavet mange projekter i forhold til en sådan intervention. Det har i projekterne været svært at vise en overbevisende økonomisk besparelse, men patienterne har udtrykt stor glæde og tryghed ved de telemedicinske behandlinger, og det er derfor med stor tilfredshed, at vi imødeser en national udrulning af telemedicin til denne gruppe af patienter/borgere.

Vi har med stor interesse læst anbefalingerne og her afgivet vores hørringsvar.

Overordnet virker det som nogle gennemarbejdede og velskrevne anbefalinger. Vi synes dog, at det er meget vigtigt, at man på den/de første sider får pointeret, at de udsendte anbefalinger omkring telemedicinsk understøttelse kun beskriver én form for telemedicinsk intervention, nemlig **selvmonitorering**. Anbefalingerne omhandler således ikke nogle af alle de andre telemedicinske behandlinger til patienter/borgere med KOL, som videokonsultation og telemedicinsk rehabilitering m.m.

Det kunne være ønskeligt, at det også indgik i anbefalingerne at der f.eks. bør være mulighed for:

- 1) Individuel eller gruppebaseret rygestopvejledning via et gruppekonferencesystem.
- 2) Individuel kostvejledning via et konferencesystem
- 3) Online KOL rehabiliteringsforløb via et gruppekonferencesystem
- 4) Netværksdannelse for særlig sårbare/isolerede patienter via et gruppekonferencesystem
- 5) Anvendelse af træningsfilm tilpasset til mennesker med KOL i systemet
- 6) Anvendelse af forskellige videoer tilgængeligt fx vedrørende:
  - a. Kost til overvægtige/undervægtige
  - b. Hvorfor daglig motion
  - c. Hvad er KOL
  - d. Lungeforeningens tilbud
  - e. Vejrtrækningsteknikker
  - f. og meget mere ...

Det bør understreges, at fordi anbefalingerne kun omhandler telemedicinsk selvmonitorering, så udelukker det ikke, at andre former for telemedicinsk behandling kan anvendes. Det vigtige ved telemedicinsk behandling er, som ved ordination af alle andre behandlinger, at finde den behandling, der passer bedst til den enkelte patient/borger.

Denne pointe bør skrives ind i et indledende afsnit.



Det bør også fremgå klart på side 6, gerne under formål, hvor der f.eks. kan tilføjes ”*som tager udgangspunkt i et telemedicinsk selvmonitorerings tilbud*” og yderligere under 1. bullit: at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om inklusion af patienter *med KOL i et telemedicinsk tilbud med selvmonitorering.*

2. bullit: at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om det sundhedsfaglige indhold i tilføjet: *én slags telemedicinsk tilbud ...*

Det bør således også fremgå i starten af dokumentet på side 6 (?), at der findes mange andre telemedicinske interventioner, som ikke er beskrevet, men som kan være af stor relevans, i arbejdet med telemedicin. De teknologiske muligheder udvikler sig fortsat hurtigt og giver masser af nye muligheder, det er derfor vigtigt, at der i arbejdet med telemedicin hele tiden gøres overvejelser over hvilke interventioner, der er relevante at tilbyde ud fra den enkelte patients tilstand og behov. Det vil sige, at der skal ske en vurdering af, hvilken telemedicinsk intervention der er den bedste til den enkelte patient ud fra individuelle hensyn, som det ville ske ved al anden ordineret intervention/behandling.

I anbefalingen er målgruppen for selvmonitoreringerne beskrevet som de allersværest syge patienter – gruppe D, hvor af langt det største flertal også vil have multisygdomme. Det er derfor vigtigt, at de personer, der sidder og vurderer patientens registreringer/selvmålinger er sundhedsprofessionelt uddannet personale med de nødvendige faglige og telemedicinske kompetencer, som er i stand til at kontakte patienterne direkte og spørge uddybende til symptomer og hvilke tiltag patienten/borgeren evt. selv har gjort. Inden det telemedicinske udstyr ordineres skal man ligeledes have gjort sig meget klar på, hvad formålet med målingerne er – og om disse målinger med fordel ville kunne være opnået på anden vis.

### **Konkrete nedslag**

s. 7 – Der henvises til Telecare Nord og deres resultater – men som udgangspunkt er der ikke i referencerne en korrekt reference til dette projekt og dermed muligheden for at læse en uddybning af deres arbejde, erfaringer og resultater.

Under pkt. 1.3. Vidensgrundlag står der i første linje: ”hvem der profiterer af telemedicin”. Skulle der ikke stå hvilke patienter der profiterer eller menes der også f.eks. samfundet, kommuner, sygehuse?

s. 9 og 10 – pkt. 3 Målgruppe og 3.1. – Inklusionskriterier: Det er fint, at der her står: Målgruppen for tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling er borgere med KOL”, men så bør 2. sidste sætning under inklusionskriterier flyttes op så det præciseret allerede ved indledning til pkt. 3.1. at også andre borgere der ikke opfylder inklusionskriterierne kan inkluderes hvis de skønnes at kunne have effekt af tilbuddet. Det er også vigtigt at understrege, at det ikke nødvendigvis er alle i gruppe D, som skal have tilbuddet om selvmonitorering. Det vil kort sagt sige, at der for alle inkluderede skal være et behandlingsmæssigt formål med at tilbyde telemedicinsk intervention til netop den pågældende patient.

**OBS!** 1. bullit under eksklusionskriterier bør måske omformuleres. Det er vigtigt, at det ikke kan læses som om borgerne kan diskrimineres i forhold til at få tilbuddet ud fra, hvor de bor og om der er tekniks mulighed for telemedicinsk behandling. Hvis det er en behandling, der skal udrulles nationalt, så har alle der har behov for behandlingen vel ret til at få den?

s. 11 pkt. 4, 3. sidste linje bør tilføjes: *rehabilitering*

s. 12 – pkt. 4.2 Sidste afsnit: der skal være mulighed for at borgeren selv kan anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ....

4.4 Afsnittet efter bullit, startende med: ”Det er samtidig afgørende ...” dette afsnit bør fremhæves eller sættes i en kasse.

Der bør suppleres under: ”Her er det blandt andet afgørende, at borgeren ved, hvornår målinger bliver set” suppleret med *af hvem*. Derved kan misforståelser omkring imødekommes.

s. 13 – pkt. 4.5, 2. linje: ... at de relevante kompetencer er til stede *blandt de sundhedsprofessionelle der skal varetage kontrollen af borgernes målinger* i kommunerne....  
2. afsnit tilføjes: ... på tværs af *fag*, kommune, sygehus...

Afsnittet 5 Ansvar og samarbejde

s. 16- Tabellen – mangler en prik ved almen praksis under identifikation – hvis tabel og tekst skal passe sammen og passe sammen med bilag 5.

s. 17 under Identifikation og henvisning af patienter i almen praksis og Identifikation af patienter på sygehuset: Der kan være forskellige tilbud i de enkelte kommuner og på de forskellige sygehuse, det vil sige, at henvisende instans skal kende de forskellige tilbud

s. 18 – øverst bør tilføjes *med kopi til praktiserende læge*

5.2: 1. afsnit, 3. linje: *hvor hyppige kontroller, hvem der er ansvarlige kontaktpersoner*

I sidste afsnit står der: ... *opfølgning efter højst 3-4 uger...* , men på side 12 pkt. 4.3 står der efter de første 14 dage.

Pkt. 5.3.: 2. afsnit tilføjes: ... med sygeplejefaglige og *telemedicinske* kompetencer ...

s. 19 – Almen praksis's opgaver og ansvar, 1. linje: ... med opfølgning af *telemedicinske* data...

tilføjes: Borgeren kan f.eks. medbringe sin tablet *eller data kan findes på Sunhed.dk* ...

... og der sker løbende kommunikation fra kommune og *sygehus* til almen praksis ...

5.3, Sidste afsnit tilføjes: ... mellem kommune, *sygehus* og ...

5.4 Kommunikation, 1. afsnit tilføjes: ... og sektorer involveret i tilbuddet og *gensidig information ved ændring af tilbuddet*.

Derudover mangler afsnittet lidt stringens og sammenhæng i forhold til, hvem der udleverer udstyr og følger op på data, både overvågningen af data og behandlingsmæssige tiltag – og hvilken målgruppe vi har med at gøre, og hvor de behandlingsmæssigt primært vil blive fulgt og kontrolleret.

Som det fremstår nu, så virker det som om, det altid vil være kommunen, som skal udleverer udstyret og være tovholder (se teksten som beskrevet under ”Identifikation og henvisning af patienter på sygehuset”). Vil det give mening, hvis det er en patient som ellers kun ses i hospitalsregi? Det er jo primært gruppe D, der er målgruppe. Samtidig står der så under ”Sygehusets opgaver og ansvar”, at der er tilfælde, hvor det godt kan være hospitalet, der følger.

Det er centralt, at de telemedicinske behandlingsmuligheder ikke bliver indsat som parallel funktion, og dermed lader telemedicinen og selvmonitoreringsdelen komme til at agere, som et ekstra led, men i stedet integreres i allerede eksisterende organiseringer i det omfang, det er muligt – så det sammenhængende tilbud understøttes.

På vegne af Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker  
Ved formand Anne Dichmann Sorknæs



Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

24. oktober 2016

**Høringsvar til Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde**

DSAM takker for muligheden for at kunne kommentere på anbefalingerne om telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Vi mener, at arbejdsgruppen har lavet et grundigt og sobert arbejde, når det handler om at udvælge målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde, som har været gruppens formål.

Forudsætningerne for at komme med faglige anbefalinger har næppe været optimale, idet der endnu ikke forligger viden, der kan understøtte, at patienterne får færre symptomer eller en bedre prognose af deres grundsygdom trods de store (og omkostningstunge) forandringer i sundvæsenets struktur, som der lægges op til med indførelse af telemedicin.

Det havde selvfølgelig været langt mere optimalt, hvis man havde evidens for, at indsatsen virkede på antal symptomer, indlæggelser/genindlægger eller prognose på længere sigt. Da dette ikke har været muligt, har man koncentreret sig om patientfaktorer som tryk, mestring og tilfredshed, men også her er viden om, hvordan telemedicin virker, sparsom og modsigelsesfuld.

I forhold til de udfordringer det fremtidige sundhedsvæsen står overfor, er det vigtigt, at vi udforsker telemedicinske løsninger. Vi er dog bekymrede ved tanken om, at man kommer til at indføre telemedicinen, fordi man kan, og ikke fordi det medfører den bedste behandling af en given patientgruppe.

Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

T: 7070 7431  
dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk

Vores opfattelse er, at risici ved telemedicin ikke beskrives grundigt nok, selv om risici hele tiden bør have i mente, især da den positive effekt er usikker. Risikoen for u hensigtsmæssige effekter kan let overstige de gavnlige.

Risikoen for falsk tryghed er hele tiden til stede, og nævnes ofte blandt læger, der har deltaget i forsøg med telemedicin. Nogle patienter tror, at de hører til i sygehusregi, og fravælger praksis (årskontrol). Andre føler sig usikre på, hvor de hører hjemme, og ender for eksempel med at benytte lægevagten i forbindelse med forværring. Dette forhold kan muligvis påvirkes vha. en pædagogisk indsats, hvor personalet bag den telemedicinske indsats hele tiden understreger vigtigheden af, at patienten også kommer i praksis.

Fragmentering af sundhedsvæsenet er en reel risiko, der opleves efterhånden som forsøgene med telemedicin udbredes, også internationalt. I en tid hvor man har øget opmærksomhed på et sammenhængende sundhedsvæsen, blandt andet fordi sektorovergange er kritiske, er dette forhold vigtigt hele tiden at have for øje.

#### **Specielt omkring inklusion af patienter:**

Det er særdeles positivt, at gruppen har valgt at pege på, at inklusionen skal gælde patienter, som er klassificeret som Gold D og/eller iltbehandling. Dette er valgt på baggrund af forsøget med Telecare Nord, som har vist, at det især er de patienter, der har mange symptomer og som er i risiko for indlæggelse og forværringer, der har gavn af tilbuddet. (Gavn dog stadig forstået som effekt på tryghed og højere livskvalitet – ikke på 'hårde endepunkter'.)

Netop ved at indføre et smalt inklusionskriterium er risikoen for ovennævnte bivirkninger forsøgt begrænset, om end risikoen for at 'falde mellem to stole' stadig er stor for de svageste og dårligste patienter.

#### **Specielt omkring ansvarsfordelingen, især i relation til almen praksis:**

Det er meget positivt, at anbefalingerne så tydeligt tager stilling til, hvem der har ansvaret i en given situation. Det er altafgørende for, at man ikke skal ende i uheldige stridigheder om, hvem der gør hvad, og hvem der skal betale.

DSAM er tilfredse med markeringen af, at almen praksis skal gøre det, de plejer at gøre, dvs. især lægge vægt på en god årskontrol, og i øvrigt passe patientens andre sygdomme. Data fra de telemedicinske undersøgelser kan indgå som supplement for eksempel ved årskontrollen. Praktiserende læger skal, som anført, ikke have ansvar for det tekniske, for data fra telemedicinen eller for instruktionen.

#### **Specielt omkring udvekslingen af oplysninger:**

Det forlyder fra de læger, der har deltaget i Telecare Nord projektet, at det er omstændeligt at få tilgang til data, og at dette bør smidiggøres fremover så vel i relation til KOL som ved nye telemedicinske projekter. Tilsyneladende har det ikke været muligt for praksis at tilgå data direkte fra egen patientjournal.

DSAM skal anbefale, at de der har ansvaret for den telemedicinske indsats, fremsender en helt kort årsstatus (en slags kort epikrise i en korrespondance) på få linjer i måneden før pt's fødselsdag, således at egen læge bliver opmærksom på, at pt. følges i det telemedicinske tilbud, og at informationen om patienten kan udnyttes ved årskontrollen (ligger ofte i forbindelse med fødselsdagen af mnemotekniske grunde).

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Anders Beich', written over a horizontal line.

Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

**Fra:** Helen Rasmussen / Region Nordjylland <helen.rasmussen@rn.dk>  
**Sendt:** 24. oktober 2016 08:50  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Høringssvar fra TeleCare Nord - på faglig retningslinje for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud for mennesker med KOL  
**Vedhæftede filer:** 2016-021797-1 Høringsudkast telemedicin 270916.pdf 3710504.pdf

**Høringssvar på faglig retningslinje for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud for mennesker med KOL**

På vegne af det tværsektorielle samarbejde, mellem de nordjyske kommuner, Region Nordjylland og almen praksis, gives her et høringssvar på retningslinjen. Høringsudkastet har været i høring i en faglig gruppe på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis, en gruppe som tidligere har arbejdet med revision af KOL forløbsprogrammet og opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord.

Retningslinjen anses overordnet for at være i god overensstemmelse med det samarbejde, vi allerede har etableret i TeleCare Nord, og med det faglige indhold. Der er indsat kommentarer i høringssudkastet med forslag til rettelser eller kommentarer. Her kan nævnes, at en fremhævelse af det tværsektorielle samarbejde som et omdrejningspunkt, og en vision om det sammenhængende patientforløb, jf. sundhedsaftalerne vil være ønskeligt. Derudover har praksis fremhævet behovet for en fælles telemedicinsk platform, hvis telemedicin for alvor skal blive et arbejdsværktøj i almen praksis.

Vedhæftet høringssudkast med indsatte kommentarer og forslag til rettelser.

Med venlig hilsen

Helen Houmøller Rasmussen  
Projektleder  
41181529  
E-mail: [helen.rasmussen@rn.dk](mailto:helen.rasmussen@rn.dk)

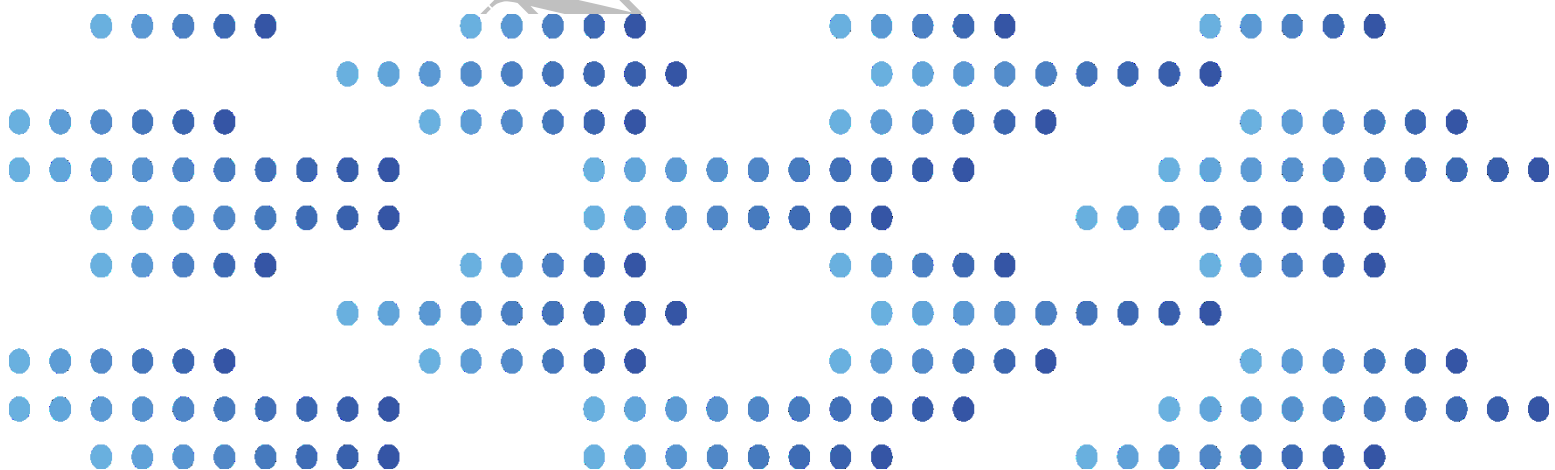
**TeleCare Nord**  
Hadsundvej 190  
9000 Aalborg



[www.telecarenord.dk](http://www.telecarenord.dk)

# TELEMEDICINSK UNDERSTØTTELSE AF BEHANDLINGS- TILBUD TIL MENNE- SKER MED KOL

- ANBEFALINGER FOR MÅLGRUPPE, SUNDHEDSFAG-  
LIGT INDHOLD SAMT ANSVAR OG SAMARBEJDE





# Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

- Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde

© Sundhedsstyrelsen, 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** telemedicin, KOL, faglige anbefalinger, almen praksis

**Sprog:** Dansk

**Version:** Høringsversion

**Versionsdato:** 27.09.2016

**Format:** pdf

HØRINGSUDKAST

## INDHOLD

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>6</b>
1.1	Formål	6
1.2	Baggrund	7
1.3	Vidensgrundlag	7
1.4	Lovgrundlag	8
1.5	Læsevejledning	8
<b>2</b>	<b>Sygdomskarakteristika ved KOL</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>9</b>
3.1	Inklusionskriterier	9
3.2	Eksklusionskriterier	10
<b>4</b>	<b>Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud</b>	<b>11</b>
4.1	Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering	11
4.2	Målehyppighed	11
4.3	Evaluering	12
4.4	Sygdomsmestring	12
4.5	Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle	13
4.6	Instrukser i forbindelse med det telemedicinske tilbud	13
4.7	Teknisk set-up og udstyr	14
4.8	Varighed af tilbud	14
<b>5</b>	<b>Ansvar og samarbejde</b>	<b>16</b>
5.1	Identifikation og henvisning	16
5.2	Opstart	18
5.3	Opfølgning på data	18
5.4	Kommunikation	19
<b>6</b>	<b>Referencer</b>	<b>21</b>
	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>22</b>
	<b>Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe</b>	<b>23</b>
	<b>Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer</b>	<b>25</b>
	<b>Bilag 3: Kommissorium for styregruppen</b>	<b>27</b>
	<b>Bilag 4: Styregruppens medlemmer</b>	<b>30</b>
	<b>Bilag 5: Forløb i det telemedicinsk understøttede tilbud</b>	<b>31</b>
	<b>Bilag 6: Skabelon for instruktion af borgere</b>	<b>32</b>

<b>Bilag 7: Skabelon for instruks for opfølgning på data</b>	<b>34</b>
<b>Bilag 8: Skabelon for instruks om alarmgrænser</b>	<b>36</b>
<b>Bilag 9: Skabelon for henvisning af borgere</b>	<b>38</b>
<b>Bilag 10: Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til telemedicinsk understøttet behandling af KOL</b>	<b>40</b>

HØRINGSUDKAST

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Med økonomiaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. På den baggrund er Sundhedsstyrelsen blevet bedt om at udarbejde faglige anbefalinger for den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til borgere med KOL. Udgangspunktet for arbejdet har været de erfaringer, der er opnået med hjemmemonitorering i TeleCare Nord-projektet (TeleCare Nord afslutningsrapport 2015) og projektet Klinisk Integreret Hjemmemonitorering, KIH-projektet (KIH-projekt 2015).

Formålet med anbefalingerne er:

- at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud
- at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til understøttelse af behandlingen til borgere med KOL er at medvirke til mulige positive effekter af såvel sundhedsfaglig som samfundsøkonomisk karakter eksempelvis i form af færre/kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser fx som følge af borgernes øgede mestring af sygdommen. For den enkelte borger med KOL handler det således blandt andet om at forstå og handle på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryk mv.

Arbejdet foregår indenfor rammerne af sundhedsaftalerne<sup>1</sup> og øvrige initiativer vedrørende kronisk sygdom i regioner og kommuner herunder de regionale forløbsprogrammer for KOL<sup>2</sup>. Regioner og kommuner forventes at opdatere forløbsprogrammerne, så de er i overensstemmelse med de til enhver tid gældende faglige nationale anbefalinger.

I udarbejdelsen af anbefalingerne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en bredt sammensat arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for relevante fora. Kommissorium for arbejdsgruppen og en oversigt over arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Anbefalingerne er henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale på sygehus, i kommune og almen praksis, som skal udbrede den telemedicinske understøttelse. Anbefalingerne er vejledende, således at det lokalt kan besluttes hvilke patienter, der tilbydes telemedicin og med mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet.

---

<sup>1</sup> De nuværende sundhedsaftaler 2015-2018 har blandt andet fokus på at sikre en større sammenhæng for patienter, som får indsats i flere sektorer på samme tid, blandt andet patienter der har en kronisk sygdom som KOL, hvor det er vigtigt, at fx indsatsene i almen praksis og hjemmesygeplejen koordineres med ambulante besøg på sygehuset.

<sup>2</sup> Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.

## 1.2 Baggrund

I takt med den teknologiske udvikling, er der kommet stigende fokus på at anvende it-baserede løsninger som telemedicin - specielt i forbindelse med behandling af kronisk syge, herunder borgere med KOL blandt andet fordi disse patienter antalmæssigt og økonomisk udgør en stor del af sundhedssystemet. Telemedicin defineres som en 'sundhedsydelse der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde'<sup>3</sup>. Anvendelsen af telemedicin til understøttelse af behandlingstilbud til patienter med kroniske sygdomme, eksempelvis diabetes, KOL eller inflammatoriske tarmsygdomme, har allerede været afprøvet i flere projekter i Danmark som led i den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, som indgik i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015. Her har der været afprøvet forskellige variationer af telemedicinsk understøttelse, fx hjemmemonitorering ved elektronisk overførsel af data, som for eksempel blodtryk, iltmætning og puls, anvendelse af elektronisk overførsel af billeder af sår, elektroniske kommunikationsmuligheder via tabletcomputer og videoopkobling og lignende.

## 1.3 Vidensgrundlag

På nuværende tidspunkt er der ikke sikker viden om, hvem der profiterer af telemedicin, hvilke typer af telemedicinske ydelser der virker, og hvilke præferencer patienterne har (Viracca et al, 2016). Der drages således forskellige konklusioner vedrørende effekten af telemedicinsk understøttet behandling, men udvalgt videnskabelig litteratur viser udover ovenstående følgende:

I forhold til telemedicin og livskvalitet hos KOL-patienter har et nyt dansk systematisk review gennemgået den eksisterende danske og internationale litteratur (Gregersen TL et al 2016) og har fundet frem til i alt 47 artikler, hvoraf 18 blev vurderet egnede – overvejende fra perioden 2010-2015. Tre af de 18 studier viste en signifikant forbedring af livskvalitet i gruppen med telemedicinsk understøttet behandling sammenlignet med kontrolgruppen. Forfatterne konkluderer på den baggrund, at det ikke udelukker, at telemedicinsk understøttet behandling har effekt, når man ser på andre udfald, men at der er behov for mere forskning og gerne i kontrollerede storskala forsøg.

I forhold til sygdomsmestring tyder forskningen på, at anvendelse af telemedicinsk udstyr kan understøtte mestring af sygdommen hos patienter med KOL. Patienterne bliver fx bedre til at genkende tidlige tegn på eksacerbation (Paget et al. 2010) eller de tilegner sig viden om, hvornår de skal kontakte sundhedsprofessionelle (Huniche et al. 2010; Huniche et al. 2013). Den telemedicinske service ses ligeledes at have betydning for patienternes self-management og dermed evnen til at opretholde et liv, der er så normalt som muligt (Vatnøy et al. 2016). Når man ser nærmere på viden om effekten af telemedicinske tilbud på borgeres self-efficacy (tiltro til egne evner i forhold til håndtering af deres sygdom) er resultaterne imidlertid divergerende og vanskelige at sammenligne på grund af den store diversitet i de telemedicinske tilbud (Nguyen et al. 2008, Emme et al. 2014).

---

<sup>3</sup> Telemedicinbegreber- Rapport vedrørende udarbejdelse af begrebssystem og definitioner, Sundhedsdatastyrelsen, 2015

Baggrunden for anbefalingerne vedrørende inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er i denne sammenhæng de resultater, der er opnået i TeleCare Nord-projektet og i KIH-projektet. Der er ikke i forbindelse med dette arbejde blevet udført en systematisk litteratursøgning på området.

Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at en del af patienterne med KOL, der deltager i det telemedicinske tilbud, oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. Det ser ud til, at det særligt er de patienter, som har flere symptomer, og som er i risiko for indlæggelse eller for forværringer, der har gavn af tilbuddet.

På den baggrund skal anbefalingerne bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

## 1.4 Lovgrundlag

Det retslige grundlag for sundhedsfaglig virksomhed ved brug af telemedicin er autorisationsloven, sundhedsloven, persondataloven og de administrative forskrifter, der er fastsat i medfør af disse love.

Derudover udarbejdede Sundhedsstyrelsen, nu Styrelsen for Patientsikkerhed, i 2005 *Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin*.

## 1.5 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver sygdomskaraktistika ved sygdommen KOL.

I kapitel 3 beskrives målgruppen kort, og på baggrund heraf opstilles kriterier for in- og eksklusion.

Kapitel 4 indeholder anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold i det telemedicinske tilbud, herunder også for de kompetencer, der er nødvendige for at kunne gennemføre tilbuddet med en høj kvalitet og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Kapitel 5 beskriver opgave- og ansvarsfordelingen mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Bilagsdelen indeholder blandt andet skabeloner for relevante instrukser på området.

I retningslinjen anvendes betegnelsen *borgere* generelt om målgruppen for tilbuddet, med mindre der er tale om aktiviteter, der entydigt foregår i almen praksis eller sygehusregi.

## 2 Sygdomskarakteristika ved KOL

I det følgende beskrives kort sygdomskarakteristik ved sygdommen KOL<sup>4</sup>.

Personer med KOL har kronisk betændelsestilstand i luftveje og lungevævet, som medfører tiltagende luftvejsforsnævring og gradvis ødelæggelse af de små lungeblærer (alveoler), hvor luftudvekslingen (diffusionen) finder sted. Symptomerne ved KOL udvikles som regel gradvist og viser sig som hoste og opspyt af slim fra luftvejene. Efterhånden kommer der tiltagende åndenød, som især viser sig ved fysisk anstrengelse. Indimellem kommer der forværringer (eksacerbationer), som typisk skyldes en tilstødende lungeinfektion.

Som sygdommen udvikler sig, tilstøder der ofte tab og svækkelse af muskelmassen på grund af inaktivitet, og mange patienter med moderat KOL har derfor betydeligt svagere muskler end raske på samme alder. Knogleafkalkning (osteoporose) er en meget hyppig følgetilstand ved KOL, ligesom hjertesygdom og lungekræft optræder med høj hyppighed blandt patienter med KOL. Denne multimorbiditet gør, at det ikke er muligt, selv med en optimal farmakologisk behandling, at opnå et tilstrækkeligt effektfuldt resultat for patienten.

Den vigtigste årsag til KOL i Danmark er tobaksrygning, og cirka 85 pct. af alle tilfælde af sygdommen kan tilskrives dette. KOL forekommer også hos mennesker, der aldrig har røget, men i disse tilfælde er sygdommen generelt mildere og sygdomsprognosen er bedre<sup>5</sup>. Erhvervsmæssig udsættelse for luftvejsirriteranter (røg, damp, støv) kan medvirke til udvikling af KOL, især i kombination med tobaksrygning (Sundhedsstyrelsen 2015).

## 3 Målgruppe

Målgruppen for tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling er borgere med KOL.

### 3.1 Inklusionskriterier

Det anbefales, at følgende kriterier er opfyldt for at borgere med KOL kan inkluderes i tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling af deres sygdom:

- Diagnosen KOL er stillet ved spirometri mv.<sup>4</sup>
- Borgeren er klassificeret i GOLD gruppe D (mange symptomer, 2 eller flere eksacerbationer eller indlæggelse for KOL det sidste år eller FEV1 <50 pct. af forventet)<sup>6</sup>.  
Og/eller borgeren skal være i iltbehandling.
- Borgeren er i behandling eller motiveret for behandling<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> For diagnostik og beskrivelse af KOL se publikationen 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL', Sundhedsstyrelsen, 2015.

<sup>5</sup> Andelen af aldrig-rygere, som behandles ambulant for KOL i danske hospitalsambulatorier er cirka tre pct. (Dansk Register for KOL: link til sundhed.dk)

<sup>6</sup> I den nye GOLD klassifikation grupperes patienterne i fire grupper (A-D) ud fra grad af nedsættelse af forceret ekspiratorisk volumen i det første sekund (FEV1) i forhold til forventet værdi, omfang af symptomer bedømt ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer, hyppighed af eksacerbationer eller indlæggelse (Sundhedsstyrelsen 2015).

<sup>7</sup> RADS. Behandlingsvejledning for behandling af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen 2015

- Borgeren har fast bopæl og praktiserende læge i den pågældende region (dette kan dog fraviges lokalt efter aftale).
- Borgeren er interesseret i at deltage – såvel i forhold til det tekniske set-up som det sundhedsfaglige indhold.
- Borgere med komorbiditet, har KOL som en væsentlig del af det samlede sygdomsbillede.

Det er en fordel hvis borgeren har gennemgået et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud, da sygdomsmestring er et aspekt heri.

Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

### 3.2 Eksklusionskriterier

Eksklusionskriterier er forhold, der af forskellige grunde gør det telemedicinske tilbud uhensigtsmæssigt, ikke fagligt relevant eller praktisk muligt at etablere og gennemføre. Dette gælder fx i følgende tilfælde:

- De tekniske muligheder er ikke til stede, fx dårlig forbindelse til bredbånd.
- De hjemlige forhold muliggør ikke en telemedicinsk understøttelse.
- Borgerens sygdomsbillede er komplekst.
- Borgeren evner ikke at deltage af andre årsager.

Forhold, der kan betyde, at det telemedicinske tilbud afsluttes, beskrives i kapitel 3.6.



## 4 Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud

I det følgende kapitel beskrives anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud til mennesker med KOL.

Det telemedicinske tilbud bør altid tilpasses behovet hos den enkelte borger, herunder baggrunden for at denne er blevet inkluderet i tilbuddet, fx ustabil sygdom, opfølgning på en indlæggelse eller et begrundet ønske om tryghed. Dette skal ses i sammenhæng med de målinger, borgeren efterfølgende skal foretage, hvilke alarmgrænser der i en forbindelse sættes op, og hvor ofte målingerne foretages mv. Det vil sige, at det telemedicinske tilbud har et generelt indhold, som kan suppleres med et individuelt tilpasset indhold. Det individuelle indhold kan fx være en ernæringsindsats, tobaksafvænning eller individuelt tilrettelagte behandlings- eller handlingsplaner.

Herved bliver det muligt at give et differentieret tilbud, som kan tilpasses den enkelte borgers behov, viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen.

### 4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering

Før opstart af det telemedicinske tilbud fastlægges den enkelte borgers alarmgrænser. Det anbefales, at alarmgrænserne fastlægges individuelt fx ud fra patientens udgangsværdier +/- 5 %. De kan også fastlægges ud fra forudindstillede alarmgrænser med en efterfølgende individuel tilpasning. Det er en lægelig opgave at vurdere dette.

Det anbefales, at følgende målinger/registreringer indgår i hjemmemonitoreringen:

- Iltmætning af blodet (saturation)
- Puls
- Vægt
- Symptomscorings spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim og spyttest, funktionsbegrænsning mv.)
- Rejse-sætte-sig-test.

Måling af blodtryk kan indgå, hvis det lægeligt vurderes at have betydning for den enkelte borger.

Som en udvidelse af tilbuddet kan måling af lungefunktion og videokommunikation tillige indgå. Tilsvarende kan man på sigt overveje om aktiviteter som teletræning eller lignende kan tænkes ind.

### 4.2 Målehyppighed

Det er som udgangspunkt den henvisende læge, der laver aftaler om kadencen for målingerne og som involveres, hvis der skal laves aftaler om andre kadencer.

Det anbefales, at hyppigheden af målingerne foretages ud fra en individuel vurdering af den enkelte borger og som udgangspunkt en gang ugentligt, dog minimum en gang månedligt.

De første 14 dage bør borgeren dog både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål dagligt. Derefter foretager borgeren i udgangspunktet målinger og svarer på sygdomsspecifikke

spørgsmål en til to gange om ugen, medmindre andet aftales med lægen. Tidspunktet herfor bør aftales. Antallet af ugentlige målinger, og ændringer af disse, skal journaliseres.

Borgeren skal være informeret om, dels hvornår målingerne bliver set af en sundhedsprofessionel og dels at hyppigere målinger end aftalt ikke som udgangspunkt bliver set.

Den enkelte borger kan dog selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstra målinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

### 4.3 Evaluering

Det anbefales, at der sker en initial og en løbende evaluering af borgerens gevinst ved den telemedicinske understøttelse.


Efter de første 14 dage bør kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne. I denne sammenhæng bør det overvejes, om borgerens grænseværdier skal ændres, eller om borgeren har brug for yderlig instruktion i at foretage korrekte målinger.

Evaluering af tilbuddet i forhold til den enkelte deltager bør efter den initiale vurdering være systematisk og tværsektoriel – også for at sikre at borgere ikke bliver i det telemedicinske tilbud i uhensigtsmæssig lang tid.

### 4.4 Sygdomsmestring

Det er en forudsætning for at kunne deltage i tilbuddet, at borgeren med KOL selv, og i samarbejde med sundhedspersonalet, er i stand til at forstå og handle på egne data. En gevinst ved dette kan være, at borgeren opnår en forbedret sygdomsmestring.

Borgeren skal således, og understøttet af sygeplejersken:

- kunne forstå målingernes sammenhæng med sygdommens forskellige karakteristika og den tidsmæssige ramme, der er aftalt
- være tryk ved at anvende det tekniske udstyr og kunne besvare symptom score 
- kunne sende data videre og kunne handle på symptomer og ændringer i målingerne, efter aftale med eller i samråd med lægen.

Det er samtidig afgørende, at borgeren også ved, hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til lægen, og at borgeren erkender, at den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbuddet ikke erstatter den sædvanlige kontakt til almen praksis eller sygehus, og at tilbuddet ikke efterlader borgeren med en oplevelse af falsk tryghed i sit sygdomsforløb. Her er det blandt andet afgørende, at borgeren ved, hvornår målinger bliver set.

Det kan i den forbindelse overvejes at implementere en feed-back mekanisme, således at borgeren guides i forhold til, hvornår denne selv bør reagere på afvigelse i målingerne.

---

<sup>8</sup> Validerede spørgeskemaer, som fx "COPD Assessment Test" (CAT) eller "Clinical COPD Questionnaire" (CCQ) kan med fordel benyttes til at få et skøn over de daglige symptomer og aktiviteter samt ændringer i disse over tid, fx som respons på behandling.

## 4.5 Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle

Oplæring og instruktion af borgere i forbindelse med opstart og den løbende opfølgning på telemedicinske data forudsætter, at de relevante kompetencer er til stede i kommunerne, almen praksis og på sygehus. Det er således afgørende, at der er mulighed for at få det nødvendige kompetenceløft, hvis de ikke vurderes at være til stede, og rammerne for kompetenceløft/uddannelse bør tænkes ind fra start.

Tværasektoriel kompetenceudvikling kan være hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, sygehus og almen praksis.

Det bør være en sygeplejerske med KOL-erfaring, der har ansvaret for instruktion og oplæring af borgeren i forståelsen af sygdommen og hvordan der handles på data (målingerne), samt i opfølgningen af hvordan data aflæses og tolkes og efterfølgende handles på.

Sygeplejersken bør have følgende kompetencer:

- Viden om KOL, herunder symptomatologi og håndtering af sygdommen i forbindelse med forværring samt evnen til aktivt at kunne anvende denne viden og handle på den i tilbuddet. Derudover også gerne bred medicinsk viden, da der hos denne patientgruppe ofte optræder multimorbiditet.
- Sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at kunne tage afsæt i den enkeltes patients behov, forudsætninger og kompetencer og inddrage forskellige former for viden i den sammenhæng.
- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr (iltmåler (pulsoximeter) til måling af iltmætning og puls, vægt og eventuelt blodtryksmåler), og de anbefalede målinger og deres betydning. Informationer skal kunne gengives på en måde, så borgeren får et klart og realistisk billede af, hvad det telemedicinske tilbud omfatter og kræver. Hvis lungefunktionsundersøgelse og videokonsultationer indgår, kræver det kendskab til brugen af dette udstyr (lungefunktionsmåler (spirometer)) og viden om og praktisk afprøvning af at fungere foran en skærm, og at kunne yde vejledning og observation via skærm uden fysisk kontakt.
- Kendskab til patientens brugerflade og hyppigste fejl, patienten støder på (fx log-in, opladning af udstyr, batteriskift).
- Viden om øvrige tilbud, der kunne være relevante for borgeren, herunder tilbud i regi af patientforeninger, netværksskabelse mv.

## 4.6 Instrukser i forbindelse med det telemedicinske tilbud

Det anbefales, at der foreligger instrukser til sundhedspersonalet for de forskellige aktiviteter i forbindelse med det telemedicinske tilbud. Der bør således foreligge instrukser for de forskellige typer af målinger og tests, borgeren skal foretage:

- Iltmætning
- Vægt
- Puls
- Rejse-sætte-sig-testen.

Tilsvarende skal alarmgrænser og de tidsmæssige kadencer være beskrevet<sup>9</sup>. Her indgår en beskrivelse af, hvad der bør være aftalt lokalt og samtidig mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet. Der bør ligeledes foreligge kriterier for udvidelse af aftalte kadencer for målinger.

Der bør endvidere foreligge instrukser for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data både tidspunkter og opfølgning på data<sup>10</sup>, alarmgrænser<sup>11</sup> samt hvad der skal foretages, når alarmgrænserne overskrides, herunder også i forhold til opfølgning. Endvidere bør der foreligge instruks for forretningsgange og ansvarsfordeling på tværs af aktørerne.

Eksempler på skabeloner for instruktion af borgere, instruks for opfølgning på data, instruks om alarmgrænser, instruks for henvisning af borgere og instruks for administrative opgaver ved henvisning af borgere i kommunen fremgår af bilag 6-10.

#### 4.7 Teknisk set-up og udstyr

Det tekniske set-up og udstyr til det telemedicinsk understøttede behandlingstilbud kan variere lokalt. Men det er vigtigt, at der i forhold til det tekniske set-up er tilgængelighed, så borgeren har et sted at henvende sig til med sine eventuelle spørgsmål.

Det anbefales, at den tekniske løsning for telemedicinsk understøttede tilbud muliggør opsætning af forskellige brugerflader, der understøtter udvikling af handlekompetence hos de borgere, der modtager tilbuddet.

Løsningen skal være fleksibel, blandt andet i forhold til at kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL, og et andet fokus i den telemedicinske understøttelse. Det kan være algoritmer, der tager afsæt i borgerens symptomer og guider borgeren gennem forskellige handlemuligheder. Dette kan fx være en selvbehandlingsplan som borgeren efter aftale med lægen påbegynder, når bestemte forudsætninger er opfyldt. Det kan fx være tiltagende åndenød og farvet opspyt som tegn på eksacerbation, hvor borgeren selv påbegynder behandling med antibiotika.

##### Boks 1. Udstyr i TeleCare Nord

I TeleCare Nord blev der anvendt en tablet, en saturationsmåler, et blodtryksapparat der også kunne måle puls og en vægt, og det hele var koblet på trådløst netværk.

Det kan være en fordel, at organisere sig med et centralt telemedicinsk servicecenter.

Med henblik på at styrke kommunikationen på tværs af aktører og sektorer vil en fælles it-plattform være hensigtsmæssig.


#### 4.8 Varighed af tilbud

Som udgangspunkt forventes det telemedicinske tilbud at fortsætte, så længe borgeren har behov for det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået. Borgeren forbliver i tilbuddet også selvom denne (periodisk) ikke opfylder kriterierne for målgruppen, som fremgår i

<sup>9</sup> Skabelon for instruktion af borgere fremgår i bilag xx

<sup>10</sup> Skabelon for instruks for opfølgning på data fremgår af bilag xx

<sup>11</sup> Skabelon for instruks om alarmgrænser fremgår af bilag xx

kapitel 2  er bør i den forbindelse løbende og på tværs af sektorer evalueres på borgerens gevinst af tilbuddet. Årskontrollen kan være en lejlighed til at foretage en vurdering.

Hvis borgeren udviser manglende adhærens i forhold til at benytte det telemedicinske tilbud, fx at borgeren ikke måler data efter aftale, eller ikke formår at benytte udstyret korrekt og derfor ikke kan monitorere sygdommen, kan der være grundlag for at stoppe tilbuddet.


Ved afslutning af tilbuddet skal det være aftalt mellem parterne og tydeligt for alle aktører, hvem og hvad borgeren afsluttes til, og tilsvarende hvis tilbuddet stoppes midlertidigt.

HØRINGSUDKAST

## 5 Ansvar og samarbejde

I det følgende er opgave- og ansvarsfordelingen samt samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse beskrevet. Princippet er, at opgaverne placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for. Der kan også lokalt laves aftaler om involvering af anden aktør, fx en privat udbyder. Der bør altid være fuld klarhed over, hvor ansvaret er placeret og at ansvaret for borgeren ikke slippes, før en anden aktør aktivt har overtaget det. I bilag 5 skitseres et grafisk eksempel på et forløb i den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Nedenstående tabel 1 giver et overblik over, hvilke aktører/sundhedsprofessionelle, der har ansvar for de forskellige opgaver i det telemedicinsk understøttede behandlingstilbud. Der bør være opmærksomhed på, at mange af opgaverne varetages af flere aktører.

Opgave	Kommune	Almen praksis	Sygehus
Motivation til telemedicin	•	•	•
Identifikation	•		•
Henvisning		•	•
Opstart	•		•
Sygdomsmestring	•	•	•
Monitorering – opfølgning på data	•		•
Løbende patientkontakt	•	•	•
Supplerende forebyggelse og rehabilitering	•		•
Tilbud om årskontrol		•	•

Tabel 1. Opgavefordeling fordelt på kommune, almen praksis og sygehus

### 5.1 Identifikation og henvisning

Da borgeren har forløb på tværs af sektorgrænser vil flere parter (kommune, almen praksis, sygehus) kunne identificere borgere, som kan have gavn af et telemedicinsk understøttet behandlingstilbud. Denne identifikation sker i mødet med borgeren og på baggrund af et kendskab til den enkelte borgers situation og sygdom.

Der bør lokalt indgås aftaler om identifikation og henvisning, som tager hensyn til alle parter.

Henvielse til det telemedicinske tilbud i kommunen fra almen praksis eller sygehus bør indeholde en række oplysninger:

- Patientens stamdata (navn, cpr.nr, adresse, telefon nr.)
- Pårørende, relation, samt kontaktoplysninger
- Diagnose(r)
- Eventuelle allergier
- Højde/vægt
- Selvbehandlingsplan
- Medical Research Council (MRC) åndenødsskala (5-trins dyspnøskala)
- Forceret Vital Capacitet (FVC) – liter og procent af forventet. forceret ekspiratorisk volumen i det første sekund (FEV<sub>1</sub>) – liter og procent af forventet
- Antal forværringer (eksacerbationer) indenfor seneste år
- Grænseværdier (Alarmgrænser) for målinger- hvis der er aftale om default værdier, oplyses hvis der er afvigelser fra disse
- Måleinterval (én eller to gange om ugen)
- Information om afgivet informeret samtykke
- Særlige indsatsområder
- Hvilke målinger, der er relevante.

#### *Identifikation af borgere i kommunen*

Kommunen kan identificere og kontakte borgere med KOL, der kan have gavn af det telemedicinske tilbud, fx på sundheds- og forebyggelsescentre, i forbindelse med visitation til kommunens forskellige tilbud, eller på et forebyggende hjemmebesøg. Hvis borgeren, efter at være nærmere informeret om tilbuddet, samtykker, opfordres denne til at tage kontakt til sin praktiserende læge eller hjælpes dertil, med henblik på at lægen kan foretage en nærmere vurdering af borgeren henblik på eventuel henvisning til dette.

Ved henvisning skal der foregå en kommunikation mellem de relevante aktører, så det sikres, hvem der har ansvar for patienten, og alle relevante oplysninger bliver givet videre.

#### *Identifikation og henvisning af patienter i almen praksis*

Den praktiserende læge identificerer patienter i forbindelse med konsultation eller en kontrol/årskontrol, og tilbyder telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud, hvis inklusionskriterierne er opfyldt eller patienten på andet måde skønnes egnet.

Efter identifikation henviser praktiserende læge til kommunen. Henvielsen fremsendes til kommunen efter gældende national standard. Kommunen sender kvittering, når patienten er påbegyndt tilbuddet og ved eventuel afslutning samt løbende information om forløbet efter nærmere aftale.

Kommunen eller anden aktør, hvis dette er aftalt lokalt, anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af patient.

#### *Identifikation og henvisning af patienter på sygehuset*

Patienter, som i sygehusregi - på ambulatoriet og på (lunge)medicinsk afdeling vurderes at være inden for målgruppen, kan henvises direkte til det telemedicinske tilbud i kommunen.

Ved identifikation i sygehusregi bliver en sygehushenvisning udfyldt og sendt til patientens kommune med mindre der er aftalt anden national standard<sup>12</sup>.

Kommunen eller anden aktør, hvis dette er aftalt lokalt, anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af patient.

## 5.2 Opstart

Når borgeren har accepteret telemedicinsk understøttet behandling, skal borgeren informeres om det videre individuelle forløb og medgives det aftalte på skrift. Af dette skal der tydeligt fremgå plan for målinger, kontroller, ansvarlige kontaktpersoner og det videre forløb.

Der skal indhentes skriftlig samtykke til telemedicinsk understøttet behandling og videregivelse af kontaktdata til samarbejdspartnere.

Der skal foreligge klare aftaler for, om det er kommunen eller sygehuset, der har ansvaret for opstartsfasen. Reaktions tiden fra henvisning til opstart er maksimalt syv dage. Her oprettes borgeren med telemedicinsk ydelse i de aktuelle it-systemer<sup>13</sup> i henhold til vanlige procedurer. Sygehus eller kommune er ansvarlig for, at monitoreringsudstyr visiteres og rekvireres hos den private leverandør. De er ligeledes ansvarlige for installation i at anvende udstyret, og for hvordan borgeren foretager målinger. Den private leverandør har ansvaret for, at der bliver sat udstyr op hos borgeren, samt at borgeren forstår den tekniske del af udstyret.

Det er ligeledes sygehus eller kommune, der har ansvaret for den nærmere oplæring af borgeren i forhold til at kunne forstå og handle på resultaterne af de målinger, de foretager, og for at borgeren føler sig tryk ved at anvende det tekniske udstyr. Borgeren kan derudover henvises til andre relevante tilbud til mennesker med KOL, hvis borgeren ønsker det, fx kommunale forebyggelsestilbud og tilbud i regi af patientforeninger mv.

Der aftales opfølgningssamtale med borgeren efter højst 3-4 uger. Dette foregår normalt i borgerens hjem.

## 5.3 Opfølgning på data

Opfølgning på monitoreringsdata er et sundhedsfagligt ansvar, som varetages af kommunen med undtagelse af de patienter, hvor sygehuset har vurderet, at ansvaret for opfølgning mest hensigtsmæssigt ligger der, som beskrevet nedenfor.

Det er i udgangspunktet personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har ansvar for, og varetager opfølgningen af monitoreringsdata. Opfølgningen indebærer, at borgernes data læses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en intervention i forhold til borgeren.

### *Kommunens opgaver og ansvar*


Det er som udgangspunkt kommunen, som har ansvaret for opfølgning på data. Der følges systematisk op på borgerens måledata efter fastsatte intervaller. Ved afvigelser i data, som indike-

---

<sup>12</sup> Skabelon for henvisning af borgere i kommunen fremgår af bilag xxx

<sup>13</sup> Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til kommunen xx




rer sygdomsudvikling i negativ retning, kontaktes borgeren med henblik på, at denne tager kontakt til praktiserende læge 


#### *Sygehusets opgaver og ansvar*

Sygehuset har i nogle tilfælde ansvaret for opfølgning af data, herunder i forhold til behov for at igangsætte behandling eller eventuel indlæggelse 


- Nyopstartede iltbrugere tilknyttet ambulatoriet
- Patienter, der har været indlagt to eller flere gange det seneste år på grund af KOL forværring
- Patienter, som ud fra en lægelig vurdering har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning..

Borgerne monitoreres som udgangspunkt i sygehusregi  og kan efter aftale overgå til kommunal opfølgning. Borgere, der har behov for længere opfølgning i sygehusregi, vurderes løbende og minimum hver 6. måned for at se, om de er stabile nok til at overgå til kommunal opfølgning.

#### *Almen praksis' opgaver og ansvar*

Almen praksis har som udgangspunkt ingen opgaver i forbindelse med opfølgning på data fra de borgere, der modtager den telemedicinsk understøttede behandling, udover de almindelige kontroller, fx årskontrol. Den praktiserende læge vurderer løbende patientens sygdomsgrad og almentilstand samt eventuel komorbiditet. Her kan de telemedicinske målinger være et vigtigt supplement. Borgeren kan derfor medbringe sin table  d måledata ved besøg hos lægen, ligesom det er vigtigt, at der sker en løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændringer i behandlingen.

Det er også vigtigt at inddrage den praktiserende læge, hvis der er forhold omkring alarmgrænser, der skal reageres på.

Ved akutte eksacerbationer er de telemedicinske målinger et fint supplement i den kliniske vurdering af patienten, og en selvbehandlingsplan kan ikke erstatte en nødvendig undersøgelse hos læge 


Det er således vigtigt, at der bliver kommunikeret mellem kommune og almen praksis, så der ikke kører parallelle behandlingsforløb, der ikke er samstemt.

## 5.4 Kommunikation

Ved udbredelse af det telemedicinske tilbud er det afgørende, at der foregår et tæt og smidigt samarbejde på tværs af aktører og sektorer involveret i tilbuddet.

Som udgangspunkt anvendes de eksisterende aftaler om kommunikationsveje og -standarder i sundhedsvæsenet, herunder aftaler om indlæggelse, udskrivning mv. Derudover kan der være behov for at etablere nye arbejds gange og nye former for kommunikationspraksis.

Det er ligeledes afgørende, at alle aktører ved, hvordan og hvornår ansvaret for opfølgning mv. videregives. Det bør således lokalt laves aftaler om, hvordan tilbuddet følges op, og med hvilke tidsfrister. Dette skal også være tydeligt for borgeren. Det er også vigtigt, at der foregår en løbende kommunikation mellem aktørerne, så alle føler sig orienteret på samme niveau. Den en-

kelte aktør  altid forpligtet til at følge op på patientens data, indtil en anden aktør har accepteret/kvitteret og dermed aktivt taget ansvaret herfor.

HØRINGSUDKAST

## 6 Referencer

Gregersen TL, Green A, Frausing E, Ringbæk T, Brøndum E, Ulrik CS. Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of COPD* 2016;11.

KIH Slutrapport. MedCom i samarbejde med Socialstyrelsen, Region Midtjylland og Region Hovedstaden. 2015

Newman S et al. The Whole System Demonstrator (WSD) Evaluation. Executive Summary of Findings School of Health Sciences, City University London, 2014

Møll Lill. KOL – sygdom, behandling og organisation. 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark, København 2011.

Pedone C, Lelli D. Systematic review of telemonitoring in COPD: an update. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2015, vol. 83, no. 6, pages 476–484

Pinnock H et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f6070 doi: 10.1136/bmj.f6070 (Published 17 October 2013)

Sundhedsdatastyrelsen. KOL - Flere borgere med KOL i medicinsk behandling. Sundhedsdatastyrelsen, 17. december 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen december 2015.

TeleCare Nord. Afslutningsrapport. 2015

Vitacca M. Telemonitoring in patients with chronic respiratory insufficiency: expectations deluded? *Thorax* April 2016 Vol 71 No 4.

## Bilagsfortegnelse

1. Kommissorium for arbejdsgruppe
2. Arbejdsgruppens medlemmer
3. Kommissorium for styregruppe
4. Styregruppens medlemmer
5. Forløb i det telemedicinske tilbud
6. Skabelon for instruktion af borgere
7. Skabelon for instruks for opfølgning på data
8. Skabelon for instruks om alarmgrænser
9. Skabelon for henvisning af borgere
10. Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere i kommunen

# Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe

## Arbejdsgruppe vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL

### Baggrund

Med økonomiaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. Som grundlag for udbredelsen igangsættes et sundhedsfagligt projekt, der har til formål at:

- fastsætte vejledende visitationsretningslinjer for inkludering af patienter i det telemedicinske tilbud
- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Baggrunden for fastsættelsen af retningslinjer for inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er de sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske resultater, der er opnået i TeleCare Nordprojektet og i KIH-projektet. Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at størstedelen af patienterne med KOL i det telemedicinske tilbud oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. På den baggrund skal de sundhedsfaglige retningslinjer bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

### Projektorganisation

Der nedsættes en arbejdsgruppe og en styregruppe.

Styregruppen består af Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat), Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner, Digitaliseringsstyrelsen, Danske Patienter, PLO samt repræsentanter fra de fem regioner.

Styregruppen afrapporterer til den nationale porteføljestyregruppe for telemedicin i forbindelse med møderne i porteføljestyregruppen.

### Arbejdsgruppens opgaver

På den baggrund etableres en arbejdsgruppe der skal rådgive Sundhedsstyrelsen ved at drøfte og kvalificere oplæg i forhold til:

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord skal arbejdet fastsætte vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin. Retningslinjerne skal ved hjælp af nærmere fastsatte kriterier give den visiterende enhed (almen praksis eller sygehus) hjælp til at vurdere, om en given patient skal tilbydes telemedicinsk behandling eller ej. Desuden kan retningslinjerne hjælpe de kommunale medarbejdere med at identificere relevante borgere med henblik på at borgere kan inkluderes via egen læge. Kriterierne skal bl.a. omfatte sygdomsniveau, kognitiv parathed mv.

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra eksisterende projekter, herunder TeleCare Nord og KIH-projektet, skal projektet:

- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud, herunder omfanget og typen af målinger, tidsmæssige kadencer for borgerens målinger af egen helbredstilstand mv.
- fastsætte vejledende tidsmæssige kadencer for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data
- fastsætte vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus om patienter i det telemedicinske tilbud.

Arbejdet skal kunne omsættes til produkter, der umiddelbart kan tages i anvendelse i det daglige arbejde hos de aktører, der er involveret i det telemedicinske tilbud, herunder almen praksis og kommuner.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Digitaliseringsstyrelsen (1)
- Kommuner (3)
- Regioner (3)
- Danske Patienter (1)
- Dansk Lungemedicinsk Selskab (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker (1)
- Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmersygeplejersker (1)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (1)

Sundhedsstyrelsens kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise efter behov.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege henholdsvis regionale og kommunale repræsentanter.

#### **Arbejdsgruppens møder**

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Efter møder i arbejdsgruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

#### **Tidsplan og mødedatoer**

Arbejdet igangsættes i foråret 2016, og forventes afsluttet ved udgangen af 3. kvartal 2016.

Der forventes afholdt tre møder i arbejdsgruppen:

- Onsdag den 13. april 2016 kl. 11.30-14.30
- Mandag den 30. maj 2016 kl. 11.00-14.00
- Fredag den 2. september 2016 kl. 11.00-14.00

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.

## Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

### **Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL:**

#### Dansk Lungemedicinsk Selskab

Anders Løkke

Thomas Ringbæk

#### Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Helle Skou

Praktiserende læge Ole Friis Junge

#### Dansk Sygepleje Selskab

Sygeplejerske og forsker Christina Emme (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital)

#### Danske Patienter

Magnus Løvendal Bendtsen (Lungeforeningen), *til juli 2016*

Projektleder Marie Gade Husted (Lungeforeningen), *fra august 2016*

#### Digitaliseringsstyrelsen

Fuldmægtig Mette Myrhøj Jensen

#### Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmersygeplejersker

Mia Duus

#### Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker

Post doc, ph.d. og forskningssygeplejerske Anne Dichmann Sorknæs (OUH, Svendborg Sygehus) / Suppleant klinisk sygeplejespecialist, lungesygeplejerske Marie Lavesen Karlsson (Nordsjællands Hospital – Hillerød)

#### Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Udviklingssygeplejerske Inge Jekes (Kalundborg Kommune)

#### Kommunale repræsentanter

Haderslev Kommune: Akutsygeplejerske Tanja Johannsen

Københavns Kommune: Pernille Faurschou

Lyngby-Taarbæk Kommune: Projektleder og sygeplejerske Charlotte Dorph Lyng

Regionale repræsentanter

Region Hovedstaden: Projektleder og KOL-sygeplejerske Eva Brøndum (Hvidovre Hospital)

Region Nordjylland: Ledende overlæge Carl Nielsen (Aalborg Universitetshospital)

Region Syddanmark: Assisterende professor Lisbeth Rosenbek Minet (Odense Universitetshospital, OUH)

*Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.*

HØRINGSUDKAST



## Bilag 3: Kommissorium for styregruppen

### Styregruppe vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL

#### Baggrund

Med økonomiaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. Som grundlag for udbredelsen igangsættes et sundhedsfagligt projekt, der har til formål at:

- fastsætte vejledende visitationsretningslinjer for inkludering af patienter i det telemedicinske tilbud
- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud med henblik på standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Baggrunden for fastsættelsen af retningslinjer for inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud er de sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske resultater, der er opnået i TeleCare Nord-projektet og i KIH-projektet. Erfaringerne fra især TeleCare Nord viser, at størstedelen af patienterne med KOL i det telemedicinske tilbud oplever en mere tryk hverdag og højere livskvalitet, men at det kun er for visse patienter, at der samtidig opnås en mere effektiv behandling i form af færre og/eller kortere sygehusindlæggelser. På den baggrund skal de sundhedsfaglige retningslinjer bidrage til, at de rette patienter tilbydes telemedicinsk behandling.

Arbejdet skal udmunde i:

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord skal arbejdet fastsætte vejledende retningslinjer for inklusion af borgere til telemedicin. Retningslinjerne skal ved hjælp af nærmere fastsatte kriterier give den visiterende enhed (almen praksis eller sygehus) hjælp til at vurdere, om en given patient skal tilbydes telemedicinsk behandling eller ej. Desuden kan retningslinjerne hjælpe de kommunale medarbejdere med at identificere relevante borgere med henblik på at borgere kan inkluderes via egen læge. Kriterierne skal bl.a. omfatte sygdomsniveau, kognitiv parathed mv.

#### *Fastsættelse af vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra eksisterende projekter, herunder TeleCare Nord og KIH-projektet, skal projektet:

- fastsætte vejledende retningslinjer for det sundhedsfaglige indhold af det telemedicinske tilbud, herunder omfanget og typen af målinger, tidsmæssige kadencer for borgerens målinger af egen helbredtstilstand mv.
- Fastsætte vejledende tidsmæssige kadencer for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data
- Fastsætte vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus om patienter i det telemedicinske tilbud.

Arbejdet skal kunne omsættes til produkter, der umiddelbart kan tages i anvendelse i det daglige arbejde hos de aktører, der er involveret i det telemedicinske tilbud, herunder almen praksis og kommuner.

### **Projektorganisation**

Der nedsættes en arbejdsgruppe og en styregruppe.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Digitaliseringsstyrelsen, kommuner, regioner, Danske Patienter, Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Sygepleje Selskab, Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker, Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmerisygeplejersker, Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne.

Styregruppen afrapporterer til den nationale porteføljestyregruppe for telemedicin i forbindelse med møderne i porteføljestyregruppen.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion for både arbejdsgruppe og styregruppe.

### **Styregruppens opgaver**

Styregruppen har det overordnede strategiske ansvar for projektets fremdrift og resultater, og skal bidrage til at sætte retning for arbejdsgruppens arbejde samt træffe endelig beslutning om projektets leverancer.

### **Styregruppens sammensætning**

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Digitaliseringsstyrelsen (1)
- KL (1)
- Danske Regioner (1)
- PLO (1)
- Danske Patienter (1)
- Repræsentanter fra de fem landsdelsprogrammer (5)

### **Styregruppens møder**

Arbejdsgruppen udarbejder oplæg til møderne, som styregruppen drøfter og kvalificerer/godkender.

Efter møder i styregruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

### **Tidsplan og mødedatoer**

Arbejdet igangsættes i foråret 2016, og forventes afsluttet ved udgangen af 3. kvartal 2016.

Der forventes afholdt tre møder i styregruppen:

- Tirsdag den 5. april 2016 kl. 11.00-13.00
- Onsdag den 17. august 2016 kl. 11.00-13.00

- Torsdag den 29. september 2016 kl. 11.00-13.00

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.

HØRINGSUDKAST

## Bilag 4: Styregruppens medlemmer

### **Medlemmer af Styregruppen vedr. vejledende sundhedsfaglige retningslinjer for telemedicinsk behandling af borgere med KOL**

#### Danske Patienter

Direktør Anne Brandt (Lungeforeningen)

#### Digitaliseringsstyrelsen

Teamleder Susanne Duus

#### Danske Regioner

Konsulent Anne Cederlund Rytter

#### KL

Konsulent Lone Vinhard

#### Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Niels Ulrich Holm

#### Repræsentanter fra de fem landsdelsprogrammer

Region Hovedstaden: Overlæge Ejvind Frausing Hansen (Amager og Hvidovre Hospital)

Region Midtjylland: Velfærdsteknologichef Ivan Kjær Lauridsen (Aarhus Kommune)

Region Nordjylland: Projektleder Helen Houmøller Rasmussen (Region Nordjylland)

Region Sjælland: Daglig leder Marianne Neerup Andersen (Region Sjælland)

Region Syddanmark: Leder af Borgerrettet Forebyggelse Irene Ravn Rossavik (Esbjerg Kommune)

#### Sundheds- og Ældreministeriet

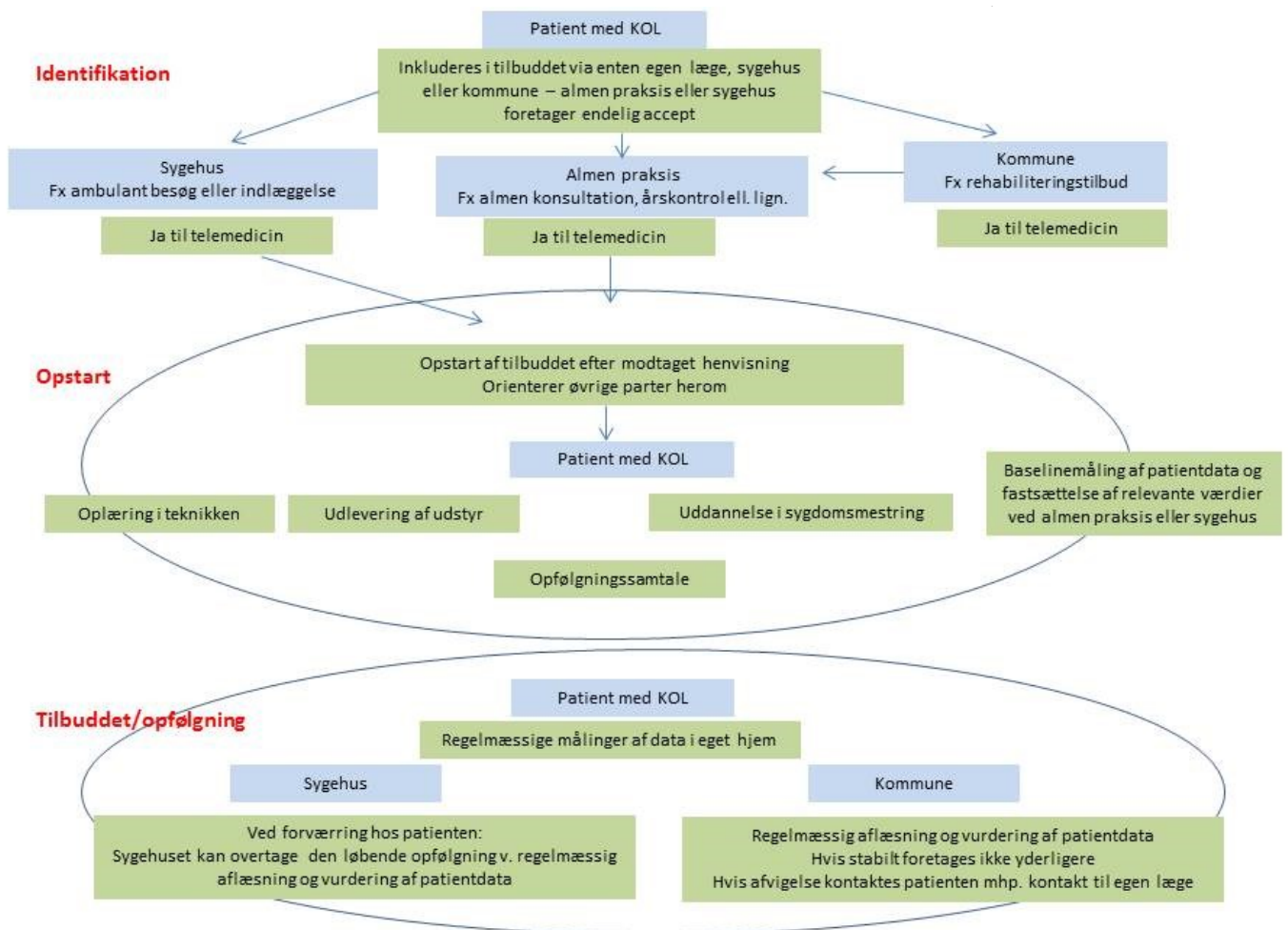
Chefkonsulent Peter Munch Jensen

*Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.*



## Bilag 5: Forløb i det telemedicinsk understøttede tilbud

Nedenfor skitseres et eksempel på et forløb i den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL. Forudsætninger for tilbuddet og beskrivelse af det sundhedsfaglige indhold i tilbuddet beskrives i kapitel 3. Uddybning af ansvar og samarbejde mellem aktørerne kommune, almen praksis og sygehus beskrives i kapitel 4.



## Bilag 6: Skabelon for instruktion af borgere

### Formål

*Her anføres formålet med tilbuddet og med instruksens dvs. instruks for oplæring i anvendelse af måleudstyr og tablet – og forståelse af sammenhængen med målingerne og egen sygdom samt tidskader for målinger og afsendelse af data.*

*Borgeren skal ikke være i tvivl om, hvem der er ansvarlig sundhedsprofessionel, hvor ofte indsendte data vurderes, ligesom borgeren skal kende form og tidspunkt for kontakt.*

### Aktører

*Her anføres hvilke aktører, der er ansvarlig for instruktionerne – såvel den tekniske som den sundhedsfaglige.*

### Kompetencer

*Her anføres hvilke kompetencer (sundhedsfaglige, sundhedspædagogiske og tekniske) der skal være til stede som en forudsætning for de enkelte dele af instruktionen.*

### Nærmere indhold - instruktion

*Her anføres*

- *Principper for oplæring i valgt måleudstyr og tablet*
- *Oplæring i besvarelse af symptomscorer og i afsendelse af data*
- *Principper for målehyppighed*
- *Målingernes betydning i relation til sygdomsmestring.*  
*Det er vigtigt, at borgeren er gjort opmærksom på, hvor ofte og hvornår borgerens målinger bliver aflæst. Herunder at borgeren er tydeligt informeret om, at der ikke er tale om et akuttilbud, og derfor ikke bør forholde sig passivt, hvis målingerne afviger.*
- *Kommunikationsveje – ansvarlige sundhedsprofessionelle*
- *Pårørendeinddragelse*
- *Tidsaftaler for*
  - *Levering af udstyret*
  - *Det første besøg individuelt eller i gruppe*

### Materiale

*Her anføres det skriftlige materiale, borgeren får udleveret om*

- *tablet*
- *måleudstyr*
- *iværksatte procedurer.*
- *datoer for kommende aftaler, hvad disse omhandler og med hvilke fagpersoner (sundhedsprofessionelle eller teknikere) samt telefonnumre og kontakttider (mødebog).*

*Det anføres, hvem der håndterer support, op- og nedtagning af udstyr, således at sygdomsspecifikke og tekniske problemstillinger adskilles.*

Opsætning og testmålinger foregår i patientens hjem.

Først når alt udstyr er opsat og testet, og borger har givet udtryk for at være parat til at starte, påbegyndes den telemedicinsk understøttede behandling.

HØRINGSUDKAST

# Bilag 7: Skabelon for instruks for opfølgning på data

## Formål

*Her anføres formålet dvs. opfølgning på de data, borgerne sender ind.*

## Aktører

*Her anføres den/ de aktør(er), der har ansvaret for opfølgning på data fra borgere, der er i telemedicinsk understøttet behandling.*

Ansvaret for opfølgning på data fra nyopstartede iltbrugere tilknyttet hospitalsambulatoriet varetages af sygehuset.

## Kompetencer

*Her anføres det hvilke kompetencer, der skal foreligge for at kunne følge op på data fra borgere, der er i telemedicinsk understøttet behandling.*

## Nærmere indhold

### Data

*Her anføres det hvilke data, der konkret skal følges op på, og hvordan de individuelt fastsatte alarmgrænser skal anvendes.*

*Det er en lægelig opgave at fastsætte alarmgrænser for, hvornår der bør reageres på data både i forhold til målingerne og svar på symptomscore i forhold til den individuelle borger. Alarmgrænserne kan eksempelvis håndteres ved, at de fremgår med farvekoder i den telemedicinske platform med vægtet efter vigtighed.*

*Et eksempel på en sådan liste med **farvekoder** prioriteret efter vigtighed er anført herunder:*

- Rød - alarm overskredet ved én eller flere værdier
- Gul - én eller flere værdier skal observeres
- Blå - data ikke modtaget, som forventet
- Orange - kræver opmærksomhed på rejse-sætte-sig testen
- Grøn - ingen alarmer overskredne
- Grå - ingen nye målinger, men ulæst note eller besked

## Handling

### Målehyppighed

*Her anføres den hyppighed for målinger, der er aftalt i indkøringsperioden og herefter - under hensyntagen til om de forudindstillede alarmgrænser på målinger passer til borgeren, eller de fraviges.*

De første 14 dage bør borgeren både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål dagligt. Derefter foretager borgeren i udgangspunktet målinger og svarer på sygdomsspecifikke spørgs-



mål en til to gange om ugen, medmindre andet aftales med læge. Tidspunktet her for bør aftales. Antallet af ugentlige målinger, og ændringer af disse, skal journaliseres.

Den enkelte borger kan selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstra målinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

Efter de første 14 dage bør kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne. I denne sammenhæng bør det overvejes, om borgerens grænseværdier skal ændres, eller om borgeren har brug for yderlig instruktion i at foretage korrekte målinger.

#### **Gennemsyn og vurdering af data**

*Her anføres hvor hyppigt/ kadencen for den sundhedsprofessionelle ser på data under hensyntagen til eventuel justering af alarmgrænser. Der anføres aftaler om måletidspunktet og særlige forhold om opfølgning i forbindelse manglende validitet af målinger i indkøringsperioden, når der måles to gange ugentligt, og op til weekend og ferier. Anvendes der farvekoder, anføres intervention i henhold her til.*

Generelt ses der de første 14 dage på data alle hverdage og herefter som udgangspunkt 1 gang ugentligt.

#### **Opdatering Telemedicinsk platform**

Hvis der sker ændringer i den telemedicinske platform orienteres der herom via mail. Eventuelle ændringer af opgaver og arbejds gange skal opdateres i henhold her til.

#### **Ændring af spørgeskemaer**

Hvis der ske ændringer i eksisterende spørgeskemaer, eller der kommer helt nye skemaer, skal relevante superbrugere orienteres. Efterfølgende skal borgerne orienteres og eventuelt instrueres.

## Bilag 8: Skabelon for instruks om alarmgrænser

Der er som udgangspunkt fastsat forudindstillede alarmgrænser for de borgere, der modtager telemedicinsk understøttet behandling.

### Formål

Her anføres formålet, dvs. instruks for forudindstillede alarmgrænser aftalt mellem involverede aktører, samt handling i forhold her til herunder justering af grænseværdier.

### Aktører

Her anføres de involverede sundhedsprofessionelle aktører.

### Kompetencer

Her anføres det hvilke kompetencer, der skal foreligge for at kunne forholde sig til disse i kommunalt sammenhæng.

### Nærmere indhold og handling

Her anføres skema for forudindstillede aftalte alarmgrænser for valgte måledata, som udgangspunkt iltmætning (saturation), puls og vægt, opdelt ud fra normale forhold (grøn), forhold der bør observeres (gul) og ikke- normale forhold, der kræver lægekontakt (rød).

Der kan i hele perioden opstå et behov for at justere alarmgrænser hos en konkret borger i samråd med praktiserende læge eller sygehuset. For vægt indstilles alarmgrænsen ved hver borger ud fra vægttab/ vægtøgning.

Der bør anføres handling for, når data afviger, og borgeren skal henvises til enten almen praksis eller sygehus jf. aftaler om dette:

Som eksempel er de forudindstillede alarmgrænser, der er anvendt i Tele Care Nord anført her, hvor grøn er normal, gul observation og rød ikke normale forhold

#### Saturation:

$\geq 92$   $\geq 88$  og  $< 92$ <sup>14</sup>  $< 88$ <sup>15</sup>

#### Puls: (hvile)

$\leq 50$   $> 50$  og  $< 60$   $\geq 60$  og  $< 110$   $\geq 110$  og  $< 130$ <sup>16</sup>  $\geq 130$ <sup>17</sup>

**Vægt:** indstilles altid individuelt: I Telecare Nord indstilles vægt ud fra første vægtmåling eller vurderet vægt på baggrund af vægtmåling over 14 dage:

$2\% \leq$  vægttab  $< 5\%$  /indenfor **Vægttab  $\geq 5\%$**

F.eks. ved vægt på 50 kg:

<sup>14</sup> Eller baseline - 3

<sup>15</sup> Eller baseline -5

<sup>16</sup> Eller baseline +25

<sup>17</sup> Eller baseline +40

en måned

/indenfor en måned

Gul grænse sættes til 49 og rød grænse til 47,5

HØRINGSUDKAST

## Bilag 9: Skabelon for henvisning af borgere

### Formål

Her anføres formålet, som er at anføre de informationer kommunen eller anden aktør har behov for at have, når en borger henvises til telemedicinsk understøttet behandling fra almen praksis eller sygehus.

### Henvisning af patienter fra almen praksis

Her anføres principper for, hvordan henvisningen bør fremsendes til kommunen eller anden aktør (fx elektronisk med anførelse af blanket) samt for kommunens kvittering her for.

### Henvisning af patienter fra sygehus

Her anføres principper for, hvordan henvisningen bør fremsendes til kommunen eller anden aktør (fx elektronisk med anførelse af blanket) samt for kommunens kvittering her for.


### Indhold

Her anføres de informationer, der bør fremgå af henvisningen. Det bør ligeledes fremgå af henvisningen, hvis der skal foretages målinger to gange om ugen, og hvis der er afvigelser fra de foruddefinerede alarmgrænser

I nedenstående er der taget udgangspunkt i den henvisning, der anvendes i Tele Care Nord-projektet

- Navn, adresse og telefon nr. til patient, og eventuelt til pårørende
- Antal forværringer indenfor seneste år
- Højde, og evt. vægt
- Blodtryk ved behov
- Eventuel saturation og iltbehandling
- Komorbiditet
- MRC score – klassifikation findes bl.a. i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015
- Evt. selvbehandlingsplan til KOL: se <http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012#haandtering>
- Øvrige oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning

Derudover bør følgende påføres:

- Der er givet samtykke til data udveksling mellem samarbejdspartnere; mundtligt eller skriftligt 
- Patienten bedes kontaktet mhp. opstart af telemedicinsk tilbud

Foruddefinerede alarmgrænser

Alarmgrænser	Rød høj	Gul høj	Gul lav	Rød lav
Puls	Baseline + 40	Baseline + 25	60	50
Saturation			Baseline –	Baseline -

			3	5
--	--	--	---	---

HØRINGSUDKAST

# Bilag 10: Skabelon for administrative opgaver ved henvisning af borgere til telemedicinsk understøttet behandling af KOL

*Læsevejledning: Forklarende tekst fremgår i kursiv.*

## **Formål**

*Under formålet anføres det, at opgaven omfatter modtagelse af henvisninger fra almen praksis eller sygehus herunder hvilken form for henvisning, det drejer sig om og oprettelse i relevant borger-/ patientsystem og telemedicinsk monitoreringssystem samt bestilling af udstyr mv.*

## **Aktør**

*Her anføres den relevante aktør*

## **Kompetencer**

*Her anføres det, hvilke administrative kompetencer der skal foreligge for at kunne oprette borgeren i begge systemer.*

## **Handling**

*Her anføres det, hvordan henvisningen (anfør de forskellige typer) modtages ift. hvad det er for et tilbud, det drejer sig om, og hvordan borgeren oprettes i relevante borger-/ patient-system i henhold til sædvanlig procedure hos den relevante aktør samt i det telemedicinske monitoreringssystem, der er besluttet at anvende.*

*Det bør sikres, at alle informationer om samtykke – også til dataudveksling foreligger.*

*Endvidere anføres procedure for, hvordan og hvornår borgeren kontaktes, og udstyret bestilles, samt hvornår og hvorledes der iværksættes instruktion og oplæring heri herunder også i forhold til sygdomsmestring.*

*Tidspunkt for Borger-/ patientkontakt anføres sammen med bestilling mhp. levering af udstyr*

## **Data:**

*Her anføres hvilke data henvisningen indeholder (borgerdata, diagnoser, evt. behandlingsplan, sygehistorie, grænseværdier, måle-interval og information om samtykke til dataudveksling mellem samarbejdspartnere i det telemedicinske tilbud).*

# Hørings svar til ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde

---

## Generelle bemærkninger

- Odense Kommune finder, at ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde” udgør et godt udgangspunkt for implementeringen af Det Syddanske Landsdelsprogram for KOL. Anbefalingerne vurderes samlet set som en relevant og gennemarbejdet tjekliste for det videre arbejde med landsdelsprogrammerne for KOL i de enkelte regioner.
- Odense Kommune anbefaler, at ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde” bliver gennemskrevet, så det står tydeligere frem, hvilke sundhedsprofessionelle, der har ansvar for hvad i de pågældende situationer.
- Odense Kommune anbefaler, at det i indledningen tydeliggøres, at ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde” er et arbejdsredskab til implementering af Landsdelsprogrammerne i regionerne.
- Odense Kommune anbefaler, at målgruppe ud fra et forebyggelsesperspektiv udvides, så det ikke kun omfatter borgere med svær KOL.
- Odense Kommune anbefaler, at det skrives tydeligt ind i ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde”, hvad effekten vil være, når der arbejdes efter anbefalingerne. Det bør overvejes, at der tilføjes et afsnit, hvori det bliver beskrevet, hvad formålet er for borgeren.

## Specifikke kommentar

- På side 9 i ”3 Målgruppe”
  - o Det anbefales, at  $MRC > 3$  medtages som en dot under ”Inklusionskriterier”.
- På side 10 ”3.2 Eksklusionskriterier”
  - o Det anbefales, at det uddybes, hvad der menes med, at borgere ekskluderes, hvis deres sygdomsbillede er komplekst. Dette begrundes med, at der er forholdsvis høj komorbiditet for borgere med KOL.
- På side 11 andet afsnit
  - o Det anbefales, at det tilføjes, at inhalationsteknikken er afgørende, da erfaringen er, at mange inhalerer forkert eller slet ikke tager medicinen.
  - o Tal fra Lungeforeningen:
    - Kun 10.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL
    - Under halvdelen af patienter med svær KOL får medicinsk behandling
    - Korrekt behandling af KOL kan reducere 25. pct. af sygdomsbyrden.
- På side 11 ”4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering”
  - o Det anbefales, at der under symptomscore tilføjes spørgsmål om, hvordan borgeren har det psykisk. Det kan give et billede af, hvordan borgeren har det, og dermed forebyggelse indlæggelser eksempelvis pga. angst.
  - o Der stilles spørgsmålstegn ved, hvordan resultaterne ”rejse-sætte-sig-test” skal omsættes? Er der taget stilling til, hvad der skal igangsættes af indsats ved en lav score? Det anbefales, at der i stedet spørges ind til, hvordan borgeren klarer de daglige gøremål i hverdagen, hvorefter der kan igangsættes en konkret handling ud fra det.
- På side 11 nederst
  - o Det anbefales, at formålet med den hyppige måling beskrives.

- På side 12 øverst
  - Det anbefales, at det gøres tydeligere, at borgeren skal gøre opmærksom på, hvornår denne selv skal henvende sig til egen læge (i tidsrummet hvor målingerne ikke bliver set af de sundhedsprofessionelle), hvis der opstår forværringer.
  - Det anbefales, at det bliver gjort eksplicit, hvilke sundhedsprofessionelle det drejer sig om.
- På side 12 "4.3 Evaluering"
  - Det anbefales, at det bliver tydeligt, hvem der skal forestå vurderingen af målingernes kvalitet. Er det den henvisende læge?
  - Der stilles spørgsmålstegn ved, hvad der er uhensigtsmæssig lang tid?
- På side 13 "4.5 Kompetencer hos sundhedsprofessionelle"
  - Det anbefales, at det udspecificeres, hvem sygeplejersken er.
- På side 16 "Ansvar og samarbejde"
  - Der stilles spørgsmålstegn ved, hvorfor almen praksis ikke også har ansvar for identifikation?
- På side 18 "5.2 Opstart"
  - Det anbefales, at det tilføjes at det skal ske indenfor syv hverdage.
  - Det anbefales, at "5.2 opstart" gennemskrives, så det bliver tydeligere, hvem der har ansvaret for hvad.
  - Det anbefales, at private leverandør ændres til leverandør. Det må handle om udbud i den enkelte kommune.
- På side 18 "5.3 Opfølgning på data"
  - Der stilles følgende spørgsmål til kommunens opgaver og ansvar;
    - Hvorfor er det ikke ligeledes almen praksis, der tager imod data?
    - Forventes det, at borgeren 24 timer i døgnet kan kontakte en sundhedsfaglig, så tryk og genindlæggelse kan forebygges?

## Bilag

- Bilag 5
  - Det skal præciseres, hvem der gør hvad og hvornår. Det kan styrke oversigten, hvis det bliver tydeligere, hvem der har ansvar for hvad.
- Bilag 9
  - Det anbefales, at der, hvis muligt, udarbejdes en national MedCom standard til henvisning af borgere.





## Hørings svar

24. oktober 2016

Digitaliseringsstyrelsen har i forbindelse med høring igangsat 27. september 2016 modtaget:

”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde”.

Digitaliseringsstyrelsen har deltaget i styregruppen og arbejdsgruppen for projektet vedr. sundhedsfaglige retningslinjer og er overordnet enig i høringsudkastet til de sundhedsfaglige retningslinjer. Der er tale om et gennemarbejdet og anvendeligt produkt.

Digitaliseringsstyrelsen har dog et par principielle bemærkninger, som også er nævnt i forbindelse med udformningen af de sundhedsfaglige retningslinjer. De fremgår nedenfor:

*1. Retningslinjen bør afholde sig fra at komme med anbefalinger på opgaver, der ikke er sundhedsfaglige, som fx:*

- Afsnit 4.7 Teknisk set-up og udstyr, hvor det beskrives, at *”Det kan være en fordel, at organisere sig med et centralt telemedicinsk servicecenter.”*
- Afsnit 5.2 Opstart, hvor det beskrives, at *”Sygehus eller kommune er ansvarlig for, at monitoreringsudstyr visiteres og rekvireres hos den private leverandør. De er ligeledes ansvarlige for instruktion i at anvende udstyret, og for hvordan borgeren foretager målinger.”* samt *”Den private leverandør har ansvaret for, at der bliver sat udstyr op hos borgeren, samt at borgeren forstår den tekniske del af udstyret.”*

*2. Det er vigtigt, at ansvaret som tovholderfunktion og monitoreringsansvarlig adskilles i afsnit 5.3, da disse to opgaver ikke nødvendigvis skal varetages af samme aktør.*

Under afsnittet ”Sygehusets opgaver og ansvar” beskrives det, at sygehuset i visse tilfælde har ansvaret for opfølgning på data ved fx borgere, som inden for det seneste år har været indlagt to eller flere gange. Det bør fremgå tydeligere af retningslinjen, at det ikke nødvendigvis er sygehuset, som i alle tilfælde skal monitorere data, blot fordi sygehuset har tovholderfunktionen på den enkelte borger. Det er vigtigt at skelne mellem tovholderfunktionen (hvem har det overordnede ansvar for den enkelte borger, herunder for fx årskontrol) og ansvaret for monitorering af borgerens data, da det kan varetages af kommunen, selvom sygehuset er tovholder.



DIGITALISERINGSSTYRELSEN

Såfremt der måtte være spørgsmål til ovenstående, bedes de rettet til Mette Myr-  
høj i Digitaliseringsstyrelsen på telefon 4178 2388 eller mail [memyj@digst.dk](mailto:memyj@digst.dk).

Med venlig hilsen,

Marianne Sørensen  
Vicedirektor

## **Høringsvar til Telemedicinsk Understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.**

Med økonomaftalerne for 2016 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af Telemedicin for borgere med KOL frem mod udgangen af 2019.

Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse udsendt et høringsudkast med faglige anbefalinger for den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til borgere med KOL med høringsfrist den 24/10 2016.

Formålet er at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om inklusion af patienter i telemedicinske tilbud, samt vejledning om det sundhedsfaglige indhold i de telemedicinske tilbud mhp. standardisering af indholdet på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

### **Generelle og overordnet synspunkter i forhold til indhold ved Slagelse Kommune.**

I høringsudkast fremgår en klar beskrivelse af ansvarsfordeling af opgaver ved kommune, almen praksis og sygehus, som kan understøtte et behandlingstilbud med telemedicin til borgere med KOL.

Der er en faglig kvalificeret anbefaling for inklusions- og eksklusionskriterier for målgruppen.

Anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold sikre, at borgere med KOL modtager et kvalificeret tilbud ved den telemedicinske løsning og med tilpasset individuelle behov (kadence af målinger, kontakt etc.).

Høringsudkastet opfordrer til mulighed for at tilbuddet kan omfatte flere intervention end anbefalingerne bla. også videokommunikation og teletræning, hvilket kan være med til at sikre individuel understøttelse.

Anbefalinger om en initial og løbende evaluering af borgerens gevinst sikrer, at tilbuddet er relevant for den enkelte borger i en relevant understøttende periode.

Der er beskrevet en lang række anbefalinger for de sundhedsfagliges kompetencer og skabeloner for instrukser, som understøtter den sundhedsprofessionelle og sikrer en ensartet understøttende sundhedsfaglig indsats jævnfør Forløbsprogram for KOL.

I forhold til anbefaling af telemedicinske kompetencer vil der være en udfordring i, at tilgang til uddannelse på dette område kan være begrænset i og med at det ikke er alle kommuner og regioner, som har erfaring på dette område.

Overordnet er udkast godt gennemarbejdet så den telemedicinske løsning kvalificeres og følger standarder for behandling af mennesker med KOL.

### **Opmærksomhedspunkter ved Slagelse Kommune.**

Kommunerne har som udgangspunkt ansvar for at følge op på data og det vil udfordre kommunikationsvejen både internt og eksternt i kommunerne.

Kommunerne skal være skarpe på specifikationskrav til private udbydere og sikre at logistik, dataopsamling, behandlingsforløb og support kan understøttes samlet.

Uddannelse af personale, både sundhedsfagligt og telemedicinsk vil kræve ressourcer, samt viden og erfaring som kunne samles centralt i et center, så standardisering af instrukser og uddannelse bliver kvalificeret ved en ensrettet praksis.

Vær opmærksom på om der er incitament for at borgere har mulighed for at benytte egen PC, IPAD, etc., idet der er en stigende andel af befolkningen som har adgang til internet i hjemmet.

10/10 2016

Projektleder Telemedicin, Hanne Rode, CSO, Slagelse Kommune.

<b>GLADSAXE KOMMUNE</b> Social- og sundhedsforvaltningen	<b>NOTAT</b>
<b>Høringssvar: Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde</b>	Dato: 21. oktober 2016 Af: Anne Skjoldan og Lea Møller

Indeværende høringssvar er givet på vegne af de 9 kommuner: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby Taarbæk, Rudersdal, Rødovre.

Høringssvaret bygger primært på erfaringer fra KIH-projektet, hvor flere af ovennævnte kommuner deltog, samt Lyngby/Taarbæks erfaringer med projekt Epitalet og endelig med erfaringer fra Telemedicinsk sår vurdering.

Overordnet er vi rigtig glade for oplæg til vejledning. Det er godt med en vejledning, hvor der er taget stilling til arbejdsfordelingen mellem hospital, almen praksis og kommunen. Ligeledes er det fint med instrukser og skemaer jævnfør bilagene.

Herudover har vi følgende kommentarer:

#### Ad 1.5 Læsevejledning

Her skelnes der mellem betegnelsen borger (kommunen) versus patient (almen praksis, sygehus-regi), denne skelnen mener vi ikke gennemføres helt konsekvent, f.eks. s. 13 4. afsnit 2. bullit nævnes sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til den enkelte patients behov – her gælder det også den kommunale sygeplejerske i forhold til den enkelte borgers behov. Vi vil foreslå, at man konsekvent bruger betegnelsen 'borger' i hele vejledningen.

#### Ad 3 Målgruppe

Vi er enige i de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier. Og samtidig mener vi det er vigtigt at fremhæve de sidste 2 linjer under inklusionskriterierne s. 10 "Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet". Der er formentlig potentialer i telemedicinsk behandling, som ikke er udfoldet endnu, og derfor bør der være mulighed for at åbne tilbuddet også for borgere som ikke til fulde opfylder kriterierne. Det kræver selvfølgelig enighed mellem parterne og systematisk opfølgning.

#### Ad 3.1 Inklusionskriterier

Umiddelbart er der overensstemmelse mellem bullit 2 i målgruppen for hjemmemonitorering og s. 19 bullit 2 om sygehusets opgaver og ansvar "Patienter der har været indlagt to eller flere gange". Alle borgere skal jo helst ikke ende der, så forsvinder potentialet.

#### Ad 3.2 Eksklusionskriterier

Det er vanskeligt at forstå hvorvidt bullit 3 betyder, at det behandlingsmæssigt ikke er forsvarligt, at borgeren får hjemmemonitorering. Hvis det er det som menes, skal det fremgå. Kompletst kan være mange andre ting.

#### Ad 4.2 Målehyppighed

I forbindelse med målehyppighed s.11 tager man udgangspunkt i 1 gang ugentligt dog minimum 1 gang månedligt. I forbindelse med opstart af det telemedicinske behandlingstilbud hos en borger med KOL vil man formentlig ikke gå ned på så lav frekvens som 1 gang månedligt, da det vil være et spørgsmål, om ikke det bliver for omkostningstungt i forhold til udbyttet. En målekadence på en gang om måneden kan derimod måske komme på tale hos KOL borgere, som har været i telemedicinsk behandling i en periode, men som er stabile i perioder. Vi foreslår at denne skelnen indbygges i vejledningen.

Vi foreslår endvidere, at man i afsnittet præciserer, at det er et lægefagligt ansvar at fastsætte de individuelle grænseværdier, som udgangspunkt for en drøftelse af målhyppigheden. Det lægefaglige ansvar i forhold til dette fremgår meget perifert i hele vejledningen. På s. 17 under hvad en henvisning fra almen praksis og kommuner rummer, står også kun hvad henvisningen bør indeholde. I forhold til grænseværdier er det et "skal", idet der ellers ikke kan iværksættes hjemmemonitorering.

#### Ad 4.3 Evaluering

Sidste afsnit:

Hvad betyder tværsektoriel evaluering? Skal der ikke stå, at der er brug for en lægefaglig vurdering, hvis det er det, der menes?

Hvad menes der med, "at borgerne ikke bliver i det telemedicinske tilbud i uhensigtsmæssig lang tid" – hvad tænker man på her? De KOL borgere, som inkluderes, er som udgangspunkt dårlige, og hvis de har adapteret den telemedicinske behandling vil der formentlig ikke være grundlag for at lade behandlingen ophøre.

#### Ad 4.5 Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle

Formuleringen "Det bør være en sygeplejerske med KOL-erfaring.." foreslår vi ændret til "Det skal være en sygeplejerske med KOL-erfaring.."

Ligeledes med "Sygeplejersken bør have følgende kompetencer" foreslår vi ændret til "Sygeplejersken skal have følgende kompetencer".

Dette krav bør følges med et krav om at der i hver region stilles relevant undervisning til rådighed.

#### Ad 4.7 Teknisk set-up og udstyr

Det bør fremhæves endnu mere, at løsningen skal være fleksibel og skal kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL. Vi har med multisyge borgere at gøre. Vores løsninger skal kunne rumme flere hjemmemonitorerings krav.

Forklaringen i det afsnit der begynder med "Løsningen ... det kan være algoritmer ... er meget indforstået og henviser jo ikke til, at løsningen skal kunne rumme andre sygdomsgrupper – afsnittet fungerer ikke rigtig.

#### Ad. 5 Ansvar og samarbejde.

I skemaet mener vi, at Almen praksis også er aktør i 'Identifikation'. Under 'Opstart' mener vi det er hensigtsmæssigt at der kun er 1 aktør, nemlig kommunen.

Nogle af oplysningerne i henvisningerne på s. 17 er ikke kun *bør* men *skal*, hvis kommunen skal kunne handle efterfølgende.

#### Ad. 5.2 Opstart

Som nævnt ovenfor fremstår det upræcist, hvem der starter et forløb op. Her anbefaler vi, at det éntydigt bliver kommunens ansvar.

Vedrørende opsætning af udstyr forudsættes det, at det er privat leverandør, der har ansvar herfor. Det behøver det nødvendigvis ikke at være. Opgaven vil også kunne varetages af region eller kommune.

#### Ad 5.3 Opfølgning på data

Vi mener der er for upræcist at skrive at det i udgangspunktet er personale med sygeplejefaglige kompetencer der varetager opfølgning på data. Vi vil anbefale at det skal være sygeplejersker med KOL-erfaring.

I beskrivelsen af 'Almen praksis' opgaver og ansvar' står "Borgeren kan derfor medbringe sin tablet med måledata ved besøg hos lægen" Her vil vi foreslå, at lægen får adgang til patientens telemedicinske KOL-data via sin egen PC, som det også er tilfældet i Telemedicinsk sårvurdering. Det vil alt andet lige være en lettelse for borgeren ikke selv at skulle medbringe udstyr.

#### Ad 5.4 Kommunikation

Her kunne vi tænke os det blev beskrevet, hvordan kommunens sygeplejerske i tvivlstilfælde kan kontakte hospitalets specialister for råd og vejledning, som vi kender det i Telemedicinsk sårvurdering.

Helt generelt vil vi understrege vigtigheden af, at arbejdsgangene på tværs af sektorerne i de forskellige telemedicinske projekter / tiltag ligner hinanden. Med de foreslåede ændringer, vil telemedicinsk understøttet behandling af mennesker med KOL på mange punkter ligne telemedicinsk sårvurdering.



## Notat

### **Høringssvar fra Esbjerg kommune vedrørende Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde**

#### **Generelt**

##### *Telemedicin og sundhedsfaglighed kræver en nyorientering*

Det skal gøres tydeligt at anvendelsen af telemedicin ikke er det samme som introduktion af et enkelt device. Telemedicin set i en tværfaglig- og tværsektoriel sammenhæng, som fremført i anbefalinger, skaber et gensidigt afhængighedsforhold til det sundhedsfaglige virke der også skal kunne tilfredsstilles ved implementering af teknologierne. Hvis anbefalingerne og det sundhedsfaglige virke tænkes som to sideløbende områder kan dette have stor indvirkning på hvordan og i hvilket omfang fremtidig telemedicin implementeres i fremtiden.

Det er derfor vigtigt, at der er nogle fastdefinerede områder, hvor vi forholder os til en borger i et sundhedsfagligt perspektiv og her skal det telemedicinske tilbud tænkes ind sideløbende med vurdering og identificering af borgeren.

Det er på denne måde muligt at skabe et helhedsbillede af den indsats som teknologien skal supportere. Herfra kan så man lokalt danne et kan et procesflow og det bliver tydeligt hvilke aktører der lokalt skal agere i forhold til at danne rammen om en sundhedsfaglig tværsektoriel indsats på KOL-området.

Ved at beskrive det som en forlængelse af en sundhedsfaglig indsats har man fra start skabt de overordnede rammer, der kan bygge bro for fremtidige rammer for processer og ansvars- og opgavefordeling. Dette er særligt vigtigt set i lyset af at det tilstræbes, at der dannes en tværsektoriel konsensus omkring hvilke fagligheder der skal bidrage og hvilken organisatorisk kontekst det giver mening at bidrage med telemedicin i. Dette er essentielt, hvis vi sigter mod et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum og betragter borgerens sundhed som et fælles ansvar.

Vi forventer at Sundhedsstyrelsen/de regionale forløbsprogrammer inddrages i forhold til at danne rammen for hvilke målinger/data der indhentes fra den enkelte borger i forhold til at danne en kontekst, som belyser målingernes relevans for den borgers telemedicinske tilbud (her eks. RRS og vægt).

Til sidst bør det nævnes at der i anbefalingerne, flere steder står nævnt 'tablet'. Det er ikke tydeligt, om det derfor konkret anbefales at alle telemedicinske tilbud bør indeholde en tablet. Som alternativ kan benævnelsen 'mobilt device' med fordel bruges for at sikre modulerbarhed og device-uafhængighed, såfremt dette er ønskværdigt.

#### *Kommunernes rolle som aktør i det sammenhængende forløb*

Kommunerne ser sig som en *identificerende, opfølgende og rehabiliterende* aktør ved de KOL-borgere der vurderes stabile inden for det behandlingsniveau og med den behandlingsplan der er foreskrevet. Dette bør være gennemgående i dokumentet (se eksempelvis side 13 under punkt 4.5 samt side 18 under punkt 5.2).

Fokus for telemonitorering bør være at forebygge sygdomsprogression ved at tænke indarbejdelse af KRAM-faktorer.

#### **Ad punkt 3.1 Inklusionskriterier**

Det anbefales her, at det bør være muligt at inkludere patienter med KOL som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have gavn af tilbuddet. Eksempler på hvad der kunne komme sig til udtryk i en klinisk undersøgelse som værende baggrund for inklusion, ville her være meget fordelagtigt og minimere risiko for fejlfortolkning af anbefalinger.

#### **Ad punkt 3.2 Eksklusionskriterier**

Det anbefales jf. eksklusionskriterie tre, at borgere med komplekse sygdomsbilleder bør ekskluderes. Denne beskrivelse er misvisende, idet der i sidste inklusionspunkt under punkt 3.1, fremhæves at 'Borgere med komorbiditet, har KOL som en væsentlig del af det samlede sygdomsbillede'. Denne borgergruppe kan også anses som værende kompleks grundet komorbiditeter. En yderligere specificering af benævnelsen 'kompleks' bør derfor tænkes ind. Tænkes der fx her på kognitive problematikker, der vurderes potentielt hindrende eller som besværliggør instruktion og kommunikation med borgeren.

#### **Ad punkt 4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering**

Det anbefales at rapporten udover at foreslå en række målinger, ligeledes i afsnittet, argumenterer for valg af målinger. Herved kan der dannes en fælles forståelse for bevæggrunden for de forskellige målinger fx rejse-sætte-sig-testen, som normalt anvendes i fysioterapeutisk genoptræning.

Det er ikke yderligere specificeret om alarmgrænser skal fastlægges for alle nedenstående målinger:

- Iltmætning af blodet (saturation)
- Puls
- Vægt



- Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim og spyttest, funktionsbegrænsning mv.)
- Rejse-sætte-sig-test.
- Evt. også blodtryk, lungefunktion m.m. hvis det findes lægefagligt ønskværdigt

Det er derfor usikkert hvorvidt det anbefales, at der sættes alarmgrænser for alle typer af målinger eller om det er op til den enkelte aktør selv at beslutte.

#### **Ad punkt 5 Ansvar og samarbejde**

Tabel 1 og prosa stemmer ikke overens. I tabel 1 er det angivet, at hverken 'Opstart' eller 'Monitorering' er den henvisende læges ansvar. Under punkt 4.1 og punkt 4.2 er det beskrevet, at det som udgangspunkt er den henvisende læge, der vurderer alarmgrænser og laver aftaler om kadencen for målingerne og som involveres, hvis der skal laves aftaler om andre kadencer. 1) Er dette et realistisk scenarie at ansvaret ligger her? 2) Dette ansvarsområde for netop denne aktør er ikke påført i tabel 1.

Samme uoverensstemmelse mellem prosa og tabel ses under punkt 5.1, hvor det i teksten er anført at både, kommune, almen praksis og sygehus kan identificere borgere som kan have gavn af et telemedicinsk tilbud. Dette stemmer ikke overens med hvad der er angivet i tabellen under identifikation.

Under punkt 4.3 beskrives processen for evaluering, hvor der skal foretages en vurdering med henblik på validitet af målinger og i denne sammenhæng overvejes om kadence og grænseværdier skal ændres. Såfremt de skal ændres, skal dette foregå med lægefaglig vejledning og skal journaliseres. Derfor bliver almen praksis også en aktør i delprocessen 5.3.

#### **Ad punkt 5.1 Identifikation og henvisning**

Identifikationen er udgangspunktet for at en borger kan komme i betragtning til det telemedicinske tilbud. Identifikationen kan både varetages af kommunerne, sygehuset og almen praksis. Kommunerne kan ifølge anbefalingerne ikke foretage henvisningen, hvorfor man bør overveje om identifikation og henvisning, skal skrives som to separate afsnit, for at tydeliggøre at der i realiteten er tale om to enkeltstående processer, hvis Kommunen foretager identifikationen

Jf. underafsnit 3.1 og 3.2 er der angivet inklusions- og eksklusionskriterier. Der kan savnes en kobling der tydeliggør anvendelse af disse kriterier i identifikationsfasen. Kunne man foreslå, at der ud fra indholdet i ovenstående punkter udarbejdes et 'standardværktøj', som kan danne grundlag for en ensartet identifikationstilgang.

#### **Ad. Punkt 4.7 teknisk set-up og udstyr**

Det anbefales her hensigtsmæssigt, at man med henblik på at styrke kommunikationen på tværs af aktører og sektorer, kan anvende en fælles IT-plattform. Det bør overvejes, om styrkelse af kommunikation på tværs at sektorer ikke understøttes adækvat ved brug af fælles IT reference

struktur. Fokus bør være rettet mod evnen til at kunne indhente data fra flere forskellige IT-systemer der deler fælles struktur. Ved konkret anbefaling om en fælles IT-plattform, vil der også være indbygget risiko for system- og leverandørafhængigheder forbundet hermed. Hvis det er det som menes med fælles IT-plattform, bør dette udspecificeres eller anden terminologi bør overvejes.

#### **Ad punkt 5.2 Opstart**

Der er under punkt 5.2 beskrevet reaktionstiden fra henvisning til opstart til opfølgningssamtale. Det er essentielt at få tydeliggjort hvorvidt de maksimalt syv dage fra henvisning til opstart er fra afsendelse af henvisning eller modtagelse af henvisning. Endvidere er det essentielt, at få identificeret den pågældende aktør der foretager opfølgningssamtalen. Dette fremgår hverken af afsnit 5.2 eller af bilag 5.

#### **Ad bilag 5: Forløb i det telemedicinsk understøttede tilbud**

Det grafiske eksempel virker mere forstyrrende end forklarende. I tabel 1 er anbefalingerne på et overordnet niveau aktørspecifikke, hvor bilag 5 forsøger at skitsere et forløb uden at være hverken aktør- og/eller processpecifik. Det anbefales derfor at lade dette bilag udgå eller illustrere forløbet på anden vis.



<b>Sagsnr.:</b>	<b>2016/0012961</b>	<b>Dato:</b>	<b>18. oktober 2016</b>
<b>Titel:</b>	Hørings svar til rapporten fra SST: Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL		
<b>Sagsbehandler:</b>	Karna M. Vinther Rehabiliteringskoordinator		

Telemedicin til borgere med KOL er en del af Sundhedsaftale III indsats 2

### Generelt

Det er fint med disse faglige anbefalinger om telemedicinsk behandlingstilbud til borger med KOL. Der kan dog være behov for mere fokus på følgende i anbefalingerne i rapporten:

- Afdækning af borgerens behov for rehabiliteringstilbud, hvilket må anses for at have første prioritet og hvordan er koblingen mellem de rehabiliterende indsatser og tilbud om telemedicinsk tilbud. Det kunne være oplagt at anvende telemedicinske tilbud som opfølgning på rehabiliteringsindsatser/forløb.
- Hvordan kommuner, almen praksis og hospital kommer i gang med at etablere konkrete aftaler om igangsættelse af anvendelsen. Mere konkret end, at det skal foregå indenfor rammerne af sundhedsaftalerne og øvrige initiativer vedrørende kronisk sygdom herunder forløbsprogrammer for KOL, som der står side 6.
- Organisering af de telemedicinske løsninger, som er beskrevet i afsnit 5. Her er det beskrevet som ansvar og samarbejde. Det kan overvejes om det kan være hjælpsomt med et afsnit benævnt organisering.
- Henvi sning fra et afsnit til et andet, når der er elementer fra flere afsnit i et afsnit.
- Bør andre faggrupper end læger og sygeplejersker nævnes? F.eks. fysioterapeuter?

### Kommentar til de enkelte sider

#### s. 10

Afsnit 3.2 Eksklusionskriterier

I første dot står der, at hvis de tekniske hjælpemidler ikke er til stede kan borgeren ikke inkluderes. Spørgsmål: Er der fokus på, hvordan det løses på nationalt plan, hvis der er dårlig mobildækning m.m.

#### s. 11

Afsnit 4

Første afsnit, nederst. Skal det mon ikke rettes til. Jeg tænker, at en individuelt tilrettelagt behandlings- eller handlingsplan altid **skal** være til stede ved anvendelse af telemedicinske løsninger, når de går på målinger. Behandlingsplan bør ikke være under fx

Spørgsmål:

Kan telemedicinsk tilbud evt. ikke bestå at videokommunikation alene og ikke målingerne? Det vil jeg mene.

**s. 12**

Øverst på siden:

Der kunne med fordel være et afsnit med en overskrift, som omhandler aftaler/information til borger.

**s. 12**

**Afsnit 4.3 Evaluering**

**Sidste afsnit**

Periode for deltagelse i telemedicinsk tilbud kan evt. med fordel rykkes frem til efter målgruppe – efter afsnit 3. Der er ikke helt sammenhæng mellem det som står i afsnit 4.3 og afsnit 4.8!!!!

**s. 12**

**Afsnit 4.4**

Evt. kan der i dette afsnit henvises til afsnit 5, da afsnit 4.4 har mange tråde til ansvarsfordelingen mellem almen praksis, hospital og kommune.

**s. 13**

**Afsnit 4.5**

Det kan med fordel fremgå tydeligere, hvem der beslutter om borgen tilknyttes telemedicinsk løsning er det læge på hospital eller læge i almen praksis? Hvordan er samarbejdet mellem sygeplejerske og læge og hvilken sygeplejerske og hvilken læge

Under sygeplejerskens kompetencer og sidste dot bør tilføjes træning og rygestop

**s. 14**

**Afsnit 4.7**

Andet sidste afsnit, som starter med: Det kan være en fordel..... Kan med fordel rykkes frem som andet afsnit under 4.7

**s. 15**

Øverst

Der henvises til kapitel 2.2 og det findes ikke i rapporten!!!!

**s. 16**

**Ansvar og samarbejde**

Dette afsnit kommer langt inde i rapporten og er MEGET central så måske kan det overvejes om det kunne give mening at rykke det frem i rapporten eller henvise til afsnittet tidligere i rapporten.



I skemaet kan der sættes prik ved almen praksis og identifikation (står også i teksten under tabellen) samt ved almen praksis og monitorering

#### s. 17

Under identifikation af borgere i kommunen

I 3. linje efter forskellige tilbud kan tilføjes **hjemmesygeplejerskens kontakt til borger og i forbindelse med den afklarende samtale** således at der skabes en forbindelse til de afklarende smatler, som er meget centrale i Den nye rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" fra Sundhedsstyrelsen juni 2016.

Side 17 – identifikation og henvisning fra sygehus, skal kobles bedre med side 19 "sygehusets opgaver og ansvar"

#### s. 18

##### Afsnit 5.2

Sidste afsnit

Der står opfølgningssamtale med borgeren højst 3 til 4 uger og i afsnit 4.3 står 14 dage!!!!!!

I sidefod mangler bilagsnumre.

#### s. 19

Øverste linje:

Der bør skrives ind, at der kan være behov for, at det er sygeplejersken, som kontakter egen læge med sundhedsfaglige observationer ud over de data, som borgerne selv har meldt ind. I mange situationer vil det være relevante, at sygeplejersken besøger borger og foretager observationer, hvis der er afvigelser. Derefter kan der være behov for at borgeren tager kontakt til egen læge. Sygeplejersken må vurdere om det er relevant at borger selv tager kontakt eller det er sygeplejersken, som tager kontakten.

Under almen praksis´ opgaver og ansvar står de , at Almen praksis som udgangspunkt ingen opgaver har i forbindelse med opfølgning på data. Det virker ikke relevant at det italesættes på denne vis. Almen praksis er borgernes og hjemmesygeplejerskens nærmeste samarbejdsparter og det må være almen praksis som skal vurdere borgerens målinger, når de er afvigende og igangsætte evt. justeret behandling og evt. i samarbejde med hjemmesygeplejersken.

Øverst på siden dot 2:

Vil denne gruppe borgere ikke være i almen praksis?????

Ovenstående er udarbejdet af

Karna Vinther

Rehabiliteringskoordinator, Sygeplejerske og MR 18. oktober 2016

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Gowshi Sivarajah <gosi@alleroed.dk>  
**Sendt:** 24. oktober 2016 11:00  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Høringssvar Allerød Kommune - Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med

**Sag:** 1-1010-207/8  
**Sagsdokument:** 3279210

Kære rette vedkommende

Tak for det tilsendte materiale. Allerød Kommune har ingen kommentarer eller bemærkninger til materialet.

Venlig hilsen

Gowshi Sivarajah :: Konsulent :: Allerød Kommune :: Ældre og Sundhed :: Administration :: +4548126116 ::

[Sikker kommunikation mellem Allerød Kommune og borgere/virksomheder henvises til "digital post" via Borger.dk og Virk.dk](#)

Denne mail indeholder information, som er rettet til en bestemt person, virksomhed eller myndighed. Hvis du ikke er den tiltænkte modtager, beder vi dig venligst svarfunktionen, og herefter slette mailen.

Enhver videregivelse, kopiering eller handling på baggrund af denne mail og eventuelle vedhæftede filer er forbudt, hvis du ikke er den tiltænkte modtager.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
E-mail: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

### **Høringsvar vedr. telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde**

Danske Patienter takker for muligheden for at give høringssvar på materialet. Vi har et par konkrete forslag til overvejelser og ændringer, som vi mener vil kunne tydeliggøre anbefalingerne.

Flere patientgrupper, herunder fx lungesygge, har allerede tidligere givet positiv feedback om, at telemedicin giver dem følelsen af, at nogen tager ansvar for dem og en følelse af tryghed og mere kontrol over deres sygdom. Vi oplever det derfor som utroligt glædeligt, at vi nu er nået hertil, hvor telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud skal udbredes nationalt. Vi ser endvidere udbredelsen af telemedicinsk understøttede behandlingstilbud som en enestående mulighed for at konkretisere rollerne for de sundhedsfaglige aktører, der varetager indsatsen for mennesker med bl.a. KOL, hjertesygdom og diabetes og sikre et sammenhængende forløb med udgangspunkt i patientens behov.

### **Overordnede kommentarer til anbefalingerne**

I høringsudkastet anbefales det, at målgruppen for tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling som udgangspunkt er borgere klassificeret i GOLD gruppe D. Danske Patienter bakker op om anbefalingen, da den lægger op til, at der inden for de kommende år kan skabes et solidt vidensgrundlag for effekten af telemedicin for denne gruppe borgere. Det ser vi som et vigtigt skridt for at vi kan komme videre med at udvikle og implementere telemedicin – ikke blot til borgere i andre GOLD grupper, men også til borgere med andre sygdomme end KOL. Samtidigt finder vi det positivt, at der i anbefalingerne er åbnet mulighed for, at andre end borgere i GOLD gruppe D kan tilbydes en telemedicinsk understøttet behandling, da vi fortsat er overbevist om, at telemedicinen kan have en plads eksempelvis hos borgere med mange exacerbationer i gruppe C og hos borgere med mange symptomer og nedsat funktionsniveau i gruppe B.

Høringsudkastet lægger således op til, at telemedicinsk understøttet behandling i første omgang tilbydes de borgere, der er sværest ramt af deres KOL-sygdom. Danske Patienter ønsker i denne forbindelse at gøre opmærksom på, at der er behov for, at der finder et kompetenceløft sted i

Dato:  
24. oktober 2016

Danske Patienter  
Kompagnistræde 22, 1. sal  
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

E-mail:  
[jk@danskepatienter.dk](mailto:jk@danskepatienter.dk)

Cvr-nr: 31812976

Side 1/4

kommunerne i forhold til at kunne varetage indsatsen for denne målgruppe, ligesom det bør sikres at borgere, der er svært syge af KOL, har mulighed for at blive tilset af en lungespecialist. Det gælder desuden for både kompetenceløft og specialistfunktion at det også gøres tilgængeligt for patienter i andre sygdomsgrupper, der gør brug af telemedicinsk understøttelse af behandlingen. Danske Patienters anbefalinger vedr. kompetencer uddybes i de specifikke kommentarer nedenfor.

## Specifikke kommentarer til anbefalingerne

### Kapitel 3

#### Afsnit 3.1. Inklusionskriterier

Danske Patienter er positiv over for at det fremhæves, at også andre borgere end borgere klassificeret i GOLD gruppe D kan inkluderes i et telemedicinsk tilbud, da vi er overbevist om, at andre borgere også vil kunne få stor gavn af et telemedicinsk tilbud jf. ovenstående.

### Kapitel 4

#### Afsnit 4. 1. Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering

Det er dokumenteret af bl.a. Videnscenter for Rehabilitering og Palliation og Lungeforeningen i rapporten 'Palliativ indsats til KOL-patienter' (2013)<sup>1</sup>, at der er et stort behov for at forbedre kommunikationen mellem sundhedsfaglige og de mennesker, der er svært ramt af deres KOL-sygdom. Erfaringer viser, at brugen af video har et stort potentiale netop i forhold til at forbedre kommunikationen mellem sundhedsfaglig og patient. Derudover er der på lungeområdet en lav compliance i forhold til inhalationsmedicin, som medvirker til, at mange patienter ikke får en optimal effekt af deres behandling. Videokommunikation vil gøre det muligt for den sundhedsfaglige at være opmærksom på, om patienten tager sin inhalationsmedicin korrekt. Ligeledes vil videokommunikation på sigt være relevant for andre sygdomsgrupper, der skal tilbydes telemedicinsk understøttende behandling, da det herved bliver muligt for den sundhedsfaglige at være opmærksom på evt. synlige følgesygdomme eller bivirkninger som fx ødemer m.v.

Danske Patienter ønsker derfor at pointere, at det kan være afgørende for patientens udbytte af behandlingen, at der kan tilbydes kommunikation via video. Vi anbefaler derfor, at det i afsnittets sidste tre linjer tilføjes, at videokommunikation har et stort potentiale i forhold til at forbedre kontakt og kommunikation mellem personale og patient og at tilbuddet derfor bør kunne udvides med en videoløsning.

#### Afsnit 4.7. Teknisk set-up og udstyr

Danske Patienter forholder sig positivt til at det anbefales, at det telemedicinske tilbud skal være teknisk fleksibelt. Vi mener, at det er afgørende at se anbefalingerne for telemedicinsk understøttet behandling i et langsigtet

---

<sup>1</sup> Husted MG, Kriegbaum M, Kirkegaard N, Timm H og Lange P: Palliativ indsats til KOL-patienter. En deskriptiv undersøgelse af danske KOL-patienters sygdomsforløb og behov for palliativ indsats (2013).



samfundsmæssigt perspektiv, således at de tekniske løsninger, der udvikles nu, også på sigt kan tilbyde teknologisk tidssvarende telemedicinsk understøttet behandling til borgere med KOL og borgere med andre sygdomme.

Side 3/4

Jf. kommentarer til afsnit 4.1. anbefaler Danske Patienter derfor, at det til lige bør fremhæves, at løsningen skal være fleksibel i forhold til også at kunne inkludere videokommunikation. Som nævnt vil videokommunikation ligeledes være relevant for andre sygdomsgrupper. Derudover peger den samfundsmæssige og teknologiske udvikling i retning af, at der i fremtiden vil være efterspørgsel på en løsning, der gør det muligt at kommunikere via video. For at fremtidssikre den tekniske løsning anbefaler vi derfor denne tilføjelse.

## Kapitel 5

### Afsnit 5.2. Opstart

Da målgruppen for den telemedicinsk understøttede behandling er mennesker med KOL, som lever med svære symptomer, er stærkt begrænsede af sygdommen i deres hverdag og måske endda befinder sig i den sidste fase af deres sygdomsforløb, anbefaler Danske Patienter en skærpet opmærksomhed på behov for palliativ indsats. I sætningen *'Borgeren kan derudover henvises til andre relevante tilbud til mennesker med KOL...'* anbefaler vi, at det fremhæves, at der bør være opmærksomhed på, om borgeren har behov for henvisning til en palliativ indsats.

Danske Patienter finder det meget glædeligt, at en opmærksomhed på borgerens behov for tilbud i regi af patientforeninger er tænkt ind i anbefalingerne. Efter sætningen *'...i regi af patientforeninger m.v.'* foreslår vi, at det tilføjes, at langt de fleste patientforeninger i dag har digitale tilbud, der nemt kan integreres i en telemedicinsk løsning.

### Afsnit 5.3 Opfølgning på data

For at sikre en god behandling og et sammenhængende forløb for patienten er det afgørende, at der fuld accept og opbakning til opgaverne blandt de sundhedsfaglige som skal varetage indsatsen. Danske Patienter håber derfor, at der kommer en engageret tilbagemelding på høringsudkastet fra de faglige videnskabelige selskaber, så der sikres en faglig forankring af indsatsen rundt om patienten.

Som nævnt i de overordnede kommentarer anbefaler vi, at der er opmærksomhed på at sikre, at de rette kompetencer er til stede i indsatsen. I Danmark har vi eksempelvis markant færre lungemedicinere pr. indbygger end vores europæiske naboer, og i organiseringen af indsatsen bør der være opmærksomhed på denne udfordring mht. at sikre adgang til specialtviden og -kompetencer, særligt når det drejer sig om behandlingen af de borgere, som er allersværest ramt af deres sygdom.

### *Kommunens opgaver og ansvar*

I dag er den sygdomsspecifikke viden om fx KOL tilgængelig i begrænset omfang i kommunerne, og vi ønsker igen at gøre opmærksom på behovet

for, at der finder et kompetenceløft sted, der sikrer de rette kompetencer til at løfte opgaverne i kommunerne. Ligeledes bør det tydeliggøres, hvordan samarbejde med specialister inden for området kan organiseres – fx kan man forestille sig, at der udpeges (lungemedicinske) specialister i hver landsdel, som kan samarbejde med kommunerne.

#### *Sygehusets opgaver og ansvar*

Vi anbefaler, at det tydeliggøres, hvordan det i praksis sikres at patienter, der har behov for specialiserede kompetencer, bliver fulgt på sygehuset.

#### Afsnit 5. 4. Kommunikation

Danske Patienter ser nærværende anbefalinger som en unik mulighed for at revurdere de eksisterende kommunikationsveje og etablere nye aftaler om arbejdsgange og kommunikationspraksis, der sikrer et tæt og smidigt samarbejde mellem sektorer og aktører, der er involveret i tilbuddet. Vi anbefaler, at det fremhæves, at der bør være opmærksomhed på at etablere arbejdsgange og kommunikationspraksis, der sikrer samarbejdet mellem sektorer og aktører og dermed et sammenhængende forløb for patienten.

#### Bilag 6

##### Nærmere indhold – instruktion

Danske Patienter anbefaler, at følgende sætning omformuleres:

*”Herunder at borgeren er tydeligt informeret om, at der ikke er tale om et akuttillbud, og derfor ikke bør forholde sig passivt, hvis målingerne afviger”*

Det er vores opfattelse, at en sådan instruktion vil skabe utryghed hos borgerne og er i uoverensstemmelse med den tankegang om mestring og empowerment, som den telemedicinsk understøttede behandling lægger op til, og som bl.a. specialeafhandlinger har dokumenteret at telemedicinske løsninger har potentialet for at skabe. Vi anbefaler, at det præciseres, at det er afgørende, at borgeren oplæres i, hvornår de selv skal reagere på afvigelser i målingerne og hvem de i givet fald skal kontakte.

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør

## Høringssvar fra Sønderborg Kommune vedr. Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

### Generelle bemærkninger:

- Det er vurderingen, at de faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL overordnet set fremstår gennemarbejdet og skaber et godt fundament kvalificering af behandlingstilbuddene.
- Telemedicinsk understøttelse vurderes som en hensigtsmæssig løsning til at inkludere borgere med svær/meget svær KOL, som ellers kan være svære at integrere i kommunens normale forebyggelsestilbud. Der må være en særlig opmærksomhed på i højere grad at kunne imødekomme den sociale ulighed i sundhed og målgruppen af særligt sårbare borgere.
- Sønderborg Kommune finder det positivt, at der er fokus på integrationen med de kommunale forebyggelsestilbud og sygdomsmestring som indsats.
- Sønderborg Kommune vurderer telemedicinske løsninger vil kunne implementeres i sygeplejeklinikkerne.
- **Det er vurderes positivt, at det er almen praksis, der henviser til tilbuddet. Almen praksis er ansvarlig for behandlingen og er på de måde med til at sikre kvaliteten. (sygeplejens tilbagemelding)**
- **Der må være en opmærksomhed på, at det ikke kun er almen praksis, der kan henvise til tilbuddet, men at kommunen også kan inkludere borgere i tilbuddet (sundhedscentrets tilbagemelding)**
- Det vurderes ligeledes meget positivt, at det er en sygeplejerske med KOL erfaring og viden, der har ansvaret for instruktion, oplæring af borger samt hvordan der handles på målingerne.
- Der efterlyses generelt en opmærksomhed på økonomiske ressourcer i forhold til implementeringen af opgaven.
- Der efterlyses endvidere en præcisering af, hvorvidt der i anbefalingerne tænkes på om andre kommunale forebyggelsestilbud som fx tobaksafvænning og diætvejledning kan foregå via en telemedicinsk løsning.

### Specifikke bemærkninger:

#### Kap 1.1 Formål

- "Anbefalingerne er vejledende, således at det lokalt kan besluttes hvilke patienter, der tilbydes telemedicin og med mulighed for lokal tilpasning af tilbuddet." S. 6  
Det vurderes positivt, da kommunerne på nuværende tidspunkt har forskellige aftaler, der understøtter aktiviteter målrettet KOL-borgere Sønderborg Kommune.

#### Kap. 1.3 Vidensgrundlag

- "Der er behov for mere forskning og gerne i kontrollerede storskala forsøg. ....På nuværende tidspunkt er der ikke sikker viden om, hvem der profiterer af telemedicin, hvilken typer af telemedicinske ydelser der virker, og hvilke præferencer patienterne har". S. 7

Sønderborg Kommune er enig i, at der er behov for forskning på området, men der er brug for en præcisering af formuleringen, så det ikke fremstår som om telemedicinsk understøttelse af behandling fremadrettet skal foregå i projektregi.

Deltagelse i forskningsprojekter forventes give kommunerne en økonomisk udfordring form af udgifter til udstyr, kompetenceløft og varetagelse af opgaver.

Kap. 3.2 Eksklusionskriterier:

- Sidste linje side 10 refererer til kapitel 3.6 – men kapitlet findes ikke.

Kap. 4.5 Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle. S. 13

- Kompetenceløft i forhold telemedicin og det tekniske udstyr.  
Det foreslås, at det beskrives nærmere

Kapitel 4.7 Teknisk set-up og udstyr:

- "Løsningen skal være fleksibel, blandt andet i forhold til at kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL..."  
Vurderes positivt og er i overensstemmelse med en kommunal praksis.
- "Borgeren skal have et sted at henvende sig med sine tekniske spørgsmål"  
Der må være en opmærksomhed på at vælges en løsning som fordrer "bring your own device" kan der opstå problemer med den kommunale support-funktion, der kan komme til at yde støtte til en borgers private hardware. Tilsvarende gør sig gældende, hvis supportfunktionen finder kompromitterende data på borgerens hardware.
- "Responstiden fra ordination til fuld opsætning ved borger sættes til 7 dage"  
Der lægges op til samarbejde med privat leverandør i forhold til hardwareleverancerne. Der må være en opmærksomhed på prisaftaler jf. udbudsloven.  
Kobles der ikke en privat leverandør, kan det betyde at kommunen skal opbygge et hardwarelager.

Venlig hilsen

Helle Mønsted Nielsen  
Direktør



plan@sst.dk

DATO  
24-10-2016

DERES REF.

VORES REF.  
16/27839  
270631/16

DIREKTE NR.  
Mta.sf

### **Høringssvar – Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

Tårnby Kommune har modtaget høringsudkastet vedrørende anbefalinger til: Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde.

Tårnby Kommune finder anbefalingerne relevante og fagligt velbegrundede.

Samtidig skal det påpeges, at det vurderes at anbefalingerne både vil medføre kompetenceudvikling af personaler i kommunerne samt idriftsættelse af et organisatorisk og infrastrukturelt set-up, der kan håndtere telemedicinsk understøttelse af KOL patienter/borgere i kommunerne. Såfremt anbefalingerne vedtages forventer Tårnby Kommune derfor, at der efterfølgende vil blive taget stilling til finansiering, således at det bliver muligt at kunne iværksætte og følge de faglige anbefalinger på området.

Såfremt der er spørgsmål til ovenstående er du velkommen til at kontakte Malene Sejling på telefon 2115 0544.

Venlig hilsen

Freddy Lillelund  
Centerleder

/

Michael Thamdrup  
Faglig koordinator

## Høringssvar fra Region Midtjylland til faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Sundhedsstyrelsens udkast til faglige anbefalinger for telemedicinsk

understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL har været i høring på relevante hospitalsafdelinger i Region Midtjylland samt hos specialerådet for medicinske lungesygdomme. På baggrund heraf er der udarbejdet et samlet høringssvar fra Region Midtjylland. Høringssvaret afspejler at der allerede er forskellige relevante erfaringer med behandlingsforløb for patienter med KOL som er understøttet af telemedicin. Derfor er der i høringssvaret også medtaget forskellige anbefalinger som et udtryk for at der er opnået forskellige erfaringer afhængig af kontekst og det telemedicinsk tilbud der er givet til patienterne.

Region Midtjylland vil gerne indledningsvis anerkende den indsats der er lagt i tilblivelsen af udkastet til faglige anbefalinger. Materialet afspejler at der i forbindelse med udarbejdelsen er blevet lyttet til relevante overvejelser hos relevante parter, hvilket har resulteret i et brugbart udkast til faglige anbefalinger. Desuden vil Region Midtjylland gerne anderkende at anbefalingerne er så tilpas overordnede, at der levnes plads til lokale tilpasninger.

Dato 18.10.2016

Anders Horst Petersen

Tel. +45 7841 2197

Anders.petersen@stab.rm.dk

Sag: 1-31-82-5-16

Side 1

### 1.1 Formål

*Som indledning bør det understreges at der er tale om telemedicinsk hjemmemonitorering. Telemedicinske tilbud som nævnes kan dække noget som er endnu bredere. Så en præcisering og afgrænsning. Det kan med fordel også overvejes løbende gennem de faglige anbefalinger at være konsekvente med brugen.*

*Det kan med fordel gøres endnu tydeligere at tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering kan ændres og udvides efter lokale behov.*

*Hvad angår danske erfaringer så kunne der være inddraget supplerende konkrete erfaringer fra "Horsens på Forkant med Sundhed" OUH, Svendborg samt Regionshospitalet Silkeborg og Epitalet.*

### 1.3 Vidensgrundlag

*Det påpeges helt overordnet at der er beskeden evidens på området. Der mangler viden om*

*hvilke KOL patienter som vil have størst gavn af tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling, hvilket også fremgår af de faglige anbefalinger.*

*Samtidig afspejler høringssvarene en vis usikkerhed om hvad der ønskes opnået ved indførelsen af telemedicin. Hvorvidt det skal være tryghedsskabende, reducere antallet af exacerbationer, antallet af dem eller det skal nedbringe antallet af ambulante kontroller? Derfor kan der med fordel laves en kobling til de strategiske målsætninger som er formuleret i projektet.*

#### **Høringssvar:**

***"Det ser ud til, at det særligt er de patienter, som har flere symptomer, og som er i risiko for indlæggelse eller for forværringer, der har gavn af tilbuddet" (p. 8).***

Argument for vigtigheden af, at telemedicin bør sikres på tværs af kronisk sygdom, og at KOL programmet skal imødekomme mulighed for comorbiditet.

"Evidens på området er beskeden. Den evidens, der er, er mest i retning af, at det for patienten er rart med tryghed, og at der kan være en uddannelsesværdi for patienten til at reagere på ændrede symptomer.

Når man overfører resultater fra forskning til en større gruppe af patienter typisk med større diversitet, vil man opnå, at man ved mindre om, hvad der sker for den gruppe af patienter, man overfører resultaterne til. Men formentlig bliver resultaterne endnu mindre tydelige".

#### **1.4 Lovgrundlag**

*Der er brug for yderligere klarhed om lovgrundlaget. Specielt ift. videregivelse af data mellem sektorer og til private virksomheder, som leverer de telemedicinske løsninger og evt. bidrager med service- og logistikfunktioner.*

#### **3.1 Inklusionskriterier**

*Sammenfattende er konklusionen overordnet, at fokus bør være bredere. Derfor er det også positivt at der i de faglige anbefalinger åbnes op for en inklusion af patienter som ikke er afgrænset af de nævnte kriterier.*

*Høringssvarerne afspejler at der er flere hospitaler i regionen som allerede har betydelige erfaringer med at tilbyde telemedicinsk understøttet behandling til patienter med KOL.*

#### **Høringssvar:**

"Det bør noteres at det er effekten af et telemedicinsk tilbud" (p. 10)

"Hvis målgruppen er GOLD D og/eller i ilt behandling vil langt de fleste patienter skulle rekrutteres /inkluderes fra hospitalet, idet det, i følge stratificeringen i "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL", er hospitalets opgave at behandle de sværest syge KOL patienter (se også p. 19 i høringsudkastet).

Dog fremgår det afslutningsvis i afsnittet, at patienten også kan inkluderes, hvis det klinisk

vurderes relevant. Hermed åbnes der op for borgere i GOLD gruppe B-C?

p. 10 "*Det er en fordel ...*" bør suppleres med "eller i hospitalsregi", da der også gennemføres LUNGESKOLER og rehabilitering på hospitalet for de sværest syge".

"Er det patienter med hyppige exacerbationer, der skal med i telemedicin, mere end det er ptt med GOLD grad D, der ikke alle vil have hyppige exacerbationer?"

"Det er vigtigt at pointere, at patienter fra gruppe C med eksacerbationer også kan have potentielt gavn af monitorering, blot på baggrund af eksacerbationstendens, trods fravær af svære symptomer i dagligdagen bedømt ud fra CAT og MRC score, og trods evt. blot moderat nedsat lungefunktion. Denne gruppe er aktuelt inkluderet via "mange symptomer, 2 eller flere eksacerbationer eller indlæggelser.....". Dette bør opløftes/punktsættes som et selvstændigt kriterium for inklusion.

Patienter i gruppe B med mange symptomer, men lungefunktion over 50 %, og uden hyppige eksacerbationer, kan også potentielt have gavn af monitorering med henblik på mestring og tryghed, og formuleringen "Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet", bør opløftes/punktsættes som ligeværdigt gældende inklusionskriterium.

På baggrund af diverse spørgsmål man kunne have omkring inklusionskriterier, er det vigtigt, at en speciallæge i lungesygdomme, eller en specialsygeplejerske med daglig erfaring med patientgruppen, inklusiv de sværest syge, er tæt inde over inklusion/visitation til tilbuddet. Dette bør ligeledes overvejes, når henvisning fra almen praksis sker til kommunen".

### 3.2 Eksklusionskriterier

#### Hørings svar:

**"De tekniske muligheder er ikke til stede, fx dårlig forbindelse til bredbånd."** Hvorfor er det et eksklusionskriterie? OBS på at det skaber ulighed i tilbud. 3G/4G router kan i de fleste tilfælde anvendes og sikre internetforbindelse.

**"Borgerens sygdomsbillede er komplekst"**. Bør det ikke indgå som inklusionskriterium. Det er netop ved de komplekse forløb at telemedicin kan skabe sammenhæng og forståelse jf. pkt. 1.3.

### 4 Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud

*Træning bør tilføjes i teksten.*

#### 4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering



*På samme måde som ved inklusionskriterierne (3.1) kommer hospitalernes erfaringer til udtryk i de enkelte høringssvar. Derfor afspejler kommentarerne også et kvalificeret erfaringsgrundlag som bør indgå i den endelig udarbejdelse af de faglige anbefalinger.*

#### **Høringssvar:**

"Alarmgrænser – hvilke erfaringer findes der med at opstille alarmgrænser? I projekt "Horsens på forkant" er disse fravalgt, idet det har været vores opfattelse at patienten fint kan forholde sig til de målte værdier og sin egen tilstand uden der indgår alarmer, som kan skyldes mange ting – eksempelvis aktiviteter før målinger. Man kunne i stedet formulere at alarmgrænser kan opsættes, idet det ikke altid giver mening og i nogle tilfælde vil kunne gøre patienten unødigt ængstelig. Bør endvidere indskrives vurdering sker af henvisende læge i stedet for teksten *"Det er en lægelig opgave at vurdere dette."*

Symptomscore – er spørgsmål defineret og valideret (Er det MRC og/eller CAT, der er tale om?) og hvilken betydning får svar i forhold til alarmgrænser – er der en algoritme som tænkes ind?

"Det kunne være en god ide at teste en måler til respirationsfrekvens. Stigende respirationsfrekvens er en rigtig god prediktor ved begyndende eksacerbation - og måske den mest følsomme. Der findes målere til at sætte på huden på thoraks".

"Hvor kommer telemedicinen ind, hvis det for patienterne handler om at reagere på værdier, der er udenfor et bestemt område? Ideen er, at patienten indtaster værdier, og så selv får feed-back mhp. hvad værdierne viser (godt, rimeligt dårligt eller lignende) samt forslag til handlemåde. Samtidig sendes besked til centralt call-center, der så kan reagere ved behov. Er Call Centret vigtigt? Vil det fratage pt vedkommendes læring og egenomsorg? Og hvad sker der på Call Centret, skal man reagere på 'røde' værdier og ringe til pt og bede vedkommende kontakte sin egen læge?

## **4.2 Målehyppighed**

#### **Høringssvar:**

"Der kunne med fordel sondres mellem, om patienten tilbydes telemedicinsk monitorering umiddelbart efter indlæggelse eller løbende i stedet for kontakt i ambulatoriet".

"Vi har monitoreret dagligt i de første 4 uger. Herefter 3 gange ugentligt i de næste 5 måneder. Den hyppige monitorering er valgt af hensyn til tidlig påvisning af tegn på eksacerbation i KOL sygdommen. Vi har gode erfaringer hermed, og har ikke fået negativ feedback fra patienterne omkring hyppighed af målinger. Det tager omkring 5 minutter for borgeren at gennemføre målinger. KOL eksacerbation kan udvikles hurtigt og vores primære formål har været hurtig påvisning af forværring med henblik på hurtig intervention/behandling. Vores foreløbige data (upubliserede) viser god "fangst" af eksacerbationer, samt tydelig tegn på reduktion i indlæggelser på baggrund af tidlig intervention. Ved monitorering 1gang ugentligt er der en fare for ikke at fange en

eksacerbation i tide til rettidig intervention. Indtil der er mere evidens på området vil en observationshyppighed på 3 gange ugentligt være at foretrække".

"Det skal fremgå tydeligt at det er aftalen om antallet af ugentlige målinger som skal fremgå af journalen" (p. 12)

#### **4.3 Evaluering**

##### **Høringssvar:**

*"Evaluering .... bør være systematisk og tværsektoriel"* – hvad menes der helt konkret? Skal hospital og kommune diskutere alle patienter efter den initiale vurdering (dette vil ikke være realistisk)?

"Det bør fremgå at det er lægen, som sætter og ændrer grænseværdier for borgeren" (p.12)

#### **4.4 Sygdomsmestring**

##### **Høringssvar:**

*Borgeren skal således, og understøttet af sygeplejersken:*

- *kunne forstå målingernes sammenhæng med sygdommens forskellige karakteristika og den tidsmæssige ramme, der er aftalt*

Kommentar til ovenstående: "Dette er et meget højt mål for patientgruppen, Kan med fordel omformuleres så det fremgår at borgeren kan få hjælp til at agere og forstå målingernes sammenhæng med sygdommens karakteristika. Ét er at vide hvornår tallene betyder at man skal henvende sig til lægen/sygeplejersken, ét andet er at forstå sammenhæng til sygdommen KOL som helhed".

"Målet med det telemedicinske tilbud er at understøtte mestringen og udviklingen af kompetencer til at handle på baggrund af resultaterne. Derfor bør den sundhedspædagogiske indsats også indgå i tilbuddet, eksempelvis i form af videokonsultationer, virtuelle instruktioner på inhalation, vejrtræningsøvelser mv., og det vil sikkert også være relevant med feedback mekanisme i forhold til at anvise tiltag/trin i patientens handleplan".

*".. den telemedicinske understøttelse ikke erstatter den sædvanlige kontakt..."* Har man besluttet at telemedicinsk monitorering skal være "add on" og ikke "instead of"?

Hvad med mestring af teknologien? – her kunne man med fordel indskrive at fælles service- og logistik funktion der er en del af det nationale forudsætningsprojekt kan understøtte med support til borgeren.

#### **4.5 Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle**

##### **Høringssvar:**

Uklart om afsnittet beskriver modellen anvendt fra f.eks. Telecare Nord projektet, hvor sygeplejersken uddanner borgeren og er 1. line supporter for borgeren/patienten.

I andre projekter som f.eks. Horsens på Forkant med Sundhed og generelt i forbindelse med Region Midtjyllands Fælles Servicecenter for Telesundhed, er supportfunktionen 1. line kontakt for alle henvendelser, som ikke er klinisk eller sundhedsfagligt relaterede. Endvidere har man gode erfaringer med, at uddannelsen af borgeren sker af en pædagogisk person, som ikke er sundhedsfaglig.

Kunne med fordel tilføje i teksten, at et centralt telemedicinsk center kunne understøtte de sundhedsfaglige, så de hovedsagligt bruger deres tid på kliniske udfordringer og mindre på tekniske udfordringer. Men fint at de har en basisviden om patientens brugergrænseflade og hyppigste fejl, som patienten støder på

Erfaringer fra storskala projekter i udlandet (specielt UK) viser, at der er fordele ved at have et teknisk center til at være 1. line support. Jf. erfaringer fra Tunstall.

"Data i vores projekt er blevet vurderet af sygeplejersker med daglig kontakt til KOL patienter med svær sygdom. Det drejer sig om iltsygeplejersker og sygeplejersker med daglig gang i lungemedicinsk sengeafdeling. Patienterne, som bliver monitoreret, er således "kendt" af det personale, som monitorerer dem. Dette er en stor fordel, da data og svar på sygdomsspecifikke spørgsmål skal ses i sammenhæng med den enkelte patient/borgers dagligdag. Der er en del oplæring af patienten i starten af forløbet, og her er det også en stor fordel, når patient og personale kender hinanden. Det er vigtigt at kunne skelne mellem en reel eksacerbation i modsætning til patientens vanlige dag-til-dag variation i symptomer. Det er vigtigt af hensyn til en høj grad af faglighed i tilbuddet, at differentiere skarpt mellem hvilke patienter der kan monitoreres af personale i kommunerne, og hvem der skal monitoreres med forankring i lungemedicinsk afdeling på sygehuset. Dette er særligt vigtigt for den sværest syge gruppe D, men kan også gælde andre med tæt kontakt til sygehuset i forvejen. Mange patienter i denne gruppe har jævnlig gang på sygehuset og er derfor kendt af personalet. Det vil således være naturligt at samme personale monitorerer patienten. Af samme årsag skal visitationsproceduren fra almen praksis tilrettelægges nøje. Måske kunne visitationen fra almen praksis foregå via en primær henvisning til lungemedicinsk ambulatorium på sygehuset?"

#### **4.6 Instruktioner i forbindelse med det telemedicinske tilbud**

##### **Høringssvar:**

Der bør tilføjes instrukser til:

- Lungefunktion
- Blodtryk

Hvad med korte instrukser til borgeren på, hvordan de anvender måleudstyr korrekt?  
Se eksempler på vejledninger der kan bruges uanset mærke på måleudstyr.

#### **4.7 Teknisk set-up og udstyr**

### Hørings svar:

Det er godt med et fælles servicecenter der kan håndtere de tekniske udfordringer og følge op på manglende data og data, som falder uden for de fastsatte alarmgrænser. Hvis der skal gives sundhedsfaglige råd er det nødvendigt, at der involveres sundhedsfagligt personale med specialindsigt i KOL.

**"Med henblik på at styrke kommunikationen på tværs af aktører og sektorer vil en fælles it-plattform være hensigtsmæssig".** Hvad menes her? En fælles telemedicinsk infrastruktur (it arkitektur) baseret på fælles standarder bør muliggøre at der kan anvendes flere løsninger. Det vil gavne markedet, at der ikke skabes monopolistiske løsninger på telemedicin.

## 4.8 Varighed af tilbud

### Hørings svar:

Pkt. bør flyttes før pkt. 4.3 Evaluering.

Kan det ikke være problematisk, at man ikke sætter tid på, hvor længe patienten er tilknyttet de telemedicinske ydelser? I og med, at der er tale om en kronisk tilstand kan det jo betyde, at patienten kan være tilknyttet tilbuddet i rigtig mange år (frem til død) og at målingerne kommer til at styre patientens liv.

I og med egen læge (ifølge tabel 1) ikke skal følge med i målingerne, bliver det en stor opgave for henholdsvis de kommunale sygeplejersker og hospitalet at følge disse målinger over mange år.

Kan man ikke prøve at opstille nogle kriterier for, hvornår patienten vurderes som have opnået så stor en sygdomsmestring, at han/hun kan klare sig uden målinger. Målet må jo på den lange bane være, at han/hun kender sin situation så godt, at ved hvad der eksempelvis er tegn på lav saturation, hvad den kan skyldes og hvad der skal gøres.

Patienten vil jo ved behov tage kontakt til henholdsvis egen læge, hjemmesygeplejerske eller lungeambulatorium. Faren ved et tilbud uden tidsgrænser er, at vi som sundhedsprofessionelle kan skabe en afhængighed af målinger og den professionelle overvågning, hvilket ikke er hensigtsmæssigt.

## 5 Ansvar og samarbejde

Vedr. tabel 1 har almen praksis ikke ansvar i forhold til identifikation, opstart og opfølgning på data (passer ikke med teksten nedenfor)?

Mange konsultationssygeplejersker i almen praksis har forebyggelsessamtale og deltager i rehabiliteringsforløb i form af sundhedspædagogisk vejledning.

En del patienter har ikke kontakt til hverken kommune eller hospital og ønsker ej heller dette. Hvis målet er, at man skal forhindre sygdommen i at progrediere, kunne der med fordel tilbydes telemedicinske opfølgninger i en afgrænset periode til KOL patienter der ses i almen praksis, dvs. kategori (A) B og (C).

## 5.1 Ansvar og samarbejde

*Almen praksis bør også kunne identificere relevante borgere jf. afsnit 5.1 nedenfor*

## 5.2 Opstart

### Høringssvar:

Hvorfor skal sygeplejersken være 1. line og have kontakten til leverandøren?  
Servicefunktionen bør have en lagt større rolle her.

Instruktion i udstyr kan varetages af et fælles servicecenter herunder den private leverandør, der udleverer og opsætter udstyr – alternativt skal alle, der inkluderer patienter have udstyr stående til fremvisning, dette er ret ressource tungt.

**"Der aftales opfølgningssamtale.. Dette foregår normalt i patientens hjem"**, der bør tilføjes: eller ved videokonsultation eller telefonsamtale.

## 5.3 Opfølgning på data

### Høringssvar:

*Kommunes opgaver og ansvar*

*" det er som udgangspunkt ..."* der bør tilføjes afhængigt af hvem der har inkluderet patienten og hvilket specialiseringsniveau patienten har behov for. Det er hospitalet der står for den højt specialiserede behandling.

Tilføj til titlen: *Kommunes opgaver og ansvar* ved borger tilknyttet praktiserende læge

Tilføj til titlen: *Sygehusets opgaver og ansvar* ved borgere tilknyttet ambulatorium

*"Almen praksis' opgaver og ansvar ...."* I det konkrete behandlingsforløb forventes data at være tilgængelige for den praktiserende læge, hvorfor det ikke bør være nødvendigt for patienten at medbringe tablet/pc (se også pkt. 5.4)

"Under "Kommunens opgaver og ansvar" er der en fare for forsinkelse i interventionen/behandlingen hvis afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling, primært kommunikerer til patienten, som så efterfølgende selv får ansvaret for at kontakte egen læge. Der kunne i en sådan situation være behov for akut vurdering af patienten, hvor interventionen skal initieres af den sundhedsprofessionelle. Det kunne være i form af besøg fra akutsygeplejerske i kommunen, besøg hos egen læge, eller der kunne være behov for indlæggelse/vagtlæge vurdering direkte. Det er vigtigt at pointere, hvordan der skal handles i hverdage /weekender".

## 5.4 Kommunikation

*Bør tilføjes: Smidig kommunikation mellem sektorer kan hjælpes på vej af IT arkitekturen for*

*telesundhed.*

## Kommentarer til Høring på Telemedicinsk Understøttelse af Behandlings- tilbud til Mennesker med KOL

Overskrift	Kommentar
1.1	<p>Dokumentet tager udgangspunkt i TeleCare Nord samt KIH. Vi undre os over at erfaringer fra udlandet ikke er inkluderet? Eksempelvis har Norge og Skotland flere års erfaring med telemedicinsk monitorering.</p> <p>Hertil kommer at erfaringerne fra Horsens på Forkant med Sundhed, OUH, Svendborg samt Silkeborg og Epitalet ikke er anvendt.</p> <p>Det fremgår af bilag 2, at der har været en relativ lille repræsentation af kommuner i arbejdsgruppen. Har dette haft betydning for opgavefordelingen i høringsoplægget.</p>
1.3	<p>Det har efter vores opfattelse ikke være TeleCare Nord's mål, at opnå en mere effektiv behandling for alle borgere som det er beskrevet, hvorfor man ikke kan påstå, at det ikke er opnået. Det ligger efter vores opfattelse udenfor scopet af projektet og vil kræve at der er arbejdet med bl.a. kliniske arbejdsgange og support processer på tværs af organisationer.</p> <p>Som vi forstår det, har man i TeleCare Nord, tilbudt telemedicin "ovenpå" de normale tilbud og ikke skåret ned i de øvrige tilbud, som patienten modtog. Derved kan man ikke forvente en effektivisering, hvorfor det bør udelades her.</p> <p><i>"Der er i forbindelse med arbejdet ikke blevet udført en systematisk litteratursøgning på området"</i> Hvad er begrundelsen for at der ikke er lavet en litteraturgennemgang? Vi mener, at al eksisterende viden bør anvendes i en national udrulning af KOL, for at få det bedste og mest givtige resultat.</p>
1.4	<p>Der er brug for yderligere klarhed om lovgrundlaget. Specielt ift. videregivelse af data imellem sektorer og til private virksomheder, som leverer de telemedicinske løsninger og evt. bidrager med service- og logistikfunktioner.</p>
3.1	<p>Skal inklusionskriterierne forstås som både/og eller enten/eller? Det bør ikke være alle kriterier, der skal opfyldes for inklusion. Dette vil øge muligheden for at "fange" borgere med KOL tidligt og inden sygdommen udvikler sig. I de tidlige faser har borger/patienter med KOL måske lettere ved, at lære redskaberne til at blive mere selvhjulpne at kende.</p> <p>Det vil være lettere at arbejde med forebyggelse og tidlig opsporing, hvis alle inklusionskriterier ikke skal være opfyldt for inklusion i tilbuddet. Inklusionskriterierne bør derfor indeholde forebyggelse og tidlig opsporing.</p>
4.1	<p>Måling af lungefunktion, videokommunikation og teletræning angives som en udvidelse af tilbuddet. Disse bør være en del af tilbuddet og det bør anbefales, at en platform skal tilbyde disse moduler.</p>
4.2 – 4.3 m.fl.	<p>Det bør fremgå tydeligt, hvem der har behandlingsansvaret og hvem der fx, er ansvarlig for, at give borgeren besked om hvornår målinger og lignende evalueres; er det kommunen, lægen eller hospitalet?</p> <p>Kommunikation i "realtid" på tværs af sektorer skal sikres. Med det mener vi, at kommunikationen</p>



	<p>typisk sker via MedCom beskeder og telefonisk. MedCom er kendetegnet ved at være asynkron og med stor forsinkelse, samt være svært tilgængelig og telefonen er karakteriseret ved, at være hurtig, nem og ad hoc, men også ved at være udokumenteret.</p> <p>Der kan med fordel etableres en funktion som løbende følger op på om telesundhedsløsninger giver gevinst. Denne opgave kunne med fordel placeres i en fælles servicefunktion.</p>
4.4	<p>Det behøver ikke at være en sygeplejerske, der sørger for at borgeren bliver bekendt med- og tryk ved brug af det telemedicinske udstyr. Der findes fx gode erfaringer med dette i Horsens på Forkant med Sundhed.</p> <p>Generelt bør der i fht mestring af teknologien for borgerne, tænkes ind, at dette kan gøres med støtte af enheden for fælles servicefunktioner, så der ikke skal bruges sundhedsfaglige ressourcer på dette.</p> <p>I beskrivelsen er sygeplejersken som 1. line support, er sygeplejefaglige og tekniske færdigheder er blandet sammen. Dette eksemplificeres ved følgende udsagn: <i>".. være tryk ved at anvende det tekniske udstyr og kunne besvare symptom scores"</i>.</p> <p>Hvis en fælles servicefunktion bemannes med sundhedsfaglig kompetence, vil det give god mening, at en fælles servicefunktion varetager denne rolle. Så kan både tekniske og sundhedsfaglige spørgsmål besvares samme sted uden, at man forstyrrer den lokale sygeplejerske.</p> <p>Hvis supportrollen bliver som beskrevet i høringen, skal en sygeplejerske som ikke nødvendigvis straks kan besvare spørgsmål af teknisk karakter, bruge tid på, at finde frem til det rigtige svar og give borgeren besked. Dette vurderes af os, at være u hensigtsmæssigt, taget i betragtning af at sygeplejersker har en stram køreplan med mange besøg, hvor de ikke nødvendigvis kan besvare opkald fra borgerne. Dette ansvar kan med fordel fratages sygeplejerskerne, så de kan have fokus på kerneopgaven.</p>
4.5	<p>Der tages udgangspunkt i, at det er en sygeplejerske som har al kontakt til borgeren/patienten, uanset hvad det drejer sig om. Altså at sygeplejersken også uddanner borgeren i brug af telemedicinsk udstyr og er 1. line teknisk supporter for borgeren/patienten. Der er den model som er anvendt i f.eks. Region Nordjylland i forbindelse med TeleCare Nord projektet.</p> <p>I andre projekter som f.eks. Horsens på Forkant med Sundhed og generelt i forbindelse med Region Midtjyllands Fælles Servicecenter for Telesundhed, er supportfunktionen 1. line kontakt for alle henvendelser, som ikke er klinisk eller sundhedsfagligt relaterede. Endvidere har man gode erfaringer med, at uddannelsen af borgeren sker af en pædagogisk person, som ikke nødvendigvis er sundhedsfaglig.</p> <p>Vi mener derfor, at det er problematisk, at der her lægges op til en model, som kan have den negative effekt at sygeplejersken kommer til at agere teknisk (it) supporter fremfor, at kunne fokusere på de sundhedsfaglige opgaver.</p> <p>Erfaringer fra storskala projekter i udlandet (specielt UK) viser, at der er fordele ved at have et teknisk center til at være 1. line support. Jf. erfaringer fra Tunstall.</p> <p>Det bør i stedet skærpes, at alt omkring teknik godt kan foretages af andre end den sundheds-</p>



	<p>faglige. Herunder også kendskab til patientforeninger og netværk, da denne viden også kunne formidles af en fælles servicefunktion.</p> <p><i>”Der bør være en sygeplejerske med en række forskellige kompetencer indenfor bl.a. KOL, telemedicin og kendskab til de hyppigste fejl, brugerflade mm.”</i></p> <p>Det forstår vi som, at samtlige kommuner og hospitaler skal have en eller flere tekniske sygeplejersker ansat. Da sygeplejerskerne f.eks. i kommunerne i forvejen varetager en sundhedsfaglige generalistfunktion er det ikke særligt hensigtsmæssigt.</p> <p>Vi mener at det er mere hensigtsmæssigt at samle teknisk viden og kompetencer i en fælles Servicefunktion for at skabe stordrift fordele og for at have eksperthjælpen ét sted i for eksempelvis hver landsdel. Så kan man give en afgrænset andel sygeplejerskerne de grundlæggende kompetencer med mulighed for support fra en central ”superbruger” . Det er også med til at sikre videndeling på tværs af kommuner og hospitaler, formidlet af den fælles servicefunktion.</p>
4.6	<p>Opfølgning på data (overvåge alarmer og overskridelse af tærskelværdier m.m.) Vi forestiller os, at den koordinerende del af opgaven (videregivelse af informationer til de rette personer mm.), på sigt kan videregives fra den sundhedsfaglige til eks. en ikke-sundhedsfaglig person, f.eks. place-ret i en fælles servicefunktion, med instruktioner om, hvad der skal gøres ved manglende data og data, som falder uden for de fastsatte alarmgrænser.</p> <p>En fælles servicefunktion bør generelt tænkes ind som aktør i hele beskrivelsen. Også i dette afsnit. Epitalet fra Lyngby-Tårnbæk har også gode erfaringer med dette. Favrskov og Syddjurs kommuner har ligeledes gode erfaringer med på området.</p>
4.7	<p>Afsnit 1. En fælles Servicefunktion bør være SPOC (single point of contact).</p> <p>Afsnit 5. ”En fælles it platform” er ikke løsningen efter vores opfattelse. En fælles telemedicinsk infrastruktur (it arkitektur) baseret på fælles standarder bør muliggøre, at der kan anvendes flere løsninger. Det vil gavne markedet at der ikke skabes monopolistiske løsninger på telemedicin.</p>
5	<p>Skema: Det er uklart hvorfor Almen Praksis ikke står markeret under identifikation og under ”Opfølgning på data”. Skyldes det, at så har de et behandleransvar? Det tyder på at incitamentstruk-turerne for almen praksis ikke er på plads.</p> <p>Det er også uklart, hvorfor en kommune ikke kan henvise til telemedicin. Vi mener i stedet at skemaet bør skitsere, hvilke opgaver, der er. Vi anbefaler at hver landsdel via sundhedsaftalerne afgør, hvem der har hvilket ansvar.</p> <p>Det fremgår ikke hvem, der er ansvarlig for kompetenceudvikling af personale, eller, hvem borger og eller personale kontakter, hvis de har brug for support. I det hele taget mangler der roller i skemaet.</p>
5.1	<p>Side 17 ”Identifikation og henvisning .... almen praksis og sygehus”. Vi mener at der bør kunne rettes henvendelse direkte til servicefunktionen. Det lader til at hjemmesygeplejen skal være omdrejningspunkt for alt vedrørende KOL borgeren. Vi mener at det bør være servicefunktionen, som tager sig af alt som ikke er sundhedsfagligt. Det vil en fælles servicefunktion, som den er designet i Region Midtjylland kunne gøre.</p> <p>Nederst side 17, står der, at der henvises til et telemedicinsk tilbud i kommunen. Det bør ikke stå,</p>

	<p>at tilbuddet er i kommunen, da man kan tænke sig andre muligheder.</p> <p>Endvidere står der, at identifikation og henvisning på hospitalet sker i ambulatorium og medicinsk sengeafdeling. Det kunne også ske i akutmodtagelsen/afdelingen, idet mange KOL patienter vedvarende kommer ind der først og er "kendt" af medarbejderne. Så de bør også kunne identificere og henvise.</p> <p>Kommunernes hjemmesygeplejersker er i dag tovholdere og omdrejningspunkt for et utal af projekter og tiltag, som skal implementeres. Ved at lade den kommunale sygepleje være ansvarlig for det tværsektorielle samarbejde og generelt det telemedicinske tilbud, kan dette betyde en ringere grad af implementering. Det anbefales, at noget af dette ansvar placeres hos eks. en fælles servicefunktion, der kan være en mere uvildig spiller i forhold til at få et tværsektorielt samarbejde sat i værk.</p>
5.2	<p>Afsnit 3 &amp; 4: Vi mener ikke at det er hensigtsmæssigt, at sygeplejersken skal være 1. line teknisk support og have kontakten til leverandøren. Servicefunktionen bør have en langt større rolle her. Det samme gør sig gældende med oplæring af borgeren.</p> <p>Opgaven med opstart i forhold til det administrative, det tekniske og udstyr bør placeres hos en fælles servicefunktion – eller det bør i hvert fald være muligt, at kunne gøre det, hvis man ønsker det. Igen er aktøren fælles servicefunktioner ikke skrevet ind.</p> <p><i>"Den private leverandør har ansvaret for, at der bliver sat udstyr op hos borgeren, samt at borgeren forstår den tekniske del af udstyret"...</i> Vi læser dette som værende en anbefaling, at det en anbefaling at det er en privat leverandør, som står for dette. Der kunne ellers være stordrift og samdriftfordele ved, at undersøge om en fælles enhed eksempelvis kunne varetage denne del af opgaven. For øvrigt lægges der tidligere i dokumentet op til at det er sygeplejersken som står for det.</p> <p>I region Midtjylland er der erfaringer fra telemedicinsk sårvurdering, der klart viser, at der har været en fremgang i anvendelsen af løsningen, efter at en enhed fælles for både kommuner og region er kommet ind over.</p>
5.3	<p>s. 19 "Almen praksis ...." Hvorfor skal borgeren medbringe sin tablet? Lægen bør kunne se data direkte, som følge af at der etableres en telemedicinsk infrastruktur.</p> <p>En fælles service funktion bør skrives ind som aktør, idet opgaven med at følge op på data bør kunne gives videre til et sådant center, hvis den sundhedsfaglige ønsker det. Så kan centeret tage fat i den sundhedsfaglige, hvis data ikke falder som aftalt og inden for alarmgrænserne. Det vil frigøre tid til de sundhedsfaglige.</p> <p>Den praktiserende læge bør selv kunne få adgang til data – så patienten ikke selv behøver at medbringe dem til konsultation.</p> <p>Det bør ikke altid være kommunen, som følger op på data. Det kan være, at det er mere hensigtsmæssigt, at det er hospitalet (som også er nævnt, den praktiserende læge (som ikke er nævnt, men bør nævnes) og en fælles servicefunktion.</p>

	<p>Vi undrer os over, at den praktiserende læge ikke skal kunne følge op på data. I langt de fleste tilfælde, er det den praktiserende læge, der følger op på data, når vi ikke har telemedicin med i spillet. I sundhedsaftalen i Region Midtjylland er den praktiserende læge koordinator for den kroniske patient.</p> <p>Det bør tydeliggøres hvornår det er relevant at hospitalet er ansvarlig på opfølgning af data – og i princippet også praktiserende læge.</p> <p><i>"løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændring i behandling"</i> – Dette er en stor opgave. Hvor er hospitalerne i informationsstrømmen og evalueringen?</p>
5.4	<p>Smidig kommunikation mellem sektorer kan hjælpes på vej af IT arkitekturen for telesundhed, så det bør nævnes.</p>

**Til:** Sundhedsstyrelsen

**Fra:** Region Sjælland

Dato: 24. oktober 2016

Brevid: 3076173

### **Høringssvar Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

**Kvalitet og Udvikling**

Alléen 15

4180 Sorø

Region Sjælland ser positivt på indførelse af telemedicinsk understøttelse af KOL behandling, der for en del patienter forventes at medvirke til øget tryghed og højere livskvalitet. Udkastet beskriver rammerne på et ganske overordnet niveau og rammer en fin balance med hensyn til på den ene side at sætte fælles retning på indsatsen og på den anden side give mulighed for variationer landsdelene imellem.

Tlf.: 70 15 50 00

Dir.tlf.: 23 29 77 37

kvalitetudvikling

@regionsjaelland.dk

aohj@regionsjaelland.dk

I udkastet beskrives det telemedicinske tilbud og herunder monitoreringsopgaven som en kommunal opgave. I Region Sjælland drøftes pt. mulighederne for at samle monitorering af de telemedicinske patienter i en fælles funktion. Intentionen er således at indgå en aftale om, at monitorerings- og opfølgingsopgaven varetages af en fælles funktion – i samarbejde med de enkelte kommuner, når det skønnes relevant.

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

Region Sjælland ser gerne, at telemedicin ikke indføres som et supplement til eksisterende tilbud, der vil belaste områdets sparsomme ressourcer uhensigtsmæssigt. Telemedicin bør i stedet, til relevante patienter, indføres som alternativ til eksisterende tilbud som f.eks. rutineambulatoriebesøg eller subakutte indlæggelser.

Det bemærkes, at der pt. ikke er sikker evidens for, hvordan de forskellige elementer bidrager til den positive effekt af den telemedicinske løsning: Det at blive undervist, kontakten af sygeplejersker og/eller have hjemmemonitorering. Det er således vigtigt fortsat at udvikle viden på området samt at sikre effektiv udnyttelse af eksisterende og veldokumenterede behandlingsmuligheder.

Med venlig hilsen

Anne Hjortshøj  
Enhedschef

## Høringssvar fra Aabenraa Kommune til faglige anbefalinger for telemedicinsk tilbud til borgere med KOL

Aabenraa Kommune har læst anbefalingerne med interesse og finder det positivt, at anbefalingerne generelt er relativt klare.

Aabenraa Kommune er grundlæggende positivt indstillet overfor, at det nationale projekt om udbredelse af telemedicin til borgere med KOL for den enkelte borger handler om at mestre sin sygdom bedre ved at forstå og handle på egne symptomer – dette harmonerer godt med Aabenraa Kommunes rehabiliterende tilgang til alle borgere med behov for støtte.

Vi har imidlertid også nogle opmærksomhedspunkter:

Afsnit 5.3. Opfølgning på data, Kommunens opgaver og ansvar:

*'Det er som udgangspunkt kommunen, som har ansvaret for opfølgning på data. Der følges systematisk op på borgerens måledata efter fastsatte intervaller (andetsteds fremgår at dette som udgangspunkt er 1 gang ugentligt). Ved afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling i negativ retning, kontaktes borgeren med henblik på, at denne tager kontakt til praktiserende læge.'*

Dette lægger ikke op til ansvar for egen sundhed, men snarere til at den kommunale hjemmesygepleje skal være 'barne pige' for borgere med KOL og 'sekretær' for almen praksis. Der er tale om en ny opgave for hjemmesygeplejen i forhold til borgere, der ifølge 'Business case for national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL'<sup>1</sup>, som hovedregel ikke får hjemmesygepleje i forvejen. Det er altså både en ny type opgave og nogle nye 'kunder'/borgere, der ikke ellers modtager hjemmesygepleje.

Man kan undre sig over, hvorfor opgaven med at følge op på data ikke placeres hos de aktører, der kan ændre borgerens behandling, altså enten hos sygehusenes KOL-ambulatorier eller almen praksis, evt. hos sygeplejersker ansat i almen praksis. Den kommunale hjemmesygepleje skal holde øje med data, men kan ikke gøre noget, hvis de udvikler sig negativt, udover at bede borgeren om at kontakte sin læge. 'Princippet er, at opgaverne placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for' (s. 16 øverst) synes ikke at gælde her.

Afsnit 5.3. Opfølgning på data, Almen praksis' opgaver og ansvar:

*'Almen praksis har som udgangspunkt ingen opgaver i forbindelse med opfølgning på data fra de borgere, der modtager den telemedicinsk understøttede behandling, udover de almindelige kontroller, fx årskontrol.'*

---

<sup>1</sup> 7. maj 2015, PA Consulting Group, s. 48. Estimat for andel borgere med svær eller meget svær KOL visiteret til kommunal sygeplejeindsats er 18 % baseret på TeleCare Nord-projektet. Hvis der i den nationale udrulning alene fokuseres på borgere med meget svær KOL må andelen af disse, der i forvejen er visiteret til kommunal sygeplejeindsats antages at være højere.

Dette står i modsætning til, at der senere i samme afsnit står følgende:

*'.. ved besøg hos lægen, ligesom det er vigtigt, at der sker en løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændringer i behandlingen.'*

Det er uklart, om det er tanken, at hjemmesygeplejen løbende kommunikerer til KOL-borgerens alment praktiserende læge om udviklingen i borgerens monitoreringstilstand, eller om der tænkes på, at hjemmesygeplejen kontakter almen praksis, for at følge op på, om borgeren har kontaktet sin praktiserende læge, når hjemmesygeplejersken har opfordret borgeren dette på baggrund af udviklingen i monitoreringsdata.

Afslutningsvis en teknisk bemærkning/undren:

Telecare Nord projektet udpegede borgere med svær KOL (GOLD-gruppe C), som den målgruppe, hvor det samfundsøkonomisk bedst kunne betale sig at indføre et telemedicinsk tilbud, i modsætning til GOLD-grupperne A, B og D.

Sundhedsstyrelsen anbefaler jf. inklusionskriterierne, at borgere med meget svær KOL (GOLD-gruppe D), skal have tilbud om telemedicin.

Aarhus, den 24. oktober 2016

## Til Sundhedsstyrelsen

ATT: Niels Gadegaard

### **De midtjyske kommuners høringssvar til udgivelsen Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde.**

Med input fra de fleste midtjyske kommuner fremsendes hermed et samlet høringssvar fra de midtjyske kommuner til de faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandling til mennesker med KOL. Høringssvaret er sammenskrevet af Kommunernes Sundhedssekretariat i den midtjyske region – KOSU sekretariatet.

Overordnet set er det positivt, at der nu er udarbejdet et grundigt udkast til faglige anbefalinger, som afsæt for det videre arbejde med implementeringen af hjemmemonitorering for borgere med KOL i de fem landsdele.

Herunder følger de mere specifikke kommentarer til de enkelte kapitler/afsnit i udgivelsen.

#### *Formål*

Sammenhængen mellem anbefalingerne og øvrige initiativer – herunder forløbsprogrammerne – til borgere med KOL, kan med fordel uddybes i dette indledende afsnit. Derudover kunne man med fordel gøre opmærksom på, at de internationale erfaringer, der er med telemonitorering fra bl.a. Norge og Skotland.

#### *Målgruppe*

De opstillede inklusionskriterier – der er meget brede – indikerer, at målgruppen er borgere med svær KOL. Det er på nuværende tidspunkt ikke noget præcist billede af, hvor stor denne population er i Midtjylland og ej eller på landsplan. Derfor udfordres kommunerne (og øvrige aktører) i forhold til dimensioneringen af indsatsen og i forhold til overblik over indsatsen.

#### *Sundhedsfagligt indhold i det telemedicinske tilbud*

Hjemmemonitorering af borgere med KOL skal ses i sammenhæng med de mange andre tiltag, der fra kommunal side tilvejebringes i forhold til borgere med KOL. Der kan derfor være behov for at udvide afsnit 4 med beskrivelser af andre former for sundhedsfagligt indhold – som f.eks. træning via telemedicinske løsninger.

Aarhus, den 24. oktober 2016

### *Måling og opfølgning*

Det er hensigten, at borgeren i vid udstrækning selv skal forestå de nødvendige målinger og forstå og handle på egne data i samarbejde med sundhedspersonalet. Der tages individuelle hensyn tilpasset den enkelte borgeres behov. Det er vigtigt, at der her er opmærksomhed på social ulighed i sundhed. Dette kunne med fordel indskrives i anbefalingerne. I forlængelse heraf skal det nævnes, at den pædagogiske indsats for at få borgeren til at mestre eget liv er central. For ensidigt fokus på de registrerede data kan fjerne borgerens egen opmærksomhed på sin sygdom i de perioder, hvor vedkommende ikke foretager registreringer.

Det fremgår af side 11, at borgeren de første 14 dage dagligt bør både måle og svare sygdomsspecifikke spørgsmål. Det er imidlertid uklart, hvem der skal følge op på data i denne 14 dagsperiode. Er det borgeren selv eller hjemmesygeplejen?

Øverst side 14 står der, at der bør foreligge instrukser for sundhedsprofessionelles kontrol af borgerens data – både tidspunkter og opfølgning på data samt hvad der skal foretages, når alarmgrænserne overskrides. De faglige retningslinjer er ikke tilstrækkeligt tydelige i forhold til hvem, der har hvilke opgaver. Hvor meget forventes borgeren selv at have ansvaret for, og hvornår har en sundhedsfaglig person et ansvar. Skal opgaven opfattes som døgndækket "overvågning" – og i så fald hvilken reaktionstid skal så evt. aftales?

I forhold til den sundhedsfaglige person, vil det så være forventet, at opgaverne skal kunne løses på alle tidspunkter af døgnet? Kan det forventes, at nogle opgaver bliver mere akutte end planlagte?

### *Kompetencer hos de sundhedsprofessionelle*

Det er positivt, at der er opmærksomhed på kompetencer og udvikling heraf hos de sundhedsprofessionelle, der skal arbejde med opgaven. Jf. ovenstående bemærkninger om usikkerhed omkring bl.a. antallet af borgere i målgruppen og omfanget af opgaven, er det vanskeligt at fastsætte behovet for kompetencer og kompetenceløft hos de kommunale sygeplejersker. Der er behov for større klarhed på dette område. Af anbefalingerne til kompetencer hos hjemmesygeplejerskerne anføres bl.a. at de skal have viden om og kendskab til brugen af telemedicinsk udstyr. I den sammenhæng er det vigtigt, at der er klarhed på, hvilke opgaver der skal løses af hjemmesygeplejen, og hvilke der med fordel kan henlægges til f.eks. et fælles servicecenter. Generelt bør det overvejes – ud fra et stordriftsperspektiv -, hvilke og hvor mange opgaver, der kan henlægges til en central enhed (fælles servicecenter/call center) og hvad der skal varetages lokalt ude hos hjemmesygeplejen.



Aarhus, den 24. oktober 2016

### *Ansvar og samarbejde*

Grundlæggende er der behov for at blive tydeligere på borgerens eget ansvar. En øget borgerinddragelse i egen sundhed – herunder monitorering af egne data – skal medvirke til ansvarliggøre borgeren og styrke mødet med de sundhedsprofessionelle. Det er vigtigt, at dette perspektiv fastholdes og udvikles.

De faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL fastligger, at opfølgning på monitoreringsdata er et sundhedsfagligt ansvar, som varetages af kommunen (dog med få undtagelser – hvor det er hospitalets ansvar).

Det er formuleret sådan, at det som udgangspunkt er kommunen, der har ansvaret for opfølgning på data. Det er kommunen, der systematisk skal følge borgerens måledata, og ved afvisninger i data, skal opfordre borgeren til at tage kontakt til praktiserende læge. Det bør være et opmærksomhedspunkt om hjemmesygeplejen i alle tilfælde er den rette til at varetage opfølgning på data, eller om der i særlig komplekse tilfælde bør være en læge på sygehuset, der vurderer data.

Det fremgår ikke, om kommunen skal dokumentere i den elektroniske omsorgsjournal i kommunen eller på anden måde dokumentere, at borgeren er blevet opfordret til at søge læge.

Det fremgår heller ikke, hvor insisterende "kommunen" skal være i forhold til borgeren, hvis han/hun ikke tager kontakt til egen læge.

Med andre ord – hvor langt rækker ansvaret for "kommunen"? Generelt er der behov for at skærpe spørgsmålet omkring ansvaret mellem de enkelte aktører. Herunder også at blive mere eksplicit på kommunikationsvejene mellem kommune, sygehus og alm. praksis.

Endelig skal der ikke være tvivl om det lægefaglige ansvar. Af side 16 fremgår det, at egen læge ikke kan identificere, monitorere og lave opfølgning, men på side 19 står det fremhævet, at egen læge skal inddrages i forhold til alarmværdierne, som jo ellers er beskrevet skal tilgå hospitalet.

### *Dokumentation*

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at der kommer klare aftaler omkring dokumentation.

På nuværende tidspunkt er der ikke mulighed for data-delning mellem egen læge, vagtlæge, hospital og kommune – heller ikke i disse forløb. Det er ikke helt klart, hvordan det bliver muligt fremadrettet via telemedicin. Vi må gå ud fra, at data tilhører borgeren(?).

Tænkes de telemedicinske data at skulle dokumenteres i borgerjournalen i kommunen? Det skal tydeliggøres i retningslinjerne.

Aarhus, den 24. oktober 2016

*Øvrige kommentarer*

Foruden de ovenstående specifikke kommentarer, er der nogle mere generiske kommentarer til opgaven med hjemmemonitorering af KOL. Fra et kommunalt perspektiv er der tale om en stor opgave, der kommer til at kræve mange ressourcer – specielt i den kommunale sygepleje til vurdering af borgernes indrapporterede data.

Derudover kan nævnes initiale omkostninger til kompetenceudvikling af personale og indkøb af nødvendigt udstyr. Denne bekymring forstærkes yderligere af, at der er ringe evidens for effekten af hjemmemonitorering for borgere med KOL.

For at hjemmemonitorering af borgere med KOL skal blive succesfuld, er det vigtigt, at der indtænkes andre typer af indsatsområder, som f.eks. genoptræning/rehabilitering og der tænkes bredt i forhold til at kunne håndtere andre sygdomme, som f.eks. diabetes via samme tekniske set up.

*Mads Venø Jessen*  
*Specialkonsulent*  
*KOSU*  
*Mobil: 21346609*  
*Mail: [jmav@aarhus.dk](mailto:jmav@aarhus.dk)*

Janni Stauersbøll Kramer  
Sundhedsstyrelsen  
[plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

Odense den 24. oktober 2016

## **Høringssvar fra DASYS vedr. Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi har sendt høringssvar til vores medlemmer, men vi har ikke modtaget kommentarer. DASYS' Dokumentationsråd har bidraget til høringssvaret.

DASYS har haft en repræsentant, Christina Emme fra Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, i arbejdsgruppen. Vi har ikke modtaget supplerende kommentarer fra Christiana.

DASYS har nedenstående bemærkninger:

### **Generelt indtryk**

Retningslinjen om telemedicin som understøttelse af behandlingen til KOL-patienten er relevant og er aktuell i den faglige og politiske dagsorden. Den kommer til at virke svag, da evidensgrundlaget er begrænset (afsnit 1.3). Sceptikere bliver ikke overbevist om indsatsens værdi.

Retningslinjen er med sit indhold og skabeloner (bilag 6-10) en ramme og et værktøj til et tværsektorielt samarbejde om den telemedicinske løsning. Implementeringen kræver beskrivelse af arbejdsgange, kommunikationsveje - og dokumentationspraksis.

### **Det sygeplejefaglige perspektiv**

Der er velskrevne afsnit om kompetencer, data og kommunikation/dokumentation:

- Afsnit 4.5 beskriver kompetencer hos de sundhedsprofessionelle, som skal varetage opgaven.
- Afsnit 5.3 beskriver sygeplejefaglige kompetencer ift. opfølgning på data: Læsning, vurdering og opfølgning. Det præciseres, at det er vigtigt, at der kommunikeres mellem kommune og almen praksis mhp. sammenhængende forløb.
- Afsnit 5.4 beskriver aftaler om at eksisterende kommunikationsveje og –standarder anvendes, men der kan være behov for nye arbejdsgange og nye former for kommunikationspraksis.

### **Patient/pårørende perspektiv**

Tilbuddet om telemedicinsk understøttelse af behandlingen af KOL er et tilbud om et samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionelle om patientens sygdom. Det stiller krav til patientens evne til at kunne anvende den telemedicinske løsning, hvilket beskrives i afsnit 4. Udbyttet/effekten for patienten kunne med fordel beskrives tydeligere.

### **Praksis/klinisk**

- Retningslinjen giver tydelige anvisninger for ansvarsplacering og opgavens omfang

- Retningslinjen medtager alle relevante faggrupper og beskriver også patientperspektivet samt hvilke forudsætninger, der skal være til stede for at patienten har udbytte af den telemedicinske løsning.

### **Struktur, overskuelighed og forståelighed**

Umiddelbart fremstår retningslinjen velstruktureret. God overskuelig indholdsfortegnelse, et introduktionsafsnit, der introducerer læseren til indholdet, samt slutter med en læsevejledning.

Der mangler imidlertid en konsistent begrebsanvendelse:

Titlen på retningslinjen anvender begrebet "menneske". I teksten i øvrigt anvendes primært begrebet "Borgeren" men også begrebet "personer". Det generelle begreb for de professionelle varierer også fra sundhedsprofessionelle til sundhedspersonale.

Afsnit 4.7, teknisk set-up og udstyr. De to første afsnit er relevante. Det tredje afsnit er ikke relevant at beskrive under den overskrift. Dette afsnit og det sidste i 4.7 beskriver nye initiativer og ønsker og synes ikke at høre til i dette afsnit.

Afsnit 5, Ansvar og samarbejde. Tabel 1. Identifikation ifølge tekst på side 17 bør der også være en dot under almen praksis ift. Almen praksis.

I afsnit 3.2 henvises til et kapitel 3.6. Dette eksisterer ikke, derimod er der i 4.8 beskrevet dele af det, der kunne forventes at være at finde i 3.6.

Generelt er retningslinjen formuleret med svage udtryk, fx Afsnit 4.8, varighed af tilbud: "bør... evalueres", "kan være en lejlighed..." og 4.6 beskriver anbefalinger til de forskellige aktiviteter, der stilles ikke krav om det. Retningslinjen kunne med fordel strammes op således, at *bør* flere steder erstattes af *skal*.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og DASYS' Dokumentationsråd naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck  
Næstformand

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
plan@sst.dk

Dansk Sygeplejeråd



Den 24. oktober 2016  
Ref.: MEJ  
Sagsnr.:1609-0022

## Høring over faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at komme med bemærkninger til de *faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL*. Der har i mange år været fokus på telemedicinske tilbud til KOL patienter og med gode resultater. Dansk Sygeplejeråd er derfor også meget positive overfor, at man nu ønsker at udbrede tilbuddet og dermed give en fremstrakt hånd til de lungemedicinske patienter. Vi har følgende bemærkninger til høringen.

### Selvmonitorering er blot ét eksempel på telemedicinsk behandling

De faglige anbefalinger giver eksempel på én specifik type telemedicin, selvmonitorering, til borgere med KOL. Der findes imidlertid mange andre former for telemedicinsk behandling, herunder eksempelvis videokonsultation, gruppeundervisning og telemedicinsk rehabilitering.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at det i introduktionen bliver skrevet ind, at der tages udgangspunkt i selvmonitorering, men at det ikke udelukker andre former for telemedicinsk behandling, da det er forskelligt, hvad der vil være den mest passende behandling til de enkelte borgere. Det er et område, hvor udviklingen går hurtigt, og derfor er det vigtigt, at anbefalingerne ikke medfører, at man kun kan bruge én form for telemedicinsk behandling og dermed undlader at kigge på andre.

### Skabelon til instrukser

Vi vil foretrække, at man kalder bilag 7 og 8 noget andet end "instrukser". Instruksbegrebet anvendes normalt om de faglige/ansættelsesretlige retningslinjer, hvor arbejdsgiver lægger rammerne for og/eller delegerer forbeholdt lægelig virksomhed til andre faggrupper. Bilag 7 og 8 synes i højere grad at have karakter af individuelle behandlings-/vurderingsplaner. Det kan derfor skabe unødigt forvirring at anvende instruksbegrebet i denne sammenhæng.

Det vil være hensigtsmæssigt, at man sikrer sig, at behandlingsstederne kan anvende den dokumentationsform, der passer bedst til de lokale forhold, herunder at man skaber rum for, at der kan dokumenteres samlet, således at samme data og/eller observationer ikke skal dokumenteres flere steder.

### Journalisering

Det fremgår af bilag 7, side 35 øverst, at antallet af ugentlige målinger og ændringer af disse skal journaliseres.

## The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:  
mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55  
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk  
dsr@dsr.dk

Det er vores opfattelse, at al den data, der indhentes fra patienten i forbindelse med telemedicin normalt vil være en del af dokumentationen/journalen. Det er vores opfattelse, at det skal sikres lokalt, at data systematiseres og registreres i en form, der gør at den er egnet til at skabe overblik over patientens tilstand og de vurderinger, der foretages jf. bl.a. vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser, således at samme information ikke skal registreres flere steder. Da de lokale retningslinjer bør kunne tilpasses systemerne på de enkelte behandlingssteder, bør styrelsen overveje, om det er formålstjenstligt at lade det fremgå konkret af vejledningen – om end af et bilag – hvad der skal journaliseres særskilt.

Dansk Sygeplejeråd mener desuden, at det er helt centralt at telemedicinsk behandling ikke må blive en sidevogn til den øvrige behandling, men i stedet en integreret del af eksisterende lovgivning og organisering.

Med venlig hilsen

Dorte Steenberg, Næstformand

**Høring:** Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL - anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde og finder det relevant at afgive hørings svar.

DSF har samlet et hørings svar med input fra:

- Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi, DSHLF

Der henvises endvidere til hørings svaret fra Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi, DSHLF, som er vedhæftet sidst i dette dokument.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i hørings svaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af disse anbefalinger. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

## **Generelle bemærkninger til anbefalingerne**

Dansk Selskab for Fysioterapi anerkender det store arbejde med at begynde at udarbejde retningslinjer for indførelse af telemedicinske løsninger i sundhedsvæsenet og er enige i, at der potentielt kan være dele af behandlingen af fx mennesker med KOL, der kan lattes ved telemedicinske løsninger. Vi er dog betænkelige ved, at disse anbefalinger kommer til at bygge på et spinket evidensgrundlag.

Vi undrer os over, at Dansk Selskab for Fysioterapi hverken har været inddraget i arbejdet med disse anbefalinger eller er blevet inviteret som officiel høringspart.

Der ligger stor faglig ekspertise og viden om KOL i det faglige selskab Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi, som ville have kunnet bidrage til yderligere kvalificering af disse anbefalinger – særligt på områderne rehabilitering, respirationsfysioterapi, træning af funktion samt anvendelse af relevante måleredskaber til monitorering af effekt.

Det er bekymrende, at de faglige anbefalinger stort set ikke berører emnet rehabilitering. Dette på trods af Sundhedsstyrelsens anbefalinger i både de nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af KOL og "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL". Det er efterhånden evidensmæssigt veldokumenteret, at rehabilitering er effektivt i behandling af mennesker med KOL og har effekt på åndenød, livskvalitet og mestring af sygdom (Cochrane 2015). Det er derfor ærgerligt, at rehabilitering ikke er tænkt med ind i disse anbefalinger.

Dansk Selskab for Fysioterapi henviser endvidere til Bilag 1, høringssvar fra Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi, for yderligere kommentarer.

På vegne af  
Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker  
Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi  
Holmbladsgade 70  
2300 København S  
Tel: +45 3073 9675  
E-mail: [kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)  
[www.danskselskabforfysioterapi.dk](http://www.danskselskabforfysioterapi.dk)





**Bilag:**

1. Høringssvar fra Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi, DSHLF

Bilag 1: Høringssvar fra Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi, DSHLF

## Høringsvar fra Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi

Vi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige anbefaling for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL.

Overordnet er vi enige i, at telemedicin måske kan løse og lette visse behandlingsudfordringer hos specifikke grupper med KOL og er derfor positive over, at Sundhedsstyrelsen kigger på dette område. Hvilke grupper og effekten af telemedicinsk indsats generelt er dog på ingen måde solidt undersøgt, og i de få eksisterende undersøgelser er effekterne langt fra overbevisende. Vi finder det derfor foruroligende, at en politisk besluttet national udrulning af telemedicin kan ske på så spinkelt et evidensgrundlag med udgangspunkt i enkelte projekter med en på ingen måde overbevisende påvist behandlingseffekt.

Vi anerkender den svære opgave som gruppen under Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om at udføre med denne anbefaling især da den, som I nævner, er udarbejdet på baggrund af erfaringer, der er opnået med blot to projekter. Det er bekymrende, at der ikke er foretaget en systematisk afsøgning af evidens og litteratur for anbefalingsgrundlaget.

Denne faglige anbefaling står i stærk kontrast til de netop udarbejdede Nationale Kliniske Retningslinjer. En forskel, der særligt falder i øjnene er, at i denne anbefaling skrives der mulighed for ulimiteret telemedicinsk behandlingsforløb, mens andre KOL indsatser, der er veldokumenterede, limiteres ned til otte uger eksempelvis KOL rehabilitering, selv om vi ved: jo længere tid jo bedre (National Klinisk Retningslinje for KOL-rehabilitering). Vi får det indtryk, at Sundhedsstyrelsen giver køb på de høje faglige standarder og kriterier, der eksempelvis blev anvendt ved udarbejdelse af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

Det er ikke klart, hvilket økonomisk grundlag anbefalingerne bygger på. Er der beregnet på de økonomisk gevinster og udgifter ved en ulimiteret varighed? Hvad skal indsatsen ske på besparelse af?

Vi er meget bekymrede for, hvordan beslutningstagerne i regioner og kommuner på dette meget tynde evidensgrundlag vælger at forvalte og prioritere telemedicinsk udrulning. Vi er særligt bekymrede for, om det sker på grundlag af KOL indsatser, der har dokumenteret effekt! Vi frygter, at det før eller siden sker på bekostning af andre sundhedsindsatser, da det foreløbigt ikke ser ud til at være en guldmine fuld af besparelser at udrulle telemedicin. Er der taget stilling til, hvordan det sikres, at mennesker med KOL stadig tilbydes for eksempel rehabilitering?

### Vedrørende monitorering

Som fysioterapeutisk selskab undres vi over, hvem der er konsulteret omkring anvendeligheden af rejse-sætte-sig test. I øvrigt, hvilken rejse-sætte-sig test drejer det sig om? Hvordan skal den anvendes? Er der anvist specifikke anbefalinger for standardisering? Hvad er kritisk cut-off?

Vi gør opmærksom på, at der er risiko for fejl-monitorering og derfor fejltolkning af data ved forkert anvendelse af denne test. Kriterier for de udvalgte monitoreringsindikatorer,

samt hvorledes disse anvendes, sikres ensrettede og kvalitetssikrede, bedes specificeret i vejledningen.

På vegne af Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi

Med venlig hilsen,

***Rasmus Gormsen Hansen***

**Formand for Danske Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi**

**Chairman of the Danish Society for Cardiovascular and Respiratory Physiotherapy**

Personlig e-post [rg@regionsjaelland.dk](mailto:rg@regionsjaelland.dk)

<http://www.hjerte-lungefysioterapi.dk/>

Facebook Gruppe: Dansk selskab for hjerte- og lungefysioterapi



Sundhedsstyrelsen  
Planlægning  
Islands Brygge 67  
2300 København S

10-10-2016

Sagsnr.  
2016-0350485

Dokumentnr.  
2016-0350485-2

### **Hørings svar vedr. faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL**

Københavns Kommune har modtaget udkast til 'Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde'.

Anbefalingernes formål er at vejlede aktørerne om inklusion af patienter og om det sundhedsfaglige tilbud med henblik på standardisering på tværs af de 5 landsdelsprogrammer for national udbredelse af telemedicin. Disse landsdelsprogrammer skal være implementeret med udgangen af 2019.

### **Generelle bemærkninger**

#### *Anbefalingernes validitet*

Som det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppen, har der været afsat ganske kort tid til at udarbejde anbefalingerne. Arbejdet blev igangsat i foråret 2016 og var afsluttet i september 2016. Denne korte tidsfrist har ikke afsat tilstrækkelig tid til at skabe et sæt af anbefalinger baseret på evidens. Anbefalingerne er primært baseret på erfaringer fra TeleCare Nord projektet og erfaringerne fra medlemmer af arbejdsgruppen. Anbefalingerne må derfor tages som udtryk for "best practice", som den opfattes hos medlemmerne af arbejdsgruppen. Det bør dog fremgå af anbefalingerne, hvilke der er direkte baseret på erfaringerne fra TeleCare Nord, og der bør også derfor henvises til kilderne til disse anbefalinger. Da anbefalingerne delvist er baseret på deltagernes holdninger og erfaring, bør der tilføjes et afsnit om arbejdsgruppens arbejdsmetode, såfremt anbefalinger skal have en validitet overfor målgruppen.

Der findes metoder til at skabe erfaringsbaserede anbefalinger til klinisk praksis som sikrer, at anbefalingerne ikke er baseret på holdninger, men på viden, eksempelvis Delphi-metoden. Det kan anbefales at en sådan metode anvendes ved senere revision. Endvidere anbefales det, at anvende og referere til de kliniske retningslinjer som Dansk Lungemedicinsk selskab publicerede i 2013.

### **Afdeling for Kommunalt Sundhedsvæsen**

Sjællandsgade 40,  
Bygning H, 2. sal  
2200 København N

Telefon  
5162 5889

E-mail  
Z29E@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290359

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)

### *Sammensætning af arbejdsgruppen*

Anbefalingerne til en indsats med telemedicin til borgere med KOL er koncentreret om plejeindsatsen, hvilket også afspejles af arbejdsgruppens sammensætning, hvor kun en faggruppe, nemlig sygeplejerskerne er repræsenteret. Håndtering af borgere med KOL i en kommunal sammenhæng er i høj grad en tværfaglig opgave og udarbejdelse af anbefalingerne til indsatser i en kommunal setting bør derfor også afspejle dette.

### *Anbefalingernes indhold*

Generelt er anbefalingernes indhold præget af at være baseret på TeleCare Nords valg af indsatser. Dette kan være en styrke, da der er en vis erfaring, men det kan også være en svaghed, da vi nu får en udbredelse - også af de svage punkter i TeleCare Nord projektet. Dette gælder blandt andet for indsatserne vedr. fysisk træning og praktiserende lægers rolle i KOL indsatserne.

En væsentlig og evidensbaseret indsats overfor borgere med KOL - og dette gælder for alle GOLD grupper, er fysisk aktivitet og træning (DLS 2013). Det vækker derfor undren, at fysisk træning er helt udelukket fra anbefalingerne. Det er ganske vist anført, at der på et senere tidspunkt kan tænkes træning ind i det telemedicinske tilbud, men det burde være med i disse anbefalinger. Specielt da et eventuelt senere tilbud om træning vil stille andre krav til de tekniske standarder i den telemedicinske løsning.

## **Bemærkninger til konkrete afsnit**

### *4.1 Målinger i forbindelse med hjemmemonitorering*

Under afsnittet om målinger bør der stå, om det har været overvejet om en selvbehandlingsplan ved akut forværring af KOL-sygdommen kan iværksættes efter aftale med den behandlingsansvarlige læge.

### *4.3 Evaluering (s. 12+15-16)*

Der ønskes en uddybning af, hvordan en initial og løbende evaluering af borgerens gevinst ved den telemedicinske understøttelse kan gennemføres på tværs af sektorer og hvilke data, der skal indgå som baselinemåling. Det ville være hensigtsmæssigt, om der fra arbejdsgruppens side var anbefalet et redskab, som ville gøre det muligt at opsamle nationale erfaringer på området. Løbende evaluering kunne indgå i opgaveskemaet s. 16 med et ansvar fordelt på alle tre sektorer.

### *4.4 Sygdomsmestring*

Indledningen bør omformuleres, da man ikke kan sikre, at borgere med KOL er i stand til at handle på egne data. Den sikkerhed kan ikke

opnås. Dette gælder også de følgende dotter, som samlet set måske mere relaterer sig til inklusionskriterierne.

#### *4.7 Teknisk set-up og udstyr*

Der bør knyttes bemærkninger til hvorfor det kan være en fordel, at organisere sig med et centralt telemedicinsk servicecenter ligesom det bør uddybes, hvordan en fælles IT-plattform muliggøres.

#### *5. Ansvar og samarbejde*

Det bør noteres i skemaet, at almen praksis har, ligesom kommune og sygehus, en opgave ift. identifikation af relevante borgere.

##### *5.1 Identifikation og henvisning*

Almen praksis må antages at have den primære opgave ift. identifikation af borgerne. Det vil være vanskeligt at opnå en tilstrækkelig stor volumen, hvis borgerne 'kun identificeres' ifm. konsultation og årskontrol i almen praksis. En del af borgerne vil formodentlig ikke dukke op til deres årskontrol. Det bør derfor overvejes – og tilføjes – hvordan almen praksis kan have en mere proaktiv rolle ift. inklusion af borgere.

##### *5.2 Opstart*

Det angives at reaktionstiden fra henvisning til opstart er maksimalt syv dage. Det bør præciseres om der er tale om 7 hverdage..

##### *5.3 Opfølgning på data*

Der beskrives følgende om den praktiserende læges rolle: "Almen praksis har som udgangspunkt ingen opgaver i forbindelse med opfølgning på data". Almen praksis må anses som en meget væsentlig aktør i en indsats, der for mange borgeres vedkommende er livsvarig. Der savnes en reference til den viden, som anbefalingen bygger på.

### **Yderligere kommentarer**

#### *Pårørende*

Ved telemedicinske indsatser flytter en del af monitoreringen og behandlingen hjem i borgerens hjem. Dette kan være uproblematisk og en fordel for borgeren, som med den telemedicinske indsats kan opnå viden om og handlekompetencer i forbindelse med KOL sygdommen. Men i borgerens hjem vil der i mange tilfælde være pårørende, som vil være en part i monitorering og behandling. I anbefalingerne nævnes pårørende inddragelse, men ingen anbefalinger omhandler pårørende. Anbefalingerne bør indeholde en beskrivelse af minimumskrav til information og inddragelse af pårørende.

### *Økonomi*

Det er et opmærksomhedspunkt, at udgifterne til udbredelsen af hjemmemonitorering altovervejende er kommunale. Samtidig har kommunerne kun små økonomiske gevinster. Der tages derfor forbehold for øgede udgifter i kommunerne som følge af de faglige anbefalinger.

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Niels Vendelbo Gadegaard  
**Sendt:** 25. oktober 2016 10:45  
**Til:** SST Plan; Julie Præst  
**Emne:** VS: Høringsvar ift Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

---

**Fra:** Lone Ulholm [<mailto:loul@soroe.dk>]

**Sendt:** 25. oktober 2016 10:43

**Til:** Niels Vendelbo Gadegaard

**Emne:** Høringsvar ift Faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har sendt faglige anbefalinger for telemedicinsk understøttelse af tilbud for behandling af KOL i høring.

Telemedicin er en del af den nationale lungesatsning, som er aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Det indebærer, at borgere med KOL i hele landet skal have mulighed for at modtage behandling med telemedicin.

Initiativet forventes at omfatte ca. 40.000 borgere.

Formålet med retningslinjerne er at vejlede kommuner, regioner og almen praksis om inklusion af patienter i det telemedicinske tilbud.

Retningslinjerne er i høring til den 24. oktober 2016.

Hermed fremsendes høringskommentarer fra Sorø Kommune (idet vi beklager at tidsfristen er overskredet med en enkelt dag) :

Kommunerne er en væsentlig aktør i den telemedicinske understøttelse af behandlingen til mennesker med KOL. Det betyder brug af ressourcer / øgede udgifter til bl.a. KOL sygepl.

Dette kan kommunerne ikke iværksætte uden tilførsel af økonomi (ny) – og trækkes på de øvrige parter (prakt.læge og sygehus) vil formentlig være uændret.

Vores største indvending er at evidensen for effekten af den telemedicinske understøttelse er usikker. Nogle borgere har gavn af tilbuddet, andre har ikke.

Vi finder at retningslinjerne er alt for brede i sine inklusionskriterier – så vi risikerer at give tilbuddet til for mange (og dermed også til nogle, der ikke har gavn af det).

Kunne man tænke sig at stille redskabet til rådighed for alle KOL-patienterne som en selvmonitorering, uden at data blev set 1 x ugentlig af en sundhedsprofessionel ??

Og så kun inkludere den gruppe, der har en rigtig dårlig egenomsorgsevne – med risiko for at det netop den gruppe, der heller ikke ville få lavet den ugentlige monitorering ??

Denne gruppe vil sandsynligvis også have brug for en yderligere motiverende og proaktiv indsats fra f.eks hjemmesygeplejen mhp. at huske den ugentlige monitorering.

I øvrigt synes vi at 7-dages fristen fra henvisning til opstart (jf side 18) skal udgå. Det er snarere et spørgsmål om serviceniveau fremfor baseret på en faglig begrundelse.

Venlig hilsen

**Lone Ulholm**  
Chefkonsulent

Hovednr.: 57876000  
Direkte: 57876201  
E-mail: [loul@soroe.dk](mailto:loul@soroe.dk)

Sorø Kommune  
Udvikling og IT, Udviklingskonsulentgruppen







Dato 25-10-2016

Sagsnr.  
2016 - 6088

Aktid.  
298455

Sagsbehandler Martin Bagger  
Brandt

## Høringssvar

### **Høringssvar afgivet af Praktiserende Lægers Organisation i forbindelse med Sundhedsstyrelsens høring vedrørende ”Telemedicinske understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL”**

#### *Generelle bemærkninger*

PLO anser det for fornuftigt, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger vedrørende telemedicinsk behandlingstilbud.

Telemedicin er et vigtigt behandlingstilbud i udviklingen af det danske sundhedsvæsen i almindelighed og i udvikling af det nære sundhedsvæsen i særdeleshed.

Efter mange år med forskellige pilotforsøg er der nu truffet politisk beslutning om at implementere dette behandlingstilbud på landsplan, og det er derfor vigtigt, at implementeringen kommer godt fra start. Her kan anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen være et nyttigt værktøj.

PLO mener, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nogle gode anbefalinger, som kommer fint omkring de mange aspekter – både faglige, organisatoriske og tekniske – som skal påtænkes i forbindelse med lokal implementering af et nyt behandlingstilbud i et tværfagligt setup. I den forbindelse vil vi gerne understrege vigtigheden af, at der indgås klare, lokale aftaler mellem kommune, region og almen praksis om, hvilke konkrete opgaver hver parter skal løse. Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver noget af svaret, men ikke det hele. Med klare og dækkende aftaler sikres det, at patienten oplever en sammenhæng i tilbuddet og et sundhedsvæsen, der samarbejder hele vejen rundt.

PLO noterer sig, at dokumentationen for de kliniske effekter ved telemedicinsk behandling for den valgte målgruppe, er begrænsede, men vi anerkender omvendt, at der i forbindelse med TeleCare Nord projektet er registreret positive patientoplevede effekter. PLO så gerne, at evidensniveauet for de kliniske effekter var højere, men vi er naturligvis bekendt med, at med den valgte patientgruppe og deres sygdomsudvikling, er det vanskeligt. Ikke mindst derfor er det vigtigt, at man i den løbende implementering, holder sig de positive effekter i patientoplevelsen

2/2

for øje og ikke lader eventuelle implementeringsvanskeligheder i det tværgående samarbejde, komme patienterne til last.

### *Mere konkrete bemærkninger*

Afsnit 5.3 omhandler ”Opfølgning på data”. Det fremgår af teksten, at det er en kommunale opgave at følge op på monitoreringsdata og at almen praksis kun skal følge op i forbindelse med almindelige konsultationer/årskontroller. Såfremt det aftales lokalt eller nationalt, at almen praksis skal have adgang til pågældende patienters monitoreringsdata, skal dette naturligvis ske på lovlig vis, med synliggørelse af samtykke (jf. afsnit 5.2) og med de rette databehandleraftaler på plads.

Dertil kommer, at almen praksis forventer – når vi taler implementering af et landsdækkende tilbud og ikke et pilotprojekt – at adgangen til data kan ske via lægens egen it-system. PLO er derfor tilbageholden ift. anbefalingen – i afsnit 4.7 – om at den tværgående kommunikation styrkes ved etablering af fælles it-plattform. Idet der netop er tale om implementering af telemedicin som ordinært behandlingstilbud, skal den digitale understøttelse virke sammen med og være integreret til de it-løsninger som lægerne benytter i det daglige arbejde.

PLO forventer også, at de implementeringsansvarlige myndigheder tager initiativ til konkrete aftaler om ”dialogen om data”, så det sikres, at det tværgående samarbejde mellem kommune, region og almen praksis om ”monitoreringsdata og grænseværdier”, ikke sander til, men forbliver effektivt og målrettet det relevante. Det er vigtigt, i en tid med høj arbejdsintensitet i primærsektoren, og med lægemangel i visse dele af landet, at introduktion af nye behandlingstilbud ikke har som utilsigtet konsekvens at de beslaglægger de knappe ressourcer unødigt.

PLO anser de opstillede måleparametre – jf. bl.a. afsnit 4.1 og 4.2 – som udtryk for parametre hentet fra sygehussektoren. Skulle denne patientgruppe være monitoreret via almen praksis var der således behov for at justere på visse af anbefalede parametre. Givet at de nu opstillede anbefalinger følges i den lokale implementering, og der endvidere laves aftale om, at almen praksis også skal have adgang til monitoreringsdata, vil almen praksis få adgang til oplysninger som er vanskelig at benytte/handle på, fordi data udspringer – efter vores mening – af indikatorer forankret i sygehussektoren.

I samme boldgade ønsker vi endvidere at gøre opmærksom på, at implementeringen af dette behandlingstilbud ikke må ende med ”bare” at være en udflytning af sygehusopgave til kommuner. Implementeringen skal være kosteffektiv, følge LEON-principperne og tilpasses primærsektoren. Sker det, baner vi også nemmere vejen for implementering af telemedicin til andre målgrupper.

Med venlig hilsen

Martin Bagger Brandt, Praktiserende Lægers Organisation