



**Referat af 4. møde i programstyregruppen
for telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg**

Onsdag den 7. oktober 2009 kl. 10-12, MedCom, Rugårdsvej 15, Odense

Deltagere:

Ivan Lund Pedersen	Digital Sundhed
Klaus Klausen	Lægeforeningen
Henrik Bjerregaard Jensen	MedCom
Mogens Køllner	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Lars Demant	Region Sjælland
Finn Klamer	Sundhed.dk
Gunilla Svensmark	Dansk Sygeplejeråd
Poul Erik Kristensen	Kommunernes Landsforening
Lars Hulbæk	MedCom
Henning Voss	DSI
Iben Søgaard (ref.)	MedCom

Fraværende:

Martin Bagger Brandt	Danske Regioner
Anne Dichmann Sorknæs	Danske Patienter
Peter Simonsen	Region Syddanmark
Bjarne Christiansen	Frederiksberg Kommune
Jakob Andreas Salfelt	Lægeforeningen
Charlotte Sandberg	Digital Sundhed

Dagsorden:

- 1) Godkendelse af referat fra sidste møde
- 2) Meddelelser
- 3) Telepsykiatri – hvad ved vi fra udlandet v/ Henning Voss, DSI
- 4) Status for teletolkeprojektet
- 5) Status for ABT-ansøgningen for telemedicinsk sår vurdering
- 6) Status for ABT-ansøgning for AK-hjemmemonitorering
- 7) Telekardiologi
- 8) Forslag til mødedatoer i 2010
- 9) Evt.

Referat

Ad1) Godkendelse af referat fra sidste møde

Referatet fra sidste møde blev godkendt.

Ad 2) Meddelelser

Lars Hulbæk fortalte, at DSKT afholder årsmøde den 6. november 2009 i Planetarium. Årsmødet vil omhandle telemedicin for KOL-patienter, hvor fokus primært vil være på klinisk evidens.

Ad 3) Telepsykiatri – hvad ved vi fra udlandet v/Henning Voss, DSI

Henning Voss præsenterede rapporten fra DSI med fokus på metode, afgrænsning og begreber, områder med særligt stort potentiale, telepsykiatri vs. ansigt til ansigt-behandling, barrierer for udbredelse, konklusion og diskussion.

Hidtil har man kun behandlet telepsykiatri ift. brug af videokonference, men psykiatrien er et oplagt speciale for telemedicin, da det består i samtale frem for hands-on. Telepsykiatri kan overordnet opdeles i 3 typer: Telepsykiatrisk patientbehandling, samarbejde og undervisning.

Metoden for rapportens udarbejdelse har været udenlandske litteraturstudier. 166 artikler er gennemset, hvoraf 83 artikler er anvendt i rapporten.

Foregangslandene er USA, Australien, Canada, Norge og Finland, som alle karakteriseres ved store tyndt befolkede områder, hvor telepsykiatri oftest bruges til at overkomme store afstande.

Danmark er i sammenligning et lille land med små afstande. Henning Voss mente selv, at afstand fylder en del i den danske sundhedsdebat og spurgte programstyregruppen, om afstand også i Danmark kan være en driver for indførelse af telepsykiatri?

Finn Klamer mente, at det godt kan være en driver i et valg mellem psykiatere. Nogle patienter kan således have benefit af ikke at skulle have øjenkontakt med behandleren. Man skal heller ikke undervurdere behandling af patienterne i eget hjem.

Klaus Klausen sagde, at det kan være et problem med brug af video i en psykiatrisituation, men løsningen kan formentlig anvendes til visitation og second opinion.

Lars Demant mente, at løsningen måske ikke skal bruges til den første samtale, men når der er skabt tryk-
hed, kan løsningen godt anvendes. Ifølge Lars Demant handler det i høj grad også om kultur, som det vil være en kæmpe organisatorisk opgave at få ændret. Derfor skal der igangsættes et spydspidsprojekt, hvor løsningen afprøves.

Antallet af speciallæger i psykiatrien har været faldende siden 2005 og vil falde yderligere fremadrettet, hvilket risikerer at skabe ventelister og gå ud over kvaliteten i behandlingen.

Telepsykiatri kan afhjælpe speciallægemangel, bidrage til sikring af balance mellem specialisering og nærhed og understøtte shared care mellem almen praksis og psykiatri.

Der kan ske en opgaveglidning mellem faggrupper og til lavere specialiseringsniveau, og telepsykiatri kan understøtte opgaveglidningen på tværs af lokationer. Opgaveglidningen kræver undervisning, supervision og nogle gange integrerede forløb.

En række regionale og nationale kompetencecentre udfordrer balancen mellem specialisering og nærhedsprincipper.

Videokonference kan fint understøtte samarbejdet mellem kompetencecentret og almenpsykiatrien. Man kunne fx forestille sig, at der blev udviklet nogle vejledende standardforløb, som kompetencecentre kunne deltage i via videokonference.

Videokonference åbner op for, at andre parter kan inddrages – fx skoler, hvilket man har gode erfaringer med i Toronto.

I en netop udgivet rapport vedrørende shared care mellem almen praksis og psykiatrien – bestilt af Danske Regioner – hævdes det, at 20 % af danskerne lider af ikke-psykotisk sygdom (angst, depression, alkoholmisbrug mv.). Halvdelen behandles i almen praksis, 10 % i almenpsykiatrien, og resten behandles ikke. Almen praksis har årligt 500.000 kontakter vedr. ikke-psykotisk sygdom.

Henning Voss viste eksempler på udtalelser fra forskellige interessenter som reaktion på rapporten.

Genrelt er danske interessenter overbeviste om, at ”der går noget tabt” ved videokonference. Denne overbevisning underbygges dog ikke i videnskabelige studier. Her henviste Henning Voss til forskellige metaanalyser om telepsykiatri. Rigtig mange studier påviser høj patienttilfredshed. Fire studier påviser tilfredshed hos henvisende læge. Tre studier giver blandede resultater.

Barriererne for udbredelse af telepsykiatri er delt op i tekniske, økonomiske og organisatoriske barrierer.

Udfordringen er bl.a. skepsis blandt speciallægerne.

Mulige løsninger på dette er fx at få meningsdannere til at gå forrest og demonstrere telepsykiatri.

Telepsykiatri som én af flere løsninger. Må ikke forstyrre kerneydelsen (krav til lokale, udstyr og lyssætning). Backup-plan ved teknologinedbrud eller uforudset patientadfærd. Lokaleplacering på speciallægens arbejdsplads.

Den gode implementering kræver vedvarende projektledelse, brugerstyret behovsafklaring, og en telepsykiatrisk løsning, der griber mindst muligt forstyrrende ind i hverdagen. Oplæring og support, klare aftaler om booking, planlægning og samarbejde, valgfrihed for patienterne, bisiddere giver tryghed for nogle, afstand giver følelse af kontrol for andre – mulighed for at kunne slukke, udbred kendskabet (efterspørgslen kommer ikke af sig selv), skab nem henvisningsadgang samt evaluering og løbende justering. Telepsykiatri kræver aftaler vedr. honorering.

Beslutning

Rapporten tages til efterretning og telemedicinteamet fortsætter arbejdet med at formulere et spydspidsprojekt i samarbejde med Region Midtjylland. Der er i relation til ABT's bevilling til teletolkeprojektet afsat 400.000 kr. til et spydspidsprojekt for telepsykiatri.

Ad 4) Status for teletolkeprojektet

Lars Hulbæk orienterede om status for teletolkeprojektet.

Der er to væsentlige, men dog ikke fatale, forsinkelser. Samarbejdsaftaler med regionerne er forsinket – fra maj til oktober 2009. Sammen med samarbejdsaftalerne skal regionerne levere en plan for regional udbredelse. Der udover er selve videoknudepunktet forsinket en måneds tid. Der er aftalt overtagelsesprøve ultimo oktober 2009, og det kører i fuld drift medio november. Yderligere forsinkelse vil have indflydelse på den samlede plan. Hvis samarbejdsaftalerne eller videoknudepunktet eventuelt først falder på plads i 2010, bliver der behov for budgetoverførsel af ABT-midler fra 2009 til 2010.

Lars præsenterede kort milepæle og leverancer pr. oktober 2009 og fremhævede specielt det kommitment, der er fra regionerne ift. projektet. Det er en meget velfungerende teletolkeimplementeringsgruppe, der er blevet nedsat.

Region Syddanmark har i øjeblikket 10 sygehusafdelinger i drift. Trafikstatistikken er endnu ikke oppe at køre – det vil ske, når videoknudepunktet er på plads.

Region Midtjylland, Hovedstaden samt Århus Kommune forventer at starte op i november 2009.

Region Nordjylland sigter mod opstart november, men har juridisk udfordring i forbindelse med udbud af tolkeydelser.

Region Sjælland er stadig i planlægningsfasen.

Kolding Kommune forventer opstart i år.

Københavns, Odense og Aalborg kommuner har herudover henvendt sig med interesse for at være pilotkommune i teletolkeprojektet.

Lars præsenterede kommende milepæle frem mod næste ABT-afrapportering i april 2010 samt de foreløbige udgifter og forventede udgifter resten af året.

På næste programstyregruppemøde demonstreres videoknudepunktet for programstyregruppen.

ABT-fonden har udarbejdet ny ansøgningsskabelon, og data fra den oprindelige ansøgning godkendt af ABT-fonden skal indarbejdes i den nye skabelon, før end de videre projektmidler frigives.

Beslutning

Programstyregruppen tog status på teletolkeprojektet til efterretning og orienteres til næste programstyregruppemøde om fremdrift i projektet.

Ad 5) Status for ABT-ansøgningen for telemedicinsk sårvurdering

Lars Hulbæk orienterede om status for ABT-ansøgningen vedrørende telemedicinsk sårvurdering.

Ansøgningen blev prækvalificeret tidligere på året, og endelig ansøgning efterfølgende fremsendt.

I sommer meldte ABT tilbage, at forudsætningen for den videre behandling af ansøgningen var, at den blev koordineret med en lignende ansøgning fra Århus Kommune. Digital Sundhed, MedCom og Århus Kommune indgik på den baggrund samarbejdsaftale om koordinering af de to ABT-projekter – der etableres en fælles teknikgruppe og en fælles national projektstyregruppe. Samarbejdsaftale og ansøgning blev opdateret med oplysninger om den fælles organisering og fremsendt til ABT-fonden den 10. september 2009.

ABT-fonden forventer at kunne give endelig tilbagemelding på ansøgningen i løbet af november, hvilket ifølge Lars Hulbæk risikerer at forsinke projektstart planlagt til januar 2010.

Poul Erik Kristensen spurgte til sammentænkningen med teleKAT-projektet i Region Nordjylland/Aalborg Kommune, hvilket ifølge Lars Hulbæk var en god pointe, som blev noteret ift. den videre proces.

Beslutning

Programstyregruppen tog status for telesårvurderingsprojektet til efterretning og orienteres skriftligt om ABT-fondens tilbagemelding på det koordinerede projekt, så snart tilbagemelding foreligger.

Ad 6) Status for ABT-ansøgning for AK-hjemmemonitorering

ABT-fonden prækvalificerede i juni 2009 en ansøgning for hjemmemonitorering af AK-patienter, hvor infrastrukturen samtidig kunne udgøre et væsentlig grundlag for hjemmemonitorering af KOL- og diabetespatienter.

ter. Endelig ansøgning blev fremsendt til ABT-fonden i den 13. august 2009, og tilbagemelding forventes ultimo november.

På sidste programstyremøde den 17. juni 2009 blev der talt om proces for kvalificering af business casen for hjemmemonitorering, honorering af telemedicinske ydelser samt alternative finansieringskilder.

Ift. kommissoriet savnede Poul Erik Kristensen en beskrivelse af, hvordan løsningen påvirker kommunerne og praksissektoren samt overvejelser om hjemmemonitorering af en meget stor gruppe i kommunalt regi – de demente. Ligeledes bør det økonomiske fokus ikke alene være antal sengedage.

Lars Demant mente, at man frem for et fokus på det tre ovennævnte kronikergrupper burde tage udgangspunkt i den samlede kronikergruppe mere generelt. Der bør laves en mere samlet skitse for, hvor vi er på vej hen.

Klaus Klausen gjorde opmærksom på, at der er en pille på vej indenfor de næste 2 år, som i hvert fald patienter med atrieflimren kan nøjes med frem for AK-behandling. Lars Hulbæk bemærkede, at dette må håndteres som en risiko, der kan påvirke potentialet i projektet.

Ivan Lund Pedersen foreslog, at der nedsættes 3 arbejdsgrupper til kvalificering af business casen, og at næste møde afholdes som et temamøde, hvor programstyregruppen kan få diskuteret den fremadrettede håndtering af hjemmemonitoring i regi af telemedicin programmet

Klaus Klausen syntes, man skulle udpege repræsentanter fra de kliniske selskaber udover de udpegede klinikere fra Danske Regioner.

I stedet for 5 klinikere foreslog Ivan Lund Pedersen, at der udpeges 1 fra et lægefagligt selskab, 1 fra et sygeplejefagligt selskab og 1 udpeget af Danske Regioner.

Kommissoriet skal på ovenstående baggrund revideres – en ny udgave fremsendes til godkendelse i programstyregruppen denne uge.

Lars Hulbæk gjorde opmærksom på, at grupperne skal opstartes hurtigst muligt, såfremt den reviderede business case skal ligge klar primo februar.

Beslutning

Kommissoriet for de tre arbejdsgrupper til kvalificering af hjemmemonitorerings business casen revideres og en ny udgave fremsendes til godkendelse i programstyregruppen denne uge. I forlængelse heraf udpeges de relevante medlemmer til at varetage opgaverne i henholdsvis koordineringsgruppen og de tre arbejdsgrupper. Hjemmemonitorering er hovedteamet på næste møde i programstyregruppen.

Ad 7) Telekardiologi

På mødet den 17. juni 2009 fortsatte programstyregruppen drøftelserne vedrørende potentialet i telekardiologi på baggrund af rapporten fra Aalborg Universitet og besluttede, at potentialet for telekardiologi skulle kortlægges yderligere.

På baggrund af den samlede prioritering af projekterne under programmet for Telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg samt budgettet herfor, vurderes det, at beslutningen, om at kortlægge potentialet i telekardiologien yderligere, må vente, indtil resultatet af økonomiforhandlingerne for 2011 foreligger.

Beslutning

Planlægningen af den videre kortlægning af telekardiologiens potentiale udsættes til programstyremødet i efteråret 2010, hvor resultatet af økonomiforhandlingerne for 2011 foreligger.

Ad 8) Forslag til mødedatoer i 2010

Onsdag den 13. januar

Onsdag den 14. april

Onsdag den 23. juni

Onsdag den 1. september

Onsdag den 24. november

For at sikre programstyregruppen mulighed for at kommentere på arbejdsgruppernes foreløbige arbejde med business casen for hjemmemonitorering, som skal ligge endeligt klar primo februar 2010, foreslog Lars Hulbæk, at første møde i det nye år afholdes allerede den 13. januar 2010, mens det planlagte decembermøde aflyses. Programstyregruppen tilsluttede sig dette.

Ad 9) Evt.

Hvorvidt videoknudepunkt skal demonstreres på januarmødet eller ej, tages der først endelig stilling til, når dagsordenspunkterne ligger klar.

Ivan Lund Pedersen spurgte, om der var nogen i gruppen (læger), der ville melde sig som formænd til de 3 arbejdsgrupper. Det blev aftalt, at Lars Hulbæk fremsender en mail om, hvad der forventes af formanden i grupperne, hvorefter programstyregruppens medlemmer kan svare tilbage herpå.

Mogens Køllner spurgte til, om man følger arbejdet på teletolkning på OUH og drager erfaringer heraf, og Lars Hulbæk bekræftede, at arbejdet følges tæt.

Næste møde afholdes onsdag den 13. januar 2010 kl. 10-12 hos MedCom, Rugårdsvej 15, Odense.



Kommissorium for arbejdsgrupper for hjemmemonitorering

Dato: 9. oktober 2009

Ansvarlig: LHF/CSA

Baggrund

Rambøll Management har på bestilling fra det nationale program for telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg udarbejdet forslag til business case for hjemmemonitoreringsløsninger indenfor:

- Behandling af KOL-patienter i eget hjem
- Behandling af AK-patienter i eget hjem
- Sårvurdering af diabetikere i eget hjem
- Blodsuktermåling for diabetikere i eget hjem

Business casen er baseret på foreliggende litteratur og interviews med repræsentanter for en række lokale projekter indenfor de udvalgte kliniske områder og er efterfølgende sendt i høring hos Danske Regioner.

Business casen danner grundlag for ansøgningen vedrørende national udbredelse af telemedicinsk sårvurdering, som er prækvalificeret af ABT-fonden februar 2009 samt ansøgning vedrørende national udbredelse af AK-hjemmemonitorering prækvalificeret af ABT-fonden juni 2009.

Forslaget til business case blev præsenteret for programstyregruppen for Telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg den 17. juni 2009, hvilket gav anledning til flere spørgsmål vedrørende faglige aspekter i business casen.

Programstyregruppen besluttede på den baggrund at nedsætte en eller flere arbejdsgrupper, som kan sikre en faglig kvalificering af den foreliggende business case.

Kvalificeringen af business casen har til formål at:

- 1) kvalificere den foreliggende businesscase's sundhedsfaglige indhold for så vidt angår AK behandling, KOL patienter og blodsuktermåling.
- 2) kvalificere den foreliggende businesscase's potentialevurderinger for disse tre områder, herunder med hensyntagen til eventuelle ændringer i arbejdsdelingen mellem sygehussektor, kommuner og praksissektor.
- 3) vurdere det hensigtsmæssige tidsperspektiv for igangsætning af en national implementeringsindsats for hvert af de tre områder.

Organisering

Der etableres en tværgående koordineringsgruppe med ansvar for at sikre den tværgående koordinering af arbejdet i arbejdsgrupperne. Koordineringsgruppen udarbejder forslag til den samlede metode for arbejdsgruppernes kvalificering af business casen. Koordineringsgruppen sammensættes af 1 repræsentant fra MedCom, 2 repræsentanter fra Digital Sundhed, 2 repræsentanter fra Danske Regioner (heraf kan en enkelt eller begge repræsentanter udpeges fra de enkelte regioner) og 1 repræsentant fra KL.

Med udgangspunkt i business casens opbygning, etableres der tre arbejdsgrupper – én for hvert af områderne AK, KOL og diabetes.

- 1) Arbejdsgruppe vedr. hjemmemonitorering af AK-patienter
- 2) Arbejdsgruppe vedr. hjemmemonitorering af KOL-patienter
- 3) Arbejdsgruppe vedr. hjemmemonitorering af diabetes-patienter (blodsuktermåling)

Hver af de tre arbejdsgrupper har ansvaret for at sikre, at der på området for henholdsvis AK, KOL eller diabetes sker en kvalificering af det foreliggende udkast til business case.

Hver af de tre arbejdsgrupper sammensættes af 1 repræsentant fra programstyregruppen, der varetager formandskabet i gruppen med bistand fra MedCom. Hertil kommer op til 5 relevante klinikere fra det pågældende kliniske område, fordelt på:

1 udpeget af Danske Regioner

1 udpeget af KL

1-2 læger udpeget af relevante kliniske selskaber

1 sygeplejerske udpeget af sygeplejefagligt selskab

Arbejdsgrupperne sekretariatsbetjenes af Digital Sundhed
Rambøll Management inddrages i relevant omfang i arbejdet.
Arbejdsgrupperne har mulighed for at inddrage udenlandske erfaringer.

Side 3

Hver af arbejdsgrupperne forventes at afholde 2 møder i perioden november 2009-januar 2010.

Tolerancer/rammer

Digital Sundhed har til hensigt at afsætte en samlet ramme på kr. 300.000 fra Digital Sundheds budget 2010, der kan fordeles med kr. 100.000 til hver af de nedsatte arbejdsgrupper. Den endelig ramme skal dog fastsættes på et kommende bestyrelsesmøde.

Budgettet finansierer arbejdsgruppernes møder/workshops, herunder klinikerdeltagelse og konsulenthonorarer.

Ansvar for budgetoverholdelse for den enkelte arbejdsgruppe uddelegeres til programlederen for telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg.

Arbejdsgruppernes anbefalinger skal foreligge senest 1. februar 2010.

Nationalt Program for Telemedicin
Arbejdsgruppe for KOL
- validering af business case for hjemmemonitorering

Odense, 16. december 2009

Sted: MedCom, Rugårdsvej 15, 2, 5000 Odense C

Deltagere:

Lars Demant (formand)	Region Sjælland
Michael Hansen Nord	Dansk Lungemedicinsk Selskab
Anne Dichmann Sorknæs	Dansk Selskab for Lunge- og allergisygepl.
Peter Behrendt Lau	Rambøll Management
Janne Rasmussen	MedCom

Deltog ikke:

Klaus Phanareth	Dansk Lungemedicinsk Selskab (pga. sygdom)
Repræsentant	Danske Regioner
Repræsentant	Kommunernes Landsforening

Dagsorden

1. Velkomst og præsentation v. formanden.
2. Kommissorium for arbejdet og kort resumé af problemstillingen v. Peter Behrendt Lau (Bilag 1).
3. Præsentation af business casen (Bilag 2) og de konkrete problemer v. Peter Behrendt Lau
4. Diskussion i arbejdsgruppen
5. Fastsættelse af dato for næste møde

Punkt 2 og 3

Der blev redegjort for formålet med valideringen:

- bedre klinisk fundament / underbygning vs. forkastning af business case (bc)
 - o Hvad mangler der fx?
- vurdere og estimere potentialet
- tidsperspektivet i ydelsen
 - o Hvor langt er vi?

Baggrund for den oprindelige business case (bc) er:

- General information om KOL relateret hjemmemonitorering
- Svendborg Sygehus' Patientkuffert case
- Frederiksberg Hospitals Virtuelle hospital case

Punkt 4

Feedback fra gruppen:

- Præcisering af definitionen hjemmemonitorering. Fx er der tale om ”forskudt hospitalsløsning” frem for monitorering af stabile patienter, som der traditionelt forstås med hjemmemonitorering? Det er uklart som bc er nu. Det blev derfor besluttet at bruge flg. definitioner:
 - Hjemmemonitorering = stabile patienter (fx homecare box)
 - Hjemmeindlæggelse = ustabile patienter hvor der tilknyttes konkret behandling og konsultation (fx kufferten). Andre ord er fx hjemme-hospitalisering, hospitalisering i eget hjem eller virtuelt hospital.
- Bc bør dække hele området – både hjemmemonitorering og hjemmeindlæggelse, da det kan vurderes både hver for sig men også som fælles forløb (herunder kommuner, praktiserende læger osv.).
- Inddragelse af andre parter kræver en incitament struktur så der er en benefit ved at gøre det anderledes. Den må tilpasses for at sikre en fremtidig sikring og udbredelse af løsningen. Det er en barriere der skal påpeges.
- Man kan med fordel inddrage erfaring fra udlandet på området for hjemmemonitorering og stabile patienter. Fx findes der en stor international (amerikansk) undersøgelse men også fra Barcelona, Spanien har man stor erfaring med den del. Det anbefales også at indhente yderligere informationer fra TeleKat projektet i Ålborg da det er nået et væsentligt skridt længere siden bc blev udarbejdet og fokus i det projekt er hjemmemonitorering.
- Man bør kigge på hvad behovet er i hver sygdomsfase og behandlingsforløb? Hvordan kan hjemmemonitorering og hjemmebehandling så understøtte dem?

Spørgsmål der ønskes belyst/diskuteret af gruppen vedr. validering:

1. Foreligger der dokumentation for at den kliniske kvalitet er tilsvarende eller bedre end almindelig behandling?

- Udgangspunktet er at man tilbyder samme behandling (monitorering, medicinering etc.) men på en anden måde.

2. Livskvalitet

- øges væsentligt
- empowerment til at styre egen kronisk sygdom (vil også resultere i tidligere intervention og derved mindre krævende behandling)

3. Økonomisk udbytte

- empowered patienter er mindre omkostningsfulde når de kommer ind i systemet
- specialistydelsen optimeres i det specialist ikke skal rejse rundt til patienter som ved fx assisteret hjemmebehandling, terminal-pleje og hjemmehospital ved specialist-team. Spildtid reduceres eller fjernes.

4. Arbejdskraftbesparende potentiale

- opgaveflytning
- bedre specialistudnyttelse

- flere specialiseringsopgaver for personalet
- patienterne er mindre ressourcekrævende når de så kommer ind i systemet

Supplerende elementer

Kronikermodel

- hvordan modellen suppleres af hjemmemonitorering og -behandling

Rehabilitering (kan fx ramme en uberørt gruppe)

- genoptræning / fysisk træning
- undervisning
- optimeret medicinsk behandling
- psykosocial intervention
- rygestop

Data mængde

- hvordan administreres data
- hvem har ansvaret for data
- risikoen for data overload
- normale og abnormale tal for hver enkelt patient skal bygges ind i systemerne for at give et reelt billede at handle ud fra

Aftale for videre forløb (inkl. punkt 5):

- RM arbejder videre på bc ud fra bl.a. ovenstående
- Endelig deadline for revideret bc er den 1. februar. Janne følger op på begrundelsen og om dato ligger helt fast eller kan rykkes til senere.
- Revideret arbejde valideres igen af gruppen ved efterfølgende møde. Vil dog være gruppen i hænde senest 13. januar til gruppen så der er tid til forberedelse.
- Ny møde dato er den 20. januar kl. 10.00 – 12.00 hos MedCom i Odense. Charlotte fra SDSD indkalder gruppen.

REFERAT

Projekt	Videreførelse af business cases for telemedicinsk understøttet hjemmemonitorering
Emne	AK-behandling
Dato	2209-12-16
Sted	MedCom, Odense
Møde nr.	1
Referent	Peter B. Lau
Deltagere	Klaus Klausen (formand), Lægeforeningen Pernille Højbak, Fagligt Selsk. for kardiologiske og thoraxkirurgiske sygeplejersker Peter Behrendt Lau, Rambøll Rikke Viggers, MedCom
Fraværende	Tove Lehrman, Region Syddanmark Lars Hvilsted Rasmussen, Dansk Cardiologisk Selskab Thomas Decker Christensen, Dansk Cardiologisk Selskab XX, Kliniker udpeget af KL
Kopi til	Alle
Næste møde	26. januar kl. 12.30 til 14.30 hos Digital Sundhed, Islands Brygge 39, København S
Dagsorden	1. Velkomst og præsentation v. formanden 2. Kommissorium for arbejdet og kort resumé af problemstillingen v. Peter Behrendt Lau 3. Præsentation af business casen og de konkrete problemer v. Peter Behrendt Lau 4. Diskussion i arbejdsgruppen 5. Fastsættelse af dato for næste møde

Dato 2009-12-21

Rambøll
Nørregade 7A
DK-1165 København KT +45 3397 8200
F +45 3397 8233
www.ramboll-management.dkRef. Telemedicinsk business
case**1. Velkomst og præsentation v. formanden**

Det blev konstateret, at Tove Lehrmann ikke kunne nå frem p.g.a. snevejret.

2. Kommissorium for arbejdet og kort resumé af problemstillingen

Der blev redegjort for formålet med valideringen:

- bedre klinisk fundament / underbygning vs. forkastning af business case (bc)
Hvad mangler der fx?
- vurdere og estimere potentialet
- tidsperspektivet i ydelsen
Hvor langt er vi?

3. Præsentation af business casen og de konkrete problemer

Der var kommet skriftlige kommentarer fra Thomas Decker Christensen, som i høj grad satte spørgsmålstegn ved værdien af den foreliggende business case for AK.

4. Diskussion i arbejdsgruppen

På grund af problemer med at udskrive kommentarerne fra TDC havde de fleste af de tilstedeværende kun sporadisk gennemgået dem. Der blev dog i diskussionen udtrykt opbakning til kommentarerne, og konklusionen blev, at business casen for AK skal gennearbejdes forfra. Samtidig blev der peget på, at der var indgivet et stort antal ansøgninger om støtte til AK-projekter fra kronikerpuljen, og Peter B. Lau påtog sig at undersøge, om der er tale om overlappende projekter, som vi skal forsøge at koordinere business casen med.

De foreløbige resultater af undersøgelsen viser, at der er tale om overlappende projekter, og at SDSD anbefaler, at de ansvarlige for projekterne i regionerne etablerer kontakt til arbejdsgruppen med henblik på koordinering. Peter B. Lau følger op på dette i starten af januar.

Arbejdsgruppen fastslog i øvrigt, at der i business casen skal skelnes mellem tre typer patienter:

- Selvmonitorerende (selvstyrende) patienter, som har gennemgået et uddannelsesforløb. Disse patienter har begrænset nytte af telemedicinsk understøttelse, men det er dog muligt, at de kan have udbytte af et beslutningsstøttesystem (hvis et egnet system kan findes eller udvikles) og af, at deres måleresultater monitoreres regelmæssigt af klinikere via en portalløsning el.lign. De kan ligeledes have udbytte af telemedicinsk understøttet rehabilitering i eget hjem.
- Selvtestere. Det kan være midlertidige (ikke kroniske) patienter, ikke oplærte patienter o. lign. De kan selv foretage målinger, men ikke dosere medicinen. De vil have udbytte af telemedicinsk monitorering af målinger kombineret med online ordination. Arbejdsgruppen vurderer desuden, at hjemmemonitorering muligvis kan hjælpe nogle patienter i denne gruppe til at blive selvmonitorerende.
- Ikke egnede. Denne patientgruppe har ikke netadgang, mangler kendskab til computerbrug, lider af demens eller er på anden måde ikke egnet til selvmonitorering. Arbejdsgruppen vurderer at INR måling og indberetning af måleresultater for denne patientgruppe efter oplæring vil kunne varetages af plejepersonale i hhv. hjemmepleje og plejehjem.

Der udarbejdes et oplæg til revideret business case, som sendes til arbejdsgruppens medlemmer senest den 13. januar.

5. Fastsættelse af dato for næste møde

Er efterfølgende fastlagt til 26. januar kl. 12.30 til 14.30 hos Digital Sundhed, Islands Brygge 39, København S



Kommissorium for ABT-udredning vedr. telemedicin

ABT-fonden har i løbet af fondens første leveår modtaget en lang række ansøgninger om telemedicinske projekter. Og fonden har også støttet en række gode projekter på området.

Det er ABT-fondens vurdering, at der på området for telemedicin i dag i u hensigtsmæssigt omfang sættes pilotprojekter i gang, som ikke er koordineret tilstrækkeligt med hinanden. Der er en risiko for, at ABT-fondens midler kan være med til at forstærke denne situation, hvilket vil være problematisk.

Det er baggrunden for, at ABT-fonden har besluttet at igangsætte en udredning på det telemedicinske område. Den viden som indsamles og præsenteres i udredningen skal være med til imødegå fragmentering og styrke koordination på området ved at danne grundlag for, at ABT-fonden blandt andet vil kunne udmelde konkrete indsatsområder på det telemedicinske område. Samtidig vil udredningen også kunne understøtte det nationale program for telemedicin i regi af SDSD.

Formål

Udredningen skal skabe overblik over telemedicinområdet, herunder systematisere og pege på eksisterende løsninger, erfaringer og fokuspunkter til brug for myndigheder, der planlægger at ansøge ABT-fonden om midler til telemedicinske løsninger. Udredningen skal ligeledes bidrage til at sikre at fremadrettede ABT-ansøgere har let adgang til information om eksisterende relevante fælles it-infrastrukturkomponenter, herunder evt. behov for udvikling af fælles løsninger, med henblik på at sikre at infrastrukturen genbruges og udvikles som en del af nye telemedicin projekter. I det omfang der allerede er gennemført vellykkede demonstrationsprojekter på området, skal udredningsarbejdet ligeledes pege på nationale indsatsområder, der med fordel kan modnes og standardiseres frem mod storskala udbredelse af den velafprøvede teknologi.

Fokus og afgrænsning

Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin har i 2004 sammenfattet en kort definition af telemedicin: ”Digitalt understøttet sundhedsfaglig ydelse over afstand”.

Udredningen fokuserer på telemedicinske koncepter indenfor social- og sundhedssektoren, der anvender arbejdskraftbesparende teknologier, ved at understøtte leverance af kliniske ydelser over afstand, herunder til patient/borgers eget hjem og uddannelsesformål, gennem digital udveksling af video, billeder eller monitoreringsdata.

Indhold og leverancer

Udredningsarbejdet skal skabe overblik over telemedicinområdet samt komme med forslag til en mere målrettet national indsats for arbejdskraftbesparende telemedicin. Leverancerne er følgende:

1. Opsamling på eksisterende strategier og handlingsplaner på området, som afsæt til at foreslå mål og prioriteringer af aktiviteterne indenfor et mindre antal større indsatsområder. Indsatsområderne fordeles på 4 kategorier, vurderet på baggrund af modenhed:
 - a. Modent til national implementering (implementeringsprojekt)
 - b. Fagligt modent til implementering, men infrastrukturelle mangler (storskala demonstrationsprojekt)
 - c. Kendt teknologi anvendt i nyt telemedicinsk koncept (demonstrationsprojekt)
 - d. Afprøvning af ny teknologi med telemedicinsk potentiale (demonstrationsprojekt)
2. Etablering af overblik over eksisterende erfaringer og (pilot)projekter på det telemedicinske område. Udgangspunktet er, at der allerede eksisterer en betydelig erfaringsmasse, som med fordel kan konsolideres og dermed danne grundlag for storskala udbredelse på områder, hvor den tekniske, faglige og organisatoriske modenhed er størst.
3. Afdækning af udfordringer ved og barrierer for afprøvning, implementering og ikke mindst udbredelse af telemedicinske løsninger, herunder høste-så-problematikker ift. implementering af fælles infrastruktur mv. mhp. at identificere mulige løsningsveje.
4. Udarbejdelse af fælles metodik for udarbejdelse af Business Cases vedr. telemedicin, som tager udgangspunkt i at telemedicinske projekter skal være forretningsdrevet og bygge på en konkret vurdering af gevinster og investeringsbehov.
5. Dokumentation af best practice for anvendelse af eksisterende infrastrukturkomponenter på sundhedsområdet. Arbejdet skal synliggøre velafprøvede fælles løsninger, som allerede eksisterer og samtidig påpege områder hvor der evt. kunne være behov for nye tiltag.

Økonomi

Der afsættes en samlet ramme på 300.000 kr. til frikøb af ressourcer til brug for udredningsarbejdets gennemførelse. Rammen skal udmøntes indenfor følgende aktiviteter:

- Ekstern lægefaglig konsulentbistand til kategorisering af regionale og kommunale strategier og erfaringer på det telemedicinske område
- Ekstern teknisk konsulentbistand til kortlægning af behov for og vurdering af best practice for anvendelse af infrastrukturkomponenter
- Eksternt bidrag til overblik over internationale erfaringer og tendenser på det telemedicinske område
- Frikøb af MedCom personale til projektledelse og inddragelse af internationale erfaringer med best practice for business cases for udbredelse af telemedicinske løsninger
- Kommunikation (udgivelse af rapport, brochure, webkommunikation, pressehåndtering osv.)

Medarbejdere i FM og SDSD indgår i arbejdet efter behov.

Tidsplan

Udredningsarbejdet igangsættes inden udgangen af december 2009 med henblik på endelig afrapportering inden udgangen af marts 2010. Arbejdet vil følge følgende overordnede tidsplan:

Medio december 2009 – medio januar 2010

- Struktureret dataindsamling vedr. nationale, regionale og kommunale strategier og erfaringer
- Beskrivelse af internationale erfaringer og tendenser

Medio januar 2010 - medio februar 2010

- Sammenskrivning af strategier og erfaringer
- Forslag til metodik for business cases
- Beskrivelse af behov og best practice for infrastrukturelementer

Medio februar 2010 – medio marts 2010

- Forslag til målrettet national indsats for arbejdskraftbesparende telemedicin

Milepæl 1: Medio december 2009

- Kommissorium godkendt af ABT fonden

Milepæl 2: 15. januar 2010

- Dataindsamling gennemført

Milepæl 3: 15. februar 2010

- Sammenskrivning af strategier, erfaringer og tendenser foreligger
- Beskrivelse af infrastrukturelementer
- Forslag til metodik for business cases foreligger

Milepæl 4: 15. marts 2010

- Første forslag til samlet afrapportering foreligger

Milepæl 5: 31. marts 2010

- Endeligt forslag til samlet afrapportering foreligger

Dele af udredningsarbejdet forventes at kunne indgå i en samlet afklaring af sundheds-it analyserne frem mod forhandlingerne omkring regionernes økonomi 2011.

Organisering

Der nedsættes en følgegruppe som sammensættes af relevante interessenter, herunder Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, SDSD, MedCom, Danske Regioner, KL, Indenrigs- og Socialministeriet, Finansministeriet og ABT-fonden.

ABT-fonden er formand for følgegruppen, som refererer til styregruppen for ABT fonden.

Forslag til inddragelse af følgegruppen:

- Medio december 2009 (godkendelse af kommissorium)
- Medio januar 2010 (statusmøde)
- Medio februar (drøftelse af struktur for samlet afrapportering)
- Medio marts (drøftelse af endeligt forslag til samlet afrapportering)

Teletolkeprojektet, status pr. 5 januar 2010

Regioner

Der er udarbejdet samarbejdsaftaler, som 4 ud af 5 regioner har afgivet kommentarer til og samarbejdsaftaler med tilhørende regional projektplan er underskrevet af 3 regioner i sidste kvartal af 2009, mens de sidste 2 regioner har meddelt at deres samarbejdsaftaler er klar til underskrivelse snarest.

Følgende 11 spydspidsafdelinger er udpeget af regionerne til klinisk afprøvning:

Region	Spydspidsorganisationer
Syddanmark	Odense Universitetshospital Afdeling I, Hudafdeling, OUH Gynækologisk afdeling, Svendborg
Nordjylland	Skadestuen, Ålborg Børneafdelingen, Hjørring Psykiatrisk skadestue, Ålborg Gynækologisk ambulatorium. Vendsyssel
Midtjylland	Gynækologisk afdeling, Skejby Center for traumatiserede flygtninge, Holstebro
Hovedstaden	Onkologisk amb., Herlev Urologisk afdeling, Herlev Akut hjertemedicinsk ambulatorium, Bispebjerg AMA, Bispebjerg
Sjælland	Mangler

Der er gennemført før-analyse i 8 udpegede spydspidsafdelinger, samt udarbejdet materiale til gennemførelse af efter-analyse i samme afdelinger. Efter-analysen foregår parallelt med klinisk afprøvning frem til 1. februar 2010.

Spydspidsafdelingernes kontaktpersoner/projektledere er tilbudt undervisning i anvendelse af videokonferenceudstyr, der har været afholdt 4 undervisningsseancer.

Klinisk afprøvning af teletolkeprojektet starter op på hospitalsafdelinger i 2-3 regioner i januar 2010. Region Syddanmark har som den hidtil eneste region løsningen i drift, mens region Sjælland som eneste region først forventer deres spydspidsafdelinger klar i foråret 2010.

Lægepraksis

Afprøvning i op til 10 lægepraksis afventer, at videoknudepunktet er helt på plads. Region Sjælland og Syddanmark har konkret udpeget lægepraksis, der er interesseret i at indgå i afprøvningen, ligesom Region Midtjylland er i dialog med lægepraksis. Kapaciteten i lægepraksis' netværksforbindelser forventes at kunne give anledning til problemer i denne del af projektet.

Kommuner

Teletolkeprojektet indebærer pilotafprøvning i op til 10 pilotkommuner og der er foreløbigt udarbejdet forslag til samarbejdsaftaler med tre kommuner, med tilhørende lokale projektplaner:

- Århus
- Odense

- Kolding

Aalborg Kommune er også interesseret i at deltage i teletolkeprojektet, men afventer mobil løsning.

Tolkeudbydere

Der er nedsat en tolkeudbydergruppe med repræsentation af 34 firmaerne, som har aftaler med regioner og/eller kommuner. Der er generelt stor interesse i at komme i gang med teknisk afprøvning. To firmaer har lavet aftaler vedr. opkobling til sundhedsdatanettet.

Teknik

Videoknudepunktet (VDX) er etableret og virker efter hensigten, omend forbindelsen via Sundhedsdatanettet (SDN) forsat giver nogle kvalitetsproblemer, som der arbejdes på at løse. Det betyder, at det lige nu giver bedre billedkvalitet at køre videokonferencen via Internettet.

OUH har startet klinisk afprøvning, da de har forbindelsen til deres tolke via intranettet. Region Nord og Region Hovedstaden forventer at starte klinisk afprøvning primo januar.

Som nævnt tidligere er kvaliteten via SDN ikke tilfredsstillende, undtagen for Region Hovedstaden, der har taget den faste SDN forbindelse i brug. Dette tyder på, at kvalitetsproblemerne måske skyldes belastede VPN forbindelser/routere. Derfor er det besluttet at bruge Internettet indtil videre, mens der teknisk arbejdes på at finde et svar på problemerne. Videoendepunkterne er i mange tilfælde i stand til selv at kunne kryptere opkaldet, men i de tilfælde hvor det ikke kan lade sig gøre, kan man foretage opkaldet via den centrale MCU, som så vil stå for krypteringen.

Fremadrettet vil udvikling af funktionalitet i VDX være et samarbejde mellem MedComs videoteknikgruppe og teletolkeprojektets implementeringsgruppe..

Projektorganisering

Der er i januar 2010 nedsat en projektstyregruppe med udpegede repræsentanter fra:
MedCom (projektleder og programleder)
Regioner
Kommuner
Tolkeudbydere
Netdesign

Pr. 1. december 2009 er Stina Lou ansat i MedCom som projektleder. Stina er frikøbt halv tid fra Region Midtjylland.

Telesår, status pr. 6. januar 2010

Det telemedicinske program har fået bevilliget 9.1 mill. kr. til et demonstrationsprojekt finansieret af ABT. En del af aftalen er at indgå i et tæt samarbejde med Århus Kommune, deres region nord afdeling. Århus har fået en bevilling på ca. 1 mill. kr. til et demonstrationsprojekt, der handler om telemedicinsk behandling af venøse bensår. Begge projekter skal anvende samme tekniske platform, hvorfor projekterne med fordel vil dele overordnet projektledelse, evalueringsværktøjer, uddannelse mm.

Projektet startede den 01.01.10, der var dog en del forberedende aktiviteter i december 2009. Der har eksempelvis været afholdt 2 møder med projektledere for begge spydspidsregioner (Syddanmark og Sjælland) og begejstringen er stor og smittende og projektet er højt prioriteret i begge regioner. Begge steder er man langt i organiseringen og projektledere er udpeget. Århus kommune har desværre ikke kunnet deltage i møderne, men der har været forholdsvis tæt telefonisk og email kontakt til deres projektleder.

MedCom har udarbejdet samarbejdsaftaler, som er sendt til spydspidsregionerne. Projektsekretariatet er på plads, hvilket vil sige at der er ansat en projektleder og en projektkoordinator. Snarest vil der ligeledes blive ansat en person, der skal stå i spidsen for udvikling af tekniske standarder mhp at sikre, at den anvendte sårjournal kan integreres med øvrige journal- og plejesystemer. Hver projektorganisation udpeger ligeledes relevante personer til denne arbejdsgruppe.

Derudover er der lavet følgende tiltag:

- Projektledermøder er fastsat i det kommende ½ år.
- Der er udarbejdet et notat til Regionerne omkring projektet.
- Vi er ved at undersøge evt. juridiske problemstillinger, som er rejst af regionerne
- Projektplan er udarbejdet
- Dokumentationsredskaber til registrering af medfinansiering udleveret til regionerne.

Kommende opgaver (første projektperiode) for MedCom:

- Nedsættelse af diverse grupper, herunder styregruppe, teknikergruppe, følgegruppe
- Udvikle redskaber til førmålinger
- Folder
- Kravspecifikation til standarder med inddragelse af Digital Sundheds arkitekturenhed
- Møde med Århus Kommune
- Planlægning (og indgåelse af aftaler) i forhold til uddannelse af projektdeltagere
- Der er indgået aftale med Dansk Telemedicin omkring test af mobiltelefoner

Kommende opgaver (første projektperiode) for Projektorganisationerne:

- Nedsættelse af diverse projektgrupper
- Underskrivelse af samarbejdsaftaler
- Udarbejdelse af lokal implementeringsplan
- Udføre førmålinger

Det er aftalt at Dansk Telemedicin, som står for den tekniske platform (sårjournalen), at projektet kan få integreret et område på deres hjemmeside/database, hvor projektets parter kan udveksle erfaringer og dele viden gennem blandt andet blog og artikler og andet. Det vil samtidigt være muligt for andre aktører, som skulle have interesse i at implementere den telemedicinske sårbehandling at kunne hente hjælp og inspiration på samme database. Vi har valgt denne løsning, da det vil sikre størst mulig aktivitet mellem projektparterne, idet den formodes at blive anvendt dagligt alligevel. På MedComs hjemmeside kan man indhente oplysninger om projektet samt diverse relevante materialer.

Mht på en national implementering af telemedicin generelt herunder telesår, vil der være behov for at man fra centralt hold tager stilling til en fremtidig afregningsmodel.

Jane Clemensen er ansat 60% i MedCom som projektleder for telesår projektet.