

NOTAT

Projekt **Business cases**
Kunde **MedCom**
Notat nr. **4**
Dato **2010-03-04**
Til **SDSD**
Fra **Peter B. Lau**

1. Udkast til executive summary

Dato 2010-03-04

Rambøll Management Consulting har fra december 2009 til marts 2010 udarbejdet tre business case for telemedicinsk understøttet hjemmemonitorering af KOL-patienter, AK-patienter og personer med diabetes. De tre business cases bygger på en samlet business case for hjemmemonitorering udarbejdet af RMC i begyndelsen af 2009 og på arbejdet i tre arbejdsgrupper med kliniske repræsentanter for sygehussektoren, de praktiserende læger, Dansk Sygeplejeråd og den kommunale hjemmepleje.

Rambøll
Nørregade 7A
DK-1165 København K

T +45 3397 8200
F +45 3397 8233
www.ramboll-management.dk

Resultaterne af de tre business cases kan sammenfattes under tre overskrifter: Det kvalitative potentiale, det økonomiske potentiale og den tekniske gennemførlighed.

2. Det kvalitative potentiale

Det konstateres i de tre cases, at kvaliteten af den behandling, der er baseret på telemedicinsk understøttet hjemmemonitorering, fuldt ud tåler sammenligning med konventionel behandling. Når kvaliteten opdeles i klinisk kvalitet og livskvalitet, gælder det, at hjemmemonitorering generelt højner patienternes livskvalitet.

Med hensyn til klinisk kvalitet er der basis for at antage, at hjemmemonitorering af AK-patienter højner kvaliteten, selv om den foreliggende evidens ikke vedrører hjemmemonitorering, men såkaldt selvstyrende patienter. Der er til gengæld evidens for, at hjemmemonitorering vil gøre det muligt at tilbyde AK-behandling til en række patienter, som der i dag ikke er kapacitet til at behandle. Den deraf følgende reduktion af antallet af blodpropper hos ældre er en klar forbedring af såvel den kliniske kvalitet som disse borgers livskvalitet.

For KOL-patienter og personer med diabetes gælder, at der er evidens for forbedret livskvalitet. Især i forbindelse med diabetes betyder hjemmemonitorering, at et omfattende tidsforbrug til konsultationer reduceres med den konsekvens, at mere end 50 % af patienterne, som er i den arbejdsdygtige alder, får langt bedre muligheder for at passe deres arbejde. Der er hverken for KOL-patienter eller for personer med diabetes evidens for forbedret klinisk kvalitet, men der er heller ikke konstateret en forringet kvalitet i forhold til konventionel behandling.

3. Det økonomiske potentiale

De tre business cases påviser en række potentielle økonomiske gevinster ved hjemmemonitorering. Det økonomiske gevinstpotentiale er størst ved diabetes, hvor der er en potentiel besparelse på mere end 80 mio. kr. pr. år ved hjemmemonitorering af patienter med diabetisk fodsår. Gevinsten er fordelt med 50 % i regionerne og 50 % i kommunerne. Desuden er der en samfundsøkonomisk besparelse på min. 75 mio. kr. pr. år ved mindsket sygefravær, og en reduktion på ca. 70 % af behovet for dialyse af diabetikere med nyresygdomme.

For KOL-patienters vedkommende konstateres der et gevinstpotentiale svarende til 48.000 sengedage. Omsat i penge og fratrukket udgifterne til hjemmemonitorering er potentialet ca. 85 mio. kr. pr. år. Der er dog en vis usikkerhed, da det foreliggende materiale ikke omfatter sygehusenes og kommunernes arbejdsindsats i forbindelse med hjemmemonitorering.

For AK-patienters vedkommende tillader de tilgængelige data ikke at slutte fra de utvivlsomme fordele, der ligger i reduktion af antallet af behandlings- og plejekrævende blodpropper og blødninger til en rimeligt begrundet økonomisk gevinst. Der er dog ingen tvivl i AK-arbejdsgruppen om, at der foreligger et gevinstpotentiale.

Endelig er det konstateret, at hjemmemonitorering frigør specialstressourcer i sygesektoren og ressourcer i praksissektoren. Sammenlagt for de tre cases er der tale om mindst 20 og sandsynligvis 40 årsværk.

4. Teknisk gennemførlighed

Det konstateres i alle tre business cases, at telemedicinsk understøttelse kan etableres med allerede eksisterende IT-systemer og infrastruktur. For at motivere de kliniske aktører til at anvende hjemmemonitorering kan det anbefales at skabe en række systemintegrationer, således at de slutbrugersystemer, der anvendes af klinikerne (generelle patientjournalssystemer, omsorgsjournaler, specialjournaler) indgår direkte i hjemmemonitoreringen. Desuden vil det være hensigtsmæssigt, hvis der sker en integration af nationale databærende systemer som LPR, e-journal og PEM/FMK på en sådan måde, at flest mulige data er tilgængelige med færrest mulige skift mellem systemer.

I forbindelse med diabetes og AK-behandling vil den mest oplagte løsning for patienterne være at anvende sundhed.dk som indgang til dataindberetning og kommunikation mellem patienter og behandlere. Det er præsenteret som en mulighed for KOL-patienter i de indle-

dende stadier at anvende en lignende løsning, men for de fleste KOL-patienter er der behov for andre løsninger. Sådanne løsninger foreligger imidlertid i udgaver, der muliggør national udbredelse.

Etablering af telemedicinsk understøttelse af hjemmemonitorering ved hjælp af de eksisterende systemer er på kort sigt den billigste og hurtigste løsning. Den indebærer imidlertid, at der etableres en række parallelle strukturer i form af integrationer mellem det patientrettede udstyr (måle- og indberetningssystemer) og det behandlerrettede udstyr (journaler m.v.)

Der vil på længere sigt være både økonomiske og implementeringsmæssige fordele ved at fastlægge en national arkitektur og etablere en fælles infrastruktur frem for at etablere en selvstændig arkitektur og infrastruktur for hjemmemonitorering af hver enkelt kronikergruppe. Det vil imidlertid tage tid og kræve investeringer at etablere en sådan infrastruktur.

5. Konklusion

1. Hjemmemonitorering er klinisk set en rationel og kvalitativt forsvarlig behandlingsform.
2. Hjemmemonitorering øger livskvaliteten for de patienter, der er egnede til denne behandlingsform.
3. De foreliggende økonomiske data indikerer et gevinstpotentiale i hjemmemonitorering. Der er et samfundsøkonomisk potentiale i reduceret sygefravær og reduktion af førtidspensionering. Der er et potentiale for regionerne i form af sparede senge-dage og frigørelse af specialistressourcer. Der er et muligt potentiale for kommunerne i form af et reduceret plejebæbehov (færre benamputerede diabetikere, færre apoplektiske tilfælde hos ældre), som dog sandsynligvis udlignes af flytning af plejop-gaver fra regionerne til kommunerne.
4. Omkostningerne ved etablering af telemedicinsk understøttelse kan begrænses ved anvendelse af eksisterende IT-systemer og infrastruktur. De er lavest for diabetes på grund af den store udbredelse af det nødvendige udstyr og højest for KOL på grund af arten af og prisen på det nødvendige udstyr.
5. Etablering af telemedicinsk understøttelse ved hjælp af eksisterende systemer og infrastruktur er på kort sigt den billigste løsning, men på længere sigt den dyreste i drift, da der etableres en række parallelle strukturer. Den billigste og mest effektive løsning på længere sigt består i en fælles national infrastruktur for telemedicinsk understøttelse og sikring af, at alle løsninger etableres på denne infrastruktur.
6. De foregående fem punkter indikerer, at der bør iværksættes en række demonstrationsprojekter med henblik på
 - a. At måle de faktiske gevinster og omkostninger ved telemedicinsk understøttet hjemmemonitorering
 - b. At klarlægge den faktiske omfordeling af opgaver mellem regioner, kommuner og praktiserende læger
 - c. At klarlægge mulighederne for at kombinere udnyttelse af de eksisterende IT-systemer og den eksisterende infrastruktur med etableringen af en fælles national infrastruktur