

[Danske Regioner]
[Kommunernes Landsforening]
[Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse]
[Social- og Integrationsministeriet]
[Erhvervs- og Vækstministeriet]
[Økonomi- og Indenrigsministeriet]
[Finansministeriet]

BILAG 1

National handlingsplan for udbredelse af telemedicin

Fonden for Velfærdsteknologi
Juni 2012

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Baggrund	4
Etablering af forbedrede rammer for telemedicin	8
Referencearkitekturer og standarder for telemedicin	8
Balancerede evidenskrav for telemedicinske koncepter.....	9
Nationalt overblik over anvendelsen af telemedicin og telemedicinske teknologier .	10
Hensyn og afvejninger i udvælgelse af konkrete initiativer	11
Initiativ 1: Klinisk integreret hjemmemonitorering/etablering af national infrastruktur	13
Begrundelse for valg.....	13
Målsætning	13
Beskrivelse af initiativ	14
Økonomi og gevinster	15
Organisering	16
Proces for implementering.....	16
Initiativ 2: Hjemmemonitorering for KOL-patienter i Region Nordjylland.....	17
Begrundelse for valg.....	17
Målsætning	18
Beskrivelse af initiativ	18
Økonomi og gevinster	19
Organisering	20
Proces for implementering.....	20
Initiativ 3: National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering.....	21
Begrundelse for valg.....	21
Målsætning	21
Beskrivelse af initiativ	22
Økonomi og gevinster	23
Organisering	23
Proces for implementering.....	23
Initiativ 4: Demonstration og udbredelse af telepsykiatri	24
Begrundelse for valg.....	24
Målsætning med initiativet	24
Beskrivelse af initiativet	25
Økonomi og gevinster	26
Organisering	27
Proces for implementering.....	27
Initiativ 5: Demonstration af internetpsykiatri	28
Begrundelse for valg.....	28
Målsætning med initiativet	29
Beskrivelse af initiativet	30
Økonomi og gevinster	31
Organisering	32
Proces for implementering.....	33
Bilag 1: Samlet tidsplan.....	34
Bilag 2: Samlet oversigt over fordeling af finansiering og potentiale.....	35

Indledning

Telemedicinske løsninger er gennem de seneste år blevet afprøvet i pilotprojekter forskellige steder i Danmark¹. Projekterne har vist, at telemedicin kan give økonomiske gevinster, bedre og mere sammenhængende patientforløb og mere selvhjulpne patienter.

Regeringen, KL og Danske Regioner ønsker med denne handlingsplan at sætte fart på anvendelsen af telemedicin og tage de første skridt i retning af national udbredelse af løsninger, som har størst potentiale.

I foråret 2011 blev det besluttet at formulere en telemedicinsk handlingsplan, ligesom den efterfølgende er aftalt med KL og Danske Regioner i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi ”Den digitale vej til fremtidens velfærd 2011-2015.”

Handlingsplanen skal understøtte udbredelse af egnede telemedicinske løsninger i forlængelse af allerede støttede initiativer. Som et element i handlingsplanen skal der etableres et grundlag for fastsættelse af mål for udbredelsen af telemedicinske løsninger.

Handlingsplanen skal dermed bidrage med to væsentlige indsatser:

- den skal sikre, at telemedicin tages i anvendelse i højere grad, end det er sket indtil nu
- den skal levere evalueringer, der kan være grundlag for senere beslutninger om national udbredelse af telemedicin.

Parterne bag handlingsplanen har besluttet at lægge særlig vægt på at understøtte det tværsektorielle samarbejde om patienter og borgere mellem regioner og kommuner ved hjælp af telemedicin. Det vurderes, at dette område rummer det største potentiale såvel behandlingsmæssigt som samfundsøkonomisk.

Der er øremærket samlet 80 mio. kr. til at understøtte handlingsplanen, herunder 30 mio. kr. til et initiativ vedr. national udbredelse af telemedicinsk sårbehandling.

Handlingsplanen er udarbejdet af en følgegruppe bestående af Digitaliseringsstyrelsen (formand), Social- og Integrationsministeriet, Socialstyrelsen, Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse, National Sundheds-it, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Danske Regioner, Regionernes Sundheds-it, Kommunernes Landsforening, Medcom og Danske Patienter.

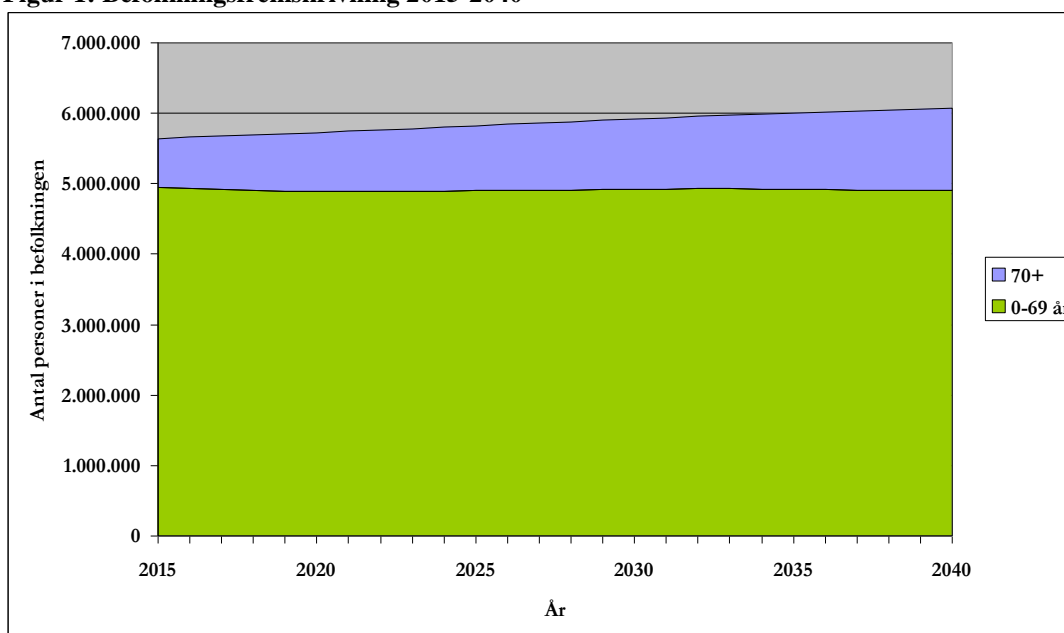
¹ Telemedicin kan defineres som tid-, sted- og rumuafhængige digitalt understøttede sundhedsydelse, leveret over afstand med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi (Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin).

Baggrund

I lyset af den demografiske udvikling, den økonomiske situation og det begrænsede rum til offentligt forbrug i de kommende år, er der behov for at sikre bedre ressourceudnyttelse i den offentlige sektor. Telemedicinske løsninger kan bidrage hertil.

Den demografiske udvikling i Danmark er en velkendt udfordring. Aldersudviklingen betyder, at der bliver flere ældre, mens befolkningen i den arbejdsdygtige alder bevarer status quo, jf. figur 1.

Figur 1: Befolkningsfremskrivning 2015-2040



Kilde: Danmarks Statistik

Gruppen af +70-årige stiger med 66 pct. i perioden 2015-2040. Gruppen af 0-69-årige falder med knap en procent i samme periode. Samlet stiger befolkningstallet med 8 pct. Færre skal altså tage sig af flere. Færre i den erhvervsdygtige alder betyder også, at der bliver færre til at betale folkepension, sygehuse, ældrepleje m.v. Det kræver derfor nye løsninger, hvis velfærden skal bevares.

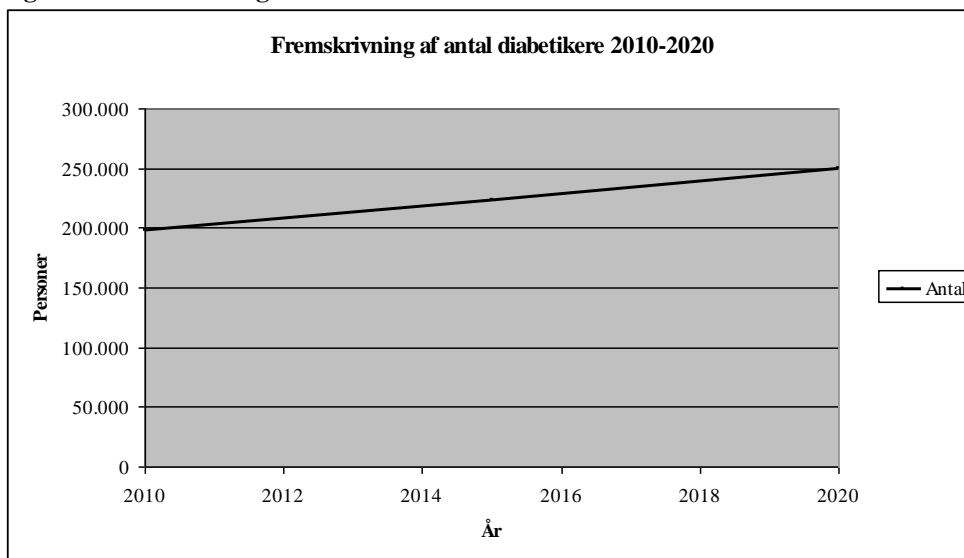
Da risikoen for at få en kronisk sygdom stiger med alderen, betyder et stigende antal ældre, at antallet af personer med kroniske sygdomme vil stige. Der er i dag ca. 1,8 mio. danskere, der har én eller flere kroniske sygdomme som fx diabetes eller kronisk obstruktiv lungesygdom (herefter KOL)². En del af disse patienter har ikke behov for behandling og har kun begrænset kontakt til sundhedsvæsenet. Andre kroniske patienter har imidlertid hyppig kontakt til den praktiserende læge, sygehuset og den kommunale hjemmepleje. Det anslås, at ca. 70-80 pct. af udgifterne til sundhedsvæsenet skyldes kronisk sygdom³. Dermed sætter det stigende antal kroniske patienter de offentlige udgifter under pres.

² Mandag Morgen m.fl. Kommuner og kronikere – bedre pleje og behandling i eget hjem, 2011

³ ”Kommuner og kronikere – bedre pleje og behandling i eget hjem”, Mandag Morgen m.fl., 2011

En af de største kronikergrupper er diabetikere. Antallet af diabetikere antages at stige med knap 51.000 personer svarende til 25 pct. i perioden 2010-2020⁴, *jf. figur 2*. Væksten kan i hovedparten tilskrives bedre behandling for diabetes med længere levetid hos patienten, at befolkningen som helhed bliver ældre med større risiko for diabetes, og at risikofaktorerne for diabetes (overvægt og fysisk inaktivitet) er i stigning i befolkningen.

Figur 2: Fremskrivning antal diabetikere 2010-2020



Kilde: Dansk Institut for folkesundhed, 2007

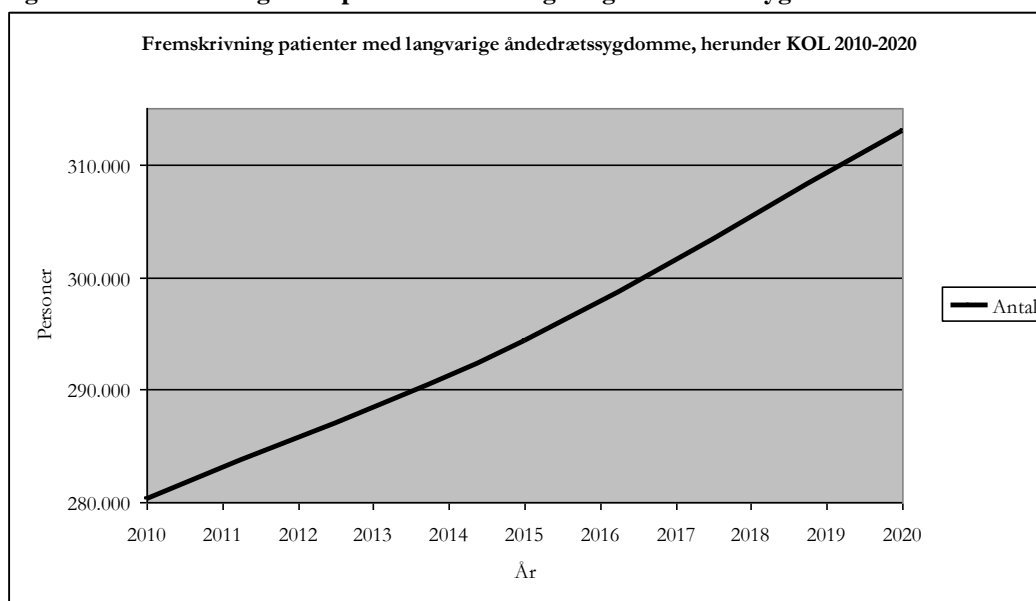
En anden stor gruppe kronikere er KOL-patienter. Der foreligger ikke sikre data for antallet af KOL-patienter og den fremtidige udvikling heraf. Et bud er, at op mod 436.000 danskere har KOL i større eller mindre grad⁵, heraf ca. 114.000 i en grad, så det nødvendiggør behandling for tilstanden. Der findes ikke fremskrivninger på KOL alene, men på langvarige åndedrætssygdomme, som inkluderer KOL. *Figur 3* herunder viser en fremskrivning af den gruppe for perioden 2010-2020⁶. Antallet af patienter forventes at stige med knap 33.000 patienter, svarende til en stigning på knap 12 pct.

⁴ ”Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020”, Dansk Institut for Folkesundhed, 20. december 2007

⁵ Danmarks Lungeforening

⁶ ”Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020”, Dansk Institut for Folkesundhed, 20. december 2007

Figur 3: Fremskrivning antal patienter med langvarige åndedrætssygdomme 2010-2020



Kilde: Dansk Institut for folkesundhed, 2007

Det stigende antal patienter kræver, at produktiviteten øges i sundhedsvæsenet. Flere patienter skal kunne behandles for færre ressourcer, hvis ikke kvaliteten skal forringes markant. Telemedicinske løsninger forventes at kunne bidrage til at reducere udgifterne og udnytte ressourcer i kommuner og regioner bedre og mere effektivt. De økonomiske og kvalitative gevinster ved at anvende telemedicin er fx øget opgaveløsning efter LEON-princippet (dvs. på det laveste effektive omkostningsniveau), sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer samt reduktion i antallet af sygehusindlæggelser, indlæggelsesdage og ambulante kontroller. Derudover styrker telemedicin patienternes kompetencer og muligheder for at deltage aktivt i egen behandling.

Endvidere er der store forventninger til det samfundsøkonomiske potentiale i telemedicinske løsninger – dels på baggrund af mindre pilotprojekter i Danmark, og dels på baggrund af større implementeringsprojekter i udlandet, fx Skotland og Storbritannien. Det britiske sundhedsministerium har i december 2011 offentliggjort de foreløbige resultater af et stor-skala-demonstrationsprojekt med følgende konklusioner⁷:

“The early indications show that if used correctly, telehealth can deliver a 15 percent reduction in accident and emergency visits, a 20 percent reduction in emergency admissions, a 14 percent reduction in bed days and an 8 percent reduction in tariff costs. More strikingly they also demonstrate a 45 percent reduction in mortality rates”.

Danmark regnes i Europa og internationalt blandt de lande, som er længst med telemedicin og sundheds-it, *jf boks 1*. Handlingsplanen bidrager til, at Danmark også fremadrettet er blandt frontløberne, når det gælder bud på, hvordan ny teknologi og nye arbejdsgange kan

⁷ Data fra ”The Whole Demonstrator Programme” i regi af UK Department of Health. I alt 6.191 patienter, 238 praktiserende læger, og 3.030 personer med én af tre sygdomme (diabetes, hjertekarsygdomme og KOL) deltog. Dataindsamling foregik over mindst 12 måneder.

løfte de demografiske og økonomiske udfordringer, Danmark og andre lande skal klare i kommende år.

Boks 1: Denmark, a leader in telehealth deployment in Europe

The Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems research on "Integrated Personal Health and Care Services" (IPHS) in Europe has identified Denmark as one of the leading European countries that have succeeded in taking telehealth initiatives beyond the pilot stage, into de facto mainstreaming in care pathways.

While many European countries are still struggling to overcome barriers, the Danish experience shows that these barriers if managed properly can be turned into drivers. This gives hope that European healthcare systems, with the support of ICTs, can adapt to meet the challenges of our ageing societies.

Kilde: Strategic Monitor on Personal Health Systems (SIMPHS) European Commission, JRC IPTS, March 2012

Der findes således nogen dokumentation for, at telemedicin kan bidrage til bedre, mere effektiv behandling og pleje, men der mangler modeller for effektiv drift, både internationalt og i Danmark. Fokus i handlingsplanen er dermed på at skabe de organisatoriske og teknologiske rammer for udbredelse, der kan bidrage til effektivisering og bedre anvendelse af ressourcer på tværs af aktører i sundhedsvæsenet ved hjælp af telemedicin.

Der er gjort en række lokale erfaringer, bl.a. med telemedicinsk sårbehandling i Region Syddanmark, med hjemmemonitorering i projekt Telekat i Region Nordjylland og med behandling af KOL-patienter på Frederiksberg, men indtil nu har overførsel og udbredelse af løsninger baseret på disse været begrænset.

En udfordring er, at der indtil videre ikke er gennemført telemedicinske storskalaprojekter i tilstrækkeligt omfang og særligt ikke vedr. hjemmemonitorering. Det udestår således at afprøve løsninger på mange patienter og mange involverede medarbejdere for med tilstrækkelig sikkerhed at fastslå effekterne i en driftssituation – både de behandlingsmæssige, kvalitetsmæssige og samfundsmæssige effekter.

Som et aspekt af storskalaafprøvning udestår også at undersøge, hvad det betyder for opgavevaretagelsen på tværs af sektorer, hvilke ændrede arbejdsgange der skal til, og hvilke eventuelle opgave- og byrdemæssige forskydninger mellem regioner og kommuner, som telemedicin i stor skala vil afstedkomme.

Det kræver endvidere storskalaafprøvning at afdække og løse alle de organisatoriske, juridiske, økonomiske og tekniske udfordringer, som telemedicinsk understøttet behandling af føder, fordi telemedicin udfordrer den hidtidige praksis.

Med handlingsplanen etableres en teknisk infrastruktur, standarder m.v. for telemedicinske løsninger, som indebærer, at der etableres et fundament for en videre satsning. De systemmæssige "jernbaneskiner" er dermed lagt, og en videre satsning på telemedicin vil kunne tage afsæt heri.

Først når disse erfaringer og evalueringer foreligger, vil der være et beslutningsgrundlag for en national satsning på telemedicin. Handlingsplanen skal således modne telemedicinske løsninger med stærkere evalueringer og udbrede telemedicinske løsninger i større skala. De valgte projekter skal dermed vise om de underliggende forudsætninger er til stede, og om

forventningerne til potentialet ved at anvende telemedicin i større skala kan indfries, når udvalgte løsninger tages i brug i fuld skala og på tværs af sektorer.

Det bemærkes, at Danmark allerede har etableret en national infrastruktur for teletolkning på sundhedsområdet, som kan benyttes af alle regioner og kommuner. De initiativer, der nu igangsættes, vil bl.a. tage afsæt i de teknologiske og organisatoriske løsninger, som er afprøvet med godt resultat.

Med afsæt i handlingsplanens resultater kan der sættes nationale mål for udbredelse af telemedicin i Danmark. Der er afsat samlet set 80 mio. kr. til at iværksætte handlingsplanen og de konkrete initiativer heri.

Etablering af forbedrede rammer for telemedicin

NSI og det rådgivende udvalg for telemedicin identificerede i efteråret 2011 en række forudsætninger for udbredelse af telemedicin.

Forudsætningerne for øget brug af telemedicin kan opdeles i:

- Langsigtede og grundlæggende ændringer af aftalesystemer, tværsektorielle reguleringer og incitamentsstrukturer, som vil blive adresseret i det videre arbejde med digitaliseringsreformen af velfærdsområderne
- Standardisering af og konsensus om telemedicin, der kan etableres inden for en overskuelig tidshorisont og uden store investeringer – disse klarlægges som led i nærværende telemedicinske handlingsplan.

Handlingsplan igangsætter arbejdet med følgende tre dele med NSI som overordnet ansvarlig:

1. Etablering af referencearkitekturer og standarder, der understøtter anvendelse af telemedicinske løsninger
2. Skabelse af balancerede evidenskrav for telemedicinske koncepter, der anerkendt af relevante aktører
3. Skabelse af et nationalt opdateret overblik over anvendelsen af telemedicin og de tilgængelige telemedicinske teknologier.

Resultatet af arbejdet vil skabe et bedre udgangspunkt for anvendelse af telemedicin i fremtiden.

Referencearkitekturer og standarder for telemedicin

NSI har ansvaret for at udarbejde referencearkitekturer og fastsætte nationale standarder for sundheds-it-området. I forbindelse med fastlæggelsen af rammerne for arbejdet blev telemedicin udpeget som et af de forretningsområder, der skal understøttes med en række referencearkitekturer og standarder.

Nedenstående referencearkitekturer både understøtter og er med til at fastlægge rammerne for udvikling af telemedicinske løsninger:

- Referencearkitektur for opsamling af helbredsdata hos borgeren har til formål at fastlægge rammerne for dansk profilerede standarder for opsamling, kommunikation og lagring af data fra monitorerings- og opsamlingsudstyr i patientens hjem og kommunikation af data til de sundheds-it-systemer, der skal behandle de opsamlede data. Referencearkitekturen vil tage udgangspunkt i det arbejde, der er lavet af Continua Health Alliance⁸. Denne referencearkitektur udarbejdes i 2012.
- Referencearkitektur for deling af dokumenter og billeder fastlægger rammen for, hvordan samlinger af data kan kommunikeres uafhængigt af, hvordan de er struktureret. Referencearkitekturen er udarbejdet og forventes endelig godkendt medio 2012.
- Referencearkitektur for national booking skal skabe fælles begreber vedr. patienter, ydelser, sundhedsaktører m.v. og gøre det muligt at udstille ”pakker” af disse til brug for booking. Arbejdet med denne referencearkitektur er ikke igangsat, men indgår i prioriteringen af opgaver i NSI i 2013.

Udover de ovenfor nævnte referencearkitekturer vil de mere grundlæggende referencearkitekturer vedr. informationssikkerhed og nationale tjenester være med til at sætte rammerne for de telemedicinske løsninger. Begge referencearkitekturer udarbejdes og forventes endelig godkendt i 2012.

Det er referencearkitekturerne, der er med til at pege på hvilke standarder, der skal anvendes i de konkrete it-løsninger. For eksempel peges der i referencearkitekturen for deling af dokumenter og billeder på, at man bør anvende IHE-baserede standarder/profiler⁹. For telemedicinske løsninger skal der udpeges såvel snitfladestandarder, som forenkler kommunikation mellem parterne og mellem de forskellige typer af udstyr og it-systemer, som indholdsmæssige standarder, der sikrer en fælles terminologi mellem parterne, eksempelvis ”det fælles kronikerdatasæt”, der vil blive afprøvet i en række projekter i 2012. Initiativerne i handlingsplanen vil så vidt muligt være baseret på og bidrage til udvikling af internationale standarder, bl.a. i regi af Continua Health Alliance.

I takt med, at de foreslåede standarder afprøves i telemedicinske projekter, vil de blive godkendt af NSI som anbefalede eller obligatoriske nationale standarder, afhængigt af de erfaringer, som afprøvningsprojekterne giver. Dermed fastlægges de standardiseringsmæssige rammer for fremtidige telemedicinprojekter.

Standarderne vil gøre det billigere og hurtigere at igangsætte nye telemedicinske løsninger og bidrage dermed positivt til at telemedicin udbredes i højere grad.

Balancerede evidenskrav for telemedicinske koncepter

Forventningerne til, hvilke effekter anvendelsen af telemedicin kan bibringe, er høje, men viden om hvilke løsninger, der virker, er fortsat relativt begrænset. Når telemedicin skal udbredes i større skala skal effekt, risiko og organisering for den enkelte løsning vurderes. Patienten spiller fx ofte en aktiv rolle i den telemedicinske løsning, hvilket udfordrer gængse

⁸ Continua Health Alliance er en non-profit sammenslutning af virksomheder inden for sundhedspleje og teknologi med det erklærede formål at samarbejde for at udvikle kvaliteten af sundhedsydelser. Der er mere end 240 medlemsvirksomheder verden over.

⁹ IHE International er en sammenslutning af 510 medlemsorganisationer (industri, kliniske selskaber, standardiseringsorganisationer m.v.) over hele verden, der arbejder for øget brug af etablerede standarder med henblik på bedre system til system-kommunikation og nemmere implementering.

måder at organisere og fordele ansvar for behandlingen. Der er derfor brug for et bredere fælles viden om effekter, herunder de kliniske, organisatoriske, økonomiske, juridiske mv. Et ensartet vidensgrundlag kan skabe bedre forudsætninger for den fortsatte udbredelse af telemedicin. Herunder vil øget registrering af telemedicinsk aktivitet bidrage til at belyse sammenhænge i aktivitet og omkostninger forbundet med telemedicinsk behandling. Denne viden kan omsættes til takster efter behov.

Det er derfor aftalt mellem sundhedsmyndighederne og Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), at NSI tager initiativ til en ny model for effektivitet af telemedicinske løsninger, hvor kravene til klinisk evidens indarbejdes.

Telemedicin er i de fleste tilfælde ikke en ny behandling men en ny leverancemetode af den samme sundhedsydelse med en ændret rollefordeling. I mange telemedicinske løsninger er selve behandlingen/undersøgelsen uforandret, men den gennemføres på afstand ved hjælp af kommunikationsteknologi suppleret med en ændret opgavefordeling. Telemedicin adskiller sig derfor ikke fra andre medicinske teknologier og skal på samme måde gennemgå en Medicinsk Teknologivurdering (MTV). Ved markante ændringer af processer og praksis vil det kræve en evaluering efter den EU-udviklede og meget omfattende MAST-model¹⁰, men i langt de fleste tilfælde er den samlede ændring af behandling og organisering mere beskedent, og en mindre MTV-undersøgelse eller en analyse af en potentiel re-organisering er tilstrækkeligt.

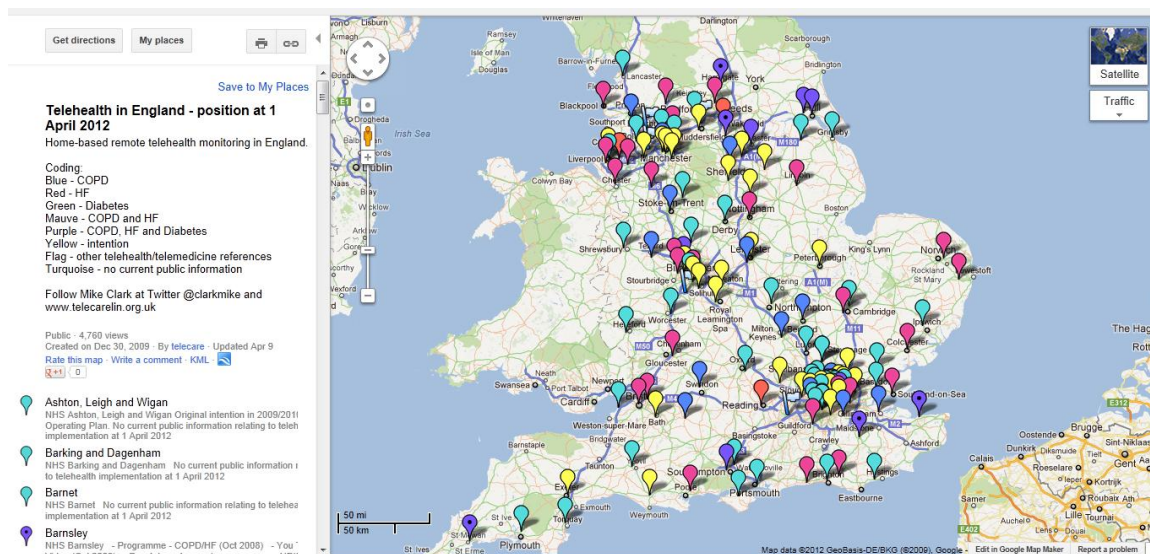
Modellen etableres i sammenhæng med det arbejde, der foregår i Sundhedsstyrelsen om de kliniske retningslinjer. Relevante kompetencecentre og myndigheder inddrages i processen, som forventes afsluttet i 2013.

Nationalt overblik over anvendelsen af telemedicin og telemedicinske teknologier

Der findes ikke et samlet og systematisk overblik over hvilke telemedicinske teknologier, der anvendes hvor og i hvilket omfang. Et sådant overblik vil give mulighed for, at organisationer, der ønsker at starte med telemedicin, kan finde andre aktører med lignende problemstillinger og dermed hurtigere komme i gang ved at genbruge allerede etableret viden.

I England monitorerer man ”telehealth”-udbredelsen, jf. eksemplet nedenfor.

¹⁰ <http://www.epractice.eu/en/library/315610>



Tilsvarende efterlyser kommunerne oversigter over, hvilke teknologier der kan anbefales og hvilke resultater, der er skabt med dem.

Det foreslås derfor, at Medcom som led i Medcom's arbejdsplan for 2012-2013 (Medcom 8) skal skabe et samlet og ensartet overblik over anvendelsen af telemedicinsk teknologi i sundhedsvæsenet ved årligt at indsamle og publicere en oversigt over udbredelsen af telemedicin i sundhedsvæsenet.

Parallelt hermed har GTS-nettet påtaget sig opgaven med årligt at indsamle oversigter over teknologiske produkter, som anvendes til telemedicin med succes i sundhedsvæsenet i forskellige dele af verden¹¹. Herunder at identificere nye teknologiske trends, der kan skabe markante ændringer i ressourceforbruget og i forøgelse af patientens mestring af egen sygdom.”

Oversigterne kan hjælpe myndighederne med, hvor de kan indhente relevante erfaringer og i valget af konkrete teknologier.

Hensyn og afvejninger i udvælgelse af konkrete initiativer

Til handlingsplanen er udvalgt fem telemedicinske initiativer, som skal afprøve konkrete telemedicinske løsninger i større eller mindre skala. Der ligger en række hensyn bag udvælgelsen af de enkelte initiativer til handlingsplanen.

Initiativerne skal understøtte, at telemedicin udbredes og afprøves i storskala. Storskala vil enten sige med flere regioner og kommuner eller med et stort antal patienter.

¹¹ I Danmark er der ni godkendte teknologiske serviceinstitutter (GTS'er). De er alle not for profit og arbejder for at skabe flere innovative og konkurrencedygtige danske virksomheder. Samlet set kaldes GTS-institutterne for GTS-nettet.

Initiativerne skal også leve op til, at der på forhånd er en forventning om en fornuftig business case. Det vil sige, at projekterne er tilbagebetalt inden for en rimelig tidshorisont, og at fokus i projekterne skal være på at evaluere de økonomiske effekter, også på tværs af sektorer. Der skal med andre ord ikke kun være en business case for den enkelte myndighed, men en samlet samfundsøkonomisk business case i initiativerne på tværs af sektorskel og uden tab af kvalitet i den kliniske ydelse.

Det har endvidere været et vurderingskriterium, at initiativerne fortrinsvis skulle være tværsektorielle. Det vil sige, at de er med til at understøtte patientens overgange mellem de forskellige aktører - region, kommune, praktiserende læge og borgerens hjem.

I nogle tilfælde er et område modent til storskalaafprøvning. I andre tilfælde er der tale om modne teknologier, som skal afprøves på mere umodne fagområder. Initiativer af begge typer har fået plads i handlingsplanen. Modne områder afprøves således i storskala, mens mindre modne områder afprøves i mindre skala med henblik på en dataopsamling og evaluering, som ikke tidligere har fundet sted.

Det har endvidere været et hensyn i udvælgelsen, at der skulle være en stærk lokal forankring af de enkelte initiativer ud fra en betragtning om, at det giver det bedste projektsultat i sidste ende.

I udvælgelsen har det også vægtet, at initiativerne understøtter de forskellige aktørers strategier på området – herunder it-strategi for sundhedsvæsenet, RSI's Telemedicinstrategi, Danske Regioners pejlemærker for Sundheds-it fra 2010 og KL's udspil om det nære sundhedsvæsen fra 2012.

På den baggrund er følgende initiativer udvalgt til handlingsplanen, *jf. tabel 1*:

1. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering v. Region Hovedstaden og Region Midt
2. Telecare Nord v. Region Nordjylland
3. National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering v. Medcom
4. Telepsykiatri v. Medcom
5. Internetpsykiatri v. Region Syddanmark.

Tabel 1			
Oversigt over initiativernes potentiale – lokalt og nationalt			
Initiativtitel	Projektejer	Årligt potentiale i projektet efter indfasning (estimeret)	Årligt nationalt potentiale efter indfasning (estimeret)
1. Klinisk integreret hjemmemonitorering	Region Hovedstaden/Midt	38 årsværk	1.600 årsværk
2. Hjemmemonitorering af KOL-patienter i Region Nordjylland ¹²	Region Nordjylland	72 årsværk	700 årsværk
3. National implementering af telemedicinsk sår vurdering	Medcom	330 mio. kr.	330 mio. kr.
4. Demonstration/udbredelse af telespsykiatri	Medcom	0,5 mio. kr.	Ikke estimeret
5. Demonstration af internetpsykiatri	Region Syddanmark	4 årsværk	Ikke estimeret

I de følgende afsnit beskrives initiativerne.

Initiativ 1: Klinisk integreret hjemmemonitorering/etablering af national infrastruktur

Begrundelse for valg

Projektet er for det første det største projekt vedr. hjemmemonitorering af kronikere i Danmark med 2.000 medvirkende patienter i fem patientgrupper.

Det er for det andet tværsektorielt og skal give vigtig viden om betydningen af ændret organisering og ændrede arbejdsgange mellem sygehuse og kommuner, når tværsektoriel telemedicin indføres.

For det tredje etablerer projektet de første elementer af en national infrastruktur til opsamling af data fra hjemmemonitorering.

For det fjerde er infrastrukturen generisk og anvendes i projektet på fem patientgrupper med forskellige kliniske behov. Infrastrukturen vil kunne genbruges, hvis der viser sig at være behov for opsamling og distribuering af opsamlede data for andre patientgrupper.

For det femte skal projektet levere yderligere brikker til det nationale arbejde med telemedicin i form af standardudvikling på områder, hvor der i dag ikke findes standarder. Standarder er en forudsætning for at opsamle og dele data mellem forskellige aktører.

Målsætning

Der er to overordnede formål med initiativet vedr. klinisk integreret hjemmemonitorering og etablering af national infrastruktur.

¹² Der er overlappende potentialer mellem initiativ 1 og 2.

For det første skal initiativet afprøve anvendelse af it-løsninger og videokonsultationer til at overvåge 2.000 patienter fra fem patientgrupper i deres eget hjem, sikre korrekte og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorer samt styrke patienternes kompetencer og muligheder for egenomsorg¹³. For det andet skal initiativet etablere en generisk it-infrastruktur, som understøtter hjemmemonitorering og videokonsultationer nationalt og i forhold til andre patientgrupper.

Derved kan de offentlige udgifter reduceres, da antallet af sygehusindlæggelser, indlæggelsesdage, ambulante kontroller og deraf følgende opgaver reduceres. Der sker en faglig opgaveglidning såvel mellem sektorerne som internt i den enkelte sektor til billigere medarbejdergrupper og patienterne selv efter LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau). Derudover forventes en række kvalitative gevinster som fx etablering af en national infrastruktur, bedre og mere sammenhængende patientforløb og færre fejl i behandlingen. Endelig får patienterne bedre forståelse for egen sygdom, øget livskvalitet og sparer tid på transport.

Den økonomiske målsætning for initiativet er, at der ved fuld implementering opnås en estimeret nettogevinst på ca. 38 årsværk eller ca. 12 mio. kroner årligt. Dette svarer til en årlig reduktion af lønudgifterne på 30 pct. i forhold til situationen uden telemedicinsk understøttelse. Da initiativet indebærer engangsudgifter til etablering af national infrastruktur og evaluering med henblik på national udbredelse af hjemmemonitorering og videokonsultationer, forventes først et break even efter syv år.

Hvis initiativet udbredes til patienter fra de fem patientgrupper i hele landet, estimeres det i business casen for initiativet, at der kan spares knap 1.600 årsværk årligt svarende til ca. 800 mio. kr.

Beskrivelse af initiativ

Patienter fra initiativets fem patientgrupper har mange kontakter til sundhedsvæsenet og evt. den kommunale hjemmepleje i forbindelse med behandling, kontrol og rehabilitering. Deres patientforløb kræver derfor hyppig kommunikation og koordination mellem den enkelte patient, sygehuset, den praktiserende læge og kommunen.

Patienterne, der indgår i initiativet, får it-udstyr i deres hjem, så de kan måle og registrere relevante data. Der etableres et teknisk knudepunkt, som sikrer, at alle relevante sundhedsfaglige aktører har adgang til at se disse data og patienternes behandlingsplaner via deres fagsystemer. De sundhedsfaglige aktører overvåger data og melder tilbage i relevant omfang til patienterne, idet de ligeledes har mulighed for at afholde videokonsultationer med og booke ydelser til patienterne. Patienterne har mulighed for at registrere data, se deres behandlingsplaner, finde relevant informationsmateriale og booke aftaler via sundhed.dk.

Patienterne opdeles i tre kategorier: *ambulante selvhjulpne*, *ambulante med behov for støtte og udlagte patienter*.

¹³ Initiativet involverer patientgrupperne KOL, diabetes og kronisk inflammatoriske tarmsygdomme samt gravide med og uden komplikationer.

De *ambulante selvhjulpne patienter* får overvåget deres data og har videokonsultationer med relevante sundhedsfaglige aktører i deres hjem eller på deres arbejdsplads. *Ambulante patienter*, der har behov for kommunal pleje og støtte og specialiseret behandling på sygehus og hos den praktiserende læge, får overvåget deres data og støttes i behandling i deres eget hjem, så de bliver mere trygge, og unødvendige indlæggelser og ambulante besøg kan undgås. *Udlagte patienter* har mulighed for at blive indlagt i deres hjem med hjemmemonitorering og videokonsultationer under hele eller dele af behandlingsforløbet, eller de kan blive udskrevet tidligere og overvåget i hjemmet.

Initiativets tekniske løsninger skal så vidt muligt integreres med eksisterende elektroniske patientjournaler, sundhed.dk og andre it-løsninger ved hjælp af det tekniske knudepunkt. Der etableres dermed en generisk it-infrastruktur, der gør det muligt at udbrede hjemmemonitorering og videokonsultationer nationalt og i forhold til andre patientgrupper. Desuden bidrager initiativet til National Sundheds-it's arbejde med at fastlægge nationale standarder og referencearkitektur for telemedicin.

Endelig fokuserer initiativet på at opnå viden om opgaveglidning og de økonomiske konsekvenser i kommunerne og hos de praktiserende læger som følge af anvendelse af hjemmemonitorering og videokonsultationer.

Projektet havde opstart 1. april 2012 og er således iværksat.

Økonomi og gevinster

Business casen for initiativet sammenligner omkostninger og gevinster ved indlagte patienter og ambulatoriekontroller (den nuværende situation) med telemedicinsk hjemmemonitorering af patienterne (den fremtidige situation).

Beregningerne er baseret på de 2.000 patienter, der indgår i initiativet.

Gevinsterne er opgjort som en arbejdskraftbesparelse, *jf. tabel 2*, hvor det forventes, at der frigøres medarbejderressourcer som følge af hjemmemonitorering, kortere ambulatoriekonsultationer og opgaveglidning til patienten og billigere medarbejdergrupper. Desuden forventes en besparelse som følge af færre og kortere indlæggelser og færre ambulatoriekonsultationer.

Omkostningerne er opgjort som projektudgifter, hvor der er relativt store etableringsomkostninger til it-infrastrukturen og den organisatoriske implementering. Derudover forventes øgede driftsomkostninger til vedligeholdelse af systemer, ændrede arbejdsgange m.v.

De kvalitative gevinster ved initiativet, herunder de potentielle samfundsøkonomiske gevinster ved at etablere en national infrastruktur for hjemmemonitorering og videokonsultationer, der kan genbruges, er ikke kvantificerede.

Desuden indgår de økonomiske konsekvenser for kommunerne og de praktiserende læger ved at indføre hjemmemonitorering og videokonsultationer heller ikke i beregningerne, men vil blive afdækket som en del af initiativet.

Initiativet har som følge af de relativt store engangsudgifter til etablering af national infrastruktur og evaluering break even efter syv år, hvor der vil være en nettogevinst på ca. 38 årsværk eller ca. 12 mio. kroner om året, *jf. tabel 2.*

Tabel 2						
Udgifter og gevinster ved klinisk integreret hjemmemonitorering og etablering af national infrastruktur (mio. kr.)						
	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Estimerede gevinster	0	11,1	16,6	16,6	16,6	60,9
Estimerede udgifter ¹⁴	6,6	36,0	30,9	4,6	4,6	82,7
Nettoprovenu	-6,6	-24,9	-14,3	12,0	12,0	-21,8
Summeret økonomisk balance	-6,6	-31,5	-45,8	-33,8	-21,8	

Hvis initiativet udbredes til de fem patientgrupper i hele landet, estimeres potentialet til knap 1.600 årsværk årligt. Estimatet er baseret på et skøn over det samlede antal patienter i de enkelte patientgrupper, som initiativets løsninger vil være relevant for.

Af projektets samlede projektkostninger på 66,0 mio. kr. finansieres 33,4 mio. kr. af Fonden for Velfærdsteknologi.

Organisering

Initiativet er forankret i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, og en lang række offentlige og private aktører deltager i initiativet.

Der er nedsat en styregruppe, hvor de to regioner, kommuner, fire sygehuse og Digitaliseringsstyrelsen deltager sammen med en række repræsentanter uden beslutningsmandat (National Sundheds-it, Danske patienter og projektlederne for initiativets delprojekter). Region Midtjylland er formand for styregruppen.

Initiativet er inddelt i syv delprojekter, og MedCom varetager projektsekretariatsfunktionen.

Desuden forelægges evalueringer og større strategiske beslutninger for initiativet for Det Rådgivende Udvalg for Telemedicin.

Proces for implementering

Initiativet gennemføres over to år fra 2012 til 2014 og har 11 faser:

1. *Projektinitiering:* Projektet og projektorganiseringen etableres
Tidspunkt: april – maj 2012
2. *Nulpunktsmåling:* Der foretages en nulpunktsmåling
Tidspunkt: april - november 2012

¹⁴ Projektkostninger og øgede driftsomkostninger

3. *Teknisk klargøring og pilotafprøving:* Tekniske løsninger vælges, installeres og testes
Tidspunkt: april - november 2012
4. *Uddannelse:* Det sundhedsfaglige personale uddannes
Tidspunkt: oktober - november 2012
5. *1. driftsfase:* Løsningen anvendes i praksis for de fem patientgrupper
Tidspunkt: november 2012 - juni 2013
6. *Midtvejsevaluering:* Der gennemføres en midtvejsevaluering
Tidspunkt: januar - maj 2013
7. *2. driftsfase:* Løsningen anvendes i praksis inden for de enkelte specialer
Tidspunkt: juni – november 2013
8. *3. driftsfase:* Yderligere dataindsamling
Tidspunkt: november 2013 – marts 2014
9. *Effektmåling:* Der gennemføres en effektmåling efter implementering
Tidspunkt: november 2012 – februar 2014
10. *Evaluering af delprojekter:* Der foretages evalueringer af de kliniske delprojekter
Tidspunkt: november 2013 – marts 2014
11. *Afrapportering og formidling:* Projektet afsluttes og afrapporteres, og resultaterne formidles
Tidspunkt: januar – april 2014.

Initiativ 2: Hjemmemonitorering for KOL-patienter i Region Nordjylland

Begrundelse for valg

Initiativet er valgt til at indgå i handlingsplanen af følgende årsager.

For det første er der en god business case for initiativet, når det er fuldt implementeret.

For det andet implementeres hjemmemonitorering i den daglige drift i hele regionen for første gang i Danmark, idet alle kommuner, praktiserende læger og patienter i målgruppen indgår. Der opnås dermed vigtige erfaringer med hjemmemonitoreringsløsninger i drift. Samtidig understøtter initiativet det tværsektorielle samarbejde om patienterne.

For det tredje har initiativet stærk lokal forankring, hvilket giver et godt udgangspunkt for at levere positive resultater.

For det fjerde baserer initiativet sig på erfaringer og resultater fra forskningsprojektet Telekat i Region Nordjylland, hvilket giver et solidt afsæt for at implementere løsningerne i stor skala.

For det femte genbruger initiativet infrastruktur og evalueringskoncepter fra handlingsplanens initiativ 1, Klinisk integreret hjemmemonitorering. Det giver samlet set lavere omkostninger, større anvendelse og afprøvning af ny national infrastruktur og flere erfaringer med, hvilke fordele og ulemper der er ved telemedicinsk hjemmemonitorering. Initiativ 1 og 2 bidrager dermed på hver deres område med vigtig viden om implementering af hjemmemonitoreringsløsninger i stor skala.

Målsætning

Formålet med initiativet vedr. hjemmemonitorering af KOL-patienter i Nordjylland (også kaldet Telecare Nord) er at anvende it og telemedicin til at overvåge og sikre rettidig og korrekt behandling af patienter med KOL i svær eller meget svær grad i deres eget hjem. Desuden skal det styrke patienternes kompetencer til egenomsorg. Derved kan de offentlige udgifter reduceres, da antallet af sygehusindlæggelser, indlæggelsesdage og ambulante kontroller forventes reduceret med 30 pct., og antallet af hjemmeplejeydelser begrænses. Endvidere kan der skabes bedre tilrettelagte og koordinerede patientforløb, og patienterne får mere kontrol med deres sygdom, mere tryghed og større livskvalitet.

Initiativet, der tager udgangspunkt i en række positive resultater med hjemmemonitorering fra bl.a. forskningsprojektet Telekat, skal implementere teknologien i hele sundhedsvæsenet i region Nordjylland, så den anvendes til minimum 1.400 KOL-patienter i regionen. Initiativets løsninger har potentiale til at blive udbredt til hele landet og til andre kroniske patientgrupper.

Initiativet har national interesse, da det er det første fuldskalaforsøg med telemedicinsk hjemmemonitorering, hvor potentielt hele gruppen af KOL-patienter, alle kommuner og praktiserende læger i en region indgår. Dermed opnås vigtig erfaring med hjemmemonitoreringsløsninger i drift.

Den økonomiske målsætning for initiativet er, at der ved fuld implementering opnås en estimeret nettogevinst på ca. 72 årsværk eller ca. 32 mio. kroner årligt i Region Nordjylland. Dette svarer til en reduktion af lønudgifterne på 24 pct. Hvis initiativet udbredes til alle relevante KOL-patienter i hele landet, estimeres det, at der kan spares knap 700 årsværk årligt.

Beskrivelse af initiativ

Patienter med KOL i svær eller meget svær grad har i forbindelse med behandling, kontrol og rehabilitering af deres sygdom mange kontakter til sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje.

Den overordnede arbejdsdeling er, at behandling og rehabilitering af patienter med KOL i moderat eller svær grad foregår hos den praktiserende læge og kommunen (dvs. hjemmeplejen og kommunale rehabiliteringsenheder), og behandling og rehabilitering af patienter med KOL i svær eller meget svær grad foregår på sygehuset¹⁵.

De patienter, der har KOL i sværest grad, har vanskeligt ved at deltage i rehabiliteringsindsatsen. De har derfor sværere ved at håndtere deres sygdom, fx fastholde deres fysiske

¹⁵ Visse rehabilitering af patienter med KOL i svær eller meget svær grad er dog nogle steder aftalt som en kommunal opgave med mulighed for kontakt til sygehuset.

funktionsniveau og opdage forværringer i tide. Gruppen har generelt flere sygehusindlæggelser om året.

Med dette initiativ får patienter med KOL i svær eller meget svær grad it-udstyr i deres hjem, der skal understøtte pleje, behandling og aktiv patientinvolvering. Patienterne skal dagligt eller ugentligt foretage målinger af sygdomsspecifikke parametre, som er indikatorer for sygdommens udvikling for den enkelte. Disse data bliver opsamlet i en fælles database, og alle relevante sundhedsprofessionelle aktører har adgang til et fælles kronikerdatasæt via deres fagsystemer på henholdsvis sygehuset, hos den praktiserende læge og i kommunen. Patienten og de pårørende har adgang til data via sundhed.dk.

Data bliver screenet for fejl og vurderet sundhedsfagligt for afvigelser i forhold til det forventede niveau. Hvis der er behov for det, følger den ansvarlige aktør op og involverer evt. andre relevante aktører.

Der etableres en kronikerplatform, som anvender allerede eksisterende nationale datasæt, infrastruktur og standarder (bl.a. fra initiativ 1 Klinisk integreret hjemmemonitorering) samt udvikler nye generiske løsninger. Desuden etableres nye organisationsmodeller, nye arbejdsgange og en ny arbejds- og ansvarsfordeling, som fastlægger, hvilken aktør der har ansvaret for at handle på et givet tidspunkt. Kommunen har som udgangspunkt ansvaret for at overvåge og handle i forhold til indkomne data.

Hvis evalueringen af initiativet er positiv, skal det udbredes til de øvrige regioner. Initiativets løsninger er generiske og kan potentielt anvendes til patienter med andre kroniske sygdomme.

Projektet iværksættes officielt 1. juni 2012, men forud ligger en længere projektforberedelse.

Økonomi og gevinster

Business casen tager udgangspunkt i resultaterne fra forskningsprojektet Telekat, og de forventede effekter er beregnet for tre målgrupper: de sundhedsprofessionelle på sygehuset, de sundhedsprofessionelle i kommunalt regi og de praktiserende læger i region Nordjylland.

For de sundhedsprofessionelle på sygehuset frigøres ressourcer, når antallet af indlæggelser og ambulatoriebesøg, indlæggelsestid, udeblivelser, unødige henvisninger og hjemmebesøg reduceres. Målgruppen forventes imidlertid at få nye opgaver med at overvåge data og afholde telemedicinske konsultationer. Samlet set forventes det, at der frigøres læge- og sygeplejerskeressourcer på sygehuset.

For de sundhedsprofessionelle i kommunalt regi frigøres ressourcer, når antallet af plejeydelser reduceres. Målgruppen forventes imidlertid at få nye opgaver med at overvåge og vurdere data samt støtte og instruere patienterne i at bruge udstyret. Samlet set antages det, at der vil blive frigjort ressourcer i kommunerne.

Hos de praktiserende læger forventes det, at de får flere kontakter med patienterne, og at de derfor skal anvende flere ressourcer som følge af initiativet.

Beregningerne af initiativets økonomiske gevinster er baseret på arbejdskraftbesparelsen i forhold til traditionel behandling, jf. tabel 3. I business casen er kun medtaget de omkostninger, som ændres i forhold til traditionel behandling. Desuden er der kun foretaget beregninger på patienter, som overgår til hjemmemonitorering. De økonomiske gevinster for patienter og pårørende er ikke medregnet i business casen, ligesom kvalitative gevinster ikke kvantificeres.

Det antages, at initiativet er fuldt implementeret i 2016, hvor der vil være en estimeret nettogevinst på ca. 72 årsværk eller ca. 32 mio. kr. om året i region Nordjylland. Dette svarer til en reduktion af lønudgifterne på 24 pct.

Udgifter og gevinster ved hjemmemonitorering af KOL-patienter i Nordjylland (mio. kr.)						
	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Estimerede gevinster	5,6	24,2	35,4	37,2	37,2	139,7
Estimerede udgifter	21,2	16,6	15,7	0,0	0,0	53,4
Nettoprovenu	-15,6	7,6	19,7	37,2	37,2	86,3
Summeret økonomisk balance	-15,6	-7,9	11,9	49,1	86,3	

Hvis initiativet udbredes til alle relevante KOL-patienter i hele landet, estimeres potentialet til knap 700 årsværk om året. Estimatet er baseret på forholdet mellem indbyggertallet i Region Nordjylland og hele landet.

Af projektets samlede projektomkostninger på 53,4 mio. kr. medfinansieres 11 mio. kr. af Fonden for Velfærdsteknologi.

Organisering

Initiativet er forankret i Region Nordjylland, hvor regionen, de 11 nordjyske kommuner og almen praksis er projektdeltagere med en lang række offentlige og private samarbejdspartner. Der er etableret en tværsektoriel styregruppe for initiativet, hvor regionen, de 11 kommuner, PLO, Finansministeriet (ved Digitaliseringsstyrelsen) samt øvrige relevante aktører deltager. Herunder er der etableret et projektsekretariat og fire projektspor, som varetager projektets daglige arbejde og koordinering på tværs af aktørerne.

Proces for implementering

Projektet gennemføres over tre år fra 2011 til 2014 og har fire overordnede faser:

1. *Beslutning og business case:* Regionen etablerer projektet, herunder udarbejder business case og etablerer projektorganisering
Tidspunkt: november 2011 – maj 2012
2. *Afklaring, specificering og udvikling:* Der beslutes løsningskoncepter, udarbejdes udbud i forhold til tekniske løsninger og vælges leverandør.
Tidspunkt: februar 2012 - december 2012

3. *Implementering og test:* Projektet implementeres teknisk og organisatorisk, herunder installeres udstyret i patienternes hjem, de interne arbejdsgange kortlægges og omlægges, og der indgås samarbejdsaftaler
Tidspunkt: december 2012 – december 2013
4. *Løbende idriftsættelse:* Projektet overgår til stabil drift, business casen realiseres, og evaluerings- og forskningsresultater indhentes
Tidspunkt: januar 2014 - december 2014.

Initiativ 3: National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering

Begrundelse for valg

National implementering af telemedicinsk sårvurdering indgår i handlingsplanen af flere årsager.

For det første er der en god business case for initiativet, da behandling af sår er en ressourcerekrævende opgave på både sygehuse og i den kommunale hjemmesygepleje.

For det andet er der tale om anvendelse af en moden teknologi (tablet- og mobilteknologi og velafprøvet webbaseret journal), som allerede anvendes i mange kommuner og regioner med succes. Formålet med at udbrede projektet er dermed at bringe løsningsmodellen ud til alle kommuner og regioner og alle relevante patienter.

For det tredje er initiativet tværsektorielt, og løsningen understøtter og forbedrer det tværsektorielle samarbejde mellem kommunal sygepleje og regional sårbehandling. De kommunale sygeplejersker får tættere kontakt til lægelige og sygeplejefaglige eksperter på sygehuse, og initiativet bidrager til at eksperterne kun ser de mest komplicerede sår i ambulatoriet. Projektet er således en teknologisk og telemedicinsk understøttelse af samarbejdet, men er samtidig et organisatorisk projekt, hvor parterne skal blive enige om nye arbejdsgange og nye samarbejdsrelationer, hvis potentialet skal realiseres. Der er tale om nye roller og flytning af kompetence. Behandlingen ændres ikke, men måden, den leveres på, gør.

Endvidere er teknologien ikke dyr og mange steder allerede indkøbt i form af mobiltelefoner og pda'er.

Målsætning

Behandling af sår er en ressourcerekrævende opgave på både hospitaler og i den kommunale hjemmesygepleje.

Formålet med initiativet er at udbrede telemedicinsk sårbehandling i alle kommuner og regioner, der ikke allerede anvender det med henblik på at frigøre tid i både kommuner og regioner, effektivisere behandlingen og forbedre kvaliteten af behandlingen.

Initiativet er en udmøntning af initiativ 5.2 ”Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling m.v.” i den fælles offentlige digitaliseringsstrategi for 2011-15, hvor grundlaget for et koordineret nationalt implementeringsprojekt skal undersøges.

Beskrivelse af initiativ

Antallet af diabetikere er stigende i befolkningen. For øjeblikket vurderes 200.000 danskere at have diabetes¹⁶. En komplikation til sygdommen er udvikling af fodsår, og her vurderes det, at mellem 18.000-20.000 danskere har et diabetisk fodsår¹⁷. Hertil kommer patienter med andre typer af sår, som er knap så alvorlige komplikationsmæssigt, men dog behandlingskrævende. Til dem hører venøse sår og blandingssår, der opstår af andre årsager, som fx overvægt og dårligt fungerende blodomløb. Her vurderes 18.000-20.000 danskere at være ramt¹⁸. For de to sårtyper gælder, at de heler langsomt og dermed er meget behandlings- og plejekrævende og med iboende risiko for at udvikle sig kronisk og med alvorlige komplikationer.

En delmængde af disse sår er kendetegnet ved, at de tilses af en kommunal hjemmesygeplejerske i borgerens eget hjem, og at borgeren henvises til kontrol på en specialafdeling ved tvivl eller mistanke om forværring. Der er derfor i høj grad tale om et tværsektorielt samarbejde mellem kommune og hospital.

ABT-fondensstøttede projekter i Århus og Region Sjælland og Region Syddanmark, hvor det har været afprøvet at behandle ovenstående typer af sår telemedicinsk, har vist gode effekter. Andre regioner og kommuner har også kunnet vise gode effekter.

Løsningen går ud på, at en kommunal sygeplejerske tilser patientens sår i eget hjem og tager et billede af såret, som sendes til lægen eller sygeplejersken på sygehuset i en webbaseret sårjournal, som både læge og sygeplejerske (og patient) har adgang til. Initiativet har til formål at udbrede løsningen til alle kommuner og regioner i Danmark.

Gevinsterne i implementeringsprojektet forventes at være:

- Kortere helingstid
- Mindre transport af skrøbelige patienter, herunder også besparelser på patienttransport
- Mindre tidsforbrug hos lægen på hospitalerne, der laver korte telemedicinske konsultationer og i udgangspunktet kun ser patienter med de mest komplicerede sår i ambulatoriet
- Stor patienttilfredshed
- Øgede kompetencer hos den kommunale sygeplejerske gennem det mere direkte samarbejde med regionale sårplejersker og læger.

Der er ikke indregnet effekter af de kliniske gevinster¹⁹ i business casen, da disse endnu ikke er påvist med tilstrækkelig evidens. Når resultater fra kliniske forsøg i Region Syddanmark foreligger, opdateres business casen. Det forventes at ske i løbet af 2014.

Desuden gennemføres der som følge af usikkerhederne i business casen en foranalyse i initiativets første fase, hvis resultater indarbejdes i business casen. Denne revurdering indgår efter aftale med regioner og kommuner i ØA14.

¹⁶ Dansk Institut for folkesundhed, 2007

¹⁷ Tallet er estimeret af en række danske såreksperter på en workshop i marts 2012.

¹⁸ Tallet er estimeret af en række danske såreksperter på en workshop i marts 2012.

¹⁹ Færre indlæggelser, kortere indlæggelser og færre amputationer og komplikationer

Der skal etableres en central implementeringsorganisation, der kan varetage det overordnede ansvar og den nationale koordinering af implementeringsaktiviteterne.

Økonomi og gevinster

Fonden for Velfærdsteknologi har medfinansieret to projekter, ligesom der flere steder i landet har været arbejdet med lignende løsninger i flere år. Det er med afsæt i disse gode erfaringer, at der bør ske videre udbredelse til øvrige kommuner. Der er derfor blevet udarbejdet en tværsektoriel business case. Regioner og kommuner med erfaring i telemedicinsk sårbehandling har været inddraget i udarbejdelsen heraf med henblik på at kvalificere gevinster og antagelser i beregningerne, *jf. tabel 4*.

Tabel 4				
Økonomiske gevinster på landsplan ved indførelse af en telebaseret sårbehandling i mio. kr. (forventet scenarie)				
	2012	2013	2014	2015
Estimerede gevinster	-	52,0	107,9	168,0
Estimerede udgifter	4,5	15,0	10,5	6,8
Nettoprovenu	-4,5	37,0	97,4	161,2
Summeret økonomisk balance	-4,5	32,5	129,9	291,1

I perioden 2012-2020 er der estimeret et nettopotentiale på ca. 1,8 mia. kr., hvor hovedparten frigives i kommunerne. Nettopotentialet ved fuld indfasning i 2020 er estimeret til ca. 330 mio. kr. årligt. Der er break even i år 2.

Projektudgifterne på samlet set 30 mio. kr. afholdes af Fonden for Velfærdsteknologi. Projektudgifter udover 30 mio. kr. og driftsudgifter fra år 2015 afholdes af kommuner og regioner (driftsudgifter udgør mellem 7 og 12 mio. kr. årligt med stigende profil frem mod 2020). De samlede projektomkostninger er endnu ikke fuldt opgjort, og i projektets første fase skal der ske en kvalificering af lokale udgifter til organisatorisk implementering og integration til den tekniske løsning.

Organisering

Medcom har været hovedansøger på det største af ABT-fondens sårprojekter og har erfaring i at tilrettelægge projekter med mange parter i forskellige sektorer. Medcom er derfor hovedansøger og projektleder på den nationale implementering af telesårbehandling.

Der vil i hver enkel region og kommune skulle etableres en lokal projektorganisation. Det er endvidere oplagt at anvende regioners og kommuners fælles sundhedsaftaler til at understøtte telesår, idet der i forvejen indgår aftaler om det tværsektorielle samarbejde om sår.

Der nedsættes en national styregruppe for initiativet med deltagelse af de relevante parter (KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse/NSI, Digitaliseringsstyrelsen, kommunale og regionale repræsentanter m.v.).

Proces for implementering

Midlerne er afsat på Finansloven for 2012, hvorfor initiativet kan gå i gang snarest efter tiltrædelse af regeringen og de kommunale og regionale parter.

Implementeringsprojektet løber i tre år fra initiativet er politisk vedtaget. Følgende leverancer indgår:

- Der nedsættes styregruppe for projektet med relevante parter
- Der udpeges en national projektleder
- Relevante kommuner identificeres i forhold til, om der allerede er et tilbud til de enkelte grupper af sårpatienter
- Der lægges en plan for hver enkelt kommune for behovet for telemedicinsk understøttelse af sårbehandling
- Der indgås samarbejdsaftaler med relevante sygehusafdelinger
- Telemedicinsk sårbehandling søges understøttet i sundhedsaftalerne
- Der gennemføres EU-udbud af sårjournal
- Afhængigt af udgifternes størrelser gennemføres der udbud og indkøbes udstyr i det omfang, det ikke allerede findes i form af mobiltelefoner og pda'er
- Der iværksættes et undervisningsforløb, hvor relevante kommunale og regionale medarbejdere undervises i udstyr og sårjournal
- Konkret driftssituation igangsættes og patienter tages ind
- Der indsamles løbende data med henblik på opfølgning på gevinstrealisering.

Initiativ 4: Demonstration og udbredelse af telepsykiatri

Begrundelse for valg

Projektet er valgt til at indgå i handlingsplanen af flere grunde.

For det første er der både international og nationalt gode erfaringer med anvendelse af videokonference i psykiatrien.

For det andet kan den allerede foretagne investering i videokonferenceudstyr og nationalt dækkende videoinfrastruktur fra den igangværende implementering af teletolkning genanvendes i telepsykiatrisk samarbejde.

For det tredje har projektet en positiv business case som følge af sparet transporttid for det kliniske personale.

For det fjerde understøtter projektet de nationale og regionale strategier for psykiatrisk behandling i patienternes nærmiljø med samtidig satsning på etablering af højt specialiserede psykiatriske kompetencecentre og tværsektoriel indsats. Ligeledes adresseres den udbredte mangel på psykiatriske speciallæger.

For det femte understøtter projektet den allerede spirende interesse for og anvendelse af videokonference i psykiatrien gennem en fokuseret og nationalt koordineret satsning.

Målsætning med initiativet

I behandlingen af borgere med psykiske lidelser satses i stigende grad på ambulante behandling i distriktspsykiatrien i borgerens nærmiljø. Formålet med "Demonstration og udbredelse af telepsykiatri" er at understøtte det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i bestre-

belserne på at forfølge denne strategi, at sikre en effektiv udnyttelse af de knappe speciallægeressourcer og at sikre kontinuitet og høj kvalitet i patientforløbene.

Konkret er det målsætningen, at alle voksenpsykiatriske afdelinger i landet anvender videokonference i koordinering af patientbehandlingen ved udgangen af 2014 i forbindelse med:

1. Samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske enheder
2. Samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og kommunale bosteder for sindslidende.

Beskrivelse af initiativet

Mellem 10 og 20 pct. af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at lide af en psykisk sygdom. Aktiviteten i psykiatrien har været og er fortsat stigende. Gennem de senere år er der foregået en væsentlig udbygning af de ambulante funktioner, og den udvikling forventes at fortsætte. I løbet af det seneste årti er antallet af psykiatriske sengepladser således faldet med 20 pct., mens antallet af ambulante ydelser er stedet med ca. 20 pct. Begge dele afspejler psykiatriens målsætning om, at mest mulig behandling bør foregå i patientens nærmiljø.

Den betydelige og stigende ambulante aktivitet er udmøntet i satsning på distriktspsykiatriske enheder. Distriktspsykiatrien er defineret som ”en organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje), som må rumme et ambulant tværfagligt behandlingstilbud, være etableret lokalt, dvs. i det geografiske optageområde og have et tæt samarbejde med andre berørte sektorer.

Samtidig med satsningen på de nære behandlingstilbud i distriktspsykiatrien foregår en øget specialisering i psykiatrien. Specialiseringen går på såvel behandlingen af hyppigt forekommende psykiske sygdomme med komplicerede forløb som på mere sjældne psykiske sygdomme. Der lægges i øget omfang vægt på fagligt bæredygtige enheder med mulighed for at etablere stærke faglige miljøer og opbygning af erfaring.

Endelig er især det voksenpsykiatriske område præget af en forventning om, at der frem mod år 2020 vil være en stigende mangel på speciallæger. Udover læger indgår også sygeplejersker, psykologer, social- og sundhedsassistenter, socialrådgiverne, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter i patientbehandlingen.

Udenlandske erfaringer viser, at telemedicinsk anvendelse af videokonference i psykiatrien kan:

- afhjælpe speciallægemangel gennem understøttelse af opgaveglidning
- bidrage til at sikre balance mellem specialisering og nærhed ved at understøtte samarbejdet mellem specialiserede tilbud og den nære almenpsykiatri.

Opgaveglidningen kan både ske mellem faggrupper, fx fra speciallæger til yngre læger, psykologer og sygeplejersker, men også til lavere specialiseringsniveau, fx fra højt specialiserede kompetencecentre til almenpsykiatrien og socialpsykiatrien. Derved kan speciallægerne anvendes mere effektivt. Telepsykiatri kan understøtte opgaveglidningen, da

- opgaveglidning kræver undervisning, supervision og nogle gange integrerede forløb
- opgaveglidning ofte sker på tværs af geografiske lokationer

- videokonference er et oplagt alternativ til transport.

Opbygningen af regionale og nationale kompetencecentre og den samtidige satsning på ambulant aktivitet i distriktspsykiatrien udfordrer balancen mellem specialisering og nærhedsprincippet. Hovedparten af patientbehandlingen skal foregå i den nære almenpsykiatri, men kompetencecentre skal involveres i den direkte patientkontakt, når det skønnes nødvendigt. Det er derfor oplagt at understøtte den integrerede patientbehandling og samarbejdet mellem kompetencecentre og den nære almenpsykiatri, herunder distriktspsykiatrien, ved brug af videokonference.

I telepsykiatri-initiativet fokuseres konkret på anvendelse af videokonference i voksenpsykiatrien for at understøtte

- samarbejdet mellem psykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske enheder
- samarbejdet mellem psykiatriske afdelinger og kommunale bosteder.

Gevinsterne forventes primært at være

- sparet transporttid som følge af de relativt store afstande mellem voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske enheder og bosteder
- øget kvalitet for patienter i form af bedre koordinerede forløb og patienternes lettere adgang til kontaktpersoner i distriktspsykiatrien/bosteder.

Der sigtes mod implementering af virtuelt samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske centre gennem anvendelse af videokonference til

- konferencer i forbindelse med udskrivning (incl. patient og evt. pårørende)
- løbende kontakt mellem kontakt-sygeplejersken fra distriktspsykiatrien og den indlagte patient
- daglig visitation (kort morgenmøde med gennemgang af alle fælles patienter hver morgen)
- månedlig afdelingskonference om fælles patienter, med deltagelse af personale fra hovedafdeling og distriktspsykiatri.

Hertil kommer demonstration af virtuelt samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og kommunale bosteder gennem anvendelse af videokonference til løbende kontakt mellem kontaktpersonen fra bostedet og den indlagte patient.

Økonomi og gevinster

Business casen for initiativet er baseret på sparet transporttid, når personalet fra de distriktspsykiatriske enheder gennemfører udskrivningskonferencer på videokonference med de psykiatriske afdelinger frem for ved fysisk fremmøde på afdelingen.

Af de 72 identificerede distriktspsykiatriske enheder er de 46 placeret på samme adresse som hovedafdelingen eller så tæt på (5-10 minutters køretid), at videokonference ikke vurderes at indebære logistiske fordele. Det forudsættes, at der ikke grundlag for at iværksætte videobaserede udskrivningskonferencer til disse distriktspsykiatriske enheder, der forholds-mæssigt antages at stå for knapt 60 pct. af udskrivningskonferencerne.

For de resterende 26 distriktspsykiatriske enheder, er transporttiden til den psykiatriske afdeling ved brug af www.eniro.dk beregnet til gennemsnitligt 36 minutter.

Hvis målsætningen sættes til, at 50 pct. af udskrivningskonferencerne (knap 5.000 møder) ved udgangen af 2014 foregår virtuelt på de 26 distriktspsykiatriske enheder, der har længst afstand til hovedafdelingen, vil den forventede besparelse udgøre 2.914 timer, svarende til 472.000 kr.

Hvis 75 pct. af udskrivningskonferencerne (knap 7.500 møder) ved udgangen af 2015 foregår virtuelt, på samme 26 distriktspsykiatriske enheder, vil den forventede årlige besparelse udgøre 4.371 timer, svarende til 708.000 kr. Projektet vil med denne udbredelsestakt således samlet set give overskud i løbet af år 2016, *jf. tabel 5*.

Tabel 5							
Økonomiske gevinster på landsplan ved telepsykiatrisk udskrivningskonference (mio. kr.)							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
Estimerede gevinster	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	2,0
Estimerede udgifter	0,1	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	1,4
Nettoprovenu	-0,1	-0,7	-0,1	0,5	0,5	0,5	0,6
Summeret økonomisk balance	-0,1	-0,8	-0,9	-0,4	0,1	0,6	

Projektets samlede projektkostninger på 1,4 mio. kr. finansieres af fra Fonden for Velfærdsteknologi.

Organisering

Den nationale projektledelse varetages af MedCom i tæt samarbejde med de fem regioner og deltagende kommunale bosteder.

Der nedsættes en projektstyregruppe med reference til MedComs styregruppe. Projektstyregruppen består udover MedCom, med ansvar for den nationale projektledelse og drift af den nationale videokonference infrastruktur, af en regionsrepræsentant fra psykiatrien, kommunal repræsentant fra bostedsområdet, en patientrepræsentant udpeget af Danske Patienter og Fonden for Velfærdsteknologi.

Hver region etablerer en lokal projektorganisation, med ansvar for den lokale implementering. De fem regionale projektledere og projektlederne fra fem deltagende kommunale bosteder samles af MedCom i en projektledergruppe, der har til formål at støtte MedComs nationale projektledelse.

Samarbejdet mellem MedCom, de regionale projektorganisationer og de deltagende kommunale bosteder reguleres i forpligtende samarbejdsaftaler, der fastlægger de deltagende parter gensidige forpligtelser.

Proces for implementering

Projektet gennemføres fra og med sidste kvartal af 2012 til udgangen af 2014 og indeholder følgende faser:

1. *Projektinitiering:* Projektet og projektorganisationen etableres, og der indgås samarbejdsaftaler med regionerne om deltagelsen i projektet
Tidspunkt: 1. oktober 2012-31. december 2012
2. *Spydspidsafprøvning:* Hver region gennemfører spydspidsafprøvning vedr. telepsykiatrisk samarbejde mellem en psykiatrisk afdeling og distriktskykiatrisk enhed
Tidspunkt: 1. januar 2013-30. september 2013
3. *Erfaringsopsamling:* Der opsamles erfaringer fra de 5 spydspidsafprøvnings og foretages de nødvendige justeringer af konceptet
Tidspunkt: 30. juni 2013-31. december 2013
4. *Udbredelse:* Alle 5 regioner udbreder telepsykiatrisk samarbejde mellem psykiatriske afdelinger og distriktskykiatriske enheder
Tidspunkt: 1. januar 2014-31. december 2014
5. *Samarbejdsaftaler med bosteder:* Der identificeres og indgås samarbejdsaftaler med ét kommunalt bosted pr. region
Tidspunkt: 1. april-30. juni 2013
6. *Teknisk klargøring:* Der installeres videokonference udstyr i de 5 deltagende kommunale bosteder og det tekniske setup aftestes i forhold til den nationale videoinfrastruktur
Tidspunkt: 1. juli 2013-31. december 2013
7. *Undervisning:* Der uddannes superbrugere på de 5 deltagende kommunale bosteder
Tidspunkt: 1. oktober 2013-31. december 2013
8. *Pilotafprøvning:* Der gennemføres pilotafprøvning af telepsykiatrisk samarbejde mellem psykiatriske afdelinger og 5 kommunale bosteder
Tidspunkt: 1. oktober 2013-30. september 2014
9. *Evaluering:* Der foretages evaluering af pilotafprøvning og rapportering af resultaterne af den nationale udbredelsesindsats
Tidspunkt: 1. juli 2014-31. december 2014.

Initiativ 5: Demonstration af internetpsykiatri

Begrundelse for valg

Der er flere årsager til, at projektet vedr. internetpsykiatri er valgt til at indgå i den telemedicinske handlingsplan.

Udgifterne til behandlingen af patienter med let til moderat depression er steget markant i regionerne på blot få år. Samtidig er der mangel på speciallæger i psykiatrien, og det er forventningen, at manglen bliver større i de kommende år. Det er derfor oplagt at se på alternative behandlingsmuligheder, der kan øge behandlingskapaciteten med de samme ressourcer.

Der er gode udenlandske erfaringer med internetpsykiatri, og foreløbige resultater viser evidens for, at den internetbaserede terapi er lige så effektiv som terapeutbaseret adfærdsterapi.

Ved brug af internetpsykiatri er behandlingskapaciteten op til fire gange større end ved konventionel behandling. Samtidig viser erfaringer, at den internetbaserede behandlingsform når en gruppe af patienter, der ellers ikke ville få behandling eller alternativt kommer for sent i behandling.

Teknologien er moden og klar til at blive taget i brug, og der er ikke store udgifter forbundet hverken med udvikling eller drift af den tekniske brugerflade, som skal anvendes til internetpsykiatri.

Målsætning med initiativet

Formålet med demonstrationsprojektet er at afprøve brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling på patienter med let til moderat grad af depression. Den internetbaserede behandling muliggør, at patienten ikke er afhængig af at befinde sig i fysisk nærhed af behandlingsstedet, og behandlingen er endvidere tidsuafhængig. Det skaber en stor fleksibilitet til fordel for både patienter og behandlere.

Erfaringer fra udlandet viser, at den internetbaserede behandling kan nå en gruppe af patienter, der ellers ikke henvender sig til praktiserende læge og indgår i et behandlingsforløb. Der findes ingen præcise tal for hvor mange patienter, der lider af depression, men det estimeres at være ca. 250.000. Heraf skønnes det, at 30 pct. slet ikke modtager behandling²⁰.

Initiativet skal således sikre, at behandling når ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb. Samtidig forventes tilbuddet at øge behandlingskapaciteten til målgruppen i kraft af en mere optimal udnyttelse af behandlingsressourcerne. Samlet set vil dette medføre en række samfundsøkonomiske gevinster som fx reducerede udgifter til sygefravær. Sidstnævnte vurderes at være betydelig for gruppen.

Tidlig opsporing har endvidere god effekt på helbredelsen. Chancerne for helbredelse forringes markant, hvis sygdommen opdages og behandles for sent, og behandlingen bliver dermed dyrere og vanskeligere. Samtidig fører psykisk sygdom til et overforbrug af somatiske sundhedsydelser, som kunne være undgået.

Svenske erfaringer med internetpsykiatri (internetpsykiatri.se) viser en markant større behandlingskapacitet, hvor op til fire gange så mange patienter kan behandles for de samme penge sammenlignet med konventionel terapi.

Der er desuden evidens for, at internetbaseret terapi er lige så effektiv som konventionel kognitiv adfærdsterapi. Med et internetpsykiatrisk behandlingstilbud er der således potentielle for bedre udnyttelse af de ressourcer, der i dag anvendes på behandling af let til moderat depression.

²⁰ Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, debatoplæg fra Danske Regioner, marts 2009

Målet med projektet er dels at teste et organisatorisk setup, hvor patienten selv skal tilmelde sig behandlingen og visitationen er videobaseret. Dels er det en afprøvning af et behandlingsmæssigt koncept, der endnu ikke er afprøvet i en dansk kontekst.

Såfremt der opnås positive erfaringer fra demonstrationsprojektet, har initiativet potentiale til at blive udbredt på landsplan.

Beskrivelse af initiativet

Internetpsykiatri – også kaldet internetbaseret adfærdsterapi - er en relativt ny behandlingsform, som blandt andet er implementeret med stor succes i Sverige og England. Den retter sig mod patienter med depression og angst.

Ved internetpsykiatrisk behandling modtager patienter behandling via et elektronisk behandlingsprogram på internettet. Udgangspunktet er, at borgeren selv opsøger og melder sig til behandlingen. Ligeledes er det også en mulighed for almen praksis at henvise patienter til internetbaseret psykiatrisk behandling.

Herefter er forløbet som følger:

- Borgeren gennemfører en til screeningstest, der findes på behandlingstilbuddets hjemmeside i et sikret miljø (evt. indgang via sundhed.dk).
- En speciallæge i psykiatri gennemgår screeningstesten, og borgeren kontaktes med henblik på en forundersøgelse. Målet er, at forundersøgelsen er videobaseret.
- Såfremt patienten lever op til inklusionskriterierne igangsættes den internetbaserede behandling.
- Behandlingen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og varer ca. 10 – 12 uger.
- Patienten støttes undervejs i behandlingen via e-mail.
- Ved gennemført behandlingsforløb afholdes afslutningssamtale.
- Evt. yderligere skriftlig opsamling efter 6 måneder (endnu uafklaret, men vil være hensigtsmæssigt med henblik på vurdering af effekten af behandlingen på længere sigt).
- Medicinsk behandling iværksættes efter behov hos egen læge.

Projektet bliver funderet på psykiatrisk afdeling i Odense, hvor det evt. vil blive etableret i tilknytning til et kommende telepsykiatrisk center.

Projektet vil blive evalueret med særligt fokus på den organisatoriske del, herunder hvordan internetpsykiatri passer ind i en dansk kontekst, visitation og patientflow. Det skal ligeledes evalueres på de kliniske og økonomiske effekter af behandlingen.

Den primære målgruppe for projektet er patienter med let til moderat depression bosiddende i Region Syddanmark og eventuelt patienter fra Region Midtjylland.

De internationale erfaringer viser dog, at det er vanskeligt at afgrænse målgruppen på lidelsens sværhedsgrad. Patienter med moderat til svær depression udelukkes derfor ikke som udgangspunkt fra behandlingen, men er sekundær målgruppe i projektet.

Økonomi og gevinster

Målgruppen behandles i dag typisk hos enten praktiserende læge eller praktiserende psykologer. Den største forventede ressourcebesparelse ligger derfor hos de praktiserende læger og i form af reduceret medfinansiering af psykologbehandling. Der forventes omvendt et øget ressourceforbrug i den regionale behandlingspsykiatri, der varetager den internetbaserede behandling. Medfinansiering af psykologbehandling har indtil nu kun omfattet aldersgruppen 18-37 år med let til moderat depression. Der er i SATS-puljeaftalen for sundhedsområdet i 2012-2015 aftalt, at ordningen evalueres, og aldersgrænsen ophæves, hvorved udgifter til medfinansiering af psykologbehandling forventes at stige.

Besparelsen i den primære sundhedssektor (praktiserende læger, offentligt tilskud til psykologer) forventes at overstige merudgiften i behandlingspsykiatrien ved behandlingen. Dermed vil der være en samfundsøkonomisk nettogevinst ved gennemførelse af projektet, når man ser alene på ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet.

Yderligere er der en forventning om en samfundsøkonomisk gevinst ved at nå en gruppe patienter, der i dag ikke modtager behandling eller kommer senere i behandling end hvad der er hensigtsmæssigt for sygdommens udvikling. Det kan betyde, at en større gruppe borgere vil kunne sikres kortere sygemeldinger og tidligere tilbagevenden eller fastholdelse på arbejdsmarkedet.

En væsentligt samfundsøkonomisk gevinst ved at få flere behandlet er således, at det reducerer udgifter andre steder i samfundet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø udarbejdede i 2010 "Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde".

Her anslås det, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark årligt er 55 mia. kroner. De direkte omkostninger til behandling udgør kun godt 10 pct. Omkostningerne består derudover af udgifter til førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet. Hertil kommer, at mentale helbredsproblemer har betydelige personlige konsekvenser i form af nedsat livskvalitet og nedsat funktions- og arbejdsevne. En af anbefalingerne er tidlig opsporing og behandling, og internetpsykiatri kan understøtte dette.

Målgruppen for demonstrationsprojektet er personer, der selv har tilmeldt sig forløbet, og det må antages, at gruppen dermed er højt motiveret for behandling. Det vil formentlig give en lavere frafaldsprocent i behandlingsperioden.

Den eksisterende ordning på psykiatriområdet (mangler afklaring af om der er ændringer fra 2011-2012) med mulighed for henvisning med tilskud af personer med let til moderat depression til behandling hos praktiserende psykologer er meget omkostningstung for regionerne. Såfremt internetpsykiatri kan reducere udgifterne til behandling af let til moderat depression marginalt, er der en stor økonomisk gevinst for regionerne.

Antallet af patienter med let til moderat depression er stigende. De nyeste tal fra Region Syddanmark viser en stigning i antallet af patienter i perioden 2009-2011 fra 4.907 til 6.452 patienter, som har fået henvisning fra egen læge til psykologbehandling. Det har medført en stigning i udgifterne på tre mio. kr. pr. år i samme periode. De regionale udgifter til behandling af patientgruppen i Region Syddanmark var i 2011 på 17,5 mio. kr. Patienternes

egenfinansiering estimeres til at udgøre 26,3 mio. kr., og således har den samlede samfundsøkonomiske udgift til psykologbehandling været 43,8 mio. kr.

I Sverige er der gennem en årrække høstet erfaringer med internetbaseret psykiatri. Ifølge de svenske erfaringer kan en behandler klare op til fire gange så mange patienter via internetbaseret behandling sammenlignet med den vanlige behandling.

De samlede omkostninger i projekt er 5,0 mio. kr., *jf. tabel 6.*

Tabel 6				
Udgiftsoverslag, 2012-niveau (mio. kr.).				
	2012	2013	2014	I alt
Systemomkostninger inkl. vedligehold	0,2	1,4	0,2	1,8
Driftsomkostninger	0,2	1,4	1,1	2,7
Evaluerings	-	-	0,5	0,5
Samlet omkostning	0,4	2,8	1,8	5,0

Tabel 7 viser de estimerede udgifter og gevinster i projektet. Der er breakeven i år 5. Der er ikke indregnet afledte gevinster som fx besparelser på overførselsindkomster og dagpenge.

Tabel 7					
Projektbalance internetpsykiatri (mio. kr.)					
	2012	2013	2014	2015	2016
Estimerede gevinster	0	0,8	1,7	1,9	1,9
Estimerede udgifter	0,4	2,8	1,8	0	0
Nettoprovenu	-0,4	-2,0	-0,1	1,9	1,9
Summeret økonomisk balance	-0,4	-2,4	-2,5	-0,6	1,3

Projektets samlede projektomkostninger på 5,0 mio. kr. finansieres af Fonden for Velfærdsteknologi.

Organisering

Projektet er organiseret i regi af Danske Regioner som et tværregionalt demonstrationsprojekt til etablering af yderligere erfaringer med internetbaseret psykiatrisk behandling.

Region Syddanmark er projektejer og har ansvar for projektgennemførelse og evaluering. Det er under overvejelse at samarbejde med Region Midtjylland, så også patienter fra Region Midtjylland kan deltage i projektet.

I forbindelse med udvikling og driften af projektet etableres en tværregional styregruppe.

Projektet rapporterer til Fonden for Velfærdsteknologi og afrapporterer fremdrift og resultater i henhold til fondens rammer for udmøntning af tilskud.

Proces for implementering

Procesplan for initiativet fremgår af *tabel 8*.

Tabel 8	
Projektplan for internetbaseret psykiatri	
Dato	Aktivitet
Primo juni 2012	Frist for fremsendelse af ansøgning til Fonden for Velfærdsteknologi
August-september 2012	Endelig ansøgning til Fonden for Velfærdsteknologi
Oktober 2012	Godkendelse af ansøgning
November 2012 – juni 2013	Udviklingsfase: Udarbejdelse af teknisk brugerflade, og fagligt behandlingsmæssigt indhold.
Juli 2013 – juli 2014	Driftsfase
Juli 2013 – oktober 2014	Indsamling af data og evaluering af projekt
Juli 2014 - oktober 2014	Evt. overgang til ordinær drift og national udbredelse

Ovenstående tidsplan er foreløbig. Blandt andet afhænger tidspunktet for igangsættelse af udviklingsfase af den endelige godkendelse af ansøgningen for demonstrationsprojektet. Ligeledes afhænger tidsplanen af, om der i udviklingsfasen skal etableres en teknisk brugerflade, eller der kan tages udgangspunkt i en eksisterende brugerflade.

Bilag 1: Samlet tidsplan

Tabel 9

Tidsplan for enkeltinitiativerne i handlingsplanen

Initiativ	Navn	Startdato	Slutdato
Initiativ 1	Klinisk integreret hjemmemonitorering	1. april 2012	1. april 2014
	Hjemmemonitorering af KOL-patienter i Region Nordjylland		
Initiativ 2	Nordjylland	1. juni 2011	1. december 2014
	National implementering af telemedicinsk sårvurdering		
Initiativ 3	sårvurdering	1. september 2012	31. august 2015
Initiativ 4	Demonstration og udbredelse af telepsykiatri	1. oktober 2012	31. december 2014
Initiativ 5	Demonstration af internetpsykiatri	1. august 2012	31. oktober 2014

Bilag 2: Samlet oversigt over fordeling af finansiering og potentiale

Tabel 10			
Oversigt over fordeling af handlingsplanens finansiering (ekskl. egenfinansiering) og potentiale			
Initiativtitel	Projektejer	Finansieringsbidrag fra handlingsplanen, mio. kr. (samlet udgift i parentes)	Estimeret potentielle årligt potentiale efter indfasning
Klinisk integreret hjemmemonitorering	Region Hovedstaden/Midt	33,4 (82,7 ²¹)	38 årsværk
Hjemmemonitorering af KOL-patienter i Region Nordjylland	Region Nordjylland	11,0 (53,4 ²²)	72 årsværk
Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling	Medcom	30,0 (30,0 ²³)	Ca. 600 værk ²⁴ /330 mio. kr.
Demonstration og udbredelse af telepsykiatri	Medcom	1,4 (1,4)	1 årsværk
Demonstration af internetpsykiatri	Region Syddanmark	5,0 (5,0)	4 årsværk

²¹ Projekt- og driftsudgifter i hele projektperioden

²² Projekt- og driftsudgifter i hele projektperioden

²³ Den samlede projektkomkostning kvalificeres i initiativets første fase

²⁴ Ved gennemsnitlig årsløn på 500.000 kr.