

ProjektinitieringsDokument - PID

PID for	Titel
Styregruppeformand	Ivan kjær Lauridsen
Projektleder	Mette Halkier Laurien
Version	1.0
Versionsbeskrivelse, dvs. hvad omfatter seneste opdatering	
Dato/godkendt	

Aarhus Kommune

Sundhed og Omsorg

Velfærdsteknologisk Enhed
Skovvangsvej 97
8200 Aarhus N

Mette Halkier Laurien

Telefon: 29 20 99 01

E-post: mhal@aarhus.dk

Indhold

ProjektinitieringsDokument - PID	1
ProjektInitieringsDokumentationens statiske del.....	3
1. Projektdefinition.....	3
1.1. Baggrund og formål	3
1.2. Mål og resultater.....	4
1.3. Afgrænsning	5
1.4. Sammenhæng med andre projekter/initiativer	5
2. Fremgangsmåde	5
3. Styring af projektet	5
ProjektInitieringsDokumentationens dynamiske del.....	6
4. Projektorganisering	6
4.1. Projektorganisation	6
4.2. Roller og ansvar	6
5. Kommunikation.....	6
5.1. Interessenter	6
5.2. Kommunikationsplan	7
6. Projektplan.....	7
6.1. Forudsætninger og antagelser	7
6.2. Produktbeskrivelse	7
6.3. Tidsplan	7
6.4. Budget	8
6.5. Tolerancer	8
7. Business Case.....	8

ProjektInitieringsDokumentationens statiske del

1. Projektdefinition

1.1. Baggrund og formål

Overordnet er målet med projektet at afprøve ændringen af ambulante behandlings-forløb hvor fysisk fremmøde erstattes af telemedicinske konsultationer.

Herunder afprøves den telemedicinske løsnings evne til at:

1. understøtte behandlingsforløb på tværs af sektorer ud fra forløbsprogrammer
2. understøtte patienters aktive inddragelse i eget behandlingsforløb
3. vurdere den kliniske sikkerhed ved patientmålte data til monitorering og justering af behandling i hjemmet

Mulige fordele ved en telemedicinsk løsning:

Sundhedsvæsenets effektivitet kan øges ved at øge antallet af selvhjulpne patienter. Det kan blandt andet ske ved hjælp af telemedicinsk hjemmemonitorering, hvorved antallet af ambulante besøg og sygehusindlæggelser kan reduceres, og patienten i højere grad tager aktivt del i eget behandlingsforløb – patient empowerment (bedre forberedte patienter med styrket egenomsorg).

Telemedicinsk understøttelse af det kliniske arbejde har potentiale til at forbedre sammenhæng i patientforløb, herunder i samarbejdet på tværs af sektorer. Ved at skabe indblik i og overblik over patientens sygdomsforløb kan der spares ressourcer, og potentielt opnås øget behandlingseffekt. Det sundhedsfaglige personale i de forskellige sektorer opnår en fælles koordinering af patientforløb, som effektiviserer en lang række processer til glæde for såvel patienten som personalet og med positiv effekt for samfundsøkonomien.

Mange ambulante kontrolforløb defineres med forud fastlagte intervaller, der ikke nødvendigvis tilgodeser patientens aktuelle behov, og der foretages ikke kliniske målinger mellem ambulatoriebesøg (ingen behandlingsovervågning). Rutinekontroller har ikke nødvendigvis den tiltænkte kliniske værdi og bidrager ikke altid til patienttilfredshed

eller meningsfulde arbejdsprocedurer for det sundhedsfaglige personale. Patienter med diabetes møder således regelmæssigt op til passiv måling og vurdering i hospitalsambulatorium i stedet for at blive inddraget i monitorering, planlægning og justering af eget behandlingsforløb.

Det sundhedsfaglige personale og patienter bruger uforholdsmæssig megen administrativ tid på koordinering mellem sektorer og mellem hospital og patient. Dette skyldes ofte manglende overblik og forkerte, manglende og/eller uklare data vedr. fx prøvesvar. De ressourcestærke patienter ønsker et mere fleksibelt sundhedsvæsen, der gør det lettere at få dagligdagen med sygdom, arbejde og familieliv til at hænge bedre sammen.

Med en velfungerende telemedicinsk løsning kan patienten potentielt via e-journal følge op på sin behandlingsplan, registrere data, finde informationsmateriale om sin sygdom og booke/ombooke aftaler, ligesom klinikerne har mulighed for at få overblik over patientens plan og adgang til at booke ydelser og tider.

Specifikke fordele for de enkelte patientgrupper er desuden nævnt nedenfor.

Patientkategorier i projektet:

Gruppe 1- Ambulante selvhjulpne patienter:

Befinder sig i hjemmet eller er erhvervsaktive og ses aktuelt ambulant på hospitalet. De telemedicinske løsninger muliggør monitorering af kliniske værdier som grundlag for konsultationer via skærm fra hjem eller arbejdsplads.

Gruppe 2 - Ambulante patienter med behov for personlig støtte:

Behov for intensiveret støtte og specialiseret behandling fra hospital for at undgå uhensigtsmæssige forløb og mulige indlæggelser. Ved telemedicinsk monitorering og støtte til behandling i hjemmet gøres patienten mere tryk, og unødvendige ambulante besøg og indlæggelser kan undgås.

Gruppe 3- Udlagte patienter

Mulighed for indlæggelse i eget hjem med telemedicinsk monitorering og evt. videokonsultationer under hele eller dele af behandlingsforløbet. Andre kan udskrives tidligere til overvågning i eget hjem.

1.2. Mål og resultater

Sundhedsvæsnets effektivitet kan øges ved at øge antallet af selvhjulpne patienter. Det kan blandt andet ske ved hjælp af telemedicin-

ske løsninger så som hjemmemonitorering og videokonsultationer, hvorved antallet af ambulante besøg og sygehusindlæggelser reduceres eller undgås, og patienten i højere grad tager aktivt del i eget behandlingsforløb - patient empowerment (bedre forberedte patienter med styrket egenomsorg).

Potentielle fordele ved den telemedicinske løsning:

Høj kvalitet af hjemmemålte data (alle målinger registreres og kan præsenteres tydeligt)

Hjemmemålte data kan samles i en "kroniker-database"

Halvering i antallet af fremmøde-kontroller

Patienten sparer tid og transport

Den sundhedsfaglige kvalitet er uændret eller højere, med mulighed for fremmøde-konsultation ved behov.

1.3. Afgrænsning

For in- og eksklusionskriterier henvises til projektbeskrivelsen for KIH diabetes.

Deltagere udvælges fra Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA), se neden for.

1.4. Sammenhæng med andre projekter / initiativer

Telemedicinsk sårpleje.

Telemedicinsk projekt insulinruter i område Syd, hvor 25 borgere inddrages.

Tunstall projekt på Vikærgården

E-MEDLink projekt i område Viby-Højbjerg og Marselisborg

2. Fremgangsmåde

MEA, Aarhus Universitetshospital, v/ Troels Krarup Hansen er overordnet projektleder og leder dermed projektet. MEA udvælger patienter, hvilket betyder, at vi ikke har indflydelse på i hvilket område patienterne kommer. Der kan dermed komme mange i eet område og ingen i et andet område.

3. Styring af projektet

Projektet ledes i samarbejde med MEA. Der afholdes projektgruppemøder hver anden måned. Aarhus Kommune er selv opmærksom på behovet for kommunikation med henblik på fremdrift af projektet.

Derudover er der nedsat et forretningsudvalg, der holder møder hver anden måned.

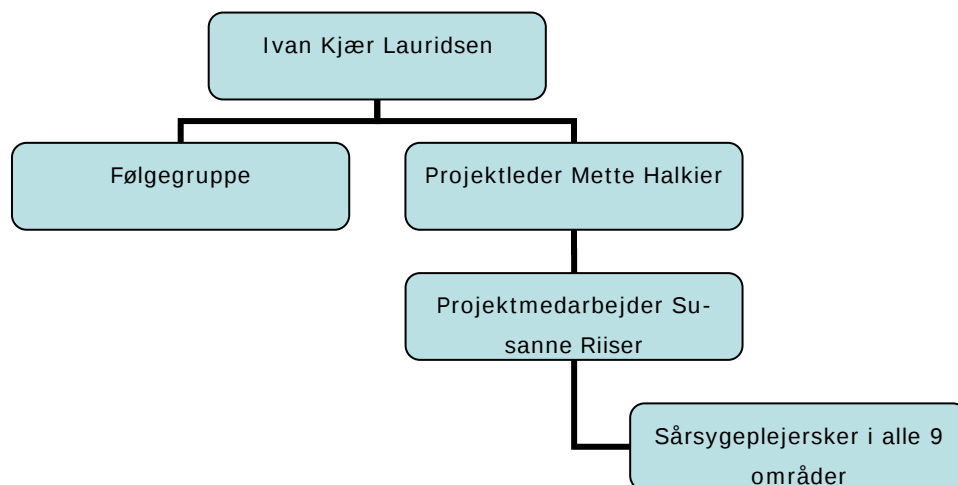
ProjektInitieringsDokumentationens dynamiske del

4. Projektorganisering

4.1. Projektorganisation

Overordnet projektorganisering se KIH hjemmeside

<http://www.medcom.dk/dwn5850>



4.2. Roller og ansvar

Se ovenfor.

5. Kommunikation

5.1. Interessenter

Borger med diabetes

Sygeplejersker

Ledere af Sundhedsenheder

Hjemmeplejen privat/kommunal

Egen læge

MEA

Socialstyrelsen (dataindsamling og evaluering)

5.2. Kommunikationsplan

Kommunens journalist samarbejder med regionens kommunikationsmedarbejder om kommunikation vedrørende projektet.

Regionens hjemmeside

Vital

MSO-App

6. Projektplan

6.1. Forudsætninger og antagelser

Netværksdækning skal være sikker

Sygeplejersker skal være trygge ved teknologien

Borgere skal være trygge ved teknologien

Tilstrækkelig information og kommunikation fra MEA.

6.2. Produktbeskrivelse

Socialstyrelsen laver evaluering af kommunens arbejdsgange

6.3. Tidsplan

Fase 1: Februar 2013 – juli 2013

Førmåling

Teknologiudvikling

Workshop afholdes med sygeplejersker og projektleder MEA samt Socialstyrelsen

Fase 2: august 2013 – september 2013

Undervisning af sygeplejersker

De sidste afprøvninger og klargøringer af tablets foregår på MEA

Kommunikation internt via MSO app og portal

Fase 3: september 2013 – august 2014

Drift

Opdatering af hjemmeside

Fase 4: juli - september 2014

Slutmåling

Evaluering

6.4. Budget

Samlet budget ved projektstart	2012	2013	2014	Total
Direkte udgifter				
Løn til eget personale	34.000	400.000	250.000	684.000
Teknologi	11.000	289.000		300.000
Andre varer og materialer		150.000		150.000
Tjenesteydelser (fx konsulenter)		100.000		100.000
Kursusaktiviteter	20.000	80.000		100.000
Rejser, befordring og kørsel	800	1.500	1.000	3.300
Revision			10.000	10.000
Andet	500	4.000	2.000	6.500
Direkte udgifter i alt	66.300	1.024.500	263.000	1.353.800
Indirekte udgifter				
Fællesudgifter (max 20 pct. af de direkte løn udgifter)	6.800	80.000	50.000	136.800
Udgifter i alt	73.100	1.104.500	313.000	1.490.600
Indtægter				
Evt. tilskud fra andre tilskudsgivere				0
Evt. indtægter i projektet				0
Egenfinansiering, direkte tilskud				0
Egenfinansiering, indirekte tilskud (Af fællesudgifter)				0
Indtægter i alt	0	0	0	0
Udgifter - indtægter (= ansøgt tilskud fra ABT-fonden)	73.100	1.104.500	313.000	1.490.600

6.5. Tolerancer

Tidsplanen er af flere omgange udskudt. Det ligger uden for Aarhus Kommunes hænder at styre tiden og dermed fastlægge tidstolerancer.

7. Business Case

Ikke relevant på nuværende tidspunkt.