

Redegørelse for implementeringen af den Telemedicinsk
hjemmemonitorering for borgere med KOL (TeleKOL midt) i
periode 2016 til primo 2021

Indhold

Baggrund for redegørelsen	3
Indledning	3
Organisering af TeleKOL projektet	4
Formål	4
Målgruppe	4
Det telemedicinske tilbud i Midtjylland	4
Digital forløbsplan	4
Information og vejledning	5
Telemedicinsk hjemmemonitorering	5
Governancestruktur i Landsdelsprogram Midt	6
Overblik over udvalgte beslutningsprocesser	7
Overordnet politisk beslutningsproces	7
Fælles administrative beslutningsprocesser	8
Monitorering i vagttid	10
Økonomi	12
Økonomiaftalerne	12
Beslutningsproces for økonomien	13
Årlige budgetvejledninger	13
Investeringsomkostninger	14
Implementeringsomkostninger	14
Driftsudgifter	14
Samlet for alle fire år	15
Usikkerheder omkring fastsættelse af det samlede budget	15
Fordelingsnøgler	15
Allerede afholdte omkostninger	16
Opsamling	17
Bilag	18
Bilag 1. Sagsbehandlingen i SKU	18
Bilag 2. Sagsbehandlingen i SSG	24
Bilag 3. Sagsbehandlingen vedr. etablering af hjemmemonitoreringsfunktion	36
Bilag 4. Sagsbehandling i DKS og KOSU	47
Bilag 5. Budgetvejledning for 2021	50
Bilag 6. Governancestruktur for TeleKOL projektet.	61

Baggrund for redegørelsen

Sundhedsstyrelsen (SSG) besluttede på møde den 14. januar 2021, efter ønske fra DKS (Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe), at der skal udarbejdes en redegørelse. Redegørelsen skal beskrive forløbet og beslutningsprocessen omkring TeleKOL (historik, økonomi, beslutninger, ambitioner mm.) og dermed bidrage til at give et overblik over TeleKOL-projektet.

I denne redegørelse beskrives forløbet og beslutningsprocessen for TeleKOL i perioden 2016 - marts 2021. Redegørelsen beskriver dels forløbet af den politiske og administrative beslutningsproces og dels beslutningsprocessen for økonomien. Der er derudover en særskilt beskrivelse af beslutningen om etablering af monitorering i vagttid. Redegørelsen indledes med en kort beskrivelse af udgangspunktet (økonomaftalen i 2016), målgruppe, opgave, formålet med TeleKOL og den governancestruktur, som danner rammen for udvikling og implementering af det telemedicinske tilbud om hjemmemonitorering for borgere med KOL i Midtjylland.

Indledning

Med økonomaftalen (ØA) for 2016 har kommunerne og regionerne forpligtet sig til at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til alle relevante borgere med KOL (TeleKOL). Det overordnede ansvar for den nationale udbredelse varetages af den nationale Porteføljestyregruppe, der betjenes af Sundhedsdatastyrelsen.

I forbindelse med ØA 2018 blev aftalen fra 2016 suppleret med en aftale om finansiering af en generisk telemedicinsk infrastruktur og en medarbejderrettet løsning. Beslutninger vedrørende den telemedicinske infrastruktur og den telemedicinske løsning træffes af parterne bag Økonomaftalen og ligger således uden for de beslutninger der kan træffes lokalt i Midtjylland. Parterne har nedsat en særskilt styregruppe Fælles Udbud og udvikling af Telemedicin (FUT) til at varetage anskaffelse og udvikling af de tekniske løsninger.

Organisering af TeleKOL projektet

Formål

Det samlede telemedicinske tilbud til borgere med KOL skal medvirke til, at

- borgere med KOL (Kronisk obstruktiv lungesygdom) oplever øget mestring, handlekompetence, tryghed og livskvalitet i livet med KOL,
- styrke samarbejdet mellem de sundhedsfaglige i kommuner, på hospitaler og i almen praksis om at levere de telemedicinske tilbud,
- fremme fleksibilitet og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af sektorer og styrke det nære sundhedsvæsens rolle,
- reducere indlæggelser og ambulatoriebesøg
- tilbyde fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Målgruppe

Målgruppen for det telemedicinske tilbud er todelt i Landsdelsprogram Midtjylland.

- Alle borgere diagnosticeret med KOL er i målgruppen for Information og vejledning samt Digital forløbsguide.
- Borgere med svær KOL, der ofte oplever forværringer, herunder akutte forværringer er i målgruppen for telemedicinsk hjemmemonitorering. Det estimeres, at der løbende vil være ca. 1.250 borgere med KOL i telemedicinsk hjemmemonitorering i Region Midtjylland, hvilket svarer til ca. halvdelen af borgerne i målgruppen.

Det telemedicinske tilbud i Midtjylland

SSG har godkendt at det telemedicinske tilbud til borgere med KOL i Midtjylland omfatter seks kategorier, som med fordel kan leveres med digital understøttelse. Tilbuddene stratificeres efter behov i forhold til den enkelte borger og skal ses som en palet af digitale ydelser, som borgere med KOL kan tilbydes afhængigt af graden af deres sygdom, individuelle behov og lokale tilbud.

Tre af ydelserne: individuel digital forløbsplan, information og vejledning samt telemedicinsk hjemmemonitorering, etableres som ensartede tilbud i det midtjyske landsdelsprogram. De tre resterende ydelser: teletræning, digital rehabilitering og psykosocial støtte kan tilbydes som lokale tilbud i kommunerne.

Digital forløbsplan

SSG samt relevante regionale og kommunale fora har godkendt at der, hvis der kan findes finansiering uden for programmet, skal udvikles en fælles digital forløbsplan til borgere med KOL. Forløbsplanen skal hjælpe borgere, pårørende og sundhedsfaglige til et fælles overblik over borgerens forløb og tilbud og bygges som en fælles visning af fx de digitale forløbsplaner i Almen Praksis og nationale tiltag som Et samlet Patientoverblik, FMK (Fælles medicin kort) og Laboratoriedata.

I 2020 er der bevilliget 2,4 mio. kr. fra Regionsrådet i Region Midtjylland til udvikling af løsningen under forudsætning af at kommunerne medfinansierer 0,458 mio. kr. som arbejdstimer. Endvidere er der bevilliget 2,15 mio. kr. fra Sundheds- og Ældreministeriet til udvikling af løsningen, der har fået navnet: Samblik til KOL. Samblik KOL udvikles i tæt samarbejde med Samblik Diabetes, et

projekt i Steno Diabetes Center Aarhus og med involvering af to af de øvrige landsdelsprogrammer med henblik på udbredelse i hele landet.

Information og vejledning

Til at understøtte digital information og vejledning til borgere og pårørende blev det godkendt at benytte Helbredsprofilen, der er en platform udviklet i Region Sjælland. De indledende forhandlinger med Region Sjælland om brugsret til platformen blev afsluttet i 2019, da det mellem regionerne og Sundhed.dk nationalt blev besluttet at Helbredsprofilen skulle videreudvikles med sammenhæng til Sundhed.dk og tilbydes nationalt.

Telemedicinsk hjemmemonitorering

I hver af de fem sundhedsaftale-klynger i Midtjylland etableres en rådgivnings- og monitoreringsenhed i et samarbejde mellem hospitalet og kommunerne i klyngen.

Borgere tilknyttet TeleKOL besvarer et spørgeskema om deres symptomer og velbefindende sammen med målinger af vægt, iltmætning og evt. lungefunktion mindst én gang om ugen eller efter aftale med den behandlingsansvarlige læge. Herudover kan personalet ved monitoreringsenheden bede borgeren om at indsende ekstra målinger, hvis de skønner, der er behov for dette. Endelig kan borgeren selv indsende akutte målinger ved pludselige forværringer. De faste målinger indsendes altid i dagtid og ekstra målinger kan ligge både i dagtid og vagttid. Personalet ved monitoreringsenheden bliver adviseret om indkomne målinger, og følger løbende op på disse. De løbende vurderinger af borgerens besvarelser og målinger har til hensigt at styrke indsatsen for at forebygge eksacerbationer (en akut forværring af patientens respiratoriske symptomer) hos borgere med KOL.

Monitoreringsenheden bemandes med specialiserede KOL-sygeplejersker, der har mulighed for, ved behov, at kontakte hospitalslæger med speciale i lungemedicin. Monitoreringsenhederne har ansvaret for løbende at følge op på de data, borgerne indrapporterer og iværksætte relevante tiltag i samarbejde med f.eks. kommunal sygepleje og akutsygepleje. Herudover yder de også rådgivning vedr. KOL til både borgere og sundhedspersonale døgnet rundt.

Den enkelte Klyngestyregruppe har på baggrund af indstillinger fra deres implementeringsgrupper besluttet organiseringen af monitoreringsfunktionen i dagtid. I dagtid har man i Aarhus klyngen valgt at det er en fællesfunktion mellem AUH (Aarhus Universitetshospital) og Aarhus Kommune der står for monitoreringen, mens man i de resterende 4 klynger har lagt funktionen hos det lokale hospital.

Data fra 2016 viste at borgere med KOL udgjorde en forholdsvis stor andel henvendelser til vagtlægen og af de akut ambulante¹ forløb på hospitalerne. For at kunne aflaste vagtlægeordningen og reducere antal af akut ambulante forløb, blev det besluttet at Midtjylland, i en periode på 2 år, også skulle tilbyde telemedicinsk monitorering og rådgivning i vagttid. Monitorerings- og rådgivningsfunktionen varetages i vagttid (dvs. aften/nat, samt weekender/helligdage) af én fælles vagtfunktion.

Monitorering og rådgivning i vagttid skal løbende evalueres med henblik på op- eller nedskalering af tilbuddet og efter maksimum to års drift afsluttes den samlede evaluering, som fremlægges for SSG med henblik på beslutning om videreførelse af vagttidsordningen i drift.

Behandlingsansvaret for borgere, der indgår i TeleKOL, varetages af hospitalerne.

¹ patienter der bliver behandlet på akutmodtagelser uden en efterfølgende indlæggelse på lungemedicinsk afdeling

Governancestruktur i Landsdelsprogram Midt²

Der er nedsat en tværsektoriel programstyregruppe, der har det overordnede ansvar for udbredelsen af TeleKOL i den midtjyske landsdel. Programstyregruppen har delt formandskab og medlemmer er udpeget af henholdsvis kommunerne og Region Midtjylland. Programstyregruppen refererer til Sundhedsstyregruppen.

Programstyregruppen sekretariatsbetjenes af et tværsektorielt programsekretariat, som ligeledes udfører den daglige drift af projektet. Som en del af implementeringen er der etableret fire arbejdsgrupper/spor, som støtter programstyregruppen med faglig viden og fagspecifikke anbefalinger. De fire spor er,

- Økonomi og jura
- Teknik og IT
- Sundhedsfagligt spor
- Uddannelse og kompetenceudvikling

Arbejdsgrupperne sekretariatsbetjenes af programsekretariatet, som ligeledes understøtter implementeringsgruppernes arbejde via f.eks. netværksmøder og information.

Sekretariatet samarbejder derudover med sekretariaterne i de øvrige landsdele og FUT-organisationen.

Det lokale samarbejde på sundhedsområdet er i Region Midtjylland organiseret i fem klynger, der bl.a. varetager udmøntning af sundhedsaftaler. Klyngerne har en central opgave i implementeringen af tværsektorielle initiativer på sundhedsområdet.

De lokale tovholdere og implementeringsgrupper, som er nedsat af klyngestyregrupperne, er ansvarlige for at planlægge og implementere telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, såvel teknisk som organisatorisk, i den enkelte klynge. Implementeringsgrupperne består af repræsentanter fra hospital, kommuner og almen praksis.

Som en del af det nationale udbredelsesprojekt skal der etableres lokale løsninger til service- og logistikfunktioner. Den opgave er i Midtjylland placeret i Fælles Servicecenter for Telesundhed.

Beslutninger, orienteringer og ændringer gennem projektforløbet er løbende formidlet af programstyregruppen eller programsekretariatet til de lokale tovholdere og implementeringsnetværket. Tovholdere har haft ansvaret for formidlingen af projektet til klyngestyregrupperne.

² Se bilag for en grafisk fremstilling af governancestrukturen i bilag 6

Overblik over udvalgte beslutningsprocesser

TeleKOL projektet er på overordnet politisk niveau dagsordensat på møder i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) og er forankret i Sundhedsstyregruppen (SSG). Beslutninger om TeleKOL projektet fra henholdsvis SKU og SSG har herudover løbende været behandlet i diverse fora f.eks. kommunalt i regi af Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS), kommunaldirektørnetværket KD-Net. For at skabe et overblik over, hvordan TeleKOL projektet er blevet drøftet i udvalg og fora, opstilles herunder tidslinjer på politisk niveau og på administrativt niveau. Tidslinjerne viser sagsbehandlingen i de udvalg og fora, som går på tværs af region og kommuner og fora der er fælles for kommunerne.

Derudover er beslutningsprocessen vedr. monitoreringsopgaven i vagttid ligeledes præsenteret, idet DKS (Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe) har ønsket at dette også belyses i redegørelsen.

I ønsket fra DKS om en redegørelse, var belysningen af beslutningsprocessen for monitorering i vagttid et kerneemne. Derfor præsenteres sagsgangen der førte til en beslutning om monitoreringen i vagttid.

Redegørelsen fokuserer på 3 områder:

- Politisk behandling af projektet (SKU)
- Administrativ behandling af projektet
- Beslutningsprocessen for monitoreringsopgaven i vagttid

Overordnet er der tale om et projekt der er drøftet mangefold i diverse grupper og udvalg med jævne mellemrum og på flere sager.

Derudover har beslutninger om monitorerings- og rådgivningsfunktionen i dagtid og dertilhørende samarbejdsaftaler i TeleKOL-projektet været behandlet i de fem Klyngestyregrupper.

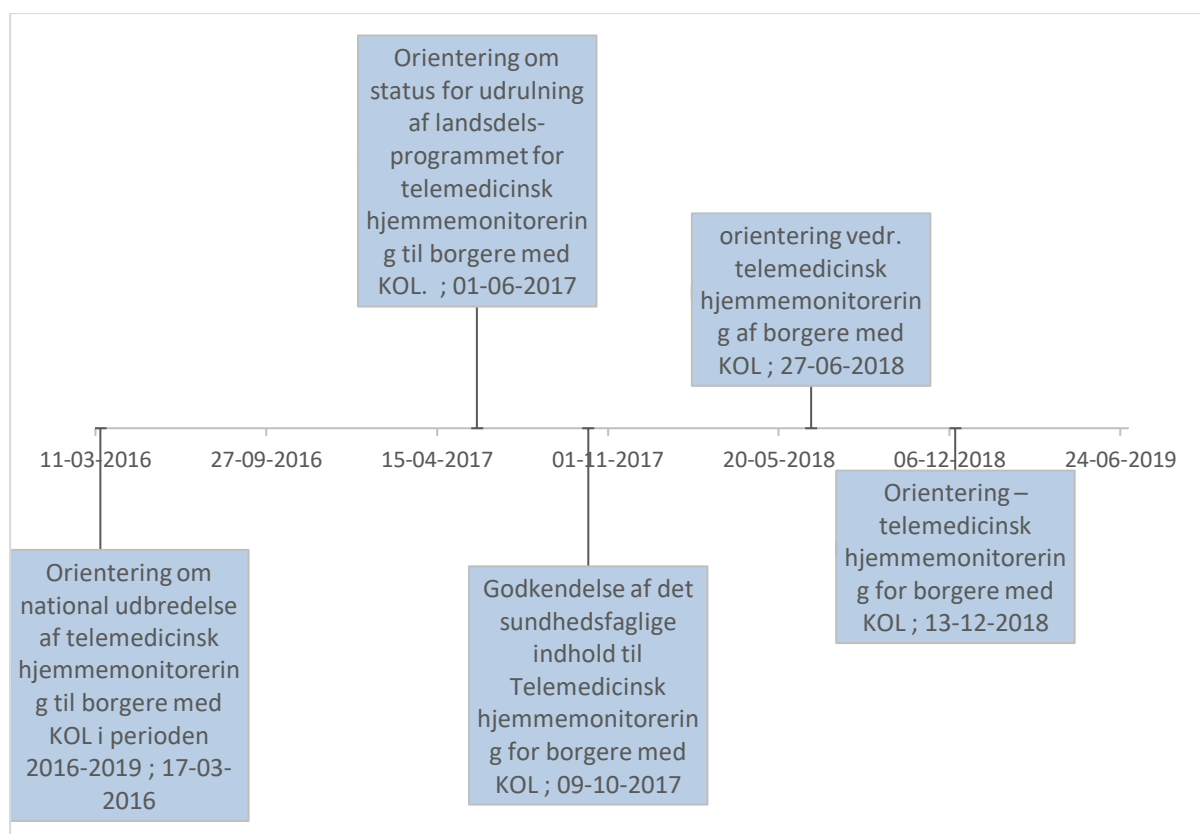
Lokale regionale og kommunale beslutningsprocesser er ikke belyst i denne redegørelse.

Overordnet politisk beslutningsproces³

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) har som øverste beslutningsorgan i det tværsektorielle, ansvaret for gennemførelsen af TeleKOL projektet. TeleKOL projektet har været behandlet på udvalgets møder jævnlig i hele perioden. Dog har der de seneste år, bl.a. på grund af at implementeringen er blevet udsat pga. forsinkelser af de tekniske leverancer fra FUT-styregruppen, ikke været forelagt sager vedr. TeleKOL projektet for udvalget.

³ I bilagene er der lagt oversigter over beslutningsprocessen i de enkelte udvalg. Tidslinjerne bygger på disse bilag.

Figur 1. Tidslinje for sager vedr. TeleKOL behandlet af SKU



Udvalget bliver af Sundhedsstyregruppen orienteret omkring en national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i marts 2016. I juni 2017 gives en orientering om fremdriften i TeleKOL projektet, og hvilke opgaver der forestår.

I september 2017 godkender SSG forslag til det sundhedsfaglige indhold, herunder anbefalinger til digitale tilbud og målgruppen for de forskellige indsatser. Dette præsenteres i oktober for SKU, som godkender indstillingen, og at landsdelsprogrammet undersøger muligheden for, at alle borgere med KOL tilbydes en individuel forløbsplan.

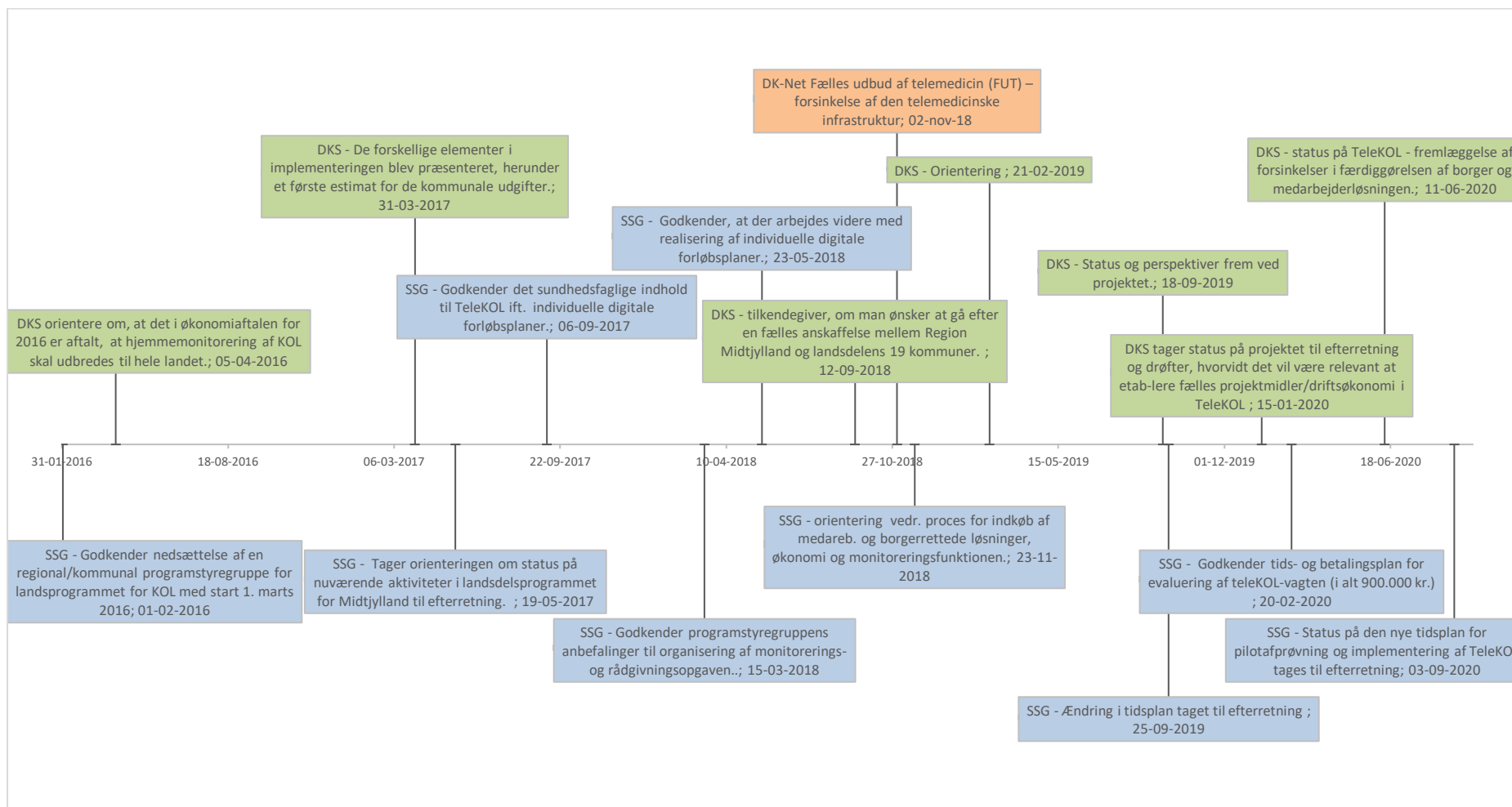
I juni 2018 godkendes en orientering, om på arbejdet med det sundhedsfaglige indhold og organiseringen af monitorerings- og rådgivningsfunktionerne. Samtidig orienteres der om, at der er nedsat implementeringsgrupper i regi af de fem klyngestyregrupper. Til slut orienteres omkring økonomien og fordelingsnøglerne.

I december 2018 sker seneste konkrete behandling af TeleKOL projektet. Her godkendes orienteringen omkring en stigning i de samlede projektkomkostninger, der var estimeret til at være 35 mio. kr. i ØA 2018, men ender på 52,3 mio. kr. For anskaffelse af infrastrukturen på nationalt niveau. KL's bestyrelse og Danske Regioner har givet mandat til en maksimal ramme på 60 mio. kr.

Fælles administrative beslutningsprocesser

Dette afsnit omhandler de fælles administrative beslutningsprocesser, der sker i fora, som går på tværs af både tvær- og monosektorielle organisatoriske myndigheder, og omfatter orienteringer og beslutninger om TeleKOL fra Sundhedsstyregruppen, Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) og KD-Net.

Figur 2. Tidslinje for sager vedr. TeleKOL behandlet af SSG, DKS og DK-Net



TeleKOL projektet har løbende fremlagt sager for SSG. Det fælleskommunale Social- og Sundhedssekretariatet i Midtjylland behandler alle dagsordner til SSG og varetager en videreformidling i relevante fælleskommunale beslutningsfora. Der er behandlet sager om økonomi, tidsplaner, sundhedsfagligt indhold og monitoreringsfunktionen.

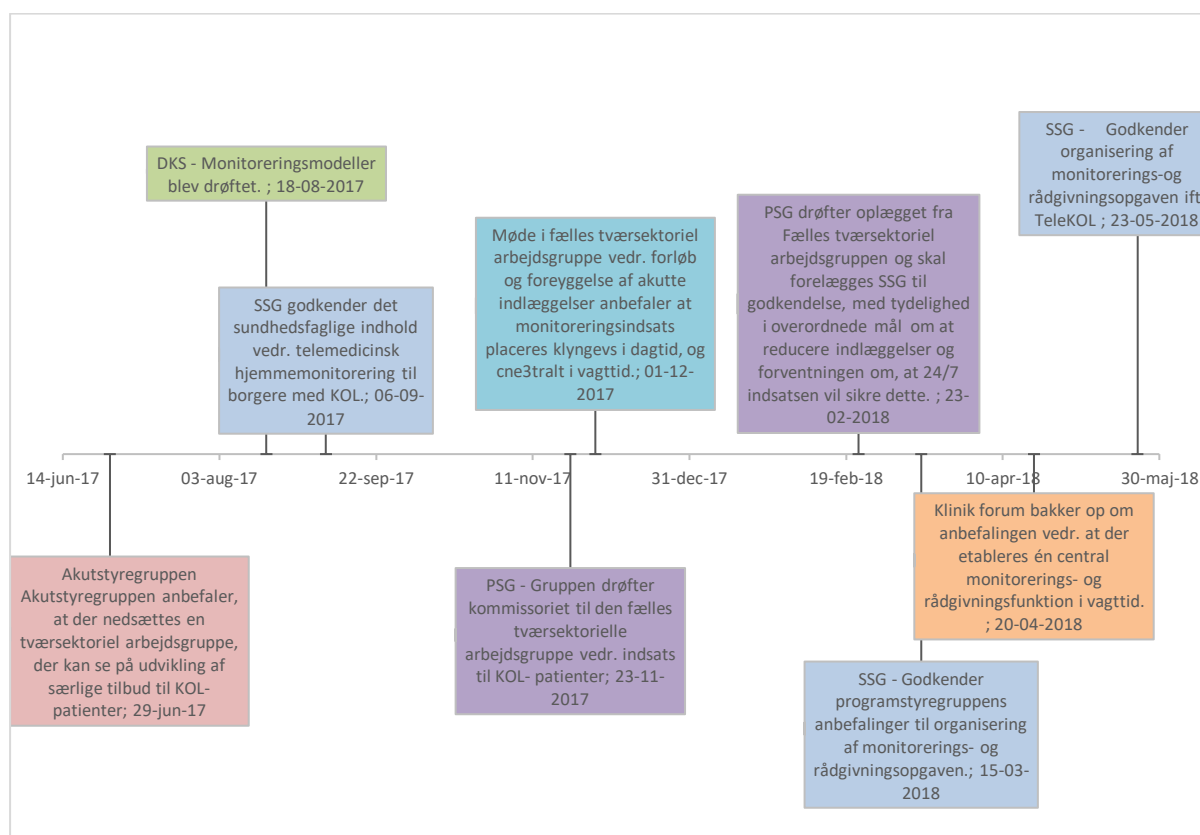
SSG godkender fra projektets start nedsættelsen af en programstyregruppe, og dermed opstarten på projektet. Kort tid efter orienteres DKS om opstarten af projektet med baggrund i økonomiaftalen for 2016. Det næste år orienteres de to fora om den første forventning til de økonomiske konsekvenser, og ultimo 2017 godkender SSG det sundhedsfaglige indhold. Dette er DKS orienteret omkring i august 2017. Der arbejdes herefter videre med organisering af telemedicinsk hjemmemonitorering, som bliver godkendt af SSG i maj 2018.

I den overordnede administrative beslutningsproces tages der beslutning om at gå efter en fælles national anskaffelse af infrastrukturen i FUT, det sker ultimo 2018. Samtidig nedsættes et udvalg til at evaluere indkomne tilbud på en borger- og medarbejderrettet løsning. I 2019 og 2020 sker der nogle ændringer i tidsplanen, der orienteres om ændringer i økonomien, og der gives flere statusser for de forskellige fora.

Monitorering i vagttid

Hensigten med at afprøve et tilbud om monitorering i vagttid var at give borgere med KOL et tilbud, som kunne medvirke til at forebygge at borgere, som oplevede en pludselig forværring eller angst som følge af deres sygdom, enten kontaktede vagtlægen eller blev indlagt i et akut ambulans forløb på hospitalet.

Figur 3. Tidslinje for sager vedr. monitorering i vagttid



Ved beslutningen om at monitoreringen foregår i en central funktion i vagttid, gik der et års arbejde forud, hvor der blev arbejdet med forskellige monitoreringsmodeller. Dels havde det

sundhedsfaglige spor i TeleKOL projektet fremlagt to modeller til vurdering i Programstyregruppen. Dels en model med monitorering i dagtid og en model med monitorering i både dag- og vagttid. Parallelt hermed anbefalede Akutstyregruppen, at der blev nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe på tværs af de to deltagere fra Akutstyregruppen og programstyregruppen, der skulle se på udviklingen af særlige tilbud til KOL-patienter. Dette skyldes at der kunne konstateres en stigning i andelen af patienter med KOL på hospitalernes akutmodtagelser og et stort antal akutte indlæggelser.

Anbefalingen om at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe besluttes nedsat af SSG, og arbejdsgruppen sættes i gang med at vurdere fordele og ulemper ved forskellige organisationsmodeller i relation til monitorering af TeleKOL.

Programstyregruppen for Landsdelsprogram Midtjylland (PSG) udarbejder i samarbejde med sekretariatet for Akutstyregruppen, et kommissorium der godkendes af gruppens formandskab.

Arbejdsgruppen anbefaler i januar 2018 at monitoreringsindsatsen bør placeres klyngevist i dagtid og i en central funktion i vagttid. Herefter drøftes anbefalingen i PSG i februar 2018 og i marts 2018 drøftes den ligeså i SSG. Måned efter bakkes anbefalingen op i Klinikforum, med bemærkning om at der skal arbejdes med en beskrivelse af de konkrete opgaver der skal udføres i vagttid. Den 23. maj 2018 godkender SSG indstillingen vedr. organiseringen af monitoreringsindsatsen, herunder at monitoreringsenhederne placeres klyngevist i dagtid, og i en central funktion i vagttid.

Det besluttes ligeledes at afprøvningen af monitorering i vagttid skal evalueres efter to års drift inden endelig beslutning.

Økonomi

Økonomiaftalerne

Med økonomiaftalerne for 2016 og 2018 har kommunerne og regionerne forpligtet sig på at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til alle relevante borgere med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom). Telemedicinsk hjemmemonitorering forankres i de fem landsdele, og det er op til regionerne og kommunerne at sikre (herunder finansiere) udviklingen, implementeringen og driften af det telemedicinske tilbud.

I økonomiaftalen for 2016 står der,

Samtidig er regeringen, KL og Danske Regioner enige om en målsætning, der indebærer landsdækkende udbredelse af telemedicin for borgere med KOL inden udgangen af 2019. Såfremt fremdriften i tilvejebringelsen af de centrale forudsætninger giver anledning hertil, vil den aftalte målsætning blive drøftet.

Udbredelsen af telemedicin initieres dermed i denne økonomi aftale, men der bliver ikke afsat midler til region eller kommuner med denne beslutning, i stedet blev der centralt afsat 47 mio. kr. til forudsætningsprojekter og et nationalt porteføljesekretariat

I Økonomiaftalen for 2018 afsættes midler til anskaffelse af en fælles telemedicinsk infrastruktur samt medarbejderrettede løsninger. Region og Kommuner skal selv afsætte midlerne i egne budgetter.

Fra aftalen for 2018 står der,

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at udbredelse af telemedicin til borgere med KOL er væsentligt for at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Parterne er derfor enige om at prioritere indsatsen højt og sikre en landsdækkende udbredelse inden udgangen af 2019. Parterne er desuden enige om, at landsdelsprogrammerne anskaffer en fælles, generisk og fleksibel telemedicinsk løsning, der bygger på den nationale infrastruktur, og som også kan anvendes til andre patientgrupper.

I forbindelse med ØA 2018 blev den oprindelig aftale fra ØA 2016 derfor suppleret med en aftale om finansiering af en national telemedicinsk infrastruktur og en medarbejderrettet løsning. Disse anskaffelser blev med et indledende skøn anslået til at koste 35 mio. kr. i anskaffelsesudgifter. Danske Regioner og KL aftalte i denne forbindelse en fordeling, hvor den kommunale andel udgør 30 pct. og den regionale 70 pct.

I landsdelsprogram Midtjylland blev der ca. afsat 5,22 mio. kr. til regionen og 2,35 mio. kr. til kommunerne.

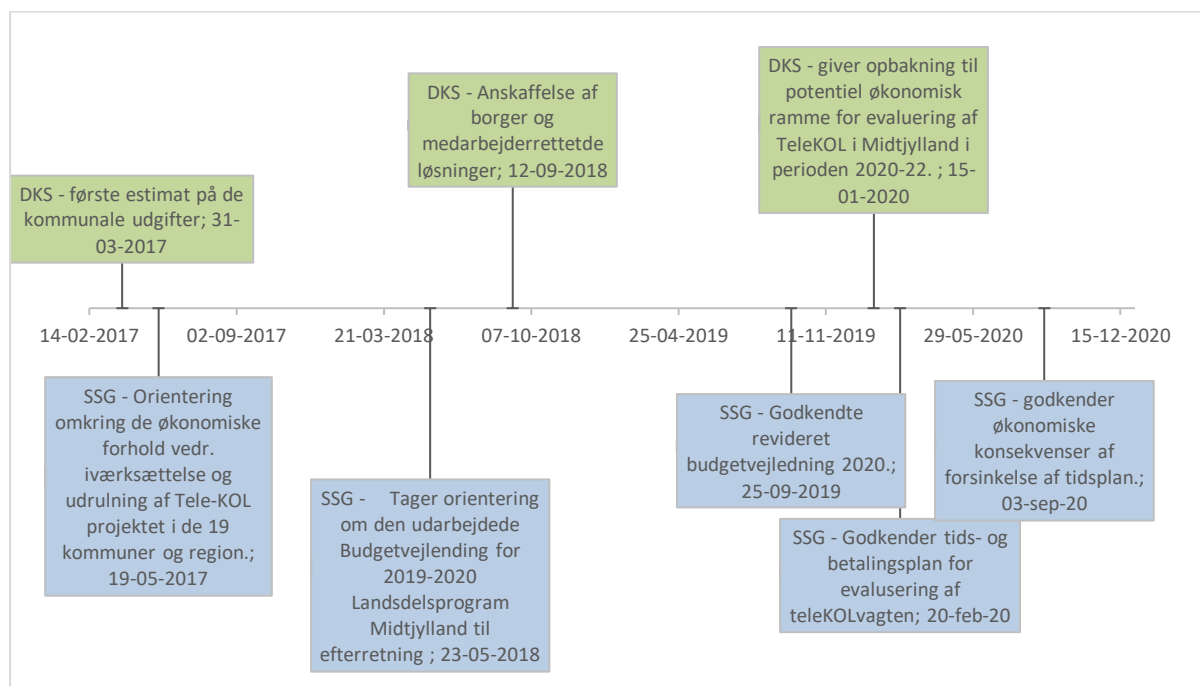
Imidlertid blev den telemedicinske infrastruktur dyrere end det oprindeligt var forventet. Årsagen til fordyrelsen er høje krav til sikkerhed, anvendelse af standarder og etablering af en generisk, fremtidssikret infrastruktur, der kan anvendes til flere sygdomsområder og funktionsnedsættelser, hvilket kræver en del nyudvikling. Alle 98 kommuner og fem regioner har tilsluttet sig at anskaffe den telemedicinske infrastruktur som er leveret af Systematic. Den samlede anskaffelsespris er endt på 55,9 mio. kr. Dertil kommer en udgift på 12,2 mio. kr. til gennemførelsesprojektet (som fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner) og en årlig driftsomkostning på 24,9 mio. kr. som ligeledes fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner. Fordelingsnøglen aftales løbende mellem parterne og i 2021 udgør den kommunale andel 37,5 pct. og den regionale andel udgør 62,5 pct. af driftsudgifterne.

Beslutningsproces for økonomien

Økonomien har løbende været behandlet i forskellige fora og udvalg. Desuden har den været drøftet lokalt i de 5 klynger.

SSG og DKS har drøftet de økonomiske aspekter vedr. TeleKOL projektet på de fleste af de punkter der har omhandlet TeleKOL, i oversigten herunder er udvalgt de betydeligste

Figur 4. Tidslinje for sager vedr. økonomien omkring TeleKOL



Der har gennem hele perioden været flere væsentlige beslutninger omkring forskellige poster af økonomisk karakter. Niveaulet for omkostningerne afhænger i flere tilfælde af nationale beslutninger, hvor andelen for landsdelsprogrammet udelukkende lægges op til orientering. I andre tilfælde kan landsdelsprogrammet i højere grad være med til at påvirke niveaulet for omkostningerne.

Årlige budgetvejledninger

Siden projektets start har Landsdelsprogram Midtjylland udgivet en årlig budgetvejledning. Budgetvejledningen har været med til at slå økonomien an ved at nuancere de forskellige økonomiposter, tilføje nye eller fjerne eksisterende. Budgetvejledningen laves på baggrund af de nationale tal, som tilpasses til kommunerne og regionen i Midt.

Budgetvejledningerne indeholder en række udgiftsposter, der er baseret på estimater. En del udgiftsposter er blevet fastlagt gennem årene, men budgetvejledningen for 2021 indeholder fortsat budgetposter baseret på skøn. Derfor er den nyeste udarbejdede budgetvejledning, gældende for 2021 den mest korrekte, i forhold til tidligere udarbejdede.

Budgetvejledningerne har hvert år indeholdt 3 tabeller, hvor henholdsvis investerings- og implementeringsomkostninger samt de løbende driftsudgifter er præsenteret. I takt med den løbende udvikling af projektet både nationalt og i selve landsdelsprogrammet, har der været behov for at tilpasse og justere den forventede økonomi i landsdelsprogram Midtjylland.

I tabellen herunder vises de forventede omkostninger for landsdelsprogram Midtjylland det pågældende år fordelt på de 3 forskellige omkostningstyper.

Tabel 1 Totaler for budgetvejledninger 2018 til 2021 for Landsdelsprogram Midtjylland

Budgetvejledning	2021	2020	2019	2018
Investeringsomkostninger	20.600.000	26.900.000	25.570.000	23.570.000
Implementeringsomkostninger	23.000.000	20.600.000	20.600.000	17.200.000
Driftsudgifter	28.100.000	21.800.000	14.800.000	14.800.000
Total	71.700.000	69.300.000	60.970.000	55.570.000

Se den specifikke opgørelse af omkostningerne i bilag 5.

Der ses en stor stigning fra 2018 til 2021 på driftsudgifterne. Det skyldes flere ting, dels en lille øgning i driftsudgifter, dels omlægning af budgetposter fra investering til drift, dels nye budgetposter og dels at estimater er blevet tilrettet. Udviklingen i Landsdelsprogram Midtjyllands omkostninger forklares i afsnittene herefter.

Investeringsomkostninger

Kigger man på investeringsomkostningerne, så sker der en lille stigning frem mod 2020, og derefter et stort fald. I 2016 sker der en stigning på 2 mio. kr. som skyldes at der er tilført en udgift på 2 mio. kr. i forbindelse med snitflade/integrationen til EPJ. Det vil sige at stigningen ses udelukkende på den regionale side. Fra 2019 til 2020 tilføjes udgifter til det nationale gennemførselsprojekt på 2,2 mio. kr. Idet projektet forlænges som følge af forsinkelse i den tekniske leverance fra FUT. Herudover sker der justeringer i estimaterne for flere budgetposter. Den store ændring sker fra 2020 til 2021, hvor udgifterne til Fælles Servicecenter fjernes, da der ikke længere er tale om anlægsudgifter. Udgifterne ændres fra anlægsudgifter til løbende driftsudgifter, og fremgår derfor under driftsudgifter som leasingomkostninger.

Implementeringsomkostninger

Under implementeringsomkostningerne sker der en stigning frem mod 2021. fra 2018 til 2019 skyldes stigningen, at man først fra 2019 tilføjer udgifterne til regionens implementeringsressourcer, som i 2019 er skønnet til 3,4 mio. kr. Herefter sker der først en stigning fra 2020 til 2021, hvor der tilføjes udgifter til en evaluering og etablering af en landsdels SPOC (Single Point of Contact), som et nyt krav i forbindelse med den fælles forvaltning af infrastrukturen. Ligeledes forhøjes udgifterne til programsekretariatet i projektet med ca. 2 år som følge af forsinkelserne af den tekniske leverance fra FUT.

Driftsudgifter

Under driftsudgifterne sker der store stigninger fra 2019 til 2020. Dette skyldes udgifterne til forskellige driftsposter først kendes fra 2020. Dette drejer sig dels om at udgifter til Fælles Servicecenter flyttes fra investeringsudgifter til drift og dels om ændringer i driftsudgifter til borger- og medarbejderrettede løsninger, driften af SPOC og driften af infrastrukturen. Det er vigtigt at nævne, at infrastrukturen også skal bruges af andre løsninger, bl.a. telemedicinsk sår vurdering, telemedicin til borgere med hjertesygdom og PRO opgaven i kommunerne.

Udgifterne til monitorering- og rådgivningsfunktioner i dagtid er justeret ned med 2 mio. kr. i 2020, samtidig med at der i samme år er oprettet en post til monitorering- og rådgivningsfunktioner til øvrig tid (vagttid) med en udgift på 2,7 mio. kr. i 2020, som er forhøje til 3,1 mio. kr. i 2021.

Samlet for alle fire år

Kigger man samlet for alle fire år, er der sket en stigning i totalen på 15 mio. kr. I 2018 og 2019 var størrelsen af driftsudgifterne til infrastrukturen, borger- og medarbejderløsningen ikke kendt, og derfor ikke skrevet ind som udgiftsposter. Men udgiftsposten til de 3 poster var kendt. Derfor udgør disse driftsudgifter 13 mio. kr. af stigningen på 15 mio. kr., og stigningen skyldes derfor præciseringer i omkostningernes størrelse var først kendt fra 2020. I budgetvejledningen for 2018 nævnes omkostningerne i den forklarende tekst, hvor der står,

"...Desuden skal der finansieres aktiviteter vedrørende etablering af en implementeringsorganisation samt videreudvikling og drift af løsninger".

Usikkerheder omkring fastsættelse af det samlede budget

Budgetvejledningen indeholder både omkostningsposter der endelige og omkostningsposter der stadig er baseret på skøn. Dette er med til at skabe usikkerhed omkring det endelige budget for hele TeleKOL projektet.

I budgetvejledningen for 2021 er ca. 25 % af de samlede omkostninger endelige, og de resterende er stadig baseret på skøn. En stor del af omkostningerne der er baseret på skøn, er omkostninger der har med den løbende drift at gøre.

TeleKOL projektet har skulle udvikles fra bunden, og derfor har det ikke været muligt fra projektets start, at kende alle omkostninger. Nogle var givet fra start af, mens andre omkostninger var og er stadig på tegnebordet, og størrelsen af dem afhænger fremtidige kontrakter og ressourceforbrug. Samtidig svarer estimaterne ikke altid til de endelige omkostninger, udgifter til den tekniske anskaffelse ændres, eller der sker ændringer i fordelingsnøglerne med deraf følgende korrektion af budgettet.

Fordelingsnøgler⁴

Omkostningerne og udgifterne skal fordeles mellem region og de 19 kommuner. Når der fordeles mellem kommune og region, foregår det efter aftale mellem parterne, eller i forhold til de fordelinger der er aftalt nationalt f.eks. i businesscasen. Når der fordeles internt mellem de kommunale parter, fordeles der i forhold til indbyggertal.

I nogle tilfælde, er fordelingsnøglen 100 % til region eller 100 % til kommune. I disse tilfælde er der tale om udgifter eller omkostninger der retter sig alene mod region eller kommune.

Fordelingen af de forskellige omkostninger er løbende godkendt af sundhedsstyregruppen, ligesom det er aftalt at økonomien i forbindelse med telemedicinsk hjemmemonitorering og den gældende fordelingsnøgle evalueres efter 2 års drift.

Fordelingen er baseret på både ØA 18 (omkostninger til telemedicinsk infrastruktur) og det fælles forståelsespapir om telemedicinsk hjemmemonitorering som er udarbejdet mellem KL og Danske Regioner. Desuden er der anvendt estimater fra den nationale business case hvor fordelingen af de samlede fællesomkostninger fastsat til 62,5/37,5 (i 2021 niveau) for hhv. region og kommuner. Nøglen er baseret på fordelingen af de samlede forventede økonomiske gevinster mellem region og kommuner.

Endelig er der en række undtagelser. F.eks. fordeles udgifterne til service, support og logistik 50/50. Det er fastsat med udgangspunkt i, at basisbidraget til Fælles Servicecenter fordeles ligeligt mellem

⁴ Se budgetvejledningen for 2021 side 8 for en tabel over hvordan de forskellige omkostninger er fordelt.

region og kommuner. Også udgifterne til monitorering og rådgivning er delt 50/50 med afsæt i, at det er en fælles opgave mellem hospitaler og kommuner.

Allerede afholdte omkostninger

En del af budgetposterne i Budgetvejledningen er allerede afholdt. De fleste af de allerede afholdte poster er investeringsomkostninger til infrastruktur, løsninger og gennemførelsesprojektet.

Derudover er infrastrukturen i drift, og der afsendes allerede fakturer på denne drift, også selv om der pt. ikke er løsninger på infrastrukturen.

Tabel 2. Afholdte omkostninger

Opkrævede investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland (i mio. kr.). it/udstyr				
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Opkrævet Region	Opkrævet kommuner	Udestående betalinger
Telemedicinsk infrastruktur samlet (inkl. on premise løsning). Samlet pris 55,9 mio. kr. (70/30) (fratrasket 35 mio. kr i bloktilskud opkræves samlet 20,9 mio. kr.) (anskaffelse – engangsudgift)	4,9	3,1	1,8	0
Gennemførelsesprojektet Samlet udgift 12,2 mio. kr. (65/35) (varighed til foråret 2021)	2,7	1,7	1,0	0
Nationale etableringsomkostninger Samlet pris 1,9 mio. kr. (65/35)	0,4	0,25	0,15	0
Medarbejderrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift)	1,6	1,05	0,55	0*
Borgerrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift)	1	0,65	0,35	0*

Opsamling

TeleKOL projektet har været i gang siden starten af 2016, hvor økonomiaftalen for 2016 var tiltrådt, og SSG godkendte nedsættelsen af programstyregruppen for landsdelen. Projektet har derfor været i gang i flere år, og er primo 2021 netop blevet pauseret i forventeligt et år.

Projektet har undervejs stødt på flere udfordringer, hvor nogle har skabt forsinkelser. Den politiske og administrative behandling af TeleKOL projektets indhold har gennem årene været intens. Kigger man på den fælles administrative behandling af projektet, har det i gennemsnit været behandlet fire gange i løbet af et år. Projektet har ligeledes været behandlet i forskellige udvalg i kommuneregion, regionsregion og på tværs af sektorerne. Redegørelsen ser ikke på sagsbehandlingen på klynge-niveau, eller for den sags skyld på sagsbehandlingen på lokalt niveau.

Projektets budget har over årene rykket sig løbende i en opadgående retning. I takt med at omkostninger er justeret, er de i mange tilfælde også steget. Men en større del af denne stigning har været forklaret i sagsbehandlingen af TeleKOL projektet, og der har derfor også været kendskab til at de ville komme, men omkostningerne har ikke været opgjort med økonomi i tabellerne, da man ikke har haft kendskab til de eksakte beløb.

Disse faktorer er med til at skabe usikkerhed omkring projektets ide, og specielt skabe usikkerhed omkring budgettet både i kommuner, på hospitaler og den regionale administration. Programstyregruppen styrer løbende projektets retning internt i Landsdelsprogram Midtjylland. Dette gøres ved at fremlægge sager til administrativ og politisk behandling, at udgive klare meldinger i de årlige budgetvejledninger, og ved at være orienteret mod den nationale styring af det overordnede projekt for den telemedicinske hjemmemonitorering.

Det overordnede mål med den telemedicinske hjemmemonitorering af borgere med KOL i Region Midtjylland er, at borgere inddrages aktivt i eget behandlingsforløb, hvilket skal skabe tryghed, reducere antallet af indlæggelser og specielt øge livskvaliteten for borgeren. Derudover er TeleKOL det første i rækken af tilbud til borgere med kronisk sygdom, der vil blive implementeret i driften hos kommunerne og i regionen. Samtidig bygges der en infrastruktur op, som kan bruges af andre tilbud og indsatser i årene fremover.

Målene for TeleKOL projektet er med til at skabe nye muligheder i sundhedsvæsenet samt danne præcedens for fremtidige telemedicinske og digitale sundhedstilbud, der på forskellig vis understøtter bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb samt større kvalitet i hverdagen for borgere med kronisk sygdom

Bilag

Bilag 1. Sagsbehandlingen i SKU

Beslutninger og orienteringer vedr. TeleKOL på møder i Sundhedskordinationsudvalget (SKU) i perioden 2016 - marts 2021

Dato	Beslutning/drøftelse/anbefaling
	Ingen punkter om TeleKOL i 2020 og 2021
17.03.16	<p>Orientering om national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i perioden 2016-2019</p> <p><u>Indstilling:</u> Orienteringen tages til efterretning <u>Beslutning:</u> Indstillingen godkendt</p> <ul style="list-style-type: none">• Regeringen, KL og Danske Regioner har indgået aftale om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019. Beslutningen indgår i økonomiaftalen for såvel regionernes som kommunernes økonomi 2016 (ØA 16).• Udbredelsen skal organiseres i fem selvstændige landsdelsprogrammer med deltagelse af region, kommuner og almen praksis. Hver landsdel får, med ophæng i sundhedsaftalerne, ansvar for at sikre implementeringen.• Den overordnede vision for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så der opnås øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres. <p>Status, udfordringer og fremdrift</p> <ul style="list-style-type: none">• Sundhedsstyrelsen godkendte på mødet den 1. februar 2016 at der nedsættes en fælles regional/kommunal programstyregruppe i Region Midtjylland som bliver ansvarlige for udvikling og implementering af landsdelsprogrammet. Formandsskabet bliver identisk med repræsentanterne i den nationale porteføljestyregruppe.• Konkret vil arbejdet indebære at der skal udarbejdes og godkendes en implementeringsproces for landsdelsprogrammet i Region Midtjylland (hospitaller, kommuner og almen praksis). Telemedicinsk hjemmemonitorering skal forankres i organisationerne i form af nye samarbejdsaftaler, processer, instrukser og arbejdsgange.• I rammebudgettet nationalt, er der i 2016-2019 afsat i alt 47 mill. kr. af statslige midler til initiativet. Heraf er 10 mill. kr. til etablering af service- og logistikfunktioner til håndtering af de praktiske arbejdsgange, der er forbundet med at opsætte og nedtage telemedicinsk udstyr i borgernes hjem. Derudover er der afsat 21 mill. kr. til etablering og modning af den tekniske infrastruktur.• Der er ikke som en del af ØA 16 afsat midler til kommuner eller regioner til den lokale implementering af landsdelsprogrammer. Der påregnes en betragtelig regional/kommunal medfinansiering ifm. udbredelsen. <p>Konkret vil der være behov for finansiering af bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Organisering og implementering af landsdelsprogrammet• Modning af den lokale telemedicinske infrastruktur• Uddannelse/kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale• Uddannelse af borgere

	<ul style="list-style-type: none"> • Indkøb/leasing og drift af telemedicinsk udstyr. <p>Udgifterne og fordelingen af disse er på nuværende tidspunkt ukendt. Udgifterne vil bl.a. afhænge af hvilke borgere med KOL, der inkluderes, typen af udstyr samt varigheden af udstyrets anvendelse hos den enkelte borger.</p>
01.06.17	<p>Orientering om status for udrulning af landsdels-programmet for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.</p> <p><u>Indstilling:</u> Orienteringen tages til efterretning <u>Beslutning:</u> Indstillingen godkendt.</p> <p>Kort orientering om det hidtidige arbejde med telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i Midtjylland og hvad der forestår i den videre proces, inden løsningen kan tilbydes de borgere, som er målgruppen og som forventes at få gavn af den.</p> <p>Fremdrift i projektet Arbejdet med udbredelse af telemedicin til borgere med KOL er godt i gang i det midtjyske landsdelsprogram. Der er nedsat 4 arbejdsgrupper, som arbejder med at beskrive rammerne for udbredelsen. Bl.a. er der udarbejdet forslag til sundhedsfaglige anbefalinger for målgruppe og indhold, samt forslag til organisering af opfølgning på de data, der indrapporteres fra borgerne. Beskrivelsen af rammerne forventes færdigt i løbet af sommeren til godkendelse i Sundhedsstyregruppen i september.</p> <p>Der er på vegne af de fem landsdelsprogrammer igangsat et arbejde for at gennemføre et fælles udbud på en telemedicinsk løsning. Regioner og kommuner arbejder nationalt sammen om at etablere en fælles telemedicinsk løsning, som også kan anvendes til andre sygdomsområder. I den forbindelse er KL og DR i gang med at undersøge, om der er mulighed for statslig medfinansiering.</p>
09.10.17	<p>Godkendelse af forløbsprogram til borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Godkendelse af forløbsprogram til borgere med KOL <u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt med bemærkning om, at det er nødvendigt, at der foretages den skitserede økonomiske og faglige opfølgning.</p> <p>Forløbsprogrammet for KOL beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL, samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører. Foruden at sikre samspillet mellem region, kommune og almen praksis i forhold til borgere med KOL udgør forløbsprogrammet også et vigtigt fundament for bl.a. arbejdet med hjemmemonitorering til borgere med KOL.</p> <p>Den væsentligste organisatoriske ændring er flytning af den specialiserede rehabilitering fra hospitaler til kommuner. Flytningen af dele af rehabiliteringsopgaven fra hospitalerne til kommunerne skal gøre det lettere for borgerne i målgruppen at tage imod et tilbud om rehabilitering, fordi det flyttes tættere på den enkelte. Nærhed og dermed større tilgængelighed er en vigtig forudsætning for, at flere borgere kan deltage i, og dermed få gavn af, rehabiliteringstilbuddene. Samtidig vil det også være forventningen, at flere gennemfører forløbene med bedre mestringssevne og indsigt i egen sygdom til følge.</p> <p>I forhold til den økonomi, der er forbundet med implementeringen af programmet, er der en udfordring med kvaliteten af data. Især når det handler om at estimere størrelsen af den relevante population, som fremadrettet forventes at modtage et rehabiliteringsforløb i kommunerne. Derfor er de</p>

	<p>økonomiske estimater fortsat behæftet med nogen usikkerhed. En usikkerhed der også bunder i hvor mange flere borgere, der fremadrettet vil tage imod tilbuddet om rehabilitering, fordi det flytter tættene på borgernes bopæl.</p> <p>Såfremt SKU godkender forløbsprogrammet, vil det herefter blive sendt til godkendelse i kommuner og i regionen.</p>
09.10.17	<p>Godkendelse af det sundhedsfaglige indhold til Telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Godkendelse af det sundhedsfaglige indhold til Telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL. Herunder, at landsdelsprogrammet undersøger muligheden for, at alle borgere med KOL tilbydes en individuel digital forløbsplan.</p> <p><u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt med bemærkning om, at der i forhold til individuelle forløbsplaner skal sikres sammenhæng med de forløbsplaner, der er nævnt i forbindelse med ny overenskomst for almen praksis. Der skal endvidere følges op på, hvordan man måler og sikrer kvaliteten af rehabilitering i kommunalt regi.</p> <p>Landsdelsprogram Midtjylland har nedsat en arbejdsgruppe (Spor 3) som har udarbejdet forslag til sundhedsfagligt indhold. De sundhedsfaglige indsatser beskriver hvad, der kan tilbydes digitalt samt målgruppen for de forskellige indsatser. Sundhedsstyrelsen har den 6. september 2017 godkendt det sundhedsfaglige indhold, og at der i landsdelsprogrammet igangsættes en undersøgelse af muligheden for at tilbyde digitale forløbsplaner. Der vil som en del af undersøgelsen særligt være fokus på hvad det vil koste, at udvikle en digital forløbsplan til borgere med KOL, ligesom de juridiske aspekter skal afklares nærmere. Såfremt digitale forløbsplaner udvikles, vil de på sigt kunne udbredes til andre sygdomsområder.</p> <p>For at kunne indfri ambitionerne om gode sammenhængende forløb for borgere med KOL er det et udtalt ønske fra arbejdsgruppen, at der kan udvikles digitale forløbsplaner.</p> <p>Det anbefales derfor, at alle borgere diagnosticeret med KOL får tilknyttet en individuel forløbsplan, der skal kunne redigeres og tilgås digitalt af alle involverede aktører, herunder også borgeren selv. De individuelle forløbsplaner skal fungere som en samlet oversigt for borgeren og som et arbejdsredskab, der kan sikre et sammenhængende behandlingsforløb for den enkelte borger med KOL på tværs af sektorgrænser.</p> <p>Anbefalingerne rækker dermed ud over intentionerne med økonomiaftalen for 2016 om national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Intentionen hermed er entydigt at sikre, at flere patienter kan håndteres i det nære sundhedsvæsen, samtidig med at antallet af akutte indlæggelser gerne skal nedbringes. Arbejdsgruppen har således udarbejdet anbefalinger til individuelle digitale forløbsplaner og information og vejledning som en del af Telemedicin til borgere med KOL, som ligger ud over indholdet i økonomiaftalen og understøtter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lighed i sundhed • Sammenhængende behandlingsforløb og patientforløb • Generisk anvendelse • Det nære sundhedsvæsen, så der sikres ensartethed og tilgængelighed for alle borgere med KOL i Midtjylland. <p>Sundhedsstyrelsen har på den baggrund udtrykt ønske om, at landsdelsprogrammet forsøger at påvirke den nationale standard, der hvor</p>

	ambitionsniveauet i Midtjylland ligger over denne (fx ift. digitale forløbsplaner) mhp. at opnå større ensartethed nationalt. Det kan også reducere de omkostninger som er forbundet med at udvikle de relevante løsninger.
27.06.18	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Orienteringen tages til efterretning <u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt.</p> <p>Fremdriften i Landsdelsprogram Midtjylland:</p> <p><i>Sundhedsfagligt indhold og organisering</i> Det sundhedsfaglige indhold i Telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL er godkendt af SKU i efteråret 2017, og organiseringen af monitorerings- og rådgivningsfunktionen er godkendt af Sundhedsstyregruppen i maj 2018.</p> <p><i>Teknik og IT-infrastruktur</i> Nationalt kører der et Fælles Udbud af Telemedicin (FUT) der på vegne af landets 98 kommuner og fem regioner gennemfører udbudsprocessen for henholdsvis telemedicinsk infrastruktur og it-løsninger. Der afgives én samlet bestilling på infrastrukturen, som koordineres af FUT, mens de enkelte landsdelsprogrammer er ansvarlige for indkøb af it-løsningerne herunder både medarbejder- og borgerløsningerne. Medarbejderløsning bestilles ultimo september 2018 mens borgerløsningen bestilles medio januar 2019.</p> <p><i>Uddannelse og kompetenceudvikling</i> En arbejdsgruppe for uddannelse og kompetenceudvikling har udarbejdet en række generelle anbefalinger til uddannelseskonceptet for Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i Landsdelen Midtjylland. Anbefalingerne skal understøtte implementeringsarbejdet i klyngerne og kvalificeres i klyngerne august/september 2018, inden det forelægges Sundhedsstyregruppen. Anbefalingerne er generiske og kan anvendes på andre sygdomsområder.</p> <p><i>Implementering</i> Der er nedsat implementeringsgrupper i regi af klyngestyregrupperne, som har til ansvar at sikre den lokale implementering af telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL lokalt i klyngerne. Med henblik på erfaringsudveksling og koordinering i forhold til implementeringsarbejdet indgår grupperne i et interorganisatorisk projekt- og vidensnetværk på tværs af landsdelsprogrammet i Midtjylland.</p> <p><i>Økonomi</i> Der er udarbejdet en budgetvejledning, der beskriver den forventede samlede økonomi for Landsdelsprogram Midtjylland. Vejledningen er udarbejdet med henblik på at give konkrete input til budgetlægningsprocesserne i regionen og kommunerne og er baseret på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tal fra økonomiaftalen for 2018, hvor der er øremærket 35 mio. kr. til anskaffelse af en fælles telemedicinsk løsning herunder telemedicinsk infrastruktur samt medarbejderrettede løsning(er). Dette svarer til 7,56 mio. kr. til landsdelsprogram Midtjylland. • Bidrag fra en national business case, der beskriver potentialer og omkostninger ved at indføre telemedicin. • Lokale erfaringer og aftaler, der er særlige for Landsdelsprogram Midtjylland.

	<p>Der er anvendt en række forskellige fordelingsnøgler til at fordele udgifterne for landsdelsprogrammet mellem regionen og kommunerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ifølge økonomiaftalen 2018 anvendes en fordelingsnøgle på 70/30 (region/kommuner) for udgifter i forbindelse med anskaffelse af en fælles telemedicinsk løsning. • Udgifter, der baserer sig på den nationale business case, følger en fordeling på 65/35 (region/kommuner). • Udgifter, der er baseret på lokale erfaringer og aftaler, følger hovedsageligt en fordeling på 50/50 med henblik på at tydeliggøre det tværsektorielle element i forhold til udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. <ul style="list-style-type: none"> ◦ En undtagelse er udgiftsposter, der vedrører kurser for sundhedsprofessionelle, som er tildelt en fordelingsnøgle på 35/65 (region/kommuner) idet dette primært er møntet på kommunalt ansatte sundhedsprofessionelle. • Udgifter, der udelukkende bæres af én aktør, afholdes af denne. <p>Der er lagt op til, at fordelingsnøglerne genforhandles efter to år med henblik på at tilpasse udgiftsfordelingen på baggrund af de til den tid foreliggende erfaringer.</p>
13.12.18	<p>Orientering – telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Orienteringen tages til efterretning <u>Beslutning:</u> Indstillingen godkendt.</p> <p>Som led i økonomiaftalerne for 2018 er der øremærket i alt 35 mio. kr. til anskaffelse af en fælles telemedicinsk infrastruktur samt medarbejderrettede løsninger. I forlængelse heraf er det besluttet at etablere Fælles Udbud af Telemedicin (FUT), der på vegne af landets kommuner og regioner gennemfører et udbud af rammeaftale for henholdsvis den fælles telemedicinske infrastruktur samt for borger- og medarbejderrettede løsninger.</p> <p>I forbindelse med FUTs evaluering af tilbud fra leverandører af den fælles telemedicinske infrastruktur står det klart, at de samlede projektkomkostninger bliver højere end forventet. Anskaffelse af infrastrukturen er estimeret til at koste 52,3 mio. kr. og overstiger hermed den forventede ramme på 35 mio. kr. der er afsat i med økonomiaftalerne for 2018.</p> <p>Det har betydet, at både KL og Danske Regioner har haft behov for at sikre deres politiske mandater til den øget finansiering. KLs bestyrelse har d. 20. september godkendt et udvidet mandat til at fortsætte FUT gennemførelsesprojektet. Danske Regioner har givet mandat til, at FUT kan arbejde videre med anskaffelse indenfor en max ramme på 60 mio. kr. med henblik på at skabe mere fleksibilitet i processen. På baggrund af denne mandatafklaring har FUT d. 30. november offentliggjort leverandøren af den telemedicinske infrastruktur.</p> <p>I det midtjyske landsdelsprogram arbejdes der på at opdatere og tilpasse budgettet som følge af disse ændringer.</p> <p>Behovet for mandatafklaring har også betydet forsinkelser i forhold til udrulningen af telemedicinske hjemmemonitorering af borgere med KOL. Tidspunktet for idriftsættelse er derfor flyttet fra 1. januar 2020 til 28. april 2020.</p>
07.06.19	<p>Godkendelse af revideret forløbsprogram for KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Forløbsprogrammet for KOL godkendes <u>Beslutning:</u> Indstillingen godkendt.</p>

Forløbsprogrammet for KOL beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører.

På grund af flere nye udviklinger på KOL-området har der været behov for en revision af seneste version af forløbsprogrammet. Revisionen er foretaget af forløbsprogramgruppen for KOL.

Ændringerne omfatter indføjelser og konsekvensrettelser af indhold, der allerede er aftalt i andet regi. Det gælder:

- ny overenskomst for almen praksis (OK18)
- nye nationale kliniske retningslinjer (NKR) vedr. rehabilitering af patienter med KOL
- fælles samarbejdsaftale om rygestop i Midtjylland
- beskrivelser af telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL.

Herudover er der også foretaget indholdsmæssige ændringer på følgende områder:

- præcisering af målgruppen
- klassifikation af KOL
- rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet samt pårørendeinddragelse
- ernæringsindsatsen
- nyt afsnit vedr. den akutte indsats for borgere med KOL.

Udkast til det reviderede forløbsprogram har været i administrativ høring i perioden 18. marts til 5. april 2019. Der er i alt modtaget 22 høringssvar.

Ved godkendelse af Forløbsprogrammet for KOL i SKU udsendes programmet herefter til godkendelse i byråd og regionsrådet.

Bilag 2. Sagsbehandlingen i SSG

Beslutninger og orienteringer vedr. TeleKOL på møder i Sundhedsstyregruppen (SSG) i perioden 2016 - marts 2021

Dato	Beslutning/drøftelse/anbefaling
01.02.16	<p>National udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Godkender nedsættelse af en regional/kommunal programstyregruppe for landsprogrammet for KOL med start 1. marts 2016</p> <p><u>Beslutning:</u> Indstillingen godkendt</p> <p><u>Regional/kommunal programstyregruppe</u> Det foreslås, at den regionale/kommunale programstyregruppe, der refererer til Sundhedsstyregruppen, sammensættes af følgende repræsentanter:</p> <p>Koncerndirektør Christian Boel og direktør Anders Kjærulff, Holstebro kommune, der varetager et delt formandskab for programstyregruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 medlemmer, som repræsenterer hospitaler - 2 medlemmer, som repræsenterer kommunerne - 1 medlem som repræsentant for almen praksis udpeget af PLO - 1 medlem fra hhv. den regionale og kommunale administration - 1 medlem udpeget af Danmarks Lungeforening, som repræsentant for patientforeningen. <p><i>Opgaver og ansvar</i> Den fælles regionale/kommunale styregruppe får det overordnede ansvar for udarbejdelse og implementering af landsdelsprogrammet i den midtjyske region. Hertil hører, at telemedicinsk hjemmemonitorering forankres i organisationerne i form af nye samarbejdsaftaler, processer, instrukser og arbejdsgange.</p> <p>Styregruppens primære opgaver vil være at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre udarbejdelse og godkendelse af landsdelsprogrammet og den følgende implementeringsproces i Region Midtjylland (hospitaler, kommuner og almen praksis) • Sikre at projektet gennemføres i henhold til den godkendte nationale business case og at de økonomiske rammer i landsdelsprogrammet overholdes • Behandle principielle spørgsmål vedr. sundhedsfagligt indhold, økonomi, IT og implementering • Behandle/godkende større afvigelser i projektet • Godkende evaluering- og forskningsdesign • Sikre opbakning og deltagelse på alle niveauer hos de involverede aktører
19.05.17	<p>Status for forløbsprogram for KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Status for forløbsprogram for KOL tages til orientering</p> <p><u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt</p> <p>Opdatering af forløbsprogrammet er nødvendig som følge af nye faglige anbefalinger fra SST, ny klinisk vejledning fra DSAM og vejledning fra RADS.</p> <p>Frem mod Sundhedsstyregruppens møde i september 2017 arbejdes med at opdatere og tilrette forløbsprogrammet og der vil blive arbejdet på at beskrive de kommunaløkonomiske konsekvenser ved en implementering af</p>

	forløbsprogrammet for KOL, ligesom de økonomiske forhold omkring Region Midtjylland ligeledes vil blive beskrevet.
19.05.17	<p>Udrulning af det landsdækkende program "Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL"</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tager orienteringen om status på nuværende aktiviteter i landsdelsprogrammet for Midtjylland vedr. implementering af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL til efterretning. • Tager orienteringen om den planlagte proces til efterretning, hvorefter der vil foreligge konkrete beslutningsoplæg til Sundhedsstyregruppens møde i september 2017. <p><u>Beslutning:</u> Indstillinger godkendt</p> <p>Der er på nuværende tidspunkt særligt 5 konkrete punkter som der er vigtig for den midtjyske region:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fælles udbud af telemedicinsk løsning.</i> I regi af porteføljestyregruppen er man nået frem ét samlet nationalt udbud om en rammeaftale af en telemedicinsk løsning på tværs af kommuner og regioner. I den regionale programstyregruppe for udbredelse af Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL anbefales det overfor Region Midt og de 19 midtjyske kommuner, at man tilkendegiver, at man vil gå ind i denne rammeaftale. 2. <i>Organisering af monitoreringen af de data der indrapporteres fra borgerne.</i> I den regionale programstyregruppe for Tele-KOL projektet arbejdes der på opstilling af alternative løsninger for, hvordan man organiserer opsamling og vurdering (monitorering) af data fra KOL-borgerne, som aktuelt er opgjort til at omfatte ca. 2.200 borgere med vidtgående KOL-sygdom i Region Midtjylland: <ol style="list-style-type: none"> a) En løsning hvor monitoreringsopgaven samles i et centralt center for at sikre hurtig og kompetent behandling b) En løsning hver der i regi af de 5 hospitalsklynger i Midtjylland opsamles data (løsningen kan godt være forskellig for hver hospitalsklynge) c) En løsning hvor hver kommune monitorerer sine data. <p>Endeligt forslag til organisering fremlægges på SSG's møde i september 2017.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Endelig godkendelse af KOL forløbsprogram</i> Særskilt dagsordenspunkt på SSG's møde 19. maj 2017, men tænkes behandlet sammen med sagen om TeleKOL. 4. <i>Økonomien (særligt med fokus på budget 2018)</i> Det er vigtigt at være opmærksom på, at der allerede i 2018 vil være udgifter til iværksættelse og udrulning af Tele-KOL projektet i de 19 kommuner, udgifter der – med de nu-kendte forudsætninger - ikke bliver kompenseret af staten. Derfor gøres der særligt opmærksom på 2018-udgifterne med henblik på de 19 kommuners indarbejdelse af beløb i budget 2018. 5. <i>Fælles funktion til service, support og logistik</i> Særskilt dagsordenspunkt på SSG's møde 19. maj 2017.
06.09.17	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u></p>

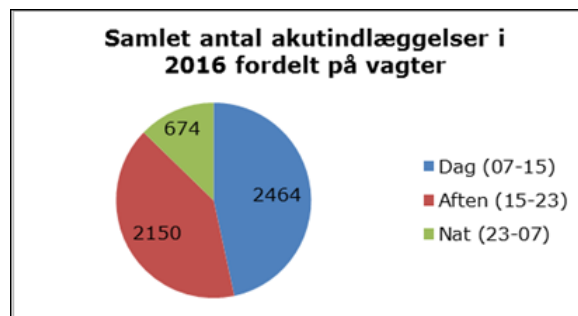
	<ul style="list-style-type: none"> • Godkender det sundhedsfaglige indhold til TeleKOL under forudsætning af, at individuelle digitale forløbsplaner kan anskaffes for en acceptabel økonomisk ramme • Orienteres om reviewprocessen, der skal sikre input til opgaven omkring organisering af mióntoreringsopgaven i forhold til telemedicinsk hjemmemonitorering • Orienteres om igangværende aktiviteter og overordnet projektplan for landdelsprogrammet. <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indstillinger godkendt med bemærkning om: • at digitale forløbsplaner kun realiseres, hvis der kan findes økonomi til det • at vi forsøger at påvirke den nationale standard, der hvor vi ligger over (fx ift. digitale forløbsplaner) mhp. at opnå større ensartethed nationalt • der nedsætte en faglig tværsektoriel gruppe til at vurdere fordele og ulemper ved forskellige organiseringsmodeller- først herefter gennemføres et review <p><i>Sundhedsfagligt indhold</i></p> <p>I forbindelse med den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL har en arbejdsgruppe (Spor 3) under Landsdelsprogrammet for Midtjylland udarbejdet forslag til sundhedsfagligt indhold samt overvejelser omkring organisering af opfølgningen på telemedicinsk hjemmemonitorering.</p> <p><i>Udvikling af individuelle digitale forløbsplaner</i></p> <p>For at kunne indfri ambitionerne om gode sammenhængende forløb for borgere med KOL er det et udtalt ønske fra arbejdsgruppen, at der kan udvikles digitale forløbsplaner.</p> <p>Det anbefales således, at alle borgere diagnosticeret med KOL får tilknyttet en individuel forløbsplan, der skal kunne redigeres og tilgås digitalt af alle involverede aktører, herunder også borgeren selv. De individuelle forløbsplaner skal fungere som en samlet oversigt for borgeren og som et arbejdsredskab, der kan sikre et sammenhængende behandlingsforløb for den enkelte borger med KOL på tværs af sektorgrænser.</p> <p>Det er imidlertid usikkert hvilke omkostninger og eventuelle juridiske udfordringer, der vil være forbundet med at udvikle og tilbyde individuelle forløbsplaner til alle borgere i målgruppen.</p> <p><i>Review af organiseringsmodeller</i></p> <p>Der er behov for at gennemføre et review, hvor organiseringsmodellerne bliver kvalificeret blandt patienter og pårørende samt ansatte fra både almen praksis, kommuner og regionen.</p> <p><i>Orientering fra landsdelsprogrammet</i></p> <p>Offentliggørelse af udbuddet af den telemedicinske infrastruktur sker primo oktober 2017. Udbuddet af de telemedicinske løsninger (borger- og medarbejderrettede løsninger) offentliggøres i november 2017.</p>
06.09.17	<p>Godkendelse af forløbsprogram for KOL</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Godkender forløbsprogram for KOL • Godkender, at der nedsættes en midlertidig faglig arbejdsgruppe, som skal følge udviklingen på baggrund af de væsentligste ændringer i forløbsprogrammet <p><u>Beslutning:</u></p> <p>Indstilling godkendt. Den regionale akutstyregruppens ønske om, at der nedsættes en fælles tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal se på forløb og forebyggelse af</p>

	akutte indlæggelser for kendte borgere med KOL, integreres i den arbejdsgruppe, der blev nedsat under punkt 7 "Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL".
15.03.18	<p>Godkendelse af organisering af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Godkender programstyregruppens anbefalinger til organisering af monitorerings- og rådgivningsopgaven i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL. • At det anbefales at den akutte indsats for borgere med KOL, herunder specialiseret rådgivning, skal beskrives i forløbsprogrammet for KOL. Den opgave skal varetages af forløbsprogramgruppen for KOL. • At landsdelsprogrammet arbejder på at konkretisere de økonomiske implikationer som følger af monitorerings- og rådgivningsopgaven, herunder de økonomiske fordelingsprincipper. <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er behov for, at regionen afdækker, hvordan organisering af rådgivning skal være i vagttid. Kommunerne har behov for at afklare om modellen betyder, at kommunerne skal øge deres akutfunktioner på KOL-området, samt eventuelle økonomiske konsekvenser heraf. Spørgsmålet vedrørende organisering af monitorerings- og rådgivningsopgaven dagsordensættes på Sundhedsstyregruppens møde den 23. maj, hvor ovenstående ventes at være afklaret. • Forløbsprogramgruppen for KOL bedes tilføje en beskrivelse i forløbsprogrammet af den akutte indsats for borgere med KOL, herunder specialiseret rådgivning. • Godkender, at det er landsdelsprogrammet, der arbejder på at konkretisere de økonomiske implikationer som følger af monitorerings- og rådgivningsopgaven, herunder de økonomiske fordelingsprincipper. <p>Monitorering af de telemedicinske data som indrapporteres fra borgere med KOL organiseres, så det bedst muligt kan opfylde landsdelsprogrammets ambitioner om at reducere antallet af ikke-hensigtsmæssige akutte indlæggelser. Ud fra det anbefalingerne fra den arbejdsgruppe som er nedsat af landsdelsprogrammet, er vurderingen i programstyregruppen at hyppigere målinger og løbende monitorering af data både vil øge muligheden for en tidlig behandlingsindsats samt støtte borgernes sygdomsmestring og handlingskompetence. Desuden skal adgang til specialiseret lungemedicinsk rådgivning af almen praksis, vagtlæger, kommunale sygeplejersker og akut-teams understøtte at borgere med KOL kun indlægges når det vurderes hensigtsmæssigt.</p> <p>Anbefalingen fra programstyregruppen er derfor, at organiseringen sker således at monitorerings- og rådgivningsopgaverne i dagtid sker i den enkelte klynge, hvor der etableres en fælles tværsektoriel funktion, mens disse opgaver i vagttid varetages som én fælles, funktion for hele landsdelen. Denne funktion forventes at være virtuel.</p> <p>Organisering i klyngerne vil blive fastlagt lokalt i form af lokale samarbejdsaftaler. Beskrivelsen af den akutte indsats for borgere med KOL vil ske i forløbsprogramgruppen for KOL, ligesom den nærmere planlægning og proces om etablering af en fælles monitorerings- og rådgivningsfunktion for hele landsdelen i vagttid henlægges til forløbsprogramgruppen for KOL.</p> <p>Landsdelsprogrammet arbejder på at konkretisere de økonomiske implikationer som følger af monitorerings- og rådgivningsopgaven, herunder de økonomiske fordelingsprincipper. På nuværende tidspunkt har det ikke været muligt at</p>

komme med tilstrækkeligt præcise estimater af den økonomi der er forbundet med monitorerings- og rådgivningsopgaven, men det er en prioriteret opgave i den arbejdsgruppe (Spor 1), som beskæftiger sig med økonomi.

TeleKOL forventes at omfatte ca. 1250 patienter/borgere som løbende monitoreres, når landsdelsprogrammet er fuldt implementeret. Tallet er baseret på et fagligt skøn i arbejdsgruppen (Spor 3).

Ser man på antallet af ambulante patienter med KOL, var der ifølge årsrapporten fra DrKOL i 2016 3.999 patienter i Region Midtjylland som har haft et (eller flere) ambulant(e) besøg. Nedenfor er angivet fordelingen af indlæggelser hen over døgnet.



Som tallene viser er der behov for at kunne håndtere akutte forværringer hos borgere med KOL i både dagstid og vagttid. Derfor er der i programstyregruppens indstilling lagt vægt på, at organiseringen kan understøtte den akutte indsats i vagttid i form af rådgivning til kommunale sygeplejersker, akut-teams og vagtlæger som står med borgere der oplever en pludselig forværring af deres KOL.

23.05.18

Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

Indstilling:

- Godkender organisering af monitorerings- og rådgivningsopgaven ift. TeleKOL
- Godkender, at der arbejdes videre med at afdække mulighederne for realisering af individuelle digitale forløbsplaner for borgere med KOL
- Tager orientering om den udarbejdede Budgetvejledning for 2019-2020 Landsdelsprogram Midtjylland til efterretning

Beslutning: Indstillinger godkendt.

Sundhedsstyregruppen drøftede på møde den 15. marts 2018 programstyregruppens anbefalinger til organiseringen af monitorerings- og rådgivningsopgaven i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL.

Ambitionen med telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL er at reducere antallet af ikke-hensigtsmæssige akutte indlæggelser. Programstyregruppens vurdering er, at hyppige målinger og løbende monitorering af data både vil øge muligheden for en tidlig behandlingsindsats samt støtte borgernes sygdomsmestring og handlingskompetence. Desuden vil adgang til specialiseret rådgivning af almen praksis, vagtlæger, kommunale sygeplejersker og akut-teams understøtte, at borgere med KOL kun indlægges, når det vurderes hensigtsmæssigt.

På den baggrund er programstyregruppens anbefalinger, at:

- Organiseringen af monitorerings- og rådgivningsopgaverne i dagtid sker i en fælles tværsektoriel enhed/funktion i hver enkelt klynge

	<ul style="list-style-type: none"> • I vagttid varetages opgaven af én fælles, tværsektoriel funktion for hele landsdelen. Denne funktion forventes at være virtuel, således at den ikke fysisk nødvendigvis er fastforankret ét bestemt sted. <p>Sundhedsstyregruppen drøftede særligt organiseringen i vagttid, og der blev rejst spørgsmål om, hvorvidt Programstyregruppens anbefaling i vagttid er den mest hensigtsmæssige. Det blev derfor besluttet, at spørgsmålet drøftes internt i Region Midtjylland i Klinikforum inden det dagordenssættes igen på Sundhedsstyregruppens møde den 23. maj 2018.</p> <p>Klinikforum drøftede den 20. april 2018 organisering af monitorerings- og rådgivningsopgaven i vagttid og anbefalede, at der etableres én fælles central regional løsning. Det skal uddybes hvilke konkrete opgaver, der skal varetages i vagttid med henblik på at afgøre, hvordan funktionen skal bemannes og organiseres (virtuel vs. fastforankret på ét hospital). Nærmere afklaringer og anbefalinger vedrørende disse forhold drøftes og godkendes i Klinikforum. Som det blev besluttet på seneste møde i Sundhedsstyregruppen, vil selve opgaven med at beskrive den akutte indsats for borgere med KOL blive varetaget af forløbsprogramgruppen for KOL.</p> <p>Sundhedsstyregruppen besluttede endvidere på seneste møde, at der er behov for yderligere afklaring af, hvorvidt den anbefalede organisering af monitorerings- og rådgivningsopgaverne betyder, at kommunerne skal øge deres akutfunktioner på KOL-området samt eventuelle økonomiske konsekvenser heraf.</p> <p>Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt en samlet fyldestgørende vurdering af, hvad organiseringen vil betyde for kommunernes akutfunktioner, og hvilken økonomisk betydning det kan få for den kommunale økonomi.</p> <p>Fra kommunal side er det ligeledes vurderingen, at organiseringen i vagttid sandsynligvis vil kræve en større ensartethed blandt kommunerne. Dermed kan der være behov for at se på den interne organisering i kommunerne. Hvor mange borgere der ikke på nuværende tidspunkt modtager kommunale sygeplejeydelser, og som kan få behov for hjælp fra kommunale akutteams eller sygeplejersker i samarbejde med rådgivningsfunktionen, er en anden kilde til usikkerhed. Den umiddelbare vurdering er dog, at en del af de borgere, der vil være omfattet af Tele-KOL projektet, allerede i dag er omfattet af indsatsen i den kommunale hjemmesygepleje. Endelig er der spørgsmålet om hvilke uddannelses- og kompetencemæssige behov, der bliver behov for herunder hvilke behov, der bliver som følge af den kommunale organisering. På trods af de nævnte usikkerheder er den forsigtige vurdering på nuværende tidspunkt, at opgaven vil kunne løftes inden for de eksisterende rammer.</p> <p><u>Budgetvejledning 2019-2020 for Landsdelsprogram Midtjylland</u> I takt med den løbende udvikling der sker ift. rammerne omkring telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL, har programstyregruppen opdateret den budgetvejledning, som blev udarbejdet i forbindelse med budgetlægningen for 2018. Den reviderede budgetvejledning beskriver den forventede økonomi for Landsdelsprogram Midtjylland i 2019-2020. Vejledningen sendes til regionen og kommunerne med henblik på at give konkrete input til de forestående budgetlægningsprocesser.</p>
23.11.18	<p>Statusorientering – Telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Orienteringen tages til efterretning <u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt med bemærkning om, at kommunal side løfter budgetoverskridelsen nationalt.</p>

	<p><u>Ny tidsplan for FUT-gennemførelsesprojektet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. december 2018: FUT offentliggør leverandører - 14. februar 2019: Bestilling af medarbejderløsning - 6. juni 2019: Bestilling af borgerløsning - 28. april 2020: TeleKOL sættes i drift. <p><u>Ændring af budgetvejledning 2019 for landsdelsprogram Midtjylland</u> Som følge af at de samlede projektomkostninger bliver højere end forventet, og at tidsplanen ændres, er der behov for, at budgetvejledning 2019 for landsdelsprogram Midtjylland revideres. Der orienteres kort om ændringerne på mødet og den opdaterede budgetvejledning udsendes til skriftlig godkendelse efter mødet. Eftersendelsen skyldes, at leverandøren af infrastrukturen som nævnt først offentliggøres den 1. december 2018 og den endelige pris ligger dermed først fast her.</p> <p><u>Proces for indkøb af borger- og medarbejderrettede løsninger</u> Der er nedsat en evalueringsgruppe under Landsdelsprogram Midtjylland, som skal evaluere de indkomne tilbud på borger- og medarbejderrettede løsninger, der er modtaget i forbindelse med udbuddet gennemført af FUT. FUT har udarbejdet en vejledning, der præciserer opgaver og ansvar for evalueringsgruppen.</p> <p>Gruppen er tværfaglig og tværsektoriel og består af regional og kommunal sundhedsfaglig repræsentation fra hver klynge. Der er udpeget to juridiske konsulenter som formænd for gruppen (fra henholdsvis region og kommune). Endvidere er der repræsentation fra spor 2 under landsdelsprogrammet (Teknik og it-infrastruktur), programsekretariatet. PLO-Midtjyllands deltagelse i gruppen er pt. under afklaring. Gruppens sammensætning er godkendt af formandskabet for Programstyregruppen i Midtjylland.</p> <p><u>Organisering af monitorerings- og rådgivningsfunktionen i vagttid</u> Sundhedstyregruppen godkendte den 23. maj 2018 endeligt organiseringen af monitoreringsfunktionerne. Forud var sagen forelagt Klinikforum med henblik på at afklare, hvorvidt anbefalingen vedrørende organiseringen i vagttid er den mest hensigtsmæssige. Klinikforum bakkede op om anbefalingerne, men ønskede en uddybning af, hvilke konkrete opgaver monitoreringsfunktionerne skal varetage i henholdsvis dag- og vagttid. Dette med henblik på at afklare den nærmere organisering herunder også at drøfte, hvordan hospitalerne kan bidrage til den konkrete implementering af monitoreringsfunktionen særligt i vagttid.</p>
03.05.19	<p>Godkendelse af revideret forløbsprogram for KOL</p> <p><u>Indstilling:</u> Revideret forløbsprogram for KOL godkendes <u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt.</p> <p>Forløbsprogrammet for KOL beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører.</p> <p>På grund af flere nye udviklinger på KOL-området har der været behov for en revision af seneste version af forløbsprogrammet. Revisionen er foretaget af forløbsprogramgruppen for KOL.</p> <p>Ændringerne omfatter indføjelser og konsekvensrettelser af indhold, der allerede er aftalt i andet regi. Det gælder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ny overenskomst for almen praksis (OK18)

	<ul style="list-style-type: none"> • nye nationale kliniske retningslinjer (NKR) vedr. rehabilitering af patienter med KOL • fælles samarbejdsaftale om rygestop i Midtjylland • beskrivelser af telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL. <p>Herudover er der også foretaget indholdsmæssige ændringer på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • præcisering af målgruppen • klassifikation af KOL • rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet samt pårørendeinddragelse • ernæringsindsatsen • nyt afsnit vedr. den akutte indsats for borgere med KOL. <p>Ved godkendelse af Forløbsprogrammet for KOL i Sundhedskoordinationsudvalget 7. juni 2019 udsendes programmet herefter til godkendelse i byråd og regionsrådet mhp. at programmet er fuldt implementeret pr. 31. december 2019.</p>
25.09.19	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientering om ændring i tidplanen for Landdelsprogram Midtjylland tages til efterretning • Revideret budgetvejledning 2020 for økonomien i Landdelsprogram Midtjylland godkendes • Eventuelt krav til egenfinansiering ifm. ansøgning af puljemidler til udarbejdelse af fælles digital forløbsplaner drøftes <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ændring i tidsplan taget til efterretning • Godkendte revideret budgetvejledning 2020 • Puljen til lokale digitaliseringsprojekter er kommet. Midtjylland planlægger at søge 5-6 mio. kr. af de 7 mio. kr. i puljen til udvikling og afprøvning af individuelle digitale forløbsplaner til borgere med diabetes og KOL. Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner forventes at skulle finde en samlet egenfinansiering i form af dels medarbejdertid (estimeret 450.000,- kr) og dels 350.000,- kr. Konkret ansøgning og egenfinansiering godkendes i formandskabet for Sundhedsstyregruppen. <p><i>Ændret tidsplan</i></p> <p>Status er, at udbuddene er gennemført, og FUT har på vegne af alle kommuner og regioner afgivet én samlet bestilling på den telemedicinske infrastruktur. Ift. bestilling af borger- og medarbejderrettede it-løsninger har Region Midtjylland indgået i et vestdansk indkøbsfællesskab og afgivet bestilling på løsningerne.</p> <p>Den nationale styregruppe for FUT har 3. juli 2019 orienteret om, at projektet forventer to måneders forsinkelse ift. den godkendte tidsplan samt øgede udgifter til både regioner og kommuner. Det sker alene som følge af, at der grundet juridiske hensyn ikke kan gøres brug af en "public cloud løsning" til infrastrukturen, og at der i stedet etableres et "on premise" drifts-miljø.</p> <p><i>Konsekvenser for Landsdelsprogram Midtjylland ift. tidsplan og økonomi</i></p> <p>De økonomiske konsekvenser for Landdelsprogram Midtjylland i forbindelse med etablering af "on-premise" driftsløsningen er en merudgift til etablering af løsning på 1,3 mio. kr. og en meromkostning til løbende drift af løsningen på 0,8 mio. kr. årligt.</p> <p>Der er udarbejdet vedlagte reviderede budgetvejledning 2020 for landsdelsprogram midtjylland, hvor overstående økonomiske konsekvenser er</p>

	<p>indregnet. Budgetvejledningen er endvidere tilpasset ift. en præcisering af prisen på etablering og drift af den borgerrettede it-løsning. Det skyldes, at vi på baggrund af afgivne bestilling på borgerløsningen i juni 2019 nu kender den endelige pris på etablering og drift af løsningen.</p> <p><i>Individuelle digitale forløbsplaner til borgere med KOL</i></p> <p>Sundhedsstyregruppen besluttede 23. maj 2018, at der arbejdes videre med at afdække mulighederne for realisering af individuelle digitale forløbsplaner for borgere med KOL, såfremt der kan findes økonomi til dette. Af budgetvejledningen for landsdelsprogrammet fremgår det derfor også, at der forventes at findes eksterne midler til udvikling af indsatsen.</p> <p>Sundheds- og ældreministeriet har varslet, at der i september 2019 opslås puljemidler til lokale digitaliseringsprojekter.</p>
20.02.20	<p>Organisering og evaluering af teleKOL-vagten</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Godkender model for organisering af teleKOL-vagten og den forventede økonomi • Godkender tids- og betalingsplan for evaluering af teleKOL-vagten (i alt 900.000 kr.) <p><u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt med bemærkning om, at det endelige design for evaluering af teleKOL-vagten skal sikre, at vi kan afdække, om vagtfunktionen (som kun findes i Region Midtjylland) har en effekt ift. at reducere KOL-relaterede indlæggelser i vagttid.</p> <p>SSG besluttede 23. maj 2018, at der i forbindelse med udrulningen af teleKOL i dagtid pr. 1. september 2020 (jf. forpligtelse i ØA 16) også etableres en teleKOL-vagtfunktion (aften-nat samt weekend og helligdage). Dette med henblik på at reducere det høje antal KOL-relaterede indlæggelser i vagttid og henvendelser til vagtlægeordningen samt at afprøve en udvidet telemedicinsk model, idet eksisterende studier viser, at en telemedicinsk indsats alene i dagtid ikke har effekt ift. reduktion af indlæggelser.</p> <p>Det er endvidere besluttet, at teleKOL-tilbuddet i vagttid forankres i én central funktion, og der er lagt op til en evaluering af effekterne af teleKOL-vagten efter to år med henblik på at sikre et beslutningsgrundlag for ordningens videre forløb.</p> <p>I forhold til den konkrete organisering af teleKOL-vagten har der indledningsvist været lagt op til en virtuel organisering, hvor klyngerne på skift fik ansvar for at bemane funktionen jf. de sundhedsfaglige anbefalinger. På baggrund af forskellige input særligt fra regionens tværfaglige specialeråd for lungesygdomme står det dog klart, at dette giver udfordringer ift. optimal udnyttelse af de lungemedicinske ressourcer i regionen (særligt lægefaglige). Hertil har der været bekymringer ift., om organiseringen er en effektiv udnyttelse af økonomiske ressourcer.</p> <p>Formandskabet for Sundhedstyregruppen og Formandskabet for Programstyregruppen for teleKOL besluttede derfor 24. september 2019, at der arbejdes på at finde en "slankere model" for organisering af vagtordningen, hvor der tages særligt hensyn til optimal anvendelse af lungemedicinske ressourcer samt hensigtsmæssig brug af økonomiske ressourcer.</p> <p>På den baggrund har programsekretariatet for teleKOL i samarbejde med den sundhedsfaglige og organisatoriske arbejdsgruppe (spor 3) under teleKOL-</p>

	<p>programmet samt det tværfaglige specialeråd for lungesygdomme drøftet forskellige modeller for teleKOL-vagten og foreslår på den baggrund, at teleKOL-vagten forankres fast på Aarhus Universitetshospital (AUH). Sagen har endvidere været drøftet i implementeringsgruppen for teleKOL i Aarhus-klyngen.</p> <p>Denne organisering tillader, at der lægges ud med en minimumsmodel for organiseringen af teleKOL-vagten – inden for rammerne af de sundhedsfaglige anbefalinger - hvor der er mulighed for løbende opskalering efter behov. Modellen imødekommer derfor også, at der gradvist tilknyttes borgere til teleKOL-tilbuddet med en forventning om fuld belastning ét år efter driftsstart. Hertil er der ud fra et patientsikkerhedshensyn fordele ved at placere ordningen på AUH, hvor der allerede er opbygget kompetencer og erfaring med telemedicinske tilbud til borgere med KOL.</p> <p>Organiseringen omfatter overordnet, at teleKOL-vagten fra driftsstart bemannes med én monitoreringssygeplejerske, og at den lægefaglige bagvagsfunktion varetages af den beredskabsvagt (kun telefoniske henvendelser), der allerede i dag er tilknyttet afdeling for lungesygdomme, AUH. Såfremt belastningen øges væsentligt, således at opgaven ikke kan varetages inden for rammerne af den eksisterende beredskabsvagt, foretages en opskalering. Opskaleringen indebærer, at beredskabsvagten (kun telefoniske henvendelser) dækkes ind på skift mellem hospitalsenhederne (samme princip som palliative vagt).</p> <p><u>Økonomi for teleKOL-vagten</u> AUH kompenseres som følge af, at hospitalet løfter teleKOL-vagten på vegne af hele regionen samt de 19 kommuner.</p> <p>Jf. godkendt budgetvejledning for 2020 er der afsat 2,7 mio. kr. årligt til teleKOL-vagten delt 50/50 mellem region og kommuner.</p> <p>Da der er usikkerheder om hvorvidt og eventuelt hvornår, der er behov for en opskalering af teleKOL-vagten, er det på forhånd ikke muligt endeligt at fastslå økonomien ved ordningen. I vedlagte beskrivelse af teleKOL-vagten arbejdes der således ud fra to scenarier 1) ingen opskalering og 2) opskalering af den lægelige del efter 2. kvartal 2021.</p> <p>Begge scenarier overstiger det beløb (2,7 mio. kr.), der er afsat til teleKOL-vagten jf. budgetvejledningen. En genberegning af omkostningerne til den monitorerings- og rådgivningsopgave, som teleKOL-vagten skal varetage, har vist, at det bliver ca. 350.000 kr. dyrere at bemane scenarie 1, som også er det scenarie, der er lagt til grund i budgetvejledningen.</p> <p><u>Evaluerings af TeleKOL vagten</u> Der foretages på nationalt plan en fælles evaluering af teleKOL (jf. ØA 16 og ØA 18). Evalueringen er dog målrettet ordningen i dagtid og indfanger derfor ikke effekterne i vagttid. Derfor forslås det, at der foretages en særskilt evaluering af teleKOL-vagten efter to år med henblik på at danne et beslutningsgrundlag for ordningens videre forløb.</p> <p>Programsekretariatet har i samarbejde med DEFACTUM udarbejdet vedlagte evalueringdesign, der er godkendt af formandskabet for programstyregruppen for teleKOL. De tidsmæssige og økonomiske rammer for evalueringen er beskrevet i vedlagte bilag med henblik på godkendelse i Sundhedsstyregruppen.</p>
06.07.20	Skriftlig orientering til SSG om, at CGI (leverandør af de telemedicinske løsninger til borgere og medarbejdere) ikke kan levere løsningerne inden sommerferien som planlagt.
03.09.20	Status på TeleKOL – tidsplan og samarbejdsaftaler

	<p><u>Indstilling:</u> Status på den nye tidsplan for pilotafprøvning og implementering af TeleKOL tages til efterretning</p> <p><u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt.</p> <p><u>Ny tidsplan:</u> Styregruppen for fælles udbud og udvikling af telemedicin (FUT styregruppåen er i dialog med CGI om en ny tidsplan og det er forventningen, at løsningen leveres i tre leverancer, den første i uge 43, hvor løsningernes basisfunktionalitet er klar til at blive afprøvet. Resten leveres i hhv. yge 48 og uge 5, 2021.</p> <p><u>Økonomiske konsekvenser af forsinkelsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I orienteringen fra FUT fremgår det, at prisen for medarbejder- og borgerløsningen ikke ændres som en konsekvens af forsinkelsen, da CGI selv finansierer deres ekstraudgifter. • For Midtjylland og de øvrige landsdele vil forsinkelsen dog betyde, at de ressourcer, der er allokeret til pilotafprøvning og implementering skal forlænges tilsvarende. • Konkret betales der i perioden også for den igangværende drift af den telemedicinske infrastruktur. Den telemedicinske infrastruktur har været i drift siden november 2019, og regioner og kommuner har derfor en løbende driftsomkostning, selvom telemedicinsk hjemmemonitorering endnu ikke er implementeret. • Den enkelte organisation oplever ikke at få en konkret nytteværdi ud af infrastrukturen i øjeblikket. I den forbindelse skal det dog understreges: <ul style="list-style-type: none"> - at infrastrukturen allerede bliver brugt af projektet og CGI – til test, performance/funktion og uddannelse - at der foreligger en kontraktuel binding over for Systematic, der leverer infrastrukturen. Dvs. at det ikke er muligt at "slukke" for infrastrukturen, ind til løsningerne er leveret.
07.09.20	<p>Skriftlig orientering til SSG om Evaluering af TeleKOL</p> <p><u>Indstilling:</u> At effektevaluering af tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering tages til orientering</p> <p><u>Opfølgning fra SSG 20.02.20:</u> Metodebilag til at sikre afdækning af, om vagtfunktionen har en effekt ift. at reducere KOL-relaterede indlæggelser i vagttid blev godkendt.</p>
12.10.20	<p>Skriftlig orientering til SSG om kommunikationsstrategi samt orientering om økonomi, samt opdateret budgetvejledning</p> <p><i>Orientering om økonomien</i></p> <p>Der er nu skabt en telemedicinsk infrastruktur, og løsningerne til borgere og medarbejdere forventes snart klar til pilottest – investeringer som har været betydelige, men som gør det muligt at indfri ambitionen om et bredere anvendelsespotentiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telemedicinsk sårsvurdering skal i den kommende version anvende den telemedicinske infrastruktur. - Ligesom det fælles kommunale udbud af PRO løsninger. - I Økonomiaftalen for 2021 er det fastlagt, at der skal arbejdes med implementering af telemedicin til borgere med hjertesygdom. <p>Det fjerner ikke den usikkerhed, der vil være omkring visse dele af driftsøkonomien. Den kan ikke fjernes på nuværende tidspunkt, da der mangler konkret driftserfaring i forhold til den måde, hvorpå opgaven skal løses og dermed et helt præcist billede af, hvilke ressourcer der skal anvendes. Alligevel</p>

	<p>er det vurderingen, at der trods usikkerheden, med den foreliggende budgetvejledning er et realistisk estimat for de omkostninger, som er forbundet med at implementere og drive telemedicinsk hjemmemonitorering i Midtjylland.</p> <p>Som det også fremgår af budgetvejledningen, kommer der nye udgifter bl.a. som følge af de hidtidige forsinkelser i leverancerne af løsninger til borgere og medarbejdere. Derfor ønsker både formandskabet for programstyregruppen og formandskabet for Spor 1 (økonomi og jura), at de økonomiske udfordringer drøftes med parterne i den nationale porteføljestyregruppe.</p> <p>Budgetvejledningen blev præsenteret og kvalificeret den 27. august 2020 på en virtuel workshop om økonomien i TeleKOL med deltagelse af både regionale og kommunale repræsentanter. Input fra workshoppen er indarbejdet i budgetmaterialet.</p> <p>Der er løbende udarbejdet budgetvejledninger for TeleKOL projektet og nu følger en opdateret version for 2021 samt en helt enkel oversigtsversion. Desuden et bud på budgetter (primært driftsbudgetter) for årene 2021, 2022 og 2023.</p>
20.11.20	<p>Kort status om TeleKOL grundet fornyede ændringer i tidsplanen</p> <p><u>Indstilling:</u> Orientering om varsling af ændring af tidsplan i TeleKOL tages til efterretning.</p> <p><u>Beslutning:</u> Indstilling godkendt.</p> <p>Den 2. november 2020 blev der afholdt ekstraordinært møde i den nationale porteføljestyregruppe vedr. TeleKOL. På agendaen var en status fra Fælles Udvikling af Telemedicin (FUT) ift. deres "tekniske timeout", som skulle vare til uge 43, samt en præsentation af en revideret tidsplan. Den nye tidsplan, der blev præsenteret, opererede med en forsinkelse på yderligere 3 måneder.</p> <p>Pga. projektets historik med flere forsinkelser blev det af den nationale porteføljestyregruppe imidlertid besluttet, at landsprogrammerne pauserer re-planlægningen af de lokale aktiviteter og tidsplaner frem til FUT-styregruppen melder ud, at FUT-tidsplanen kan overholdes. Der kommer derfor ikke en ny tidsplan fra FUT, før der er sket en grundig afklaring med leverandøren CGI.</p>
14.01.21	<p>Orientering om, at der efter ønske fra Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) laves en redegørelse om forløb og status ift. TeleKOL.</p>

Bilag 3. Sagsbehandlingen vedr. etablering af hjemmemonitoreringsfunktion

Nedenfor er en kronologisk gennemgang af beslutningsprocessen herunder argumenterne for etableringen af en hjemmemonitoreringsfunktion i vagttid i Midtjylland

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
29. juni 2017	Akutstyregruppen	<p>Akutstyregruppen anbefaler, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, der kan se på udvikling af særlige tilbud til KOL-patienter. Baggrunden er, at akutstyregruppen via indikatoropfølgning ser en generel stigning i antal akutte indlæggelser herunder en helt særlig stigning ift. borgere med KOL - Der er behov for en særlig indsats for denne patientgruppe.</p> <p>Det foreslås, at gruppen skal ses i tæt sammenhæng med TeleKOL-projektet.</p>
6. september 2017	Sundhedsstyregruppen (SSG)	<p>SSG godkender det sundhedsfaglige indhold vedr. telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.</p> <p>SSG beslutter, at akutstyregruppens forslag om at nedsætte en fælles tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal se på forløb og forebyggelse af akutte indlæggelser for kendte borgere med KOL, tiltrædes.</p> <p>Forestående arbejde i relation til TeleKOL vedr. at vurdere fordele og ulemper ved forskellige organiseringsmodeller integreres ind i dette arbejde.</p>
23. november 2017	Programstyregruppen for landsdelsprogram Midtjylland (PGS)	<p>Gruppen drøfter kommissoriet til den fælles tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. indsats til KOL-patienter og bemærker, at repræsentanter fra den sundhedsfaglige arbejdsgruppe under PGS (spor 3), Akutstyregruppen samt andre relevante aktører indgår i gruppen. Endeligt kommissorium godkedes efterfølgende skriftligt af formandsskabet.</p>
Dec-jan 2017-2018	Fælles tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. forløb og forebyggelse af akutte indlæggelser	<p>Arbejdsgruppens input:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er mange akutte KOL-relaterede indlæggelser i vagttid (53% af alle KOL

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
	for kendte borgere med KOL	<p>relaterede indlæggelser i 2016 sker i vagttid).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er en stor gruppe, som der er relativt få sundhedstilbud til. • Der er behov for, at en telemedicinsk indsats til borgere med KOL også dækker vagttid for at kunne opnå målsætningen om at reducere antallet af akutte indlæggelser. <p>Anbefaling: Organiseringen af monitoreringsindsatsen placeres klyngevis i dagtid og i en central funktion i vagttid.</p>
23. februar 2018	Programstyregruppen for landsdelsprogram Midtjylland (PGS)	<p>PSG drøfter oplægget fra arbejdsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I LDM har vi en ambition om at reducere indlæggelser. • Eksisterende erfaringer/studier med telemedicin, viser, at monitorering, der kun foretages i dagtid, ikke har en effekt ift. reduktion af akutte indlæggelser. • Grundet det høje antal indlæggelser i vagttid vil man i LDM derfor forsøge med en monitoreringsindsats 24/7, da forventningen er, at dette vil bidrage til målet om at reducere indlæggelser. • Samtidig kan det bidrage til en væsentlig aflastning af vagtlægeordningen, som også har mange KOL-relaterede henvendelser. • Der er behov for, at det samlede tværsektorielle forløb beskrives i forløbsprogrammet. • Forslaget til organiseringen skal forelægges SSG til godkendelse, og det skal fremgå tydeligt, at baggrunden for indstilling er det overordnede mål og høje ambitionsniveau i LDM om at reducere indlæggelser samt forventningen om, at 24/7 indsatsen vil sikre dette.
15. marts 2018	Sundhedsstyregruppen	<p>SSG drøfter oplægget vedr. organisering af monitoreringsenheden på klynge-niveau i dagtid og centralt niveau i vagttid og bemærker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er behov for at regionen afdækker, hvordan den nærmere organisering af skal være i vagttid (kommenteres i Klinikforum).

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<ul style="list-style-type: none"> • Der er behov for afdækning af om, det betyder, at kommunerne skal øge deres akutfunktioner.
20. april 2018	Klinikforum (KF)	<p>KF drøftelse af organisering af monitorering- og rådgivningsopgaven i vagttid.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>KF bakker op om anbefalingen vedr. at der etableres én central monitorerings- og rådgivningsfunktion i vagttid.</u> • KF bemærkede, at det skal uddybes, hvilke konkrete opgaver, der skal udføres i vagttid med henblik på at afgøre, hvordan funktionen skal bemannes og konkret organiseres.
23. maj 2018	Sundhedsstyregruppen	<p>På baggrund af KF's vurdering vedr. organisering af én central monitorering enhed, samt en vurdering af, at trækket på de kommunale ressourcer sker inden for eksisterende rammer:</p> <p><u>SSG GODKENDER</u> indstillingen vedr. at organiseringen af monitoreringsindsatsen placeres klyngevis i dagtid og i én central funktion i vagttid.</p> <p>Samtidig besluttet det, at organiseringen skal evalueres efter to år.</p>
24. september 2019	Møde mellem formandskabet for Sundhedsstyregruppen og formandskabet for Programstyregruppen	<p>Beslutningen fra Sundhedsstyregruppen om, at der skal tilbydes monitorering i vagttid og der støttes fortsat op om beslutningen. Spørgsmålet er hvordan opgaven kan tilrettelægges bedst muligt. Samtidig fastholdes beslutningen om en evaluering af organiseringen i vagttid efter 2 år.</p> <p>Det blev besluttet, at programsekretariatet arbejder videre med at beskrive modeller og økonomiske konsekvenser i forhold til organisering af vagttid. Det skal ske med udgangspunkt i henholdsvis 1 enhed, som kan varetage opgaven på vegne af alle hospitaler og kommuner, og på skift mellem de 5 hospitalsenheder, som Klinikforum besluttede.</p> <p>Der skal arbejdes på en "slankere model" (bæredygtig ift. økonomi og</p>

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<p>ressourceanvendelse ift. de lungemedicinske specialistkompetencer)</p> <p>Forslag udarbejdes af sekretariatet og spor 3 i samarbejde med specialerådet (og godkendes i klinikforum forinden endelig godkendelse i SSG)</p> <p>Proces: Sundhedsstyregruppen vil få forelagt en opdateret beskrivelse af organisering og de forventede konsekvenser på det første møde i 2020.</p> <p>Inden da vil sagen blive forelagt Klinikforum.</p> <p>Deltagere: Regionsdirektør Pernille Blach Hansen, kontorchef Lone Düring, it-direktør Claus Wegner Kofoed, kommunaldirektør Flemming Storgaard, direktør Anders Kjærulff, direktør Kate Bøgh, leder af Center for Telemedicin Britta Ravn, konsulent i KOSU Anders Horst</p>

Nedenfor er en kronologisk gennemgang af beslutningsprocessen ift. den nærmere præcisering af organiseringen, opgaverne og bemanningen af hjemmemonitoreringsfunktionen i vagttid:

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
26. oktober 2018	Klinikforum	<p>Klinikforum forelægges en uddybet beskrivelse af opgaverne i vagttid samt forslag om at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreringsfunktionen i vagttid skal være virtuel og går på skift mellem maks 3 hospitaler i vagttid • Monitoreringsfunktionen i vagttid skal bemandes med én monitoreringssygeplejerske samt, at det hospital, der har monitoreringsansvaret, stiller lægefaglig lungemedicinsk rådgivning til rådighed for monitoreringssygeplejersken (dvs. telefonisk adgang til beredskabsvagten i aften/nat samt weekend og helligdage). • At der udpeges ét hospital, der har ansvaret for implementering og drift af monitoreringsfunktionen i vagttid. • Der blev orienteret om, at anbefalinger til monitoreringsopgaven og bemanning af vagtfunktionen drøftes i specialerådet for lungemedicin. <p>KF referat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opgaver i henholdsvis dag- og vagttid samt nødvendige bemanning og faglighed blev taget til efterretning. • Det anbefales, at vagtordningen kommer til at gå på skift mellem alle fem klynger (forankres fortsat i hospitalsregi. • Det anbefales, at den klynge/hospital, der har den lægefaglige vagt, skal også levere personale til den centrale monitoreringsenhed i den pågældende vagt • Det overordnede ansvar for at tilrettelægge bemanningen af monitoreringsenheden i vagttid forankres ved Regionshospitalet Horsens ved det Fælles Servicecenter på Regionshospitalet Horsens
30. juli 2019	Specialerådet for medicinske lungesygdomme	Bemærkninger fra specialerådet i relation til vagtfunktionen:

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsfaglige ressourcer brugt i vagttid tages fra dagtid, da der ikke følger midler med. • En vagttidsordning er ressourcekrævende set ift. gevinsten. • Der er få lungemedicinske ressourcer i regionen (nogle hospitalsenheder er mere udfordrede end andre) derfor er forslaget om at lade ordningen gå på skift ikke bæredygtig. • Beredskabsvagt er ikke den rigtige løsning som lægefaglig rådgivningskanal i vagttid, hvis det er et krav, at lægen skal kunne foretage akutte indlæggelser samt hurtige ændringer i behandlingen. Det skyldes, at der ikke krav til nærhed til PC m.v. (yderligere er der også kun beredskabsvagt i Aarhus, som ikke vil kunne løfte hele vagtopgaven alene) • Hvis det er et krav, at lægen skal kunne foretage akutte indlæggelser, så skal det organiseres som en rådighedsvagt, hvor ressourcetrækket er større.
22. november 2019	Spor 3 møde med deltagelse af Tværfaglig specialråd for Lungemedicin	<p>Drøftelse af forslag til hvorledes vagttidsorganiseringen kan gøres mere bæredygtig ift. økonomi og ressourceanvendelse ift. de lungemedicinske specialistkompetencer.</p> <p>Beslutning:</p> <p>Beredskabsvagt frem for rådighedsvagt</p> <p>Gradvis/bølgevis implementering og løbende inklusion af de 1250 borgere</p> <p>At AUH's beredskabsvagt løfter opgaven, men med aftale om, at den "fulde model" igangsættes inden for kortere varslingsperiode.</p> <p>Den "fulde model": Monitoreringsopgaven (sygeplejerskeopgaven) fastansættes på ét hospital (forventeligt AUH) og rådgivningsopgaven går på skift mellem</p>

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<p>hospitalsenhederne pba. andel af lungemedicinere.</p> <p>At belastningen følges løbende ved sædvanlig optælling jf. OK bestemmelser - og evalueres efter 2 år.</p> <p>Proces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Møde med AUH (januar 2020) ift. mulighed for at vagtordning forankres her • Forslag til "slankere model" forelægges Klinikforum 7. februar 2020 • Endeligt forslag indstilles til godkendelse i SSG 20. februar 2020
7. februar 2020	Klinikforum	<p>Indstilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At vagten forankres på AUH, lungesygdomme • Vi starter med en minimumsløsning og opskalerer løbende. Det betyder konkret, at vagten bemannes med én sygeplejerske og den lægelige beredskabsvagt løftes inden for rammerne af den allerede eksisterende beredskabsvagt på AUH (som selvfølgelig kompenseres) • Belastningen på vagten følges tæt med henblik på at sikre rettidig opskalering. Opskalering på den lægelige del omfatter, at beredskabsvagten deles ud på hospitalerne, som på skift får ansvaret for at dække ind ift. vagter. • Økonomi: Da der er usikkerhed ift. opskaleringen er det ikke muligt at fastsætte den endelige pris – derfor er der skitseret to scenarier i sagsfremstillingen. Og selvom vi med denne ny model har sikret en minimumsløsning - inden for rammerne af de sundhedsfaglige anbefalinger - overstiger vi omkostningsmæssigt de midler, der er prioriteret til ordningen i budgetvejledningen. Der er dog ikke tale om større beløb, særligt ikke når det fordeles ud, men det er selvfølgelig en forudsætning, at midlerne prioriteres. • at der foretages en evaluering af ordningen efter to år.

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<p>Beslutning:</p> <p>Klinikforum godkendte modellen for organiseringen af teleKOL-vagt.</p> <p>Klinikforum opfordrer projektsekretariatet for TeleKOL-projektet om at følge op på udgifter og effekten af ordningen.</p>
20. februar 2020	SSG	<p>Organisering og evaluering af TeleKOL-vagten</p> <p>Redegørelse for beslutning og organisering af TeleKOL-vagten:</p> <p>Sundhedsstyregruppen besluttede 23. maj 2018, at der i forbindelse med udrulningen af teleKOL i dagtid pr. 1. september 2020 (jf. forpligtelse i ØA 16) også etableres en teleKOL-vagtfunktion (aften-nat samt weekend og helligdage). Dette med henblik på at reducere det høje antal KOL-relaterede indlæggelser i vagttid og henvendelser til vagtlægeordningen samt at afprøve en udvidet telemedicinsk model, idet eksisterende studier viser, at en telemedicinsk indsats alene i dagtid ikke har effekt ift. reduktion af indlæggelser.</p> <p>Det er endvidere besluttet, at teleKOL-tilbuddet i vagttid forankres i én central funktion, og der er lagt op til en evaluering af effekterne af teleKOL-vagten efter to år med henblik på at sikre et beslutningsgrundlag for ordningens videre forløb.</p> <p>I forhold til den konkrete organisering af teleKOL-vagten har der indledningsvist været lagt op til en virtuel organisering, hvor klyngerne på skift fik ansvar for at bemande funktionen jf. de sundhedsfaglige anbefalinger. På baggrund af forskellige input særligt fra regionens tværfaglige specialeråd for lungesygdomme står det dog klart, at dette giver udfordringer ift. optimal udnyttelse af de lungemedicinske ressourcer i regionen (særligt lægefaglige). Hertil har der været bekymringer ift., om organiseringen er en effektiv udnyttelse af økonomiske ressourcer.</p>

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<p>Formandskabet for Sundhedstyregruppen og Formandskabet for Programstyregruppen for teleKOL besluttede derfor 24. september 2019, at der arbejdes på at finde en "slankere model" for organisering af vagtordningen, hvor der tages særligt hensyn til optimal anvendelse af lungemedicinske ressourcer samt hensigtsmæssig brug af økonomiske ressourcer.</p> <p>På den baggrund har programsekretariatet for teleKOL i samarbejde med den sundhedsfaglige og organisatoriske arbejdsgruppe (spor 3) under teleKOL-programmet samt det tværfaglige specialeråd for lungesygdomme drøftet forskellige modeller for teleKOL-vagten og foreslår på den baggrund, at teleKOL-vagten forankres fast på Aarhus Universitetshospital (AUH). Sagen har endvidere været drøftet i implementeringsgruppen for teleKOL i Aarhus-klyngen.</p> <p>Denne organisering tillader, at der lægges ud med en minimumsmodel for organiseringen af teleKOL-vagten – inden for rammerne af de sundhedsfaglige anbefalinger - hvor der er mulighed for løbende opskalering efter behov. Modellen imødekommer derfor også, at der gradvist tilknyttes borgere til teleKOL-tilbuddet med en forventning om fuld belastning ét år efter driftsstart. Hertil er der ud fra et patientsikkerhedshensyn fordele ved at placere ordningen på AUH, hvor der allerede er opbygget kompetencer og erfaring med telemedicinske tilbud til borgere med KOL.</p> <p>Vedlagt er en nærmere beskrivelse af organiseringen af teleKOL-vagten på AUH. Den er udarbejdet i samarbejde med afdeling for lungesygdomme, AUH. Organiseringen er endvidere godkendt i Klinikforum 7. februar 2020.</p> <p>Organiseringen omfatter overordnet, at teleKOL-vagten fra driftstart bemannes med én</p>

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		<p>monitoreringssygeplejerske, og at den lægefaglige bagvagt funktion varetages af den beredskabsvagt (kun telefoniske henvendelser), der allerede i dag er tilknyttet afdeling for lungesygdomme, AUH. Såfremt belastningen øges væsentligt, således at opgaven ikke kan varetages inden for rammerne af den eksisterende beredskabsvagt, foretages en opskalering. Opskaleringen indebærer, at beredskabsvagten (kun telefoniske henvendelser) dækkes ind på skift mellem hospitalsenhederne (samme princip som palliative vagt).</p> <p>Økonomi for teleKOL-vagten</p> <p>AUH kompenseres som følge af, at hospitalet løfter teleKOL-vagten på vegne af hele regionen samt de 19 kommuner.</p> <p>Jf. godkendt budgetvejledning for 2020 er der afsat 2,7 mio. kr. årligt til teleKOL-vagten delt 50/50 mellem region og kommuner.</p> <p>Da der er usikkerheder om hvorvidt og eventuelt hvornår, der er behov for en opskalering af teleKOL-vagten, er det på forhånd ikke muligt endeligt at fastslå økonomien ved ordningen. I vedlagte beskrivelse af teleKOL-vagten arbejdes der således ud fra to scenarier 1) ingen opskalering og 2) opskalering af den lægelige del efter 2. kvartal 2021.</p> <p>Beslutning: Indstilling godkendt med bemærkning (jf. 7. september). Godkendelse af plan for evaluering af TeleKOL</p>
7. september 2020	SSG	<p>På møde 20. februar godkendte SSG den fremlagte plan for evaluering af TeleKOL. Godkendelsen skete med en bemærkning om, at "det endelige design for evaluering af TeleKOL-vagten skal sikre at vi kan afdække, om vagtfunktionen har en effekt ift. at reducere KOL-relaterede indlæggelser i vagttid".</p>

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
		Beslutning: Effektevaluering og evalueringsdesign af TeleKOL taget til efterretning.

Bilag 4. Sagsbehandling i DKS og KOSU

Nedenfor er en kronologisk gennemgang af beslutningsprocessen for TeleKOL i kommunalt regi i DKS og KOSU

Dato	Forum/aktør	Beslutning/drøftelse/anbefaling
3. marts 2015	DKS	Drøftelse af kommunernes ønsker til en tværsektoriel strategi for telesundhed. Det besluttedes at der udarbejdes en strategi i samarbejde med Region Midtjylland.
5. april 2016	DKS	Under skriftlige orientering: Der orienteres om, at KL, Danske Regioner og Regeringen i økonomiaftalen for 2016 har aftalt, at Region Nordjyllands model for hjemmemonitorering af KOL skal udbredes til hele landet.
14. oktober 2016	DKS	Der blev orienteret omkring at organiseringen af projektet er ved at være på plads, og at der er etableret en styregruppe samt 4 projektspor (arbejdsgrupper).
27. januar 2017	DKS	Der blev orienteret om at programstyregruppen er nedsat, og at dens besætning er på plads med formænd og ledelsesrepræsentanter. Desuden orienteres om at der er ansat en projektleder.
31. marts 2017	DKS	Der blev orienteret omkring de forskellige elementer i implementeringen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, herunder et første estimat for de kommunale udgifter samt overvejelser i forhold til organisering af indsatsen. Investeringsudgiften er relativ høj, men kan bruges i forhold til fremtidige målgrupper, da infrastruktur til deling af data på tværs af sektorer på sigt skal bruges på andre områder.
2. juni 2017	DKS	DKS drøftede forskellige løsninger for, hvordan man kan organisere opsamling og vurdering af data fra borgere med KOL.
12. september 2017	DKS	DKS gav opbakning til at give en anbefaling om, at der laves en fælles anskaffelse af den borger- og medarbejderrettede løsning til telemedicinsk hjemmemonitorering.
18. August 2017		Der blev på mødet drøftet forskellige modeller til organiseringen af den telemedicinske monitorering. DKS gennemgik fire fokuspunkter, <ul style="list-style-type: none"> • Responstid i forbindelse med monitorering Den lægelige anbefaling er en responstid på max. 2 timer. Kort responstid er også vigtig i forhold til løbende at kunne arbejde med borgerens egenmestring.

		<ul style="list-style-type: none"> • Opgavens karakter Monitoreringsopgaven vurderes at have karakter af en specialiseret opgave. Dette vil blive uddybet i arbejdsgruppen endelige oplæg. • Lægelig kapacitet i klyngerne I forhold til en model, hvor monitoreringsopgaven er forankret i klyngerne, undersøger arbejdsgruppen om der er lægelig kapacitet nok på området i alle klynger. • Styring ved en fælles model I modellen med et fælles tværsektorielt center indgår også, at der skal være en styregruppe omkring centret. Centret skal drives i et fællesskab mellem region og kommuner og fx gerne omfatte delestillinger. <p>Ud fra disse fire fokuspunkter drøftede DKS forskellige perspektiver på, hvordan der kan arbejdes frem mod, at der træffes en beslutning på tværs af kommunerne. Forskellige muligheder blev bragt i spil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der kan tænkes i modeller, der kan bære, at ikke alle ønsker den samme løsning. Men det vil være en fordel, hvis der kan opnås enighed i den enkelte klynger om valg af model. • Det blev fremhævet, at der er behov for, at klyngerne drøfter de forskellige modeller for organisering af monitoreringsopgaven. Dvs. at både kommuner og hospitaler drøfter med hinanden, hvor man står. • De største kommuner kan have et ønske om selv at varetage monitoreringsopgaven. Kan det rummes i en model? • Valget af model skal sikre, at alle kommuner har en reel mulighed for at løfte opgaven. Hvis nogle kommuner er for små til selv at varetage monitoreringen, bør det ikke anbefales som en generel model. • Overvej en fasemodel – fx begynde på klyngeniveau og så arbejde frem mod en fælles løsning.
21. februar 2019	DKS	Der blev givet en status på arbejdet med telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL. Der er gennemført udbud og valgt en leverandør i forhold til den fælles medarbejderløsning. Næste skridt er processen med den borgerrettede løsning. Orienteringen blev taget til efterretning.
18. september 2019	DKS	Under et tema omkring fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen, blev der givet en status på TeleKOL projektet. <p>Oplægget omhandlede en status for projektet. Indholdet af oplægget var følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visionen med TeleKOL i Landsdelsprogram Midtjylland • Organisering og teknik • Tidsplan og fremdrift

		<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi • "Bankfunktion" fælles projektøkonomi
15. januar 2020	DKS	<p>Punktet indeholdt en status for projektet, og ligeledes overvejelser om fælles projektmidler/driftsøkonomi og midler til evaluering af TeleKOL.</p> <p>Der var opbakning fra DKS til at arbejde videre med et forslag til fælles økonomimodel og evaluering. Ambitionen er at gøre samarbejdet om en fælles IT-infrastruktur på området så enkelt så muligt, og herunder med så få transaktioner som muligt.</p> <p>Det blev ligeledes besluttet at udgifterne til evaluering skal lægges ind i det samlede budget for opgaven.</p>
11. juni 2020	DKS	<p>DKS blev præsenteret for overordnet tidsplan og milepæle for sidste del af projektet. Der blev orienteret om den udskydning af den forestående pilotafprøvning, og så blev det nævnt, at der var udfordringer med borger- og medarbejderløsningen.</p> <p>Desuden blev der orienteret om udviklingen af den fælles digitale forløbsplan "Samblik" til KOL. Fra kommunal side er der givet tilsagn om en medfinansiering i form af personaleressourcer svarende til 458.000 kr. På mødet blev DKS præsenteret for forslag til model for fordeling af udgifter blandt kommunerne.</p>
KOSU		<p>KOSUs møder indeholder altid en gennemgang af kommende SSG-dagsorden. Da man forsøger ikke at have sagerne på dobbelt på KOSU dagsorden, er KOSUs behandling af sager vedr. TeleKOL projektet lavet ud fra de sager der er sat på SSGs dagsorden.</p>
16. August 2018	KOSU	<p>I økonomiaftalen for 2018 (ØA18) blev KL, Danske Regioner og Regeringen enige om, at kommunerne og regionerne skulle lave en fælles it-anskaffelse, som del af den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering</p> <p>KOSU drøftede punktet og afventer, at punktet drøftes på DKS mødet 12. september 2018 ift. om man som kommune vil tilslutte sig en fælles løsning. Sekretariatet har udarbejdet et notat med nærmere udfoldning af økonomien –notatet sendes med referatet ud.</p>

”Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL”

Budgetvejledning
2021 – status på
økonomi i
landsdelsprogram
Midtjylland

Med økonomiaftalerne (ØA) for 2016 har kommunerne og regionerne forpligtet sig til at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til alle relevante borgere med KOL. Som en del af det forberedende arbejde er der løbende blevet udarbejdet estimer på de forventede investerings- og driftsomkostninger samt omkostningerne forbundet med at implementere telemedicinsk hjemmemonitorering.

Dato.09.2020

I takt med den løbende udvikling af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, både nationalt og i selve landsdelsprogrammet, er der et behov for at tilpasse og justere den forventede økonomi i Landsdelsprogram Midtjylland. Som led i denne justering er der derfor udarbejdet en ny version af budgetvejledningen i august 2020. Det sker for at kunne indarbejde de økonomiske ændringer som følger af seneste justering af tidsplanen fra FUT og indarbejde de tilpasninger som i øvrigt er sket siden den seneste budgetvejledning blev udsendt i september 2019.

Side 50

Status på Landsdelsprogram Midtjylland

Driftsprøven for den telemedicinske infrastruktur blev i foråret 2020 gennemført som planlagt. Efter planen skulle der også være gennemført overtagelsesprøver for de telemedicinske løsninger til borgere og medarbejdere inden udgangen af juni 2020. Imidlertid viste de indledende test af de to løsninger til borgere og medarbejdere at der var så mange fejl i leverancerne, at den oprindelige tidsplan måtte udskydes. I stedet forventes overtagelsesprøverne at ske primo 2021. Under forudsætning af at løsningerne leveres som forventet vil implementeringen kunne påbegyndes i foråret 2021. Forberedelserne til afprøvning og implementering af løsningerne fortsætter imidlertid. En konkret tidsplan for afprøvning og implementering forventes fremlagt til godkendelse i programstyregruppen snarest.

FUT (Fælles Udbud og Udvikling af Telemedicin - som står for gennemførelsesprojektet) har foreløbig meldt ud at prisen for medarbejder- og borgerløsningen ikke ændres som en konsekvens af forsinkelsen, da CGI selv finansierer deres ekstraudgifter. Dog vil betalingsmilepælene for borger- og medarbejderløsningerne skulle rykkes tilsvarende med tidsplanen. FUT estimerer i skrivende stund at den forlængelse af gennemførelsesprojektet som forsinkelsen vil medføre, ikke vil fordyre gennemførelsesprojektet og dermed give øgede udgifter til regioner og kommuner. Det skyldes at CGI har accepteret at betale de omkostninger som følger af forsinkelsen i forhold til gennemførelsesprojektet.

For Midtjylland og de øvrige landsdele vil forsinkelsen dog betyde at de ressourcer der er allokeret til pilotafprøvning og implementering skal forlænges tilsvarende.

Selve afprøvningen af løsningerne vil blive gennemført i samarbejde mellem AUH og Aarhus kommune.

Telemedicinsk hjemmemonitorering forventes derfor først i fuld drift fra starten af 2022. Derfor bliver 2022 forventeligt det første år med fuld eller tæt på fuld drift for hele året.

Ændringer i forhold til budgetvejledning efterår 2020

Siden den seneste budgetvejledning, som blev udsendt i september 2019, er der i løbet af de seneste knap 12 måneder sket en fortsat afklaring af flere af de konkrete udgifter. Et eksempel er Fælles Servicecenter (FSC) som har gennemført udbud af devices, med en deraf følgende prissætning. Ligeledes har FSC indgået aftaler med 3. parts leverandører af service, support og logistik (ATEA og DKI logistics).

Samtidig arbejdes der tæt sammen med FSC på at finde en endelig model for finansiering af det udstyr som borgerne skal bruge til hjemmemonitorering. Udgangspunktet i denne budgetvejledning er en model hvor FSC leaser udstyret til region og kommuner. Det betyder at der er forsvundet et beløb på 6 mio. kr. på investeringssiden. Til gengæld øges de årlige driftsomkostninger ganske betydeligt. Fra 1. september er FSC omdannet til en forening og derfor skal den nye forenings bestyrelse sammen FSC og programstyregruppen fastlægge de endelige principper for en betalingsmodel vedrørende den telemedicinske udstyrspakke. Modellen vil bl.a. bero på forventet levetid for udstyret, genanskaffelse mm.

Endvidere er der sket en genberegning af omkostninger til monitorering i vagttid (opgaven løses af AUH på vegne af alle klynger).

Der er også i den mellemliggende periode kommet nye udgifter i forbindelse med projektet. Det er besluttet at alle landsdele skal oprette et "Single Point of Contact (SPOC) i forbindelse med indrapportering af fejl, nedbrud, tekniske problemer mm. Opgaven forventes placeret hos Region Midtjyllands Service Desk. Prisen for løse opgaven er et foreløbigt estimat. Der er også aftalt en fælles evaluering som er indarbejdet i budgetvejledningen.

Indledningsvis præsenteres de overordnede økonomiske nøgletal samlet og for kommuner og region.

Landsdel Midtjylland	Antal borgere med KOL i hjemme- monitorering (forventet)	Investerings- omkostninger (3 år) i alt i mio. kr.	Implementerings- udgifter (2 år) i alt i mio. kr. (*)	Driftsudgifter år n (fuld implemen- tering) i mio. Kr.	Driftsudgifter pr. indbygger (år n) kr.
Samlet antal indbyggere (1.327.410*)	1250	20,6	23,0	28,1	21,17

Kommune (antal borgere)	Antal borgere med KOL i hjemme-monitorering (forventet)	Investeringsomkostninger (3 år) i alt i mio. kr.	Implementeringsudgifter (2 år) i alt i mio. kr.(*)	Driftsudgifter år n (fuld implementering) i mio. Kr.	Driftsudgifter pr. indbygger (år n) kr.
Samlet for kommunerne	1250	9,0	15,2	12,05	9,08
(1.327.410)					

Region (antal borgere)	Antal borgere med KOL i hjemme-monitorering (forventet)	Investeringsomkostninger (3 år) i alt i mio. kr.	Implementeringsudgifter (2 år) i alt i mio. kr.(*)	Driftsudgifter år n (fuld implementering) i mio. Kr.	Driftsudgifter i kr. pr. indbygger (år n)
Samlet for Region Midtjylland	1250	11,9	7,8	16,05	12,09
(1.327.410)					

Befolkningstal for K3 2020.

I forbindelse med ØA 2018 blev den oprindelig aftale fra ØA 2016 suppleret med en aftale om finansiering af en national telemedicinsk infrastruktur og en medarbejderrettet løsning. Disse anskaffelser blev med et indledende skøn anslået til at koste 35 mio. kr. i anskaffelsesudgifter. Danske Regioner og KL aftalte i denne forbindelse en fordeling, hvor den kommunale andel udgør 30 pct. og den regionale 70 pct.

Imidlertid blev den telemedicinske infrastruktur dyrere end det oprindeligt var forventet. Årsagen er høje krav til sikkerhed, anvendelse af standarder og etablering af en generisk, fremtidssikret infrastruktur, der kan anvendes til flere sygdomsområder og funktionsnedsættelser, hvilket kræver en del nyudvikling. Alle 98 kommuner og fem regioner har tilsluttet sig at anskaffe den telemedicinske infrastruktur som er leveret af Systematic. Den samlede anskaffelsespris er endt på 55,9 mio. kr. Dertil kommer en udgift på 12,2 mio. kr. til gennemførelsesprojektet (som fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner) og en årlig driftsomkostning på 24,9 mio. kr. som ligeledes fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner.

Nedenfor er opstillet de væsentligste forudsætninger.

Table 1: Forudsætninger

Forudsætninger vedr. beregning af omkostninger i Landsdelsprogrammet

- **Populationsstørrelsen** – omkostningerne er beregnet for en samlet population på **2500** hvoraf halvdelen forventes at indgå i et forløb med telemedicinsk hjemmemonitorering. Antagelsen er, at der i gennemsnit vil være 1250 borgere i et monitoreret forløb når telemedicinsk hjemmemonitorering er fuldt implementeret.
- **Anskaffelse af udstyr/devices til hjemmemonitorering.** Beregningen lavet med udgangspunkt i en standardpakke til som leases på månedsbasis. Pris 1. år vil være ca. 4200 kr. som så kan justeres efter behov. Det følgende år vil prisen være 3.950 kr. Den langsigtede betalingsmodel er ikke endelige fastlagt.
- **Monitorering.** Med udgangspunkt i erfaringen fra Regionshospitalet Silkeborg og deres monitorering af borgere med KOL anslås tidsforbruget til at være 10 timer pr. borger på årsplan. Desuden er det forudsat at 20 pct. af borgerne vil blive tilbudt videokonsultationer. Tidsforbruget estimeres til 0,5 timer ugentligt. Det giver et gennemsnitligt tidsforbrug på 15,2 timer pr. borger på årsbasis. Monitorering i vagttid dækker perioden fra 16.00-08.00 på hverdage samt weekender og helligdage. Beløbet dækker en sygeplejerske med speciale i KOL samt 50 pct. af omkostningerne til lungemedicinsk speciallæge i bagvagttid på AUH.
- **Fælles udgifter.** På baggrund af forståelsespapiret mellem KL og Danske Regioner er de fælles udgifter til anskaffelse og drift fordelt 35/65 mellem kommuner og regioner. Dog med undtagelse af den telemedicinske infrastruktur som fordeles 30/70. I Landsdelsprogram Midtjylland er de øvrige omkostninger/investeringer enten fordelt efter samme princip eller der antaget en 50/50 fordeling. Den sidstnævnte fordeling gælder ift. service, support og logistik samt udgifterne til monitorering og rådgivning.

For at gøre det tydeligt hvorvidt de forskellige investerings- og driftsomkostninger er forbundet med en usikkerhed eller ej er de inddelt i farver

Tal i budgetvejledningen – graden af usikkerhed

	Konkrete priser som følge af kontrakter/aftaler
	Priser/estimer på et kvalificeret grundlag som dog er behæftet med usikkerhed ift. den samlede pris. Det kan også være tal fra den nationale BC.
	Priser/estimer som forbundet med en betydelig usikkerhed. Gælder også udgifter som ikke med sikkerhed skal afholdes.

I nedenstående tabel 2 er oplyst de væsentligste investeringer. Hvor prisen for infrastruktur og medarbejder- og borgerrettet løsninger er kendt, beror de øvrige investeringsomkostninger på skøn. Hvorvidt der vil være behov for etablering af et en løsning til opbevaring af data (estimeret pris 4 mio. kr.) er fortsat usikkert. Hvad angår udvikling af den digitale forløbsplan er der bevilliget midler fra den regionale innovationspulje samt en kommunal medfinansiering til at udvikle en grundlæggende forløbsplan. De resterende midler til videreudvikling søges hos fonde og statslige puljer. Den samlede pris for den digitale forløbsplan vurderes således at blive 4,6 mio. kr.

Tabel 2: Investeringsomkostninger 2019/2020

I det følgende er ændring ift. seneste budgetvejledning markeret med **RØDT**

Investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland (i mio. kr.). it/udstyr		
	Pris i alt mio. (kr.)	Bemærkninger
Telemedicinsk infrastruktur inkl. on premise løsning (anskaffelse – engangsudgift)	4,6	Finansiering aftalt i ØA18, hvor der er afsat i alt 35 mio. kroner. Den samlede pris for infrastrukturen blev 55,9 mio. kr. Hvilket betyder en samlet merudgift på 20,9 mio. kr. Andelene for Midtjylland er 4,6 mio. kr.
Gennemførelsesprojektet (varighed frem til foråret 2021)	2,7	Der er samlet afsat 12,2 mio. kr. til at sikre at infrastruktur og løsninger til borgere og medarbejdere afleveres klar til drift. Københavns kommune er ansvarlig for projektet.
Medarbejderrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift)	1,6	Landsdel Midtjyllands andel (1/3) af den fælles bestilling med Nord og Syd. Total sum 3,94 mio., kr. Desuden udgifter til indkøbsansvarlig myndighed i anskaffelsesperioden (Midtjyllands andel er 252.000)
Borgerrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift))	1	Landsdel Midtjyllands andel (1/3) af den fælles bestilling med Nord og Syd. Total sum 2,19 mio., kr. Desuden udgifter til indkøbsansvarlig myndighed i anskaffelsesperioden (Midtjyllands andel er 252.000)
Nationale etableringsomkostning	0,4	Nationale etableringsomkostninger i forbindelse med FUT og FOSA (Fælles Offentlig System Administration). Samlet omkostning 1,9 mio. kr.
Snitflade/integration til EPJ mm. (anskaffelse -engangsudgift)	2	Estimerede omkostning for Region Midtjylland
Snitflader/integrationer EOJ mm. (Anskaffelse -engangsudgift)	2	Estimeret omkostning for de 19 kommuner. Den endelige pris afhænger af hvor mange kommuner på tværs af landsdelene der skal have lavet de samme integrationsløsninger
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (Videreudvikling - engangsudgift)	2,3	Regionsrådet har bevilliget 1,925 mio. kr. fra den regionale innovationspulje og kommunerne stiller med en supplerende egenfinansiering på 458.000 kr. Det kan udvikle en basisfunktion for forløb. De resterende 2,3 mio.kr. til yderligere udvikling af forløbsplanen søges hos private fonde og statslige

		puljer. Den samlede pris for forløbsplanen vil derfor blive ca. 4,6 mio. kr.
Løsning til opbevaring af data for Landsdel Midtjylland	4	KIH databasen kan anvendes til opbevaring af data i en periode på 5 år. Det skal afklares hvordan data efterfølgende gøres tilgængelige. Om der skal laves en løsning lokalt eller nationalt og hvorvidt det skal omfatte andre løsninger (sår, hjerter, PRO mm.) Prisen er et estimat.
Indkøb af udstyr/devices	0	Udstyr indkøbs af Fælles Service Center og leases til region og kommuner på månedlig basis. Udgiften bliver derfor på angivet på årsbasis under driftsudgifter
Total	20,6	

Tabel 3 viser de omkostninger der forventet vil være ved at implementere telemedicinsk hjemmemonitorering i region og kommuner.

Implementeringsressourcer
Hovedparten af de oplyste implementeringsressourcer omfatter udgifter til medarbejdere. For langt størstepartens vedkommende forventes det at være medarbejdere som allerede er ansat i de respektive organisationer. Deres arbejde repræsenterer en værdi som er opgjort, men forventes kun i begrænset omfang at kræve en direkte allokering af midler i det enkelte budget. Det vil kun være nødvendigt såfremt der skal ansættes yderligere medarbejdere til opgaven. Selve opgaveløsningen vil selvfølgelig kræve den nødvendige allokering af medarbejderressourcer.
De anvendte estimater kommer fra den nationale business case.

De direkte implementeringsomkostninger vil derfor hovedsageligt være forbundet med kurser, kompetenceudvikling samt bidrag til eksempelvis udvikling af e-læring. Endelig er der afsat 0,9 mio. kr. til evaluering i samarbejde med Defactum.

Tabel 3: Implementeringsomkostninger

Omkostninger til implementering i landsdel Midtjylland (drift)		
Omkostninger	Samlet pris i mio. kr.	Bemærkninger
Implementeringsressourcer region (defineret som projektledelse i national BC)**	3,4	Tal baseret på den nationale BC. Tallene dækker en 2. årig periode.

Implementeringsressourcer kommuner (defineret som projektledelse i national BC)**	10,4	Tal baseret på den nationale BC. Tallene dækker en 2. årig periode. Sandsynligvis vil beløbet blive mindre da den samlede implementeringsperiode forventes at blive kortere.
Fælles programsekretariat (region og kommuner)	4,2	Omkostningerne for perioden 2019, 2020 og 2021. Der er beregnet 2,5 årsværk pr. år. Perioden er forlænget med 1 år.
Fælles evaluering	0,9	Aftale om gennemførelse af evaluering af den valgte organisering.
Etablering af Fælles SPOC (Single Point Of Contact) i Midtjylland	0,1	Anslåede udgifter til etablering/kompetenceudvikling
Undervisning af borgere med KOL	1	Tal baseret på den nationale BC. Den årlige udgift forventes efterfølgende at være 0,3 mio. kr.
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	2	Estimeret i samarbejde med Spor 4. (Uddannelse og kompetenceudvikling) Finansieres af de enkelte kommuner/afdelinger/lægepraksis
Øvrige udgifter til kompetenceudvikling og e-læring.	1	Der er udviklet et fælles, nationalt e-læringsmateriale som er delvist finansieret af landsdelsprogrammerne (SUM har finansieret 1. mio. kr. fra pulje)
Total	23,0	

Endelig er der i den sidste tabel samlet en oversigt over de forventede, løbende driftsudgifter når projektet er fuld implementeret.

Tabel 4: Estimerede, årlige driftsomkostninger

Løbende, årlige driftsomkostninger i landsdel Midtjylland **		
Omkostninger	Samlet pris i mio. kr.	Bemærkninger
Fælles offentlig systemforvaltning	1,1	Det koster årligt 4,8 mio. kr. at drive den fælles offentlige systemforvaltning for alle kommuner og regioner.
Drift af telemedicinsk infrastruktur inkl. on premise løsning og udvikling	5,5	Der er budgetteret med en samlet total udgift på 24,9 mio. kr. for alle parter.
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	Beløbet indeholder udgifter til drift og indkøbsansvarlig myndighed
Drift af borgerrettet løsning	1,8	Beløbet indeholder udgifter til drift og indkøbsansvarlig myndighed

Drift af "SPOC" for landsdel Midtjylland	1,0	Beløbet er estimeret ud fra et forventet antal henvendelser og forventede faste driftsomkostninger.
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner i dagstid	7,2	Et foreløbigt skøn baseret på eksisterende erfaring mht. tidsforbrug. I gennemsnit 15,2 timer årligt for monitorering pr. borger. Rådgivningen vil være tilgængelig 24/7.
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner i vagttid	3,1	Opdateret efter fornyet estimat fra AUH
Service, support og logistik (FSC)	1,7	Forventet på baggrund af hidtidige erfaringer med Fælles Servicecenter. Tallet dækker over de samlede forventede omkostninger til service, support og logistik som udbydes af Fælles Servicecenter. Afregning vil ske efter forbrug og afhænge af de konkrete opgaver.
Faste leasing omkostninger til FSC for udstyrspakke	4,9	Forventet de første 3 år så der akkumuleres midler til fornyelse af udstyr (se også forudsætninger). Samlet udgift for 1250 pakker fuldt udnyttet på årsplan.
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	0,2	Et estimat baseret på den nationale BC
Løbende undervisning af nye borgere	0,3	Et estimat baseret på den nationale BC.
Total	28,1	

**) Tallene er estimeret når løsningen er fuldt implementeret. Fornyelse af devices forventes at blive påbegyndt fra det 3. år.

Fordeling af omkostninger mellem region og kommuner af de estimerede omkostninger ved KOL-projektet

Med afsæt i den ovenfor beskrevne økonomi – Tabel 2, Tabel 3 og Tabel 4 er foretaget en beregning af økonomien for henholdsvis regionens 19 kommuner og Region Midtjylland.

Fordelingen af de forskellige omkostninger er godkendt af sundhedsstyregruppen, ligesom det er aftalt at økonomien i forbindelse med telemedicinsk hjemmemonitorering og den gældende fordelingsnøgle evalueres efter 2 års drift (forventet medio 2022).

Fordelingen er baseret på både ØA 18 (omkostninger til telemedicinsk infrastruktur) og det fælles forståelsespapir om telemedicinsk hjemmemonitorering som er udarbejdet mellem KL og Danske Regioner. Desuden er der anvendt estimater fra den nationale business case hvor fordelingen af de samlede fællesomkostninger fastsat til 65/35 for hhv. region og kommuner. Nøglen er baseret på fordelingen af de samlede forventede økonomiske gevinster mellem region og kommuner.

Endelig er der en række undtagelser. Eksempelvis fordeles udgifterne til service, support og logistik 50/50. Det er fastsat med udgangspunkt i, at basisbidraget til Fælles Servicecenter fordeles ligeligt

mellem region og kommuner. Også udgifterne til monitorering og rådgivning er delt 50/50 med afsæt i, at det er en fælles opgave mellem hospitaler og kommuner. Endelig er der enkelte andre omkostninger, typisk sektor specifikke, som giver anledning til en anden fordeling af omkostningerne.

Table 5: fordeling af omkostninger

Samlede investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland				
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Fordeling	Kommuner	Region
Telemedicinsk infrastruktur	4,6	30/70	1,5	3,1
Nationalt Gennemførelsesprojekt	2,7	35/65	1,0	1,7
Medarbejderrettet it-løsning	1,6	35/65	0,55	1,05
Borgerrettet it-løsning	1	35/65	0,35	0,65
Nationale etableringsomkostninger	0,4	35/65	0,15	0,25
Snitflade/integration til EPJ mm. (engangsudgift)	2	0/100	0	2
Snitflader/integrationer EOJ mm. (engangsudgift)	2	100/0	2	0
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (engangsudgift)	2,3	50/50	1,15	1,15
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	50/50	2	2
Total	20,6		8,7	11,9
Implementeringsomkostninger (drift)				
Implementeringsressourcer region	3,4	0/100	0	3,4
Implementeringsressourcer kommuner	10,4	100/0	10,4	0
Programsekretariat	4,2	35/65	1,5	2,7
Fælles evaluering	0,9	50/50	0,45	0,45
Etablering af SPOC for Midtjylland	0,1	50/50	0,05	0,05
Undervisning af borgere med KOL	1	100/0	1	0
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	2	65/35	1,3	0,7
Øvrige udgifter til kompetenceudvikling, e-læring mm.	1	50/50	0,5	0,5
Total	23,0		15,2	7,8
Løbende årlige driftsudgifter (år n ved fuld implementering)				
Fælles offentlig systemforvaltning	1,1	35/65	0,4	0,7
Drift af telemedicinsk infrastruktur	5,5	35/65	1,9	3,6
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	35/65	0,45	0,85

Drift af borgerrettet løsning	1,8	35/65	0,65	1,15
SPOC for Midtjylland	1,0	50/50	0,5	0,5
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner	10,3	50/50	5,15	5,15
Service, support og logistik (FSC)	1,7	50/50	0,85	0,85
Faste leasing omkostninger til FSC for udstyrspakke	4,9	35/65	1,7	3,2
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	0,2	65/35	0,15	0,05
Løbende undervisning af nye borgere	0,3	100/0	0,3	0
Total	28,1		12,05	16,05

For at give et samlet overblik er det opgjort hvor meget der er opkrævet (i afrundede tal) hos kommuner og region i forbindelse med infrastruktur og løsninger. Alle beløb er eller vil blive opkrævet i indeværende budgetår.

Tabel 6: Afholdte udgifter

Der er på nuværende tidspunkt opkrævet følgende beløb i forbindelse med investering i infrastruktur og løsninger:

Opkrævede investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland (i mio. kr.). it/udstyr				
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Opkrævet Region	Opkrævet kommuner	Udestående betalinger
Telemedicinsk infrastruktur samlet (inkl. on premise løsning). Samlet pris 55,9 mio. kr. (70/30) (fratrasket 35 mio. kr i bloktilskud opkræves samlet 20,9 mio. kr.) (anskaffelse – engangsudgift)	4,9	3,1	1,8	0
Gennemførelsesprojektet Samlet udgift 12,2 mio. kr. (65/35) (varighed til foråret 2021)	2,7	1,7	1,0	0
Nationale etableringsomkostninger Samlet pris 1,9 mio. kr. (65/35)	0,4	0,25	0,15	0
Medarbejderrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift)	1,6	1,05	0,55	0*

Borgerrettet it-løsning (anskaffelse – engangsudgift)	1	0,65	0,35	0*
---	---	------	------	----

* Faktura udsendt medio august 2020.

Governance for TeleKOL Midt (projekt)

