

Bilag 1A

Til Sundhedsstyregruppen i Midtjylland
Fra Styregruppen i stomiprojektet
Dato 12-09-2019

Bilag til beslutningsgrundlag

Omkostninger vedrørende FSC

Omkostninger i klargøringsfasen

Det bør bemærkes at de fire første poster i klargøringsfase kun vedrører klargøring til stomiprodukter, mens de to i sidste poster (markeret med kursiv) er investeringer i et fundament for en systemplatform som udover at gøre klar til stomiprodukter kan benyttes til efterfølgende produkter til hjemmebehandling uden efterfølgende omkostning.

Engangsomkostninger til fundament og opstart af levering af produkter til stomibehandling (bør afklares yderligere)

Udarbejdelse af og gennemførelse af implementeringsplan	kr.	100.000,00
Simulationsomkostninger	kr.	100.000,00
Test og driftsprøve incl. borgere	kr.	150.000,00
Opstart (konvertering, undervisning mv.)	kr.	150.000,00
Anskaffelse af nødvendige systemmæssige integrationer*	kr.	200.000,00
Omkostninger til onlinebestillingssystem*	kr.	2.000.000,00
Anslåede engangsomkostninger	kr.	2.700.000,00

* omkostninger til et onlinebestillingssystem er anslået på baggrund af erfaringer og ikke et konkret tilbud. Et onlinebestillingssystem forventes leveret som en supplerende funktionalitet til bestillingssystem udviklet i forbindelse med implementering af TeleKol - kaldet FUT-infrastruktur. Hermed opnås integrationsmuligheder med EPJ og EOJ.

Det foreslås at engangsomkostninger til fundament og opstart tilvejebringes via en opkrævning fra hver enkelt kommune og region i 2020 efter en nærmere aftalt fordelingsnøgle.

Løbende vedligeholdelsesomkostninger

Der er ikke truffet beslutning om hvordan den sundhedsfaglige rådgivning til borgere med stomi skal stilles til rådighed for borgerne. Såfremt det bliver muligt at organisere en vagtordning hvor det fx er muligt via FSCs support at trække på sundhedsfaglig rådgivning til borgere, vil det have en løbende omkostning til et vagtberedskab i dag tid.

Løbende vedligeholdelsesomkostninger p.a. (bør afklares yderligere)

Vedligeholdelse af diverse integrationer	kr.	100.000,00
Diverse	kr.	100.000,00
1. Årlige omkostninger anslået**	kr.	200.000,00

** foreslås justeret løbende efter faktisk forbrug

Driftsomkostninger

Driftomkostninger (samlet antal og pr borger)	8000	4000	Pr. borger p.a
Lager og logistik (pr. pakke x 4,5 gange årlig)	8.508.500 kr.		1.064 kr.
Callcenter (6 gange årligt a 4 min.)	1.560.000 kr.		195 kr.
Administrativ service	310.800 kr.		39 kr.
Midtjylland p.a. (overhead 5% SSL)		251.713 kr.	63 kr.
Syddanmark p.a. (overhead 15% SSL og adm service)		778.448 kr.	195 kr.
I alt Midtjylland			1.360 kr.
I alt Syddanmark			1.492 kr.

Indtil videre håndteres andel i FSCs basisomkostninger fra Syddanmark via ekstra overhead. Der kan vise sig andre muligheder ved foreningsdannelse.



Stomiprojekt - med borgeren i centrum

Analyserapport

Indholdsfortegnelse

Indledning	4
Executive summary	4
Kort om projektet	5
Baggrund.....	6
Interessenter.....	6
Proces og metode.....	6
Forventet output.....	7
Analyse af stomiområdet	7
Formål med analysen	
Metode	
Respondenter	
Stomiområdet	9
Marked	11
Produkter	12
Rolle- og ansvarsfordeling	13
Behovsafdækning – primære findings	14
Borgere med stomi	14
Kommuner.....	17
Regioner.....	20
Virksomheder.....	22
Konklusioner	14
Primære problemstillinger	24
Hvad skaber værdi for de forskellige interessenter?.....	23
Anbefalinger til udbud	24
Udviklingspotentialer	25

Indledning

Denne rapport opsummerer analysefasen i stomiprojektet – med borgeren i centrum. Projektet er et samarbejde mellem Aarhus Kommune, Odense Kommune, Region Syddanmark og Region Midtjylland. Projektet er blevet igangsat for at undersøge mulighederne for samt fordele og ulemper ved at udbyde stomiprodukter på tværs af sektorer til gavn for borgerne, og er som sådan et af de første danske tværoffentlige udbud.

Stor tak til alle deltagere, som har bidraget med viden og erfaringer, som denne rapport bygger på – vi håber at jeres input vil blive hørt i en bredere kreds og bidrage til øget opmærksomhed, kvalitet og aftabuisering.

Rapporten afspejler en neutral kortlægning samt anbefalinger og siger som sådan ikke noget om, hvordan indsigter og anbefalinger tages til efterretning og udmøntes i de enkelte organisationer.

Ønskes yderligere information om analysen eller projektet generelt vil spørgsmål i projektperioden kunne sendes til IM.stomiprojekt@stab.rm.dk

Executive summary

Denne rapport opsummerer en analyse af stomiområdet i forbindelse med stomiprojektet – med borgeren i centrum. Analysen har haft til formål at kortlægge nuværende markedsmekanismer, faktiske forhold og forbedringspotentialer inden for stomiområdet på tværs af sektorer. Analysen er gennemført i perioden maj – oktober 2017 i tæt dialog med relevante interessenter. Metoden har været eksplorativ og fokuseret på, hvordan man som stomist oplever livet med stomi, herunder kontakten med region og kommune.

Forbedringspotentialer

Analysen har afdækket behov, problemstillinger og forbedringspotentialer hos de forskellige interessenter. Set på tværs er her nogle af de centrale forbedringspotentialer:

- En god start på livet med stomi
- Korrekt produktmatch og anvendelse
- Minimere overgange
- Øget samarbejde
- Mere viden om stomi

Analysen viser, at der er størst enkeltstående forbedringspotentialer i forhold til korrekte produkter og anvendelse, som kan reducere gener som hudproblemer, lækage og ballooning. At reducere gener forbundet med stomi er afgørende for livskvaliteten for stomister. Korrekte produkter kan endvidere give en bedre nattesøvn, færre bekymringer, mere mod på sociale aktiviteter, minimere forbrug af produkter og tilbehør, reducere behandlingsbehov samt gavne samfundsøkonomien.

Analysen af stomiområdet skal primært kvalificere det kommende fællesudbud, men ikke alle indsigter kan omsættes til en kravspecifikation. De forbedringspotentialer der relaterer sig til arbejdsgange, kommunikation, samarbejde etc. bliver opsummeret som anbefalinger til, hvordan kommuner og regioner med fordel kan optimere stomiområdet. Nogle tiltag er af national karakter og har en længere tidshorisont, hvorimod andre er konkrete aktiviteter, der kan implementeres inden for det næste halve år.

Temaer til videre potentiel undersøgelse og udvikling:

- Kompetenceudvikling af personalet i hjemmeplejen
- Stomikursus for nyopererede stomister
- Fremskudt visitation
- Offentligt sundhedshus – fælles stomiteam bestående af både regionale og kommunale folk inkl. visitation (evt. på tværs af kommuner)
- Fra hjælpemiddel til behandlingsredskab – bevillingen af stomihjælpemidler lægges over i regionalt regi.

Kort om projektet

Baggrund

Aarhus Kommune, Odense Kommune, Region Syddanmark og Region Midtjylland har initieret et fælles projekt og udbud af stomi. Stomi er ofte nævnt som et af de oplagte områder at udbyde på tværs af sektorer, eftersom der forventes en række gevinster i form af øget livskvalitet for borgere med stomi og i form af samfundsøkonomiske besparelser. En indledende screening af området viser dog, at der ikke umiddelbart kan forventes besparelser på genindlæggelser/genoperationer, og at de primære problemstillinger ikke er direkte produktrelaterede. Derimod er der tilsyneladende forbedringspotentialer i forhold til produktvalg, rådgivning, kommunikation, visitation, generel trivsel og totaløkonomi.

Formål med projektet:

1. At skabe kvalitet for borgerne – optimere sammenhængende behandlingsforløb for stomipatienter.

2. Optimere processer og økonomi på tværs af sektorer.
3. Opnå praktisk erfaring med tværoffentlige udbud – afdække fordele og ulemper, som kan danne grundlag for en case beskrivelse og anbefalinger til fremtidige tværoffentlige udbud.

Interessenter

Projektet sætter borgeren i centrum, hvorfor borgere med stomi spiller en vigtig rolle igennem hele projektet. Der er indgået et godt samarbejde med Stomiforeningen COPA (COPA), som bl.a. bidrager med erfaring på området og til rekruttering af respondenter til projektets analysearbejde. Der inddrages endvidere borgere med stomi igennem regionernes stomiklinikker samt kommunernes visitationsenheder.

Faglige eksperter og relevante medarbejdere fra både regioner og kommuner inddrages gennem hele projektet; både som respondenter i analysefasen, i idégenerering og som brugergruppemedlemmer i forbindelse med udarbejdelse af kravspecifikationen. Projektet vægter ligeledes en åben, tidlig og kontinuerlig dialog med potentielle leverandører.

For at alle relevante aktører kan blive klogere på og bedre til tværoffentlige udbud, deles erfaring løbende med relevante aktører såsom foranalysegrupperne for kommende tværoffentlige udbud af diabetes- og sårplejeprodukter, KL, Danske Regioner og SKI.

Proces og metode

Projektet er opdelt i 4 faser:



Figur 1. Proces

Analysen af stomiområdet vil både kvalificere det kommende fællesudbud med indsigt i de forskellige interessenters behov, realiteter og forbedringsforslag samt give et indblik i, hvad der med fordel kan arbejdes videre med i særskilte udviklingsinitiativer og konkrete ændringer af fx arbejdsgange eller tilbud til borgere med stomi.

Analyse af stomiområdet

Formål med analysen

Analysefasen har til formål at afdække brugerbehov, problemstillinger, forbedringspotentialer og markedet for stomiprodukter. Analysen har til formål

at kvalificere udbudsstrategi og efterfølgende udbud af området, så beslutninger tages på et veloplyst grundlag.

Metode

Analysen tager udgangspunkt i designtænkning/behovsdrevet innovation og har til formål at afdække stomiområdet – herunder - markedsmekanismer, best practice, nuværende brugerrejse/arbejdsgange/procedurer, problemstillinger og forbedringspotentialer set fra borgernes, kommunernes, regionernes og leverandørernes perspektiv. Derudover er hensigten at klarlægge, hvorvidt der er gevinstpotentialer ved at udbyde området på tværs af sektorer.

Der er fortrinsvist anvendt kvalitativ analyse såsom interviews og deltagende observation suppleret med begrænset kvantitativ analyse.



Feltarbejde – på besøg med hjemmeplejen hos en borger med stomi.

Projektet har prioriteret at bruge mange ressourcer på analysearbejdet - sammenlignet med traditionelle offentlige udbud. Denne prioritering skyldes et ønske om, at udbuddet kan tage udgangspunkt i reelle brugerbehov hos alle relevante interessenter og inkludere afdækning af forbedringspotentialer, som rækker ud over udbuddets kravspecifikation.

Analysen er gennemført i perioden maj-oktober 2017.

Der er anvendt følgende metoder for at kortlægge og forstå stomiområdet:

- Desk research

- Kvalitative personlige interviews
- Fokusgruppe interviews
- Deltagende observation
- Feltarbejde
- Kvantitativ spørgeskemaundersøgelse
- Workshops (idégenerering og konceptudvikling)

For at afdække problemer og forbedringspotentialer for borgere med en stomi, har kortlægningen dækket hele behandlingsforløbet det vil sige - før operation/indlæggelse, indlæggelse/operation på hospitalet, den første tid i eget hjem efter operationen og årene efter.

For at afdække problemstillinger og offentlige forbedringspotentialer er arbejdsgange, processer og procedurer kortlagt inden for både regioner og kommuner. For at forstå overgangene mellem sektorer og ansvars-/ rollefordelingen mellem region og kommunen, har analysen fokuseret på overgangene fra Odense Universitetshospital og Odense Kommune samt Aarhus Universitetshospital til Aarhus Kommune. Eftersom der er tale om universitetshospitaler og nogle af landets største kommuner har analysen også i mindre omfang inddraget erfaringer fra regionshospitaler og mindre kommuner. Der er endvidere anvendt best practice fra ind- og udland som inspiration.



Lager på et regionalt stomiambulatorium som rummer en bred palette af produkter.

Respondenter

Analysefasen har omfattet research og dialog med følgende interessenter:

- **Borgere**
 - COPA
 - Nationale analyser¹
 - Borgere med stomi
 - Brugerrejse (før, under og efter indlæggelse)
 - Produkter
 - Kolostomi, ileostomi og urostomi
 - Permanent og midlertidig
- **Kommuner**
 - Visitation (administration)
 - Hjemmepleje
 - Indkøb
- **Regioner**
 - Stomiambulatorier
 - Indkøb
- **Virksomheder**
 - Producenter
 - Distributører

Analysen har kun i sporadisk omfang omfattet pårørende og slet ikke privatpraktiserende læger.

Stomiområdet

Der findes stomister inden for alle aldersgrupper og samfundslag med en ligelig kønsfordeling (fra børn til ældre – dog med overvægt af ældre borgere). Der findes flere årsager til anlæggelse af stomi, bl.a.:

- Colitis Ulcerosa
- Chronssygdom
- Perforeret tarm
- Cancer (i endetarm eller blære)

Antallet af stomister er svagt stigende bl.a. pga. tidligere cancer diagnoser, længere levetid og stigende andel af ældre cancer-patienter.

¹ "Undersøgelse blandt stomiopererede i Danmark – 2014, COPA og Coloplast, 2014
"Værdien af et bredt udvalg af stomihjælpemidler", Copenhagen Economics og Coloplast, 2016

Udfordringer for borgere med stomi:

- Hygiejne
- Hudproblemer
- Lugtgener
- Lækage
- Ernæring og væskeindtag
- Sport og motion
- Sex og samliv
- Psykosociale problemstillinger
- Rejseaktiviteter
- Brok
- Fistler
- Blødninger
- Visitationer/produkter

Marked

Der findes en række producenter og distributører, der leverer stomiprodukter til det danske marked. Hver producent har flere forskellige serier inden for hver produktgruppe. Eftersom der er tale om et kropsbåret produkt, findes der forskellige variationer og størrelser for at kunne tilpasse løsningen til den enkelte, hvilket i praksis giver lange produktlister. Markedsfordelingen mellem brands ser nogenlunde således ud:

- Coloplast ca. 63%
- Dansac/Hollister ca. 27%
- ConvaTec ca. 6%
- Andre ca. 2% ²

Distributørerne fører alle mærker. Mange stomister bruger produkter fra flere producenter.

I dag leverer producenterne til regionerne, mens distributører leverer til landets 98 kommuner. Dette afspejler forskellige behov, hvad angår logistik, service og rådgivning. Producenterne leverer stor volumen til få adresser, mens distributørerne leverer individuelle pakker direkte til borgerne. Hertil kommer ydelser inden for service og rådgivning i forbindelse med stomiprodukter og leverancen, som fx rådgivning af borgere og kommunalt ansatte samt klipning af huller (individuel tilpasning af pladerne, som er ret udbredt).

² B. Braun, Focuscare, Welland Medical, Salts, Zensiv Ostomy m.fl.

FAKTA



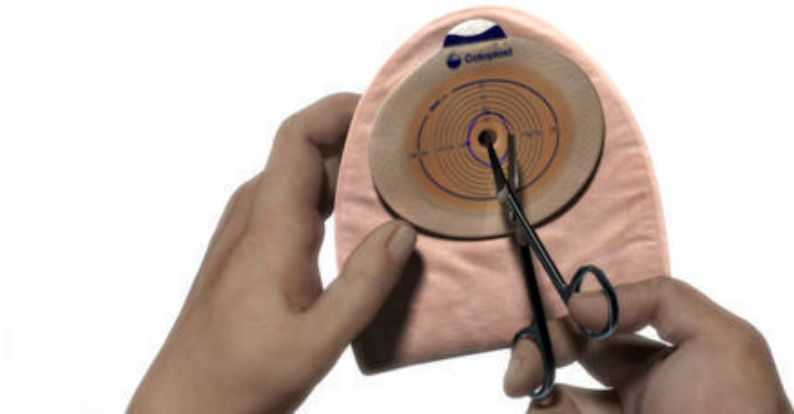
En stomi er en kunstig åbning ind til kroppens indre organer. Stomien udføres ved et kirurgisk indgreb. Formålet med en stomi er at give afløb fra tarm, mavesæk eller urinveje ud gennem bugvæggen.

Der findes ikke entydige officielle tal for antallet af borgere med stomi i Danmark. Tallene varierer fra ca. 10.000 – ca. 17.000. Der kommer ca. 3.500 nye stomister om året, hvoraf 30-50% er midlertidige.

Der findes tre grundlæggende stomityper:

- Kolostomi (ca. 70%)
- Ileostomi (herunder jejunostomi) (ca. 25%)
- Urostomi (ca. 5%)





Regionerne har i dag adgang til et bredt sortiment, der afspejler udbuddet på markedet, og som kan løse alle individuelle problemstillinger. Både Odense Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital har landsdelsfunktioner, hvilket betyder, at nogle af de mest komplekse og komplicerede tilfælde behandles her. Kommunerne har i dag et endnu bredere sortiment end regionerne, da mange stomister ikke ønsker at skifte til nyere produkter. Det vil sige, at sortimentet udvides, når nye produkter tilføjes, og gamle ikke forsvinder.

Der er stor forskel på priserne for regioner og kommuner samt kommunerne imellem³.

Produkter

Der er overordnet tale om forbrugsvarer inden for følgende kategorier:

- 1-dels bandager
- 2-dels bandager med ringkobling
- 2-dels bandager med klæbekobling
- Børnebandager
- Tilbehør

Tommelfingerreglen er, at 1-dels systemer er blødere end 2-dels systemer. 2-dels systemer giver færre skift af pladen. Valget afhænger af individuel præference.

³ Ifølge oplysninger fra SKI.

Både klæberen og luftfilteret er afgørende faktorer for den oplevede kvalitet, da de kan være afgørende faktorer i forhold til evt. problemer med hudgener, lækage og ballooning, som er nogle af de største produktrelaterede udfordringer.



Stomistens valg af produkter baseres som oftest på følgende kriterier i prioriteret rækkefølge:

1. Sikkerhed (reduktion af lækager er helt afgørende for produktvalg)
2. Hudvenlighed
3. Diskretion
4. Brugervenlighed (let at anvende i hverdagen)
5. Komfort

Det er sigende, at komfort må nøjes med en 5. plads.

Rolle- og ansvarsfordeling

Stomisygeplejersken på stomiklinikken informerer borgeren og drøfter valg af produkter før operationen og/eller umiddelbart efter operationen. Erfaringer og evt. test af alternativer drøftes løbende med borgeren ved efterfølgende konsultationer på stomiklinikken. Valg af produkt er som udgangspunkt et resultat af en åben og individuel dialog mellem borger og stomisygeplejerske. Der tages udgangspunkt i fysiske forhold, livsstil og en sundhedsfaglig vurdering. Stomisygeplejersken vælger den produktløsning, der er bedst egnet til den enkelte stomist, og prisen er ikke afgørende for den faglige anbefaling. Stomisygeplejersken udfærdiger en faglig anbefaling i forhold til valg af produkt, forbrug (antal) og evt. tilbehør, som sendes til den relevante kommunes visitationsafdeling af enten stomisygeplejersken eller borgeren selv (afhængig af hjemkommune). Her vurderes ansøgningen af en administrativ medarbejder uden sundhedsfaglig kompetence eller af en sundhedsfaglig medarbejder med eller uden specifik stomi-faglig erfaring (afhængig af den enkelte kommunes praksis). Kommunen kan enten følge regionens

(stomisygeplejerskens sundhedsfaglige) anbefaling eller visitere borgeren til et, hvad kommunen ser som tilsvarende produkt, der kan være billigere eller blot tilgængelig i kommunens aftalesortiment. Kommunen skal visitere borgerne ud fra kriteriet "bedst og billigst" i henhold til Servicelovens §112. Nogle kommuner (visitationsafdelinger) inddrager en sundhedsfaglig vurdering fra en af kommunens sygeplejersker. Kun få kommuner har ansat egentlige stomisygeplejersker, så som oftest er der tale om inkontinenssygeplejersker.

Der opstår frustration, når borgeren oplever et markant skift mellem sektorerne, når kommunen vælger ikke at følge regionens anbefalinger og derfor tildeler borgeren et andet produkt. I analysen er dette dog noget, der kun blev påtalt af få borgere med stomi, hvilket kan skyldes, at respondenternes hjemkommuner vælger at følge regionens anbefalinger.



Figur 2. Tildeling af produkter.

Behovsafdækning - primære indsigter

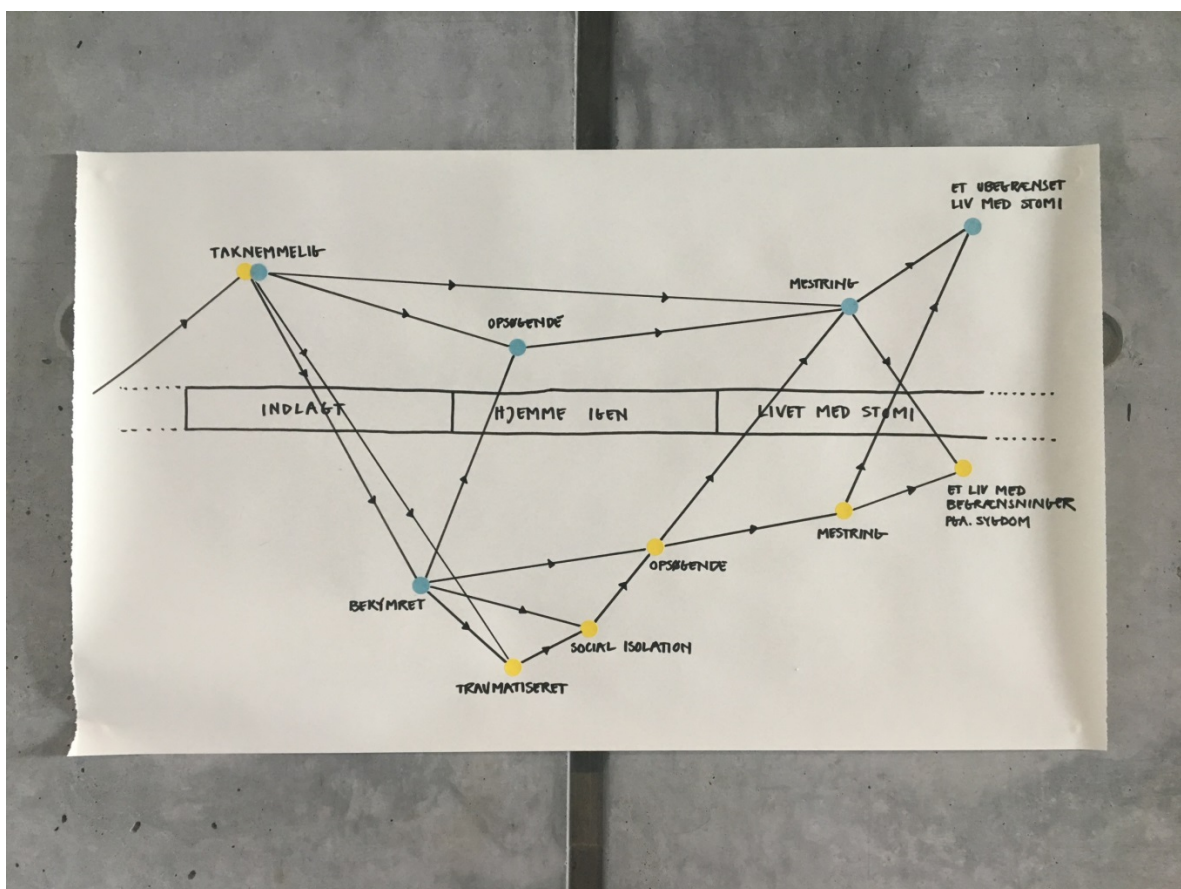
Her følger en oversigt over centrale behov, problemstillinger og udfordringer identificeret i analysefasen inddelt under interessenter og temaer. Der er tale om primære indsigter og ikke en udtømmende liste over alle registrerede behov og ønsker. Punkterne er en blanding af generelle betragtninger sammenskrevet på baggrund af flere udsagn samt enkeltudsagn, som tillægges en generel betydning for det videre arbejde i projektet.

Borgere med stomi

Livet med stomi

- Langt de fleste stomister har jævnligt problemer med deres stomi, hvilket medfører dårligere trivsel, dårlig søvn, lavere aktivitetsniveau og mindre overskud i hverdagen
=> Reduktion af disse gener vil øge livskvaliteten for mange stomister.
- En stomi er en dynamisk størrelse, der ofte forandrer sig livet igennem. Derfor bør produktvalg tages op til jævnlig overvejelse.
- De fleste stomier er ikke runde, hvilket kræver individuel tilpasning/klipning af hul i pladen.
- Der opstår ofte andre væsentlige fysiske forandringer som følge af stomien.

- COPA er en stærk patientforening på området. Den henvender sig primært til en ældre aldersgruppe, hvilket dog suppleres med den yngre "stomiguide.dk"
- Stomi opleves som et tabu.
- Nogle oplever stomi som "værre end døden".
- Andre, især borgere med kroniske tarmsygdomme, har oplevet, at stomien har givet dem livet tilbage efter et langvarigt sygdomsforløb.
- At få en stomi medfører ofte en psykisk reaktion som sorg og depression.
- Stor variation i håndtering af stomien. Understøttelse og læring den første tid i eget hjem er afgørende for senere mestringsniveau og livskvalitet.



Eksempel på bearbejdning af brugerrejsen med emotionelle indikatorer.

- Borgere med stomi forventer en vis gene (fx i forhold til lækage og hudirritationer) og henvender sig ikke til egen læge eller stomiklinikken ved "småtterier".
- Begrænset viden om, hvor mange gener, man skal forvente i livet med en stomi. Stomister accepterer generelt for mange unødige gener.
- De største gener med en stomi er lækage, hudproblemer og ballooning.

- Generne kan reduceres ved korrekt produktmatch og anvendelse.
- Mange borgere efterspørger mulighed for netværk med ligesindede; andre rutinerede stomister og mennesker der pt. er i samme situation. Mange har især savnet det lige efter udskrivelsen, hvor de har følt sig meget alene. Facebook grupper er fx en mulighed for netværk på tværs af landet.

Produkter

- Nogle stomister er meget skeptiske over for skift af produkter, da forkerte produkter har store konsekvenser.
- Andre er på konstant jagt efter den optimale produktløsning og deltager aktivt i test og produktudvikling, som primært varetages af private leverandører.
- Behov for kontinuerlig uvildig rådgivning om produktvalg – også i årene efter operationen.
- Det vil være en fordel at gøre det let(tere) at skifte produkter, hvis dette skønnes til gavn for stomisten ud fra en individuel sundhedsfaglig vurdering. Borgerne oplever det derimod meget negativt, hvis et produktskift forårsages af kommunale økonomiske hensyn.
- Korrekt produktmatch og anvendelse kan have en positiv påvirkning på både borgernes livskvalitet og samfundsøkonomi (færre gener og bekymringer, lavere forbrug af produkter, øget produktivitet, færre konsultationer på stomiklinikkerne, senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet).
- Flexibilitet giver tilfredshed (bestillingsformer – telefon og online bestilling, interval for bestilling, flere produkter på bevillingen efter behov).
- Levering i diskret emballage værdsættes. Må ikke signalere sygdom. Nogle foretrækker flere mindre leveringer af hensyn til opbevaring, men det varierer.
- Kontakt fra kommunen om forbrug og produktskift fremhæves som negativt. Det kan opfattes som en administrativ spareøvelse. Der bør i stedet være en positiv kommunikation af tilbud om rådgivning i forhold til det individuelle produktmatch.

Behandlingsforløb

- Stomisterne har stor tillid til stomiambulatorierne og mindre til hospitalets øvrige afdelinger (når det gælder deres stomi) og kommunen.
- Der er behov for at stomiambulatorierne fortsat har et bredt sortiment, som afspejler markedet af stomiprodukter, til afprøvning.
- Kortere indlæggelser giver mindre tid til samtale og tilvænning til stomien på hospitalet.

- Det kan være svært at forholde sig til produktvalg lige efter operationen. Vigtigt at pointere at det er muligt og nogle gange nødvendigt at skifte produkter senere i forløbet.
- Oplevelse af manglende viden om stomi hos sundhedsfagligt personale uden for stomiklinikkerne (egen læge, vagtlæge, øvrige sengeafsnit og hospitalsafdelinger).

Overgange – samarbejdet mellem region og kommune

- Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter (som skal dække meget forskellige og individuelle behov), når borgeren udskrives til eget hjem efter operation.
- Oplevelse af manglende koordination og samarbejde i sundhedsvæsenet (regionerne imellem, hospitalsafdelinger - imellem, kirurger – medicinere, region – kommune)
- Afslag af ansøgning fra kommunen medfører stor frustration. Det føles som disrespekt, tidsspilde - unødigt besvær og mangel på sundhedsfaglig vurdering.
- Analysen giver et indtryk af at stomister modtager forskellig information om og adgang til tilbud og rettigheder efter operationen. Dette afspejler formodentlig forskellig praksis og procedurer i de enkelte kommuner og på de lokale hospitaler. Fx i forhold til hjemmepleje, visitation, mulighed for samtale med ligesindede.

Kommuner

Produkter, indkøb og visitation

- Utilfredshed med regionernes 0-pris løsninger, som medfører højere priser for kommunerne.
- Ønske om fælles sortiment med regionerne til gavn for borgerne.
- Behov for at stomiambulatorierne foretager produktvalg ud fra kommunens kriterier om bedst egnet og billigste løsning.
- Det er i flere kommuner administrative medarbejdere der foretager en vurdering om, hvad der er bedst egnet og billigst. Sundhedsfagligt personale inddrages i nogle kommuner i visitationsprocessen.
- Behov for løbende kontrol og opfølgning på forbruget af stomiprodukter. Markante ændringer kan være tegn på behov for problemer, som kræver en sundhedsfaglig vurdering.
- Kommunernes priser afspejler behov for logistik (levering til borgernes hjem) samt service og rådgivning (af både borgere og kommunens personale).
- Forskellige kommunale serviceniveauer.
- Antagelse om stigende antal borgere med stomi.
- Behov for et produktsortiment som afspejler det faktiske forbrug/indkøb (høj compliance). Stort indkøb uden for kontrakt. Dette er ikke muligt

nu, da kommunerne kan risikere, at distributører laver "funny bidding", som resulterer i, at der kommer produkter på aftalen, som kommunen reelt aldrig vil bruge, Kommunen køber derfor uden for aftalen til meget højere priser.

- Konsekvent oplysning af borgere om rettigheder, pligter og afgørelser (tidsfrister og aktiv/passiv godkendelse/afslag).
- Løbende bevilling som giver mulighed for ændringer i de specifikke produkter inden for den generelle bevilling – uden at det udløser behov for en ny bevilling.
- Kvalitetsmæssige og økonomiske gevinster ved at gennemgå produkter og praksis med de borgerne, der har det største forbrug.
- Journaloplysninger anvendes kun sjældent. Derfor anbefales det at inkludere al nødvendig information i ansøgningen og udelade journalen.
- Forbedringspotentiale omkring kommunikation med borgerne omkring behandling af ansøgning, tilsagn og hvor man kan henvende sig efter behov.
- Generel tilfredshed med samarbejdet med leverandører.
- Første introduktion/oplæring i produkter er utrolig vigtig for borgernes præference for produkter.
- Udfordringer omkring inklusion af nye produkter i sortimentet (styres af forbruget ikke aftalerne). Det er svært at få nye produkter med på aftalerne til en god pris.
- Overvejelse: Potentiale i kategorisering af stomier/borgere, fx
 - 1) Ukomplerede (kun plader og poser)
 - 2) Komplerede (inkl. noget tilbehør)
 - 3) Meget komplerede (inkl. alt tilbehør og specialløsninger)Tre forskellige maks. forbrug.
- Interesse for at flytte stomi til sundhedslovgivningen for derved at lade det økonomiske ansvar følge valg af produkt.
- Manglende viden om totalomkostninger (TCO) i forhold til billige produkter, der kan medføre større forbrug.
- Til tider tidskrævende visitation pga. manglende oplysninger i ansøgningen fra stomiklinikkerne og evt. interne arbejdsgange med inddragelse af kommunal sundhedsfaglig vurdering, som vurderes ikke at have den store indflydelse på, om kommunen følger stomiambulatoriets anbefaling.
- Ønske om en glidende overgang mellem sektorerne for borgerne.
- Nogle kommuner erstatter anbefalede produkter med (billigere) alternativer fra egne aftaleprodukter.
- Produktskift kræver en sundhedsfaglig vurdering.
- Ansøgningsprocedurer varierer kommunerne imellem (nogle gange skal borgeren selv ansøge). I nogle kommuner skal ansøgningen modtages elektronisk.

Hjemmeplejen/sundhedsfaglige kompetencer

- Kortere indlæggelser giver øget behov for oplæring og viden om stomi i kommunerne.
- Nogle få kommuner har selv ansat stomisygeplejersker (Herning, Odense, Aarhus og Vejle kommuner). Dette har medført produktskift til gavn for borgernes trivsel og kommunernes budget.
- Udfordringer med stomiprodukter og hudirritationer i hjemmeplejen.
- Behov for produkter der er lette at håndtere for borgerne og personale i hjemmeplejen.
- Behov for mere viden om stomi, bedre oplæring og mere koordination mellem det borgernære personale i hjemmeplejen – også vikarer.
- Behov for at social og sundhedsassistenter og –hjælpere har adgang til sparring med en stomisygeplejerske, samt at denne med mellemrum tilser de stomiopererede borgere.
- Kun et fåtal af borgere med stomi modtager hjælp fra hjemmeplejen.
- Social og sundhedsassistenter og -hjælpere oplever generelt ikke samme udfordring omkring manglende viden og kompetencer, som påpeges af de øvrige faggrupper (og opleves i analysearbejdet).
- Specifik udfordring omkring vikarer, som ofte står alene med en borger med stomi, de ikke har viden om. Ligesom det opleves, at vikarer ikke har adgang til at kunne dokumentere deres behandling af en borger i kommunens system.
- Besparelser og omorganiseringer har resulteret i færre kommunalt ansatte sygeplejersker med viden om stomi.
- Oplevelse hos sundhedsfagligt personale af, at der er mere fokus på myndighedsopgaven frem for den sygeplejefaglige.
- Generel manglende faglig kompetence inden for stomi i kommunerne.
- Frontpersonale skal som minimum kunne vurdere, om der er behov for yderligere sundhedsfaglig ekspertise og henvise borgeren til den rette hjælp internt i kommunen eller hos regionen.

Samarbejdet med regionerne

- Udfordring at den sundhedsfaglige ekspertise findes hos regionerne, mens beslutningskompetencen om støtte ligger hos kommunerne.
- Mulighed for at henvise borgere og/eller selv søge rådgivning hos stomiambulatorierne ved problemer med stomien/nuværende produktløsning.
- Stillingtagen og klarhed om hvorvidt den sundhedsfaglige kompetence varetages af stomisygeplejerske i region eller egen kommune.
- Behov for samarbejde med regionerne og løbende kompetenceudvikling og produktpræsentationer.

Regioner

Produkter/indkøb

- Behov for at stomiambulatorierne fortsat har et bredt sortiment, som afspejler markedet af stomiprodukter, til afprøvning.
- At stomiprodukter betragtes som behandlingsredskaber efter sundhedsloven fra operationstidspunktet og frem til 30-dages kontrollen. Dette vil overflødiggøre skellen mellem permanente og midlertidige stomier. Dette vil dog kræve en ændring i Serviceloven, hvor der i dag kun ydes støtte til borgere med en varig nedsat funktionsnedsættelse.
- Vurdering af fælles udbud med kommunerne giver god mening, men opmærksomhed på at produktsortimentet og produktvalg skal foretages på baggrund af, hvad der er bedst for borgerne – ikke økonomien.
- Regionerne køber stort ind til levering på relativt få centrallagere.
- Om en stomi er permanent eller midlertidig bundet i en sundhedsfaglig vurdering af, hvorvidt der foreligger en chance for, at stomien kan føres tilbage. De fleste midlertidige stomier lægges relativt hurtigt tilbage, mens et fåtal forbliver midlertidige i en årrække.
- Stomisygeplejerskerne beviliger/bestiller produkter til borgere med en midlertidig stomi. Dette gøres pt. via en logistikleverandør, som køber produkter ind på regionernes aftale for herefter at pakke og sende.

Stomiklinikkerne

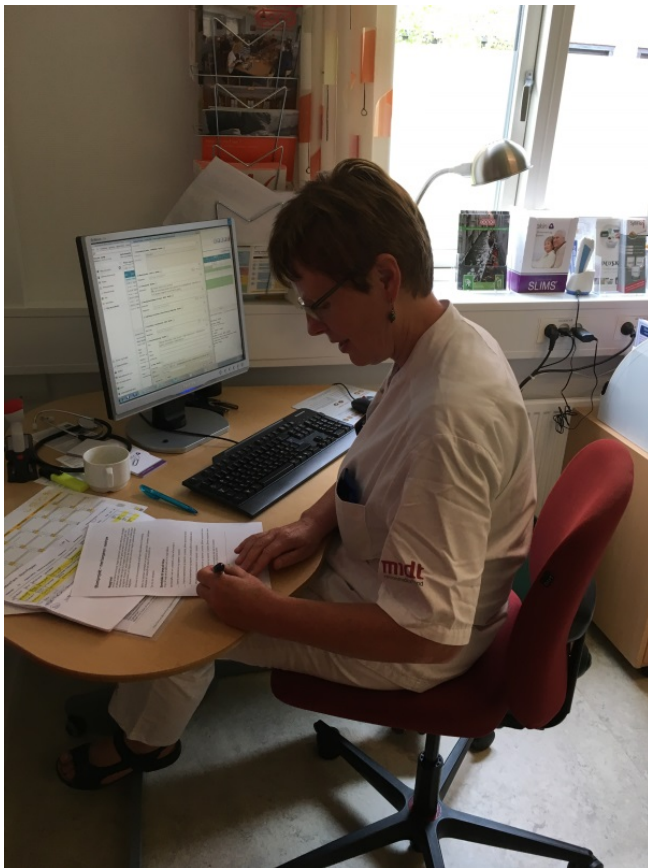
- Målsætning om selvhjulpne borgere. Det giver den bedste livskvalitet for borgeren at være ekspert i egen stomi (som eneste gennemgående figur i forløbet).
- Problemer med at borgere udebliver fra stomiklinikken uden afbud.
- Beskæring af ressourcer til stomiområdet
 - Alle stomisygeplejersker har også andre opgaver/vagter
 - Årligt tjek af borgere med stomi er sparet væk

Samarbejde - med kommunerne, andre afdelinger og regioner

- Behov for at kommunerne følger stomisygeplejerskernes sundhedsfaglige vurdering – første gang.
- Standardisering af ansøgning om stomiprodukter - så stomisygeplejerskerne ikke skal forholde sig til mange forskellige kommunale visitationsprocedurer/skabeloner. Der kan med fordel undersøges muligheder for et fælles skema i MED-COM korrespondancemodul. Anmodning om støtte efter Servicelovens § 112 på vegne af borgeren skal indeholde sagsoplysninger og et forslag til den videre sagsbehandling i kommunerne (sundhedsfaglig vurdering). Ansøgningen skal indeholde informationer om:
 - 1) Stomiprodukter (poser, plader), produktnavn, produktnummer og antal)

2) Hjælpemidler (tætningsmateriale, kantsikring, barriere film, klæbefjerner, brokbælte etc.)

- Uensartet behandling af ansøgning i kommunerne betyder, at stomisygeplejersker skal bruge tid på manuelt at bestille produkter til borgere, der ellers er udskrevet med en permanent stomi.
- Regionens stomisygeplejersker/stomiklinikkerne samarbejder i et begrænset omfang med virksomheder, der henvender sig med et ønske om samarbejde i forhold til produktudvikling eller test. Det er dog ofte tidskrævende i en allerede presset hverdag, hvorfor der ikke altid er mulighed for at indgå et ønsket samarbejde.
- Oplever udfordringer i samarbejdet med kommunerne i relation til:
 - Visitation (mange skabeloner at forholde sig til, når der er uenighed om produktvalg). Forskellig sagsbehandlingstid i kommunerne kan give usikkerhed om, hvor længe stomiambulatoriet skal holde borgeren med produkter.
- Hjemmepleje (for lavt kompetenceniveau, for sen reaktion på problemer med stomien).
- Nogle stomisygeplejersker udtrykker ønske om at kende kommunernes priser, så de kan tage et forsvarligt produktvalg, der også giver mening rent økonomisk.



Feltarbejde – observation af arbejdet på en regional stomiklinik.

Virksomheder

Produkter/salg

- Adgang til et bredt dækkende sortiment er afgørende for borgere og professionelle.
- Det er svært at introducere nye produkter. Svært at skifte over til nye produkter, fordi man holder fast i det vante; det trygge. Et initiativ om produktskift medførte ramaskrig.
- Mange stomister får hudproblemer, fx pga. 'forkert' produkt (klæberen er det vigtigste komponent på pladen) eller fordi hullet er klippet forkert.
- Forbedringspotentiale i forebyggelse og hurtigere behandling af hudproblemer og lækager.
- Kontinuerlige produkttjek kan forebygge/minimere gener (med hudproblemer og lækage), som dog nok aldrig kan helt udraderes.
- Færre hudskader giver mindre forbrug (fordi man kan gå med pladen i længere tid).
- Korrekte produkter sikrer korrekt brug og forbrug.
- Øget selvhjulpethed (korrekt produktvalg) øger stomistens aktivitetsniveau.
- Tendens til at konveksplader erstatter tætningsringe.
- Nogle leverandører indikerer en stigende omsætning på stomitilbehør.
- Tilfælde hvor grossister prissætter meget højere end den anbefalede salgspris.
- Stomisygeplejerskerne har stor indflydelse på valget af produkter! Det kan være svært for mindre producenter at gøre sig gældende.
- Besparelspotentiale i forhold til tilbehør og konveksplader. Vurdering om det er nødvendigt, eller om det kræver en helt anden løsning.
- Nogle leverandører formoder, at en stor andel af stomisterne kan have samme livskvalitet med et andet brand. Stor prisforskel på produkter med og uden et kendt/stærkt brand.
- Monitorering og overblik over forbrug kan være med til at spotte 'forkerte' produkter eller ukorrekt anvendelse.
- Produkterne er dyre – ikke logistikken

Udbud/salg

- Øget fokus på borgernes livskvalitet
- Øget fokus på "total cost of care". Fx inklusion af direkte afledte effekter som fx færre lækager, der igen kan øge produktiviteten (arbejdsevne).
- Løsningsorienteret udbud, fx som et tidligere udbud af bandager, hvor man efterspurgte løsninger, der kunne hjælpe borger/kommunen med at minimere (sår)helingsstiden. Her blev helingsstiden nedsat fra 10-12 måneder til 10 uger.
- Øget fokus på value-added services - stigende efterspørgsel efter servicepartner fra ordregiver.

- Benhård konkurrence på pris. Danmark har pt. de laveste priser på stomiprodukter i Europa. Prisfald og reduktion i gennemsnitlige bevillinger/omkostninger per borger de seneste 10 år. Dog viser en svensk analyse af den årlige omkostning for en borger med stomi, at de svenske omkostninger ligger væsentligt under de danske. Dette skyldes den måde, man godkender nye produkter og lovgivning om maks. priser.
- Der forekommer parallelimport. Dvs. at grossisterne køber produkter i udlandet i stedet for hos de danske salgskontorer. Teorier om at dette er affødt af regionerne 0-pris aftaler.
- 'Funny bidding' er udbredt. Dvs. at der er stærk priskonkurrence på produkter, der ikke reelt forbruges. Medfører ofte kommunalt indkøb uden for kontrakt. Distributører har i stigende grad "private labels", som de byder ind med til kommunerne.
- Indkøb uden for kontrakt i kommunerne kan også være et resultat af, at producenter uddeler vareprøver på nye produkter, der ikke findes i sortimentet, direkte til stomisterne, som derefter efterspørger disse hos kommunen.
- Potentiale i at udbyde kategorier frem for enkelte produkter i en serie, så det bliver lettere at skifte mellem forskellige produkter i en serie.
- Producenterne vil også kunne sælge direkte til kommunerne.
- Der er forskel på, hvor meget tilbehør der betales af den enkelte kommune. Ofte bevilges tilbehør uden spørgsmål, men fx hudbeskyttelsesfilm skal stomisterne ofte selv betale for.
- Det er svært at introducere innovative produkter, fx når kommunerne efterspørger 'klipbar' plade frem for en plade, der kan tilpasses den enkelte stomi.
- Husk at sikre fortrolighed.
- Overvej evt. om pakken kunne leveres til pakkeboks i stedet for på hjemmadressen.
- Send udbudsmaterialet i høring så tidligt som muligt.
- En mulighed at opdele udbuddet i 2 men med den samme tilbudsliste.
- Følgeseddel med pris kan have en positiv effekt, så stomisten kender værdien af produkterne.
- Mange borgere ringer deres bestilling ind., selvom det også er muligt at bestille online og via brevpost.
- Borgere kan give samtykke til, at hospitalet kan logge på bestillingssystemet for borgeren og bestille.

Samarbejdet med kommuner og regioner

- Der er store forskelle mellem regionerne (sortiment).
- Leverandørerne oplever regionernes stomisygeplejersker som travle men åbne over for dialog og samarbejde. Nogle oplever dog, at der er en præference over for udvalgte leverandører.

- Global tendens til flere midlertidige stomier men ikke i DK. Her er der tendens til længere midlertidige stomier.
- Potentiale i enklere overgang fra hospital til kommune (fælles sortiment)
- Potentiale for højere oplevet kvalitet for borgere igennem bedre samarbejde mellem kommunens medarbejdere, regionens stomisygeplejersker og leverandører.
- Bedst for borgeren kun at skulle forholde sig til én leverandør.
- Kan grossisten eller leverandøren stå for bevillingen?
- Potentiale i at reducere spild i kommunerne (igennem bedre produktvalg)
- Potentiale i optimering af produktvalg/forenkling af produktvalg.
- Potentiale i forenkling af bevillingsprocedurer. Anbefaling om et fælles it-system til e-bevilling.
- Mere rådgivning om livet med stomi kan reducere det samlede ressourceforbrug (produkter, ambulatoriebesøg og evt. besøg af hjemmeplejen).

Konklusioner

Primære forbedringspotentialer

Analysen har afdækket behov, problemstillinger og forbedringspotentialer hos de forskellige interessenter. Set på tværs er nogle af de centrale forbedringspotentialer:

En god start på livet med stomi

Det er vigtigt, at der er fokus på den første ofte svære tid tilbage i eget hjem efter udskrivelse. Noget af det der skaber værdi for stomisterne, er rettidig kommunikation om og adgang til relevante tilbud inden for 'psykologisk og fysisk genoptræning' som fx sparring med ligesindede, hjælp fra hjemmeplejen, visitation og bevilling af produkter og tilbehør.

Korrekt produktmatch og anvendelse

Der er et forbedringspotentiale i at sikre, at den enkelte stomist til enhver tid har den rigtige produktløsning. Dette blandt andet igennem løbende, livslang, uvildig og produktneutral rådgivning omkring produktvalg og anvendelse i takt med fysiske og livsstil ændringer. I anerkendelse af at det rigtige produktmatch kan ændre sig over tid, ligger der også et forbedringspotentiale i at sikre lettere skift fra ét produkt til et andet, hvis det kan reducere gener og dermed højne stomistens livskvalitet.

Minimere og lette overgange

Der ønskes i højere grad enighed om produktvalg på tværs af regioner og

kommuner. Et fælles sortiment kan give en blidere overgang fra hospital til eget hjem.

I forhold til administration og it er der potentialer i fælles standarder med hensyn til visitationsstandarder. Hvis kommunerne havde et fælles (eget) bevillingssystem, der kunne sammenkøres med leverandørens it system, vil dobbelt håndtering af bevillinger kunne undgås. Der ligger ligeledes et potentiale i optimering af bevilling og bestilling til borgere med en midlertidig stomi.

Øget samarbejde

Det er hensigtsmæssigt at have en klar rollefordeling, om hvem der gør hvad, samt hvornår man med fordel kan inddrage hinanden eller henvise til hinanden på tværs af sektorer. Både ansatte i kommune og region efterspørger lettere adgang til relevante medarbejdere i henholdsvis region og kommune. Konkret foreslås øget anvendelse af telemedicin, fælles uddannelse og fælles produktpræsentationer.

Det er essentielt med tidlig identifikation og løsning af fx hudproblemer. Hurtig kommunal identifikation af problemstilling og henvisning til ambulante behandling.

Generelt viser analysen en overordnet tilbagevendende opmærksomhed på samarbejde på tværs af hospitalsafdelinger og regioner.

Mere viden om stomi

Der er potentiale i mere specialviden om stomi i hjemmeplejen og hos sundhedsfagligt personale med borgerkontakt generelt, herunder øvrige (ikke-stomispecialiserede) afdelinger på regionernes hospitaler. En generel bedre viden om stomi, igennem uddannelse, i det danske sundhedsvæsen og i hjemmeplejen vil kunne understøtte tidlig identifikation af problemer, henvisning til ambulante behandling og behandling af gener forbundet med stomi. Derudover vil det bidrage til aftaburisering af det at få og leve med en stomi.

Borgerne efterspørger også opmærksomhed på retorik i forbindelse med et kronisk forløb. Fx at en stomi italesættes som en positiv løsning i forbindelse med kronisk sygdom frem for en sidste udvej.

Det største enkeltstående forbedringspotentiale

Analysen viser, at der er størst enkeltstående forbedringspotentiale i forhold til korrekte produkter og anvendelse, som kan reducere gener som hudproblemer, lækage og ballooning. At reducere gener forbundet med stomi

er afgørende for livskvaliteten for stomister. Korrekte produkter kan endvidere give en bedre nattesøvn, færre bekymringer, mere mod på sociale aktiviteter, minimere forbrug af produkter og tilbehør, reducere behandlingsbehov samt gavne samfundsøkonomien.

Det er afgørende, at der igennem hele livet er en uvildig vurdering af produkter og tilbehør, så stomisten altid har den løsning, der bedst reducerer gener og dermed højner livskvaliteten.

Mange stomister har i dag ikke et klart billede af, hvilke gener eller i hvilket omfang, det er rimeligt at leve med. Derfor går mange for længe med ubehandlede problemstillinger.

Produktmatch --> Trivsel og god søvn --> Livskvalitet, højere produktivitet, bedre øko.

Figur 3. Konsekvensrække for optimalt produktmatch.

Hvad skaber værdi for de forskellige interessenter?

Følgende skaber værdi for borgere med stomi:

- Let adgang til 'de rigtige' produkter – altid!
- Uvildig løbende rådgivning og afprøvning af (nye) produkter
- Klar rollefordeling
- Viden om relevante tilbud og muligheder
- Rettidig information og kommunikation
- Fleksibilitet i forhold til bestilling og logistik
- En god start – psykologisk rådgivning og relevant netværk

Følgende skaber værdi for kommunerne:

- Enighed om produktvalg – fælles sortiment
- Velfungerende fagligt samarbejde med regionerne
- Viden hos sundhedsfagligt personale med borgerkontakt
- Klar rollefordeling
- Fælles standarder (kommunalt bevillingssystem, som kan udveksle data med leverandørens it system)
- Kvalificeret rådgivning og servicering af ansatte og borgere med stomi
- Adgang til forbrugsdata
- Forståelse for kommunernes økonomi i regionerne
- Regional forståelse af servicelovens rammer, som kommunerne bevilger efter ("Bedst og billigst egnet")

Følgende skaber værdi for regionerne:

- Enighed om produktvalg – fælles sortiment
- Velfungerende fagligt samarbejde med kommunerne
- Klar rollefordeling
- Visitationsstandarder
- Nem bestilling til midlertidige patienter

Anbefalinger til udbud

Listen er ikke udtømmende men en prioritering af de vigtigste findings, der bør påvirke valget af udbudsstrategi og udbudsmaterialet.

Det kommende fællesudbud af stomiprodukter bør først og fremmest:

- Sikre adgang til de 'rigtige' produkter – et bredt produktsortiment, der afspejler markedet og kan løse selv svære problemstillinger (landsdelsfunktioner).
- Sikre løbende adgang til og viden om nye bedre produkter. Løbende tilgang af nye produkter på aftalen til konkurrencedygtige priser.
- Minimere overgange - fælles sortiment på tværs af regioner og kommuner.
- Lette produktskift – kategorisering af produkter.
- Øge tværoffentligt samarbejde og fælles kompetenceudvikling omkring stomi – minimere udbud af (neutral faglig) rådgivning.
- Undersøge billigere logistikløsninger (også for borgere med en midlertidig stomi).
- Sikre kommunal adgang til serviceydelser såsom bestillingssystemer, data management og klipning af huller.

Udviklingspotentialer

Analysen af stomiområdet skal primært kvalificere det kommende fællesudbud, men ikke alle indsigter kan omsættes til en kravspecifikation. De forbedringspotentialer der relaterer sig til arbejdsgange, kommunikation, samarbejde etc. bliver opsummeret som anbefalinger til, hvordan kommuner og regioner med fordel kan optimere stomiområdet. Nogle tiltag er af national karakter og har en længere tidshorisont, hvorimod andre er konkrete aktiviteter, der kan implementeres inden for det næste halve år.

Temaer til videre til potentiel undersøgelse og udvikling:

- Kompetenceudvikling af personalet i hjemmeplejen
- Stomikursus for nyopererede stomister
- Fremskudt visitation

- Offentligt sundhedshus – fælles stomi team inkl. visitation bestående af både regionale og kommunale folk (evt. på tværs af kommuner). Fra hjælpemiddel til behandlingsredskab

Bilag 1

Til Sundhedsstyregruppen i Midtjylland
Fra Styregruppen i stomiprojektet
Dato 12-09-2019

Beslutningsgrundlag på stomiområdet

Indledning

Stomiprojektet er et samarbejde mellem Aarhus Kommune, Odense Kommune, Region Syddanmark og Region Midtjylland, som blev igangsæt med det hovedformål, at sætte borgere med stomi i centrum ved at skabe smidigere overgange fra region til kommune. Ligeledes understøtter stomiprojektet Økonomiaftalerne for region og kommuner, om at skabe en bedre og mere sammenhængende offentlig sektor.

I projektet er der gennem en analyse¹ afdækket behov, problemstillinger og forbedringspotentialer hos både borgere med stomi, kommuner og regioner. I analysen kom det frem, at der er behov for en ny tværsektoriel tilgang til stomiområdet, såfremt kvaliteten for borgere med stomi skal løftes i overgangen fra region til kommune samt hvis processer og økonomi på tværs af sektorer skal optimeres.

Visionen med projektet:

- At skabe kvalitet for borgerne
- Optimere processer og økonomi på tværs af sektorer
- At udbrede erfaringer fra stomiområdet til andre sundhedsområder

Visionen er udmøntet i nedenstående succeskriterier:

- At skabe kvalitet for borgerne ved:
 - At skabe et mere sammenhængende behandlingsforløb ved at tilbyde ensartede produkter på tværs af regioner og kommuner
 - At sikre uvildig sundhedsfaglig rådgivning
 - At tilbyde én indgang til det offentlige for borgere med stomi

¹ Bilag 1B – Analyserapport "Stomiprojekt – med borgeren i centrum"

- Ensartet behandling uanset hvor man bor i regionen ved blandt andet at optimere procedurer mellem region og kommuner
- At anvende en fælles tværsektorielplatform til bestilling, levering, kommunikation, service med videre
- At optimere processer og økonomi på tværs af sektorer:
 - At arbejde på sammenhængende borgerrettede arbejds gange og procedurer imellem region og kommuner
 - At de fornødne kompetencer er tilstede hos såvel region som kommuner, når stomiprojektets løsningsmodel skal implementeres
 - At faglige kompetencer anvendes mest hensigtsmæssigt og udnyttes så effektivt som muligt
 - At økonomien samlet for region og kommuner indenfor en 4-årig periode forbliver på samme niveau som i dag eller bliver forbedret
 - At efterleve Økonomiaftalerne for 2019² for henholdsvis kommuner og regioner
 - Understøtter "Samarbejdsaftalen" mellem Region Midtjylland og de respektive kommuner på stomiområdet
- At udbrede erfaringer fra stomiområdet til andre sundhedsområder:
 - At bidrage til at udbrede erfaringer med tværsektorielle udbud på landsplan

Som følge af stomiprojektet er hensigten at opnå nedenstående mål og leverancer:

- At opnå samme produkter og pris i region og kommuner gennem et tværsektorielt udbud
- At skabe en digital platform til blandt andet håndtering af levering og bestilling af produkter
- At tilbyde uvildig og professionel stomirelateret rådgivning til borgere og kommunalt fagpersonale
- At tilbyde en god helhedsløsning til borgeren

² **Fælles indkøb af sundhedsartikler.** Der skal skabes bedre patientforløb inden for en række behandlingsområder ved fælles indkøb mellem kommuner og regioner. Parterne er enige om at etablere tværoffentlige indkøbsaftaler af sundhedsartikler på fire områder frem mod 2025. Parterne vil løbende evaluere erfaringer fra de første to fællesoffentlige aftaler vedr. **stomiprodukter** og sårplejeprodukter, herunder finansieringsmodeller og tilslutning til aftalerne. På baggrund af disse erfaringer arbejdes der videre med konkrete modeller for øvrige fællesoffentlige udbud på området, herunder muligheden for at samle de enkelte aftaler i én landsdækkende aftale*

*) kilde: *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2019 · Juni 2018, side 62*

- At opnå smidige sagsgange mellem region og kommuner i forbindelse med ansøgning og ændring af bevilling

Der skal efterfølgende nedsættes en implementerings-/evalueringssgruppe, som skal følge driften på stomiområdet. Gruppen skal arbejde med blandt andet følgende opgaver:

- Mål og opfølgning på borgercompliance
- Mål og opfølgning på borgertilfredshed
- At evaluere på arbejdsgange, processer og procedurer hos brugerne i region og kommuner i forhold til erfaringer og forbedringer til nye borgernære produktområder.
- At udpege og prioritere andre relevante borgernære sundhedsområder

Nuværende løsning

Nedenfor følger en kort beskrivelse af hvorledes stomiområdet håndteres i dag for regionen og hovedparten af kommunerne i Midtjylland.

Forløbet fra operation til patienten udskrives og overgår til kommunalt regi

- Hospitalet foretager jf. Sundhedsloven en sundhedsfaglig, konkret og individuel vurdering af, hvilke stomiprodukter, der er bedst egnet til den enkelte patient efter operation, primært inden for det aftalte sortiment. Hospitalerne har et markeds-mæssigt repræsentativt sortiment, der primært omfatter de nyeste produkter. Da stomien efter operationen kan ændre sig en del det første stykke tid, er der et tæt samarbejde omkring stomien mellem borgeren og hospitalet.
- Indtil stomien betragtes som stationær, får patienten udleveret alle produkter fra hospitalet.

Overgang fra hospital til kommunalt regi når stomien er stationær

- Hospitalet hjælper oftest patienten med bevillingsansøgningen, da hovedparten af patienterne har behov for hjælp dertil. Der er stor variation i de ønskede og krævede oplysninger mellem kommunerne. Dette kan medføre en langstrakt kommunikation og dermed en lang sagsbehandlingstid med stort ressourceforbrug for både hospital og kommune samt ventetid for borgeren.
- Kommunikationen med kommunerne foregår meget forskelligt eksempelvis via mailadresser, borger.dk, fax eller andre ansøgningssystemer.
- Hospitalet udleverer produkter til borgeren ved udskrivelse. Der er dog stor variation med hensyn til antal dage,

der medgives produkter til, da det afhænger af sagsbehandlingstiden i borgerens hjemkommune.

- Den kommunale sagsbehandler foretager en konkret og individuel vurdering på baggrund af de modtagne oplysninger fra hospitalet. Der er store forskelle på kommunernes sagsbehandlingstid, som er fra få dage til flere måneder.
- Kommunen oplyser borgerne om afgørelsen, herunder om de bevilgede produkter samt borgerens rettigheder. Det er ikke i alle kommuner, at borgeren får bevilget de produkter, der bliver ansøgt om, da kommunen i stedet bevilger "tilsvarende" produkter, som er på deres indkøbsaftale. Dette medfører ofte frustration og usikkerhed hos borgeren.
- Bevillingen videregives til kommunens aftaleleverandør via et online bevillingssystem, som de enkelte aftaleleverandører stiller til rådighed for kommunerne. Det betyder, at kommuner og borgere skal forholde sig til flere forskellige systemer på de borgernære produktområder indenfor sundhedsområdet.
- Borgeren kan i dag bestille sine produkter enten via bevillingssystemet, som også har et bestillingsmodul, pr. telefon eller via postforsendte bestillingskort.
- Kommunens aftaleleverandør leverer de bestilte produkter til borgerens hjemmeadresse.

Indkøb af produkter, service, rådgivning samt lager og logistik i henholdsvis region og kommuner

- Regionen indkøber stomiprodukter fra producenterne til deres lagre på hospitalerne.
- Kommunerne indkøber stomiprodukter, service og rådgivning samt lager og logistik hos grossisterne. Kommunerne efterspørger i forbindelse med udbuddet en samlet pris pr. produkt, hvor alle ydelserne er indeholdt i. Det betyder, at kommunerne ikke kender priserne for de enkelte ydelser.
- Grossisten har ansat en kundeservice samt sygeplejersker med viden på stomiområdet, til at behandle henvendelser fra borgerne / kommunens personale vedrørende bestilling, levering, stomien, hulklip, selve produkterne, med videre. Kommunerne er dermed afhængige af leverandørernes service og rådgivning.

Ny løsningsmodel for Midtjylland

Som en udløber af stomiprojektets analysefase, blev der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som har kigget på ensretning af bevillingsansøgning, telemedicin på stomiområdet og på hvorledes uvildig sundhedsfaglig rådgivning, kan varetages i det

offentlige. Arbejdet er udmøntet i en "Samarbejdsaftale" mellem Region Midtjylland og de respektive kommuner, herefter kaldet "Samarbejdsaftalen", som forventes vedtaget i efteråret 2019. I tillæg til "Samarbejdsaftalen" blev der udarbejdet et koncept for Kompetenceudvikling af personalet i kommunerne. Konceptet beskriver hvilke kompetencer, medarbejdere, der håndterer sundhedsfaglige opgaver i forbindelse med stomiområdet, bør have, så stomiplejen i kommunerne kan fungere tilfredsstillende for den enkelte borger.

På baggrund af analysen, interviews, workshops, med videre samt arbejdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe lægges der op til en ny løsningsmodel som beskrevet herunder og illustreret i figur 1. Løsningsmodellen sikrer overordnet at der opnås et bedre sammenhængende borgerforløb fra nyopererede patienter i Regionen, til borger med stomi i kommunalt regi.

Den nye løsningsmodel

Der udbydes et fælles sortiment med ens produkter og priser for kommuner og regioner. Sortimentet bliver smallere end kommunernes nuværende sortiment, men dybere, da der vil være flere varianter pr. produktkategori - Figur 1: Grøn stiplede fabriksikon.

Den administrative service vil blive varetaget af Fælles Service Center (FSC), som er forankret i Midtjylland og som i dag varetager service og support opgaver til telesundhedsløsninger for Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Support (Call center) bliver varetaget af 3. partsleverandør (Atea). FSC vil indgå en aftale på digital understøttelse i form af onlinesystem til blandt andet bevilling og bestilling.

FSC vil varetage - Figur 1: Lilla telefonservice symbol:

- Call-centerfunktion, som sikrer én indgang for borger (Single Point Of Contact) i forhold til blandt andet bestilling, levering, spørgsmål, omstilling til uvildig sundhedsfaglig rådgivning mv.
- Udsende statistikker til kommunerne
- Drift og vedligehold af onlinesystem, til administration - Figur 1: Grøn computer.
- Fakturering til kommunerne for produkter, FSCs ydelser, lager, hulklip og logistik/levering - Figur 1: Sort faktura.
- Kontraktstyring i forhold til service og support leverandøren samt lager og logistikleverandøren.

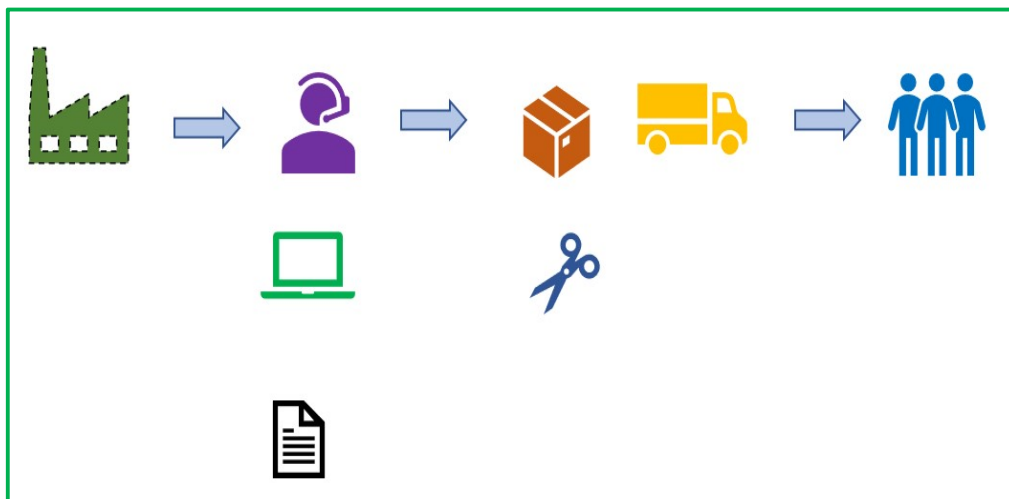
Uvildig sundhedsfaglig rådgivning vedrører valg af produkter eller spørgsmål vedrørende stomien. Den uvildige sundhedsfaglige

rådgivning vil blive varetaget af stomisygeplejersker i henholdsvis region og kommuner i henhold til "Samarbejdsaftalen".

Lager og Logistik af de udbudte stomiprodukter vil blive løst af en ekstern logistikleverandør for FSC. FSC vil indgå aftale på dette - Figur 1: Papkasse og gul lastbil.

På lageret vil der ske pluk og pak af produkterne samt eventuelt hulklip af stomiplader - Figur 1: Blå saks.

Endelig vil produkterne blive leveret til borgerne - Figur 1: Blå mænd.



Figur 1

Udgangspunktet for den nye løsningsmodel er én samlet løsning med de ovenfor beskrevne elementer, som er afhængige af hinanden. Det vil dermed ikke være muligt, eksempelvis alene at udbyde produkterne og bibeholde det resterende af det nuværende setup på service, rådgivning og logistik, da det ikke vil understøtte visionerne og det overordnede formål om at sætte borgeren i centrum.

Fordele ved den nye løsningsmodel

Som det fremgår af ovenstående, indeholder løsningsmodellen, med FSC som omdrejningspunkt, en række fordele som retter sig imod borgerne i Midtjylland med permanent stomi.

Det drejer sig om ensartede produkter i region og kommuner. Borgeren risikerer ikke fremadrettet, som i dag, at få én type stomiprodukter anbefalet af regionen og herefter at blive visiteret til andre produkter af deres hjemkommune.

Der tilbydes desuden uvildig sundhedsfaglig rådgivning til borgerne. Hvor de i dag modtager rådgivning fra kommunernes grossister, vil de fremadrettet, som følge af den nye

løsningsmodel modtage uvildig sundhedsfaglig rådgivning fra stomisygeplejersker ansat i region og kommuner (en række af kommunerne har ansatte stomisygeplejersker). Endvidere giver det tættere samarbejde imellem region og kommuner en række muligheder for at ensrette processer og procedurer, som retter sig mod en bedre og mere smidig betjening af borgeren.

Borgeren vil også opleve fordelene ved single point of contact, ved behov for kontakt til det offentlige. Således vil én indgang skabe ro, tryghed og overblik for borgeren. Borgeren vil ikke som hidtil, både skulle rette henvendelse til leverandøren, regionen eller deres hjemkommune (hjemmeplejen og myndighedsafdelingen).

Kommunernes overgang til nye produktleverandører, vil ikke berøre eller forstyrre borgeren, da organiseringen på stomiområdet vil være den samme uanset hvem produktleverandørerne er.

Den fælles digitale understøttelse af bevilling, bestilling, forbrugsstyring mv. vil betyde, at både borgere og personalet i kommunerne, kun skal forholde sig til ét onlinesystem. Onlinesystemet vil således kunne anvendes på tværs af borgernære produktområder i modsætning til i dag, hvor onlinesystemet er leverandørafhængigt og kan ændre sig i takt med nye leverandøraftaler på de enkelte produktområder.

Endelig bør den fælles serviceplatform i FSC-regi tænkes bredere end stomiområdet. Anbefalingen er derfor, at erfaringer høstet i relation til stomiprojektet anvendes og udbygges til andre strategiske borgernære produktområder som eksempelvis urologi og diabetes. Dette, vil samtidig sikre en kritisk masse for FSC.

For kommuner og regioner er vurderingen, at den nye løsningsmodel kan rummes indenfor rammerne af kommunernes nuværende økonomi, samtidigt med at der leveres et serviceløft til borgerne. Det forventes at der indenfor en 4-årig periode, kan opnås en besparelse i kommunerne.

Økonomiberegninger for FSC og lager/logistik

Forudsætningen for nedenstående økonomiberegninger er, at både Region Midtjylland, Region Syddanmark samt de respektive kommuner tilslutter sig løsningsmodellen på stomiområdet. Til orientering træffes der i Region Syddanmark en tilsvarende beslutning, som i Region Midtjylland, omkring tilslutning til løsningsmodellen med FSC ultimo november 2019.

FSC har anslået en række omkostninger i forbindelse med stomiprojektet. Omkostningerne kan opdeles i en række engangsomkostninger inden opstart beløbende til 2.7 mio. kr. Derudover er der nogle løbende vedligeholdelsesomkostninger svarende til 200.000 kr. årligt, samt nogle forbrugsafhængige driftsomkostninger (lager, logistik, call center) estimeret til 5.4 mio. kr. årligt for Midtjylland. En nærmere opgørelse af de respektive omkostninger findes i bilag 1A.

Driftsomkostningerne og de løbende vedligeholdelsesomkostninger omregnes til en udgift pr. borger med en stomibevilling svarende til 1.385 kr. årligt for kommuner i Midtjylland.

Udgangspunktet for engangsomkostningerne til henholdsvis Region Midtjylland og Region Syddanmark er at de fordeles ligeligt med 1.35 mio. kr. til hver, hvilket endnu ikke er endeligt besluttet. Efterfølgende fordeles de 1.35 mio. kr. i Midtjylland mellem regionen og de tilhørende kommuner ud fra en nærmere aftalt fordelingsnøgle, som endnu ikke er fastsat.

Business Case set fra Aarhus Kommunes perspektiv:

Aarhus Kommune har 871 borgere med en stomibevilling pr. juni 2019. Aarhus Kommunes andel af de årlige driftsomkostninger og løbende vedligeholdelsesomkostninger beløber sig dermed til 1.206.632 kr. Aarhus Kommunes andel af engangsomkostningerne svarer til 191.075 kr., som skal betales til FSC i 2020. Andelen af Aarhus Kommunes engangsomkostninger er beregnet med udgangspunkt i den fordelingsnøgle der er fastlagt på TeleKol-området med region og kommuner (35% af udgifterne dækkes af regionen og 65% fordeles mellem kommunerne).

Aarhus Kommune brugte i 2018 13.8 mio. kr. på stomiposer og -plader ved aftaleleverandøren. Nedenstående beregning forudsætter uændret indkøbsadfærd.

For at Aarhus Kommune kan opnå en positiv økonomisk gevinst ved projektet, skal produktrabatten være større end 9,05%. Ved en produktrabat på 10% vil den samlede gevinst være på 528.960 kr. efter 4 år (svarende til forventet aftalelængde).

Det juridiske grundlag for FSC

Det fremtidige juridiske grundlag for FSC er under afklaring med rådgivning fra advokatfirmaet Bech Bruun. Der arbejdes med udgangspunkt i to modeller:

1. Den nuværende kontraktuelle samarbejdsmodel, hvor værtskabet for FSC er ansvarlig for de indgåede aftaler

med leverandører samt for leverancer til borgere og det sundhedsfaglige personale i Midtjylland. For nuværende afholder Region Midtjylland værtskabet for FSC.

2. At FSC oprettes som en selvstændig forening med begrænset ansvar. Foreningen kan afgrænses til et medlemskab for region og kommuner i Midtjylland eller gøres åbne for andre regioner og kommuner.

Den fremtidige organisatoriske struktur, herunder tilhørende juridisk grundlag for FSC afklares i løbet af efteråret 2019.

Implementering

Da der er tale om en ny samarbejdsform på stomiområdet, er det vigtigt at anvende implementeringsperioden til at sikre, den nye organisering, arbejdsgange, digitale understøttelse m.m. fungerer fra starten af. Dette er nødvendigt for at sikre tryghed hos borgerne og at de benytter sig af løsningen.

Ligeledes skal sikres, at leveringen til borgeren kan udføres fra dag 1. i driftsperioden. Dette for at undgå, at et større antal borgere benytter sig af fritvalg og dermed ikke opnår de fordele, som følger af den nye løsningsmodel. Dette sammenholdt med at grundlaget for den nye løsningsmodel ikke vil være rentabelt, hvis borgerne ikke benytter løsningen. Derfor skal der i implementeringsfasen sikres en god kommunikation om løsningen til borgerne i form af eksempelvis borgerbrev, pjecer, møder mv. samt der skal sikres opbakning hos KL, DI, COPA (patientforening) med flere.

Tilslutningsprocedure og tidsplan

Der træffes endelig beslutning om den nye løsningsmodel i Sundhedsstyregruppen den 6. november 2019. Forud herfor foregår diverse orienteringer og drøftelser omkring den nye løsningsmodel i blandt andet DKS og KOSU.

Såfremt den nye løsningsmodel godkendes, vil der i slutningen af 2019 blive fremsendt et formelt tilslutningsdokument til hver enkelt kommune, som vil være den endelige og bindende tilslutning til løsningsmodellen på stomiområdet.

Overordnet milepæle og tidsplan for stomiprojektet	
Milepæle	Periode
Forberedelse og udbud af løsning:	2. kvartal 2020 – 1. kvartal 2022
Implementering af løsning:	1. kvartal 2022 – 3. kvartal 2022
Driftsstart:	3. kvartal 2022

HjerteKomMidt – Økonomi

Økonomioversigt til møde vedr. HjerteKomMidt den 24.06.19.

Dette dokument indeholder budget for HjerteKomMidt for 2019 og 2020 (tabel 1) samt oversigt over leverancer for HjerteKomMidt i perioden 2016 – 2019 (Tabel 2).

Lisbeth Hoffmann Thomsen
Hanne Søndergaard
DEFACTUM, den 19. juni 2019

Tabel 1. Budget for 2019 og 2020

Opgave	Budget 2019	Budget 2020 ¹	Kontrakt
Drift:			
Hosting af server ¹	67.200 kr.	67.200 kr.	66.000 kr. (2016 pl niveau)
Support	150.000 kr.	150.000 kr.	67.700 kr. /60 timer (2016 pl niveau)
Undervisning	25.000 kr.	25.000 kr.	Ikke aftalt
Revisionserklæring	75.000 kr.	75.000 kr.	75.000 kr.
Vedligehold, support og justering af RKKP datalevering til RKKP webservice ²	6.300 kr.	25.000 kr.	Ikke aftalt. Deles med de øvrige kommuner
Drift i alt	323.500 kr.	342.200 kr.	
Udvikling:			
Videregivelse af data til RKKP	200.000 kr.		Ikke aftalt. Deles med de øvrige kommuner
De nye nationale indikatorer	25.000 kr.	115.000 kr.	Ikke aftalt. Deles med de øvrige kommuner
Udviklingspulje	75.000 kr.	125.000 kr.	Ikke aftalt
Rapportering af 2018 data	DEFACTUM?	Foretages via RKKP	Ikke aftalt for 2019-data. RKKP rapporterer 2020 data
Udvikling i alt	300.000 kr.	240.000 kr.	
Total	623.500 kr.	582.200 kr.	
Alle priser er ekskl. moms. ¹ Pris er i 2019 pl niveau. ² 2019: 3 mdr.; 2020: 12 mdr.			

Supplerende kommentarer til posterne:

Support:

Support dækker: betjening af henvendelser fra brugere via mail/telefon og DEFACTUMs deltagelse i brugergruppen
Status pr. 29/5 2019: 115 timer (heraf er 25 timer anvendt på undervisning af slutbrugere primo 2019)

Undervisning:

Undervisning af slutbrugere (analysemedarbejdere, frontpersonale, ledelser og udviklingsmedarbejdere)

Videregivelse af data til RKKP:

Afklarende møder med RKKP, mapning af variable, intro til webservice, systemudvikling, testning og idriftsættelse
Status pr. 15/5 2019: 126 timer.

De nye nationale indikatorer

I 2019 foretages identificering af relevante variable, dialog med RKKP, udarbejdelse af datadefinitioner.

I 2020 foretages systemarbejde på inddata og uddata. De nye indikatorer forventes at kunne rapporteres pr. 1/6 2020.

Udviklingspulje:

Dækker kortlægning og systemudvikling. Identificerede temaer er:

- Registrering af diætbehandling
- Inklusion af borgere, der har specialiseret GOP på hospital, men øvrige indsatser i kommunen
- Specifikation af "selvtræning"
- Opdeling på diagnosen iskæmisk hjertesygdom i benchmarkingfunktionaliteten
- Anvendelse og udvikling af uddata
- Opfølgning på rapportering
- Generel sikring af sufficient datakvalitet

Rapportering:

For 2019-data: ikke aftalt endnu. det skal afklares om DEFACTUM skal foretage en rapportering af 2019 data?

For 2020-data: Forventes at foregå via RKKP

Tabel 2. Oversigt over leverancer for 2016, 2017 og 2018

Opgave	Leverancer 2016	Leverancer 2017	Leverancer 2018
Drift:			
Hosting af server	38.500 kr.	66.000 kr.	66.000 kr.
Support	39.527 kr.	67.760 kr.	117.700 kr.
Introduktion/undervisning	46.608 kr.		
Revisionserklæring		75.000 kr.	*
Vedligehold, support og justering af datalevering til RKKP webservice			
Drift i alt	124.635 kr.	208.760 kr.	183.700 kr.
Udvikling:			
Udvikling inddata	232.804 kr.		
Udvikling uddata	189.825 kr.		
HADS screening		50.000 kr.	
Kvalitetsvurdering af data		109.000 kr.	103.000 kr.
Udvikl. af benchmarkingfunktion			50.000 kr.
Videregivelse af data til RKKP			
Identificering og justering af nationale indikatorer og opkobling på RKKP webservice			
Udviklingspulje			
Rapportering af data		DEFACTUM	DEFACTUM
Udvikling i alt	422.629 kr.	159.000 kr.	153.000 kr.
Total	547.264 kr.	367.760 kr.	336.700 kr.
*Revisionserklæring faktureres i 2019, da revision foregik primo 2019			

Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering



Kolofon

Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering

DEFACTUM®, Region Midtjylland, august 2019

Udarbejdet af DEFACTUM på vegne af Kommunernes Landsforening

Rapporten er udarbejdet af:

Marie Louise Overgaard Svendsen, forsker, konsulent

Klaus Nordentoft Lemvig, sundhedsfaglig konsulent

Hanne Søndergaard, faglig leder, seniorkonsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Marie Louise Overgaard Svendsen

Telefon: 29217802

E-mail: marie.louise.svendsen@rm.dk

DEFACTUM, Koncern Kvalitet

Region Midtjylland

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	3
2. Læsevejledning	5
3. Formål med datakortlægningen	6
4. Fælles sprog III i kommunerne	8
5. Kvalitetsindikatorer	10
5.1. Kommunal hjerterehabilitering	11
5.2. Kommunal KOL-rehabilitering	13
5.3. De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser	16
6. Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?	17
6.1. Fremgangsmåde ved afdækning af Fælles Sprog III	17
6.2. Resultat af Fælles Sprog III afdækning	18
6.3. Opmærksomhedspunkter til Fælles Sprog III	21
7. Kortlægning af populationer	24
7.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af populationer	24
7.2. Resultat af kortlægning af populationer	24
7.3. Opmærksomhedspunkter for kommunale populationer	25
8. Generiske indikatorer	28
8.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af generiske indikatorer	28
8.2. Resultat af kortlægning af generiske indikatorer	28
8.3. Opmærksomhedspunkter for generiske indikatorer	32
9. Indikatorer – det tidsmæssige aspekt	33
9.1. Fremgangsmåde til vidensopsamling	33
9.2. Resultat i forhold til tidsmæssige aspekter	33
9.3. Opmærksomhedspunkter for tidsmæssige aspekter	35
10. Kortlægningens konklusion	37
11. Perspektivering	41
13. Referenceliste	45

1. Resumé

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser med fokus på kommunal hjerte-, KOL- og diabetes rehabilitering.

Kortlægningen tager udgangspunkt i kvalitetsindikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, der er udviklet i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). For kommunal diabetes rehabilitering tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området.

Hver klinisk kvalitetsdatabase administreres af en faglig styregruppe og RKKPs videnscenter, som blandt andet definerer kvalitetsindikatorer og -standarder. Opgørelse af kvalitetsindikatorer forudsætter specifik og systematisk registrering af de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorerne.

I kommunerne pågår aktuelt implementering af Fælles Sprog III (FSIII), som er en klassifikations- og en dokumentationsmetode i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ). Kommunernes Landsforening (KL) har ønsket en afdækning af, om FSIII-klassifikationerne kan danne grundlag for at registrere de variable, som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. Derudover har KL ønsket en afdækning af, hvordan populationer identificeres i regi af RKKP, om der findes generiske indikatorer i indikatoropgørelser for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, og til sidst de tidsmæssige aspekter ved indsamling af data.

Kortlægningen viser, at:

- Størstedelen af FSIII-klassifikationerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til dokumentation og registrering af de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP. For eksempel er der i FSIII ikke krav om at registrere gennemførte rehabiliteringsaktiviteter, hvilket der er behov for ved monitorering af den kommunale hjerte- og KOL-rehabilitering. Endvidere indeholder FSIII ikke de samme svarkategorier som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering.
- Populationerne identificeres forskelligt i de kliniske kvalitetsdatabaser og i de kommunale opgørelser for hjerte- og KOL-rehabilitering. For eksempel er inklusionskriteriet for borgere i RKKPs database, DrKOL baseret på specifikke diagnosekoder, mens inklusion af borgere i opgørelsen for kommunal KOL-rehabilitering er baseret på, at borgerene har deltaget i et KOL-rehabiliteringsforløb.

- Der er ikke generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper. Indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes fokuserer i flere tilfælde på de samme overordnede rehabiliteringsaktiviteter, men det konkrete indhold varierer mellem de tre sygdomsgrupper. For eksempel monitoreres tobaksafvænning forskelligt. For hjertesygdom er det andelen, som har opnået rygestop, og for KOL er det andelen, som har fået tilbudt rygeafvænning.
- Der bør være opmærksomhed på det tidsmæssige aspekt i form af både tidstro data, og at det tager tid at udvikle, dokumentere og afrapportere kvalitetsindikatorer.

På baggrund af kortlægningerne stiller rapporten forslag til det videre arbejde med kommunernes dataregistrering i forhold til at understøtte udveksling af data mellem kommunerne og RKKP med særligt fokus på variabelindhold og -svarmuligheder, dataspecifikationer og registreringsvejledning samt tidsmæssige aspekter ved dataindsamlingen.

Endvidere vurderer rapporten at der, som første skridt i det videre arbejde med udveksling af data, vil være behov for at opnå konsensus mellem kommunerne og RKKP i forhold til, hvilke kvalitetsindikatorer og øvrige data der skal indsamles for at belyse kvaliteten af den kommunale rehabilitering. Det gælder særligt for:

- Diabetes, hvor der ikke er udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering.
- Kommunale forløb og populationer i forhold til, hvilke forløb der skal indgå i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan populationerne kan defineres og identificeres.
- Hvorvidt generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper er muligt og fagligt relevant i regi af RKKP.

2. Læsevejledning

Rapporten er bygget op efter følgende struktur:

- Afsnit 3 (Formål), afsnit 4 (FSIII) og afsnit 5 (kvalitetsindikatorer): Indledende afsnit, som introducerer relevant baggrundsviden.
- Afsnit 6, 7, 8 og 9: De fire kortlægninger med en overordnet beskrivelse af formål, metode/fremgangsmåde, resultat og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med udveksling af data. Der er tilhørende bilag til hvert afsnit med uddybende materiale i en separat bilagsrapport.
- Afsnit 10 og 11: Samlet konklusion og perspektivering på de fire kortlægninger.

Ønskes der et hurtigt overblik over rapportens konklusioner og perspektiver, anbefales det at læse følgende afsnit:

- Afsnit 3. Formål med datakortlægningen.
- Afsnit 10. Kortlægningens konklusion.
- Afsnit 11. Perspektivering.

Ønskes der et detaljeret indblik i kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering, anbefales det at læse både rapport og bilagsrapport, dvs.:

- Rapporten.
- Bilag 1 (bilagsrapport): Uddybende materiale med sammenligning af hver enkelt indikatorvariabel for kommunal rehabilitering med oplysninger i FSIII-klassifikationerne.
- Bilag 2 (bilagsrapport): Detaljeret beskrivelse af, hvordan populationer identificeres i de kommunale opgørelser for hjerte- og KOL-rehabilitering samt i de sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser.
- Bilag 3 (bilagsrapport): Specifik sammenligning af indikatorer og anbefalinger for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper (hjertesygdom, KOL og diabetes).
- Bilag 4 (bilagsrapport): Uddybende beskrivelse af tidsmæssige aspekter ved opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering samt uddybende materiale om interview med RKKP.

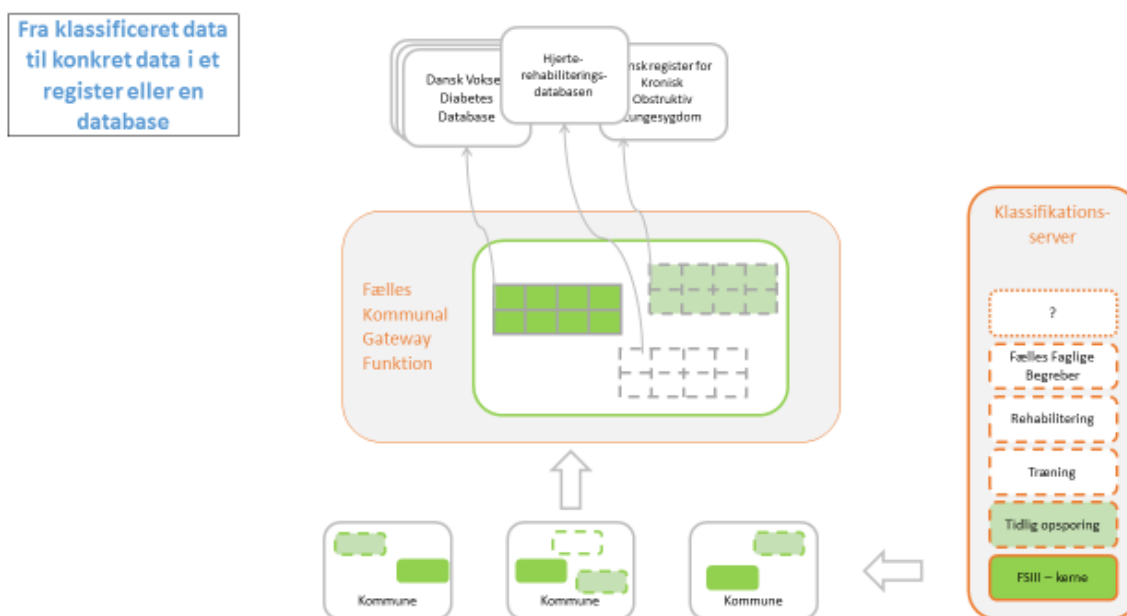
3. Formål med datakortlægningen

Igennem Sundhedsdataprogrammets decentrale pulje til åbenhed og synlighed har KL iværksat et projekt i regi af Sundhedsdataprogrammet, som skal afdække, hvordan valide uddata på sundheds- og ældreområdet gøres tilgængelige på tværs af kommunerne.

Projektet består af flere leverancer. En af leverancerne afrapporteres med denne rapport og skal afdække, hvordan data vedrørende kommunal rehabilitering kan udveksles mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser indenfor sygdomsgrupperne hjertesygdom, KOL og diabetes.

Figur 1 er udviklet af KL og illustrerer det ønskede dataflow mellem kommunerne og øvrige instanser. Hensigten er, at kommunale fagpersoner skal dokumentere dele af den kommunale praksis ved hjælp af klassifikationer i FSIII. Et udsnit af de registrerede data skal derefter udveksles med en række andre instanser som eksempelvis de kliniske kvalitetsdatabaser via den fælleskommunale gateway. Klassifikationerne i FSIII fremgår i Figur 1 under Klassifikationsserveren.

Figur 1. Udveksling af data mellem kommuner og andre instanser*



* Figuren er udarbejdet af KL.

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser. Rapporten tager udgangspunkt i følgende delformål:

1. Kortlægge om FSIII klassifikationerne kan danne grundlag for at registrere de variable, som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP (afsnit 6).
2. Kortlægge hvordan populationer identificeres i regi af RKKP, og hvordan patienter kan henvises til kommunal rehabilitering indenfor sygdomsområderne hjertesygdom, KOL og diabetes med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger (afsnit 7).
3. Kortlægge om der findes generiske indikatorer i de indikatoropgørelser, der pågår i regi af RKKP for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, samt om Sundhedsstyrelsen anbefaler tilsvarende indsatser for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes (afsnit 8).
4. Kortlægge tidsmæssige aspekter ved indikatoropgørelser i regi af RKKP med særligt fokus på opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering (afsnit 9).

Rapporten er hovedsagligt en kortlægning af eksisterende viden, og rapporten indeholder derfor direkte gengivelser af tekster fra rapporter, som er blevet offentliggjort af Sundhedsstyrelsen, RKKP og DEFACTUM (1-10).

Inden de nævnte kortlægningener vil rapporten kort præsentere FSIII (afsnit 4) og indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af HjerteKomMidt og RKKP (afsnit 5). Der er ikke defineret indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

4. Fælles sprog III i kommunerne

Formålet med afsnit 4 er at give en introduktion til FSIII i forhold til formål, indhold og implementering i kommunerne.

Den nuværende version af FSIII er en klassifikations- og dokumentationsmetode vedrørende borgere, der modtager hjælp, omsorg, pleje og behandling iht. servicelovens § 83 (personlig pleje, praktisk hjælp, madservice), § 83a (hverdagsrehabilitering), § 84 (aflastning og afløsning) og § 86 (genoptræning og vedligeholdelsestræning) samt sundhedslovens § 138 (sygepleje).

FSIII har fokus på den tværfaglige borgerjournal, hvor dokumenterede oplysninger indhentes og deles mellem de forskellige faggrupper og kommunale funktioner. Alle involverede faggrupper på tværs af kommunale funktioner er ansvarlige for at opdatere og vedligeholde oplysninger, som vedrører borgerens forløb.

FSIII er bygget op omkring tilstande og indsatser, som er klassificerede. Tilstande udtrykker borgerens funktions- eller helbredsmæssige situation på et givent tidspunkt og opdeles i funktionsevnetilstande og helbredstilstande. Indsatser er de aktiviteter, der leveres til borgeren, og som bevilliges efter service- og sundhedsloven. I den nuværende form af implementeringen af FSIII i de kommunale EOJ-systemer understøttes en typisk arbejdsgang, hvor medarbejdere først udreder en borgers tilstande og bagefter beslutter og dokumenterer de aktiviteter, der skal leveres til borgeren. En undtagelse fra dette er dog 0-ydelser, som typisk dokumenteres efter, de er udført. 0-ydelser er aktiviteter, som ikke direkte berører en borgers tilstand, fx en sygeplejefaglig udredning eller opfølgning.

Udover tilstande og indsatser klassificeres en række andre oplysninger via FSIII. Eksempelvis klassificeres det, hvor henvendelserne til kommunerne kommer fra, og hvad årsagen til en given henvendelse er. For funktionsevnetilstande vurderes borgers funktionsevne på en klassificeret skala fra 0-4.

KL stiller også en række klassifikationer til rådighed, som kommunerne kan bruge i deres arbejde med tidlig opsporing. Klassifikationen 'Tidlig opsporing' har til formål at opspore forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker, og KL har blandt andet klassificeret målinger af vitale parametre og hverdagsobservationer. Klassifikationerne til tidlig opsporing er for nuværende ikke implementeret i EOJ-systemerne.

KL arbejder også på at videreudvikle FSIII til at omfatte hele det kommunale træningsområde og udvikle et bedre datagrundlag til belysning af den kommunale rehabiliteringsindsats målrettet borgere med kronisk sygdom. Sundhedslovens § 119 og § 140 skal derfor inkluderes i FSIII, når udviklingsarbejdet efter planen er færdigt i slutningen af 2019. I kortlægningen af, hvorvidt de kommende FSIII klassifikationer kan avendes til at opgøre indikatorer i regi af RKKP, forudsættes det, at de kommende indsatser vil blive dokumenteret på samme måde, som man gør i dag med de eksisterende FSIII-indsatser (beskrevet ovenfor).

Frem mod slutningen af 2019 implementerer kommunerne den nuværende FSIII klassifikations- og dokumentationsmetode gennem deres EOJ-systemer. Implementeringen af FSIII er en ressourcekrævende proces, og efter implementeringen følger en lærings- og tilvænningsfase for de kommunale medarbejdere i anvendelsen af FSIII som dokumentationsmetode. Det må derfor forventes, at der kommer til at gå et stykke tid førend, at FSIII 's fulde potentiale bliver realiseret i kommunerne.

5. Kvalitetsindikatorer

Formålet med afsnit 5 er at give en generel introduktion til kvalitetsindikatorer samt kortlægge indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af HjerteKomMidt og RKKP.

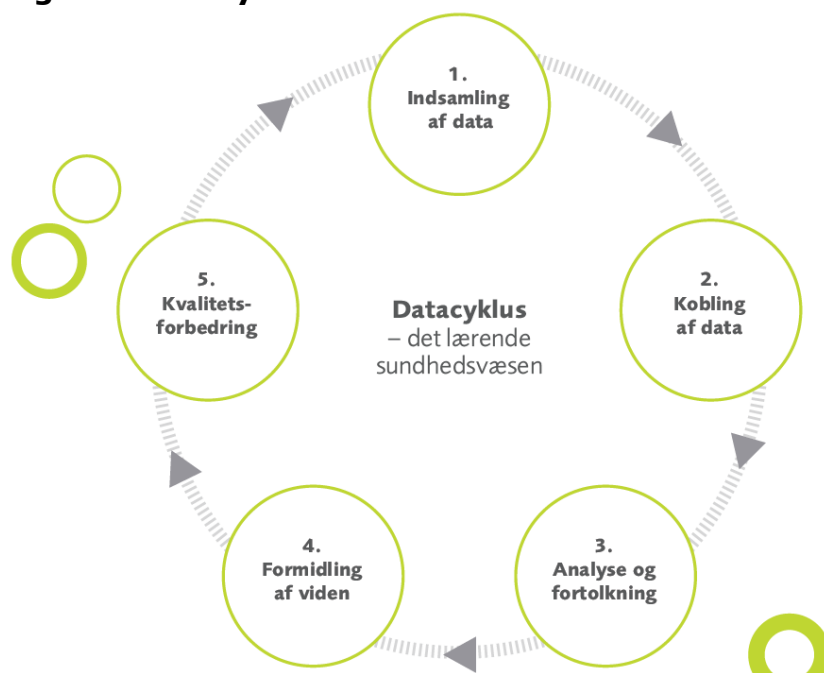
Der eksisterer mere end 80 godkendte nationale kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark, og alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser er tilknyttet RKKP. De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse og forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter med udgangspunkt i indikatorer, som afspejler behandlingskvaliteten indenfor det pågældende sygdomsområde. De kliniske kvalitetsdatabaser er udsprunget af og har primært fokus på aktiviteter i sygehusvæsenet, men der er stigende behov for at supplere med data fra almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Enkelte af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser modtager i dag data fra andre sektorer (4).

Alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser administreres af en klinisk faglig styregruppe og RKKPs Videnscenter med udgangspunkt i de lægevidenskabelige selskaber og faglige fora med særlig ekspertise og indsigt i det pågældende kliniske område. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKPs videnscenter definerer kvalitetsindikatorer, kvalitetsstandarder og øvrige data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område (4).

I samarbejde med RKKP er der udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering indenfor hjertesygdom og KOL. Disse indikatorer beskrives i afsnit 5.1. og 5.2. Der er ikke udviklet tilsvarende indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

RKKP illustrerer en datacyklus til udvikling af det lærende sundhedsvæsen med figur 2 (4). Det består af flere elementer. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKPs videnscenter definerer hvilke data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område, samt sikrer opbakning hos fagmiljøerne og patienter via løbende dialog. Data fra forskellige datakilder kobles i de kliniske kvalitetsdatabaser, og de faglige styregrupper og RKKPs videnscenter danner vidensbaggrund for dataanalyse og fortolkning. RKKP formidler viden via blandt andet årsrapporter og løbende afrapporteringer. Kvalitetsudviklingen er forankret i de kliniske miljøer, hvor de primære brugere af den producerede viden er de faglige styregrupper, klinikere, ledelser samt borgere og patienter (4).

Figur 2. Datacyklus – det lærende sundhedsvæsen*



* Direkte gengivet fra 'Viden til et bedre sundhedsvæsen' (4).

5.1. Kommunal hjerterehabilitering

I forbindelse med revision af 'Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland' blev det besluttet i et samarbejde mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner i den midtjyske region, at der skulle ske en overdragelse af dele af hjerterehabiliteringen fra hospitaler til kommuner i løbet af 2016 (11). De opgaver, der blev overleveret til kommunerne, var patientuddannelse, fysisk træning, diætbehandling, rygestopintervention og den psykosociale indsats.

Det reviderede forløbsprogram indeholder anbefalinger om monitorering af kvaliteten af indsatserne i de overleverede opgaver baseret på kvalitetsindikatorer og - standarder fra den nationale kliniske kvalitetsdatabase, Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD), i regi af RKKP. Der blev udpeget indikatorer inden for følgende fire områder: deltagelse i hjerterehabilitering, fysisk arbejdskapacitet, rygning og diætbehandling. DHRD modtog ikke kommunalt registrerede data. Kommunerne besluttede derfor, at der skulle etableres en løsning, hvormed der i de 19 kommuner i den midtjyske region kunne opsamles nyregistrerede data vedrørende de udpegede indikatorer. Til dette formål blev databasen HjerteKomMidt oprettet. HjerteKomMidt drives af DEFACTUM, Region Midtjylland. I et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i den midtjyske region er det besluttet, at HjerteKomMidt på sigt skal levere data til DHRD, og der arbejdes aktuelt på at iværksætte denne dataoverlevering.

Forløbsprogrammet for hjertesygdom i Region Midtjylland omfatter borgere med iskæmisk hjertesygdom, klap-opererede borgere samt borgere med hjertesvigt. I HjerteKomMidt inkluderes alle borgere over 18 år, der efter kontakt med hospitalet henvises til non-farmakologisk fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi ved hjælp af en almen genoptræningsplan.

Kvalitetsindikatorerne for kommunal hjerterehabilitering i HjerteKomMidt og tilhørende standarder fremgår af Tabel 1. Indikatorvariablene, som anvendes til at opgøre de specifikke kvalitetsindikatorer for kommunal hjerterehabilitering fremgår af bilag 1. Indikatorerne opgøres på baggrund af de beregningsregler, der anvendes i DHRD.

Der er aktuelt offentliggjort to årsrapporter for kommunal hjerterehabilitering i den midtjyske region (1, 2).

Tabel 1. Indikatorer for kommunal hjerterehabilitering

Nr.	Indikator	Standard
1b	Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering	Mindst 75 %
1d*	Andel borgere med hjertesygdom (ikke koronar bypass) der er påbegyndt fysisk træning indenfor max. 4 uger efter udskrivelse	Mindst 80 %
2a	Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % (ændres i 2021 til: 75 %) af de planlagte træningssessioner	Mindst 70 %
2b	Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest	Mindst 80 %
2c*	Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet	Mindst 90 %
3	Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 60 %
4a*	Andel af borgere med hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema med henblik på at afklare behovet for kostintervention	Mindst 75 %
4b	Andel af borgere med hjertesygdom (ændres i 2021 til: med positiv kostscreening), som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 75 %
8a	Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 80 %
8b*	Andel af borgere med positiv depressionsscreening hvor der er lagt en behandlingsplan	Mindst 90 %

**Nye indikatorer i HjerteKomMidt. Første opgørelse af indikatorerne for kommunerne forventes at ske i regi af RKKP i 2021.*

5.2. Kommunal KOL-rehabilitering

Den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, DrKOL indsamler data om KOL-rehabilitering i sygehusregi, men der er ikke nogen systematisk landsdækkende indsamling af og opfølgning på data for KOL-rehabilitering i kommunalt regi. På den baggrund blev der igangsat et projekt 'Indhentning og anvendelse af kommunale data om KOL-rehabilitering' i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, RKKP, Danmarks Lungeforening og KL. Hensigten med projektet var at danne grundlag for, at DrKOL på længere sigt kunne udvides til at omhandle KOL-rehabilitering i kommunalt regi, hvorefter kommunerne bliver en del af databasen. I forbindelse med en forløber for projektet, blev der i 2014 lavet et udkast til indikatorer for den kommunale del af rehabiliteringen. I april 2016 blev disse indikatorer drøftet på et møde i DrKOL's arbejdsgruppe

om KOL-rehabilitering, hvor repræsentanter for de deltagende kommuner deltog. Her var der enighed om at fortsætte med de udviklede indikatorer. I forbindelse med afholdelse af fællesmøde med de deltagende kommuner i marts 2017 blev der lavet mindre sproglige tilrettelser for at sikre, at sprogbrug var i overensstemmelse med kommunal praksis og Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL" (3, 8). Der var således enighed om at starte med procesindikatorer for delindsatserne i KOL-rehabiliteringen for senere at udbygge med resultatindikatorer. Der var dog ønske om at opgøre resultater for fysiske funktionstests, hvor det var muligt (3).

Der er for nuværende udarbejdet én pilotrapport med afrapportering af indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering for seks kommuner, men der planlægges en ny afrapportering (3). Det beskrives i pilotrapporten, at indikatorerne er opgjort på meget forskellig baggrund, fordi de enkelte kommuners rehabiliteringstilbud varierer i form og omfang (3).

De anvendte kvalitetsindikatorer for kommunal KOL-rehabilitering fremgår af Tabel 2 (3). For Aarhus kommune blev der opsat særskilte indikatorer, jf. Tabel 3 (3). Indikatorvariablene, som anvendes til at opgøre de specifikke kvalitetsindikatorer for kommunal KOL-rehabilitering fremgår af bilag 1.

Tabel 2. Indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering i følgende kommuner: Halsnæs, Høje Taastrup, København, Lyngby-Taarbæk og Vejle

Nr.	Indikator
1	Andel borgere med KOL, som har afklarende samtale med henblik på KOL-rehabiliteringsforløb
2a	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt undervisning i sygdomsmestring
2b	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt rygeafvænning
2c	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt ernæringsindsats
2d	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt fysisk træning
3a	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt undervisning i sygdomsmestring
3b	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning
3c	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats
3d	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning
4a	Andel borgere med KOL, der påbegynder KOL-rehabilitering, som har en afsluttende samtale
4b	Andel borgere med KOL, der påbegynder KOL-rehabilitering, som har en opfølgning

Tabel 3. Indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering i Aarhus Kommune

Indikator
Andel borgere med KOL, som har deltaget i mere end 50 % af planlagte sessioner
Andel borgere med KOL, som har ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (iltoptag)
Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (kondital)
Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (tid)
Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (antal meter)

5.3. De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser

Kvalitetsindikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser er udarbejdet af faglige og videnskabelige selskaber, er fagligt velbegrundede og vedrører sundhedsfaglige kerneydelser, der belyser væsentlige kvalitetsaspekter indenfor det givne sygdomsområde.

En indikator er en målbar variabeloplysning, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten. Der skal derfor være en klar sammenhæng mellem måling (indikator) og det mål (standard), der evalueres i forhold til. Indikatorer med tilknyttede standarder anvendes, når den faglige styregruppe for databasen definerer, at en given klinisk ydelse skal have et givent kvalitetsniveau og skal forbedres. Indikatorer skal objektivt og præcist måle kvaliteten af de kliniske ydelser, og de data, der anvendes skal være tidsaktuelle. Valget af indikatorer (herunder deres type og format) med tilhørende definitioner er bestemmende for hvilke data, der skal indsamles (5).

6. Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Med implementering af FSIII klassifikationer og dokumentation i de kommunale fagsystemer skabes grundlag for, at der kan udveksles klassificerede og strukturerede data med de kliniske kvalitetsdatabaser. Dette er baggrunden for, at KL har iværksat en afdækning af, om FSIII kan danne grundlag for registrering af de indikatorvariable for kommunal rehabilitering, som anvendes i regi af RKKP.

Formålet med afsnit 6 er at kortlægge, om FSIII understøtter registrering af hver enkelt indikatorvariabel, der anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL rehabilitering i regi af RKKP.

Afsnit 6 giver en overordnet introduktion til resultater af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til KL's arbejde med at videreudvikle de kommunale klassifikationer. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende FSIII klassificering, henvises til bilag 1.

6.1. Fremgangsmåde ved afdækning af Fælles Sprog III

Kortlægningen af, om FSIII kan understøtte registrering af indikatorvariable der bliver anvendt til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, tager udgangspunkt i de FSIII klassifikationer, som i øjeblikket implementeres på ældre- og sygeplejeområdet, samt de FSIII-klassifikationer, som udvikles på henholdsvis trænings- og rehabiliteringsområdet. Desuden indgår klassifikation for "Tidlig opsporing", som dog ikke er implementeret i de kommunale EOJ-systemer, jævnfor afsnit 4.

Der er gennem indledende møder mellem KL og DEFACTUM indsamlet viden og materiale om FSIII. KL har givet DEFACTUM adgang til de relevante klassifikationer og opdateret DEFACTUM om eventuelle ændringer i klassifikationer undervejs i projektførelsen. Gennem hele processen har der været en tæt dialog for at afstemme relevante metoder til markering af, om FSIII kan understøtte registrering af indikatorvariablene samt opnå generel forståelse af klassifikationerne i FSIII.

Afdækning af, om oplysninger i FSIII klassifikationerne kan danne grundlag for registrering af indikatorvariablene for kommunal rehabilitering, er foretaget med udgangspunkt i følgende tre trin:

1. Kortlægning af hver enkelt indikatorvariabel med tilhørende svarmuligheder, som anvendes til at opgøre de specifikke indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP (jf. bilag 1).

2. For hver indikatorvariabel med tilhørende svarmuligheder er FSIII klassifikationerne gennemgået, først ved manuel gennemgang og dernæst med relevante søgeord for at identificere, hvilke oplysninger i FSIII klassifikationerne, der matcher indikatorvariablene.
3. Efter kortlægning af, om indikatorvariablene med tilhørende svarmuligheder kan registreres via FSIII, er indikatorvariablen blevet farvekategoriseret i henhold til kategoriseringen i Tabel 4.

Tabel 4. Farvekategorisering ved markering

Indikatorvariabel	Markering ift. match med FSIII
Variabel 1	Det er ikke muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = ikke opfyldt
Variabel 2	Det er delvis muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = delvis opfyldt
Variabel 3	Det er muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = opfyldt

6.2. Resultat af Fælles Sprog III afdækning

I nedenstående tabel 5 ses en oversigt over antallet af grøn-gul-rød markerede oplysninger samlet for hjertesygdom og KOL. Det fremgår, at størstedelen af FSIII-oplysningerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til en fyldestgørende registrering af indikatorvariablene, således at indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan opgøres ved hjælp af FSIII.

Tabel 5. Antal grøn-gul-rød markerede FSIII oplysninger

Antal indikatorvariable	Markering ift. match med FSIII
7	Opfyldt
36	Delvis opfyldt
13	Ikke opfyldt
I alt 56	

I afdækningen er der identificeret en række opmærksomhedspunkter i forbindelse med at anvende FSIII klassifikationer til at understøtte registrering af data og beregning af indikatorvariablene.

Opmærksomhedspunkterne kan beskrives i fire temaer:

Datoregistrering

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering indeholder indikatorvariablene specifikke datovariabler, hvor der registreres en dato for

tilbudt eller gennemført ydelse. I det kommunale EOJ-system logges registreringer med tidspunkt, eksempelvis ved registrering af bevilgende indsatser. Det vil sige, at registreringerne datostemples, men der er på nuværende tidspunkt ingen krav om, hvornår registrering foretages i forløbet og dermed logges.

Fremmødere registrering

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering foretages der ved flere indikatorvariable registrering af antal gennemførte rehabiliteringsaktiviteter. Det er dermed muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal sessioner, som er planlagt. Der er på nuværende tidspunkt ikke nogen FSIII klassifikation, der understøtter fremmødere registrering og dermed registrering af gennemførte rehabiliteringsaktiviteter.

Svarkategorier

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering registreres der i høj grad ved hjælp af svarkategorier, der er tilpasset den specifikke variabel, så den kommunale fagperson kan differentiere i deres registrering. Der er på nuværende tidspunkt ikke nogen FSIII klassifikation, der understøtter at kunne registre ved hjælp af særligt tilpassede svarkategorier, for eksempel om borgeren er blevet tilbudt en afklarende samtale – fremfor alene, om der har været afholdt samtale.

Anvendelse af sygdomsspecifikke tests

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering benyttes tests og screeningsværktøjer til angst og depression, superviseret fysisk funktionstest samt kostscreening, som er i overensstemmelse med sygdomsspecifikke anbefalinger vedtaget i regi af RKKP. De anvendte tests og værktøjer til indikatoropgørelser findes ikke i FSIII, men der findes andre tests og værktøjer til depression, fysisk funktionstest og ernæringscreening.

Tabel 6 viser en supplerende oversigt til ovenstående opmærksomhedspunkter og illustrerer de væsentlige forskelle og ligheder mellem indikatorvariablene, som bliver anvendt til at opgøre indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering og FSIII oplysningerne.

Tabel 6 Oversigt over de væsentlige forskelle og ligheder mellem indikatorvariable og FSIII oplysninger

Indikatorvariable	FSIII oplysning
<p><i>Henvisningstype</i> Hjerte: Henvises med en almen genoptræningsplan. KOL: REF01 og andre henvisningsformer.</p>	<p><i>Henvisningstype</i> FSIII understøtter ikke en særskilt registrering om henvisning via en genoptræningsplan. Elektroniske henvisninger sendes til kommunens EOJ-systemer, hvorfra henvisningen trækkes.</p>
<p><i>Indsatser</i> Rehabiliteringsindsatser for sygdomsmestring, rygning, ernæringsindsats, fysisk træning, screening for angst og depression registreres ved både tilbudt og gennemført aktivitet.</p>	<p><i>Indsatser</i> FSIII understøtter, at rehabiliteringsindsatser registreres, når borgeren visiteres til aktiviteten. Det vil sige, når borgeren har fået tilbudt og accepteret den rehabiliterende aktivitet.</p>
<p><i>Tidsangivelse</i> Der anvendes særskilte datovariabeler fx dato for påbegyndt rygestopkursus.</p>	<p><i>Tidsangivelse</i> Logning af tidspunkt for registrering (datostempling).</p>
<p><i>Indledende samtale /afsluttende samtale</i> Afklarende samtale og afsluttende rehabiliteringsmøde registreres, når aktiviteten er gennemført.</p>	<p><i>Afklarende samtale/ afsluttende samtale / opfølgende samtale</i> Afklarende samtale, afsluttende samtale og opfølgende samtale registreres, når aktiviteten er gennemført.</p>
<p><i>Deltagelse</i> Der registreres antal planlagte- og gennemførte sessioner for eksempelvis superviseret fysisk træning og sygdomsmestring.</p>	<p><i>Deltagelse</i> Antal planlagte- og gennemførte sessioner er ikke understøttet i en FSIII-klassifikation.</p>
<p><i>Svarkategorier</i> Der registreres med specifikke svarkategorier i hver variabel, fx ved afklarende samtale ifm. KOL: 1. Ja 2. Nej 3. Ikke relevant 4. Borgeren afslog 5. Uoplyst Svarkategorierne anvendes generelt til beregning og til at afgrænse forløb.</p>	<p><i>Svarkategorier</i> FSIII understøtter ikke registrering af svarkategorier.</p>
<p><i>Tests</i> Der benyttes fysisk funktionstest (watt-</p>	<p><i>Tests</i> I FSIII findes fysisk test (gangtest),</p>

max-test, 6 min. gangtest, Borg15), desuden anvendes HADS screeningsværktøj for angst og depression samt ernæringskemaet 'Hjertekost'	ernæringsvurderingsskema (EVS) samt en geriatrisk depressionsskala.
---	---

6.3. Opmærksomhedspunkter til Fælles Sprog III

Inklusion af borger

Borgere til kommunal hjerterehabilitering identificeres ved hjælp af en almen genoptræningsplan, men det er ikke muligt at registrere med en FSIII-klassificeret oplysning. For at kunne identificere hvilke borgere, der er henvist til hjerterehabilitering via en almen genoptræningsplan anbefales det, at det IT-understøttes, at data vedrørende almen genoptræningsplan kan trækkes fra det kommunale EOJ-system. Alternativt kan man udvikle ekstra svarkategorier i FSIII-klassifikation for 'Henvisning fra', som it-systemleverandørerne fremadrettet kan implementere, så det er muligt i den efterfølgende databehandling at adskille de borgere, der er henvist med en genoptræningsplan, fra de borgere, der er henvist uden en genoptræningsplan.

Indsatser

FSIII understøtter registrering af, at en borger bliver visiteret til en aktivitet i et rehabiliteringsforløb, og dermed har takket ja til en tilbudt aktivitet. I de tilsvarende variable for hjerte- og KOL-rehabilitering registreres det, om borgeren er blevet tilbudt en aktivitet (KOL), og når borgeren har gennemført aktiviteten (hjerte og KOL). Det anbefales, at der udvikles nye FSIII klassifikationer, som understøtter en registrering af tilbudt aktivitet, opstart og afslutning af aktiviteter samt antal planlagte rehabiliteringssessioner. Derudover anbefales det, at der udvikles FSIII klassifikationer til at understøtte systematisk fremmøderegistrering i de kommunale EOJ-systemer, så det bliver muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal træningssessioner, som er planlagt.

Datoregistrering for udført indsats

Det anbefales desuden, at FSIII skal understøtte en praksis, hvor medarbejderne kan foretage særskilt datoregistrering i det kommunale EOJ-system, så det er muligt at registrere hvilken dato, aktiviteten er gennemført. Datoregistrering vil sikre en ensrettet registreringspraksis for datovariabel, som er essentielle i forhold til at definere forløb i indikatoropgørelserne. Anvendes logningen med tidsstempling af rehabiliteringsaktiviteter i det kommunale EOJ-system til at identificere datoen for aktiviteten, forudsættes der tidstro registrering, således at registreringen foretages, netop når den rehabiliterende aktivitet er gennemført i kommunen.

Det forventes, at FSIII klassifikation om kommunal rehabilitering vedrørende 'Afklarende samtale' og 'Afsluttende samtale' registreres, når samtalen er gennemført. Dermed kan den gældende registreringspraksis i FSIII sidestilles med den registreringspraksis, som anvendes i kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. For at kunne benytte klassifikation om kommunal rehabilitering for 'Afklarende samtale' og 'Afsluttende samtale' til indikatoropgørelse, forudsættes det dog, at aktiviteten registreres tidstro, netop når denne er gennemført.

Supplerende svarkategorier

Hovedparten af oplysningerne i de nuværende FSIII-klassifikationer har ikke fyldestgørende svarkategorier, hvilket kan aflede ikke fyldestgørende registreringer i forhold til de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorer. Eksempelvis er det muligt i indikatoropgørelse for kommunal KOL-rehabilitering at registrere, om en borger er blevet tilbudt, men har afslået en aktivitet i et rehabiliteringsforløb, ligesom det i indikatoropgørelse for kommunal hjerterehabilitering er muligt at registrere ændring af rygeadfærd fra opstart til afslutning.

Det anbefales, at der udvikles FSIII svarkategorier, som stemmer overens med de kliniske databasers behov, som systemleverandøren fremadrettet kan implementere for dermed at muliggøre indikatoropgørelser.

Specificer testmetode

I forbindelse med indikatoropgørelse ved kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering anvendes tests og screeningsværktøjer i overensstemmelse med sygdomsspecifikke faglige anbefalinger, herunder fysisk funktionstest, ernæringscreening samt screening for angst og depression. Ved hjerterehabilitering benyttes eksempelvis Watt-max-test på ergometercykel, 6 minutters gangtest samt Borg15 som fysiske funktionstests til at registrere forskel i borgeres funktionsniveau ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet. I den nuværende version af FSIII er det muligt at identificere tre potentielt relevante testtyper for hjerte- og KOL-rehabilitering: Gangtest, Ernæringsvurderingsskemaet (EVS), som er et valideret screeningsværktøj beregnet til at kostscreene ældre samt Den Geriatrike Depressionsskala, der er konstrueret til at identificere depression hos ældre.

Det anbefales, at der foretages en faglig vurdering i samarbejde mellem RKKP og kommunerne i forhold til, om testredskaber fra FSIII klassifikationerne kan anvendes i indikatoropgørelser for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. Alternativt anbefales det, at FSIII klassifikationerne udvides med relevante testværktøjer, herunder Watt-max-test og Borg15. For at kunne måle og dokumentere, hvorvidt en aktivitet har den tilsigtede effekt, anbefales det, at

der udarbejdes en datadefinition af, hvordan resultatet bør registreres ved opstart og ved afslutning af et forløb i det kommunale EOJ-system. Herved understøttes en ensartet registreringspraksis med høj datakvalitet.

Registreringsvejledning og dataspecifikationer

Kommunernes rehabiliteringstilbud kan variere i form og indhold (3), og det anbefales generelt at udarbejde en registreringsvejledning og strukturerede dataspecifikationer indeholdende en specifik beskrivelse af hvilke kriterier, der omfatter de enkelte forløb og rehabiliteringsaktiviteter samt en specifik beskrivelse af de individuelle indikatorvariable og eventuelle forhold, der er nødvendige for at beregne en indikator. Dette gælder eksempelvis indikatoren for hjertesygdom 'Antal gennemførte superviserede træningssessioner', så den sundhedsprofessionelle får vejledning i, at træningsforløbet bør indbefatte superviseret (af sundhedsprofessionel) fysisk træning af 30-60 minutters varighed minimum to gange om ugen i minimum 12 uger. En registreringsvejledning og dataspecifikation vil dermed kunne understøtte kommunernes dataregistrering til de definerede forløb og rehabiliteringsaktiviteter, som skal monitoreres i regi af RKKP. De vil kunne tjene som et værdifuldt redskab i forhold til at sikre fælles begrebsforståelse, som kan understøtte ensrettet indberetning og dermed sikre en bedre kvalitet af data.

7. Kortlægning af populationer

Hvis data indsamlet til de kliniske kvalitetsdatabaser skal give et retvisende og sammenligneligt billede af sundhedsvæsens indsats og resultater for en afgrænset gruppe af borgere, er det væsentligt at populationen, der indsamles data på er veldefineret på tværs af eksempelvis kommuner og sektorgrænser.

Formålet med afsnit 7 er at kortlægge:

- Hvordan identificeres populationer i regi af RKKP gældende for:
 1. De relevante sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser for hjertesygdom (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes Database)
 2. Kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering
- Hvordan borgere med diabetes og kronisk sygdom kan henvises til kommunal rehabilitering med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Afsnit 7 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og RKKP. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af kortlægningens resultater, henvises til bilag 2.

7.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af populationer

Kortlægningen af populationer er baseret på dokumentation af indikatoropgørelser for kommunal rehabilitering (2, 3), dokumentation af de kliniske kvalitetsdatabaser (10), rapporter fra Sundhedsstyrelsen (6-9) og korrespondance med RKKP vedrørende populationen for kommunal KOL-rehabilitering.

7.2. Resultat af kortlægning af populationer

De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser tilknyttet RKKP for henholdsvis hjerterehabilitering (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes Database) identificerer som udgangspunkt patientpopulationerne på basis af:

- International Classification of Diseases (ICD) diagnosekoder på sygehus.(10)
- International Classification of Primary Health Care (ICPC) diagnosekoder i almen praksis.(10)

Begge diagnoseklassifikationer bruges af lægefagligt personale, som traditionelt er ansvarlige for diagnosticering.

Ifølge KL skelner kommunerne generelt set ikke mellem borgerens forskellige diagnoser og har oftere en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov.

I den kommunale opgørelse for KOL-rehabilitering bliver det beskrevet, at de enkelte kommuners rehabiliteringstilbud varierer i form og omfang, og den kommunale KOL-population for indikatoropgørelsen bliver identificeret ud fra, at borgerne har deltaget i KOL-rehabilitering. Deltagelse kan eksempelvis foregå på baggrund af Sundhedsloven § 119, Sundhedslovens §140 eller ved selvhenvendelse (3). Det vil sige, at inklusion af borgere ikke tager udgangspunkt i specifikke diagnoseklassifikationer, men i stedet i borgerens behov for rehabilitering.

I den kommunale opgørelse for hjerterehabilitering bliver populationen afgrænset af, at patienterne er henvist med en almen genoptræningsplan til hjerterehabilitering, dvs. via Sundhedslovens § 140 (2). Her inkluderes kun de borgere, hvor der ligger en lægefaglig vurdering fra sygehuset af, at disse borgere har gavn af at indgå i et hjerterehabiliteringsforløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt for kronisk sygdom, at almen praksis og sygehus som udgangspunkt henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgerens behov. I henvisningen bør årsagen til henvisningen fremgå. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard. Henvisning bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med årskontrol eller opfølgning i almen praksis. Sundhedsstyrelsen anfører også, at opstart af et kommunalt rehabiliteringsforløb kan ske ved selvhenvendelse fra borgeren (9). For patienter med et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning bør sygehuset udarbejde og sende en genoptræningsplan til kommunen i henhold til bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 (12).

7.3. Opmærksomhedspunkter for kommunale populationer

I det videre arbejde med udveksling af data med de kliniske kvalitetsdatabaser vil der være behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvilke kommunale rehabiliteringsforløb, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan rehabiliteringsforløbene kan defineres og dokumenteres.
- Hvordan den kommunale del af populationen i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres, så det blandt andet er muligt at opgøre databasekompletheden for den kliniske kvalitetsdatabase (4).

Kommunale rehabiliteringsforløb

Et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde med de kommunale populationer er, at kommunerne tilbyder rehabilitering bredt, og at deltagelse i kommunal rehabilitering kan ske ved for eksempel selvhenvendelse og ikke nødvendigvis er bundet op på en specifik diagnose, som det er tilfældet med dataindsamling i de kliniske kvalitetsdatabaser. Ifølge KL skelnes der sjældent i den kommunale praksis mellem diagnoser og/eller borgerens indgang i mange af de kommunale rehabiliteringstilbud, for eksempel om der er tale om rehabilitering via en §140 (lægefaglig vurderet og lovbunden) eller §119 genoptræning (egen henvendelse og frivillig). Der bør derfor tages stilling til, hvilke borgerforløb i kommunen, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Kommunal population

I et samarbejde mellem kommunerne og RKKP bør der endvidere tages stilling til, hvordan det forenes, at de kliniske kvalitetsdatabaser identificerer patientpopulationerne via diagnoseklassifikationerne ICD på sygehus og ICPC i almen praksis, og at der generelt ikke anvendes diagnoseklassifikationer til at identificere borgere i de kommunale rehabiliteringsforløb.

Denne forskel i inklusion vil potentielt give en udfordring i forhold til at kunne opgøre databasekompletheden i de kliniske kvalitetsdatabaser, hvilket der stilles krav om i bekendtgørelsen for godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (13). I henhold til bekendtgørelsen skal det fremgå klart, hvilken afgrænset gruppe patienter den kliniske kvalitetsdatabase omfatter, samt hvordan denne defineres. Endvidere fremgår det af bekendtgørelsen, at den kliniske kvalitetsdatabase skal dække minimum 90 procent af den relevante patientpopulation, der opfylder inklusionskriterierne, indenfor en periode på minimum 3 år (13).

Der bør tages stilling til, hvorvidt det er fagligt relevant og realiserbart at identificere patienter med behov for kommunal rehabilitering ud fra de samme kriterier i form af diagnoser og diagnoseklassifikationer, som der anvendes i de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. Eksempelvis ved at kommunerne modtager en henvisningsdiagnose til det kommunale rehabiliteringsforløb i den lægefagligt baserede elektroniske henvisning eller almene genoptræningsplan fra almen praksis med diagnoseklassifikationen ICPC eller fra sygehus med diagnoseklassifikationen ICD. Dette kan potentielt bane vejen for, at den kommunale population i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres og inkluderes med udgangspunkt i samme standardiserede kriterier, som anvendes til at identificere den øvrige population i de kliniske kvalitetsdatabaser.

For de borgere, som ikke er påbegyndt et kommunalt rehabiliteringsforløb efter lægefaglig henvisning, men i stedet ved selvhenvendelse eller ved intern kommunal henvisning, bør der tages stilling til, om disse borgerforløb skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser og i givet fald, hvordan populationen defineres (4).

8. Generiske indikatorer

Da kommunerne ifølge KL generelt set ikke skelner mellem borgerens forskellige diagnoser og oftere har en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren, har KL en interesse i, at indikatorerne er generiske, så de kan genbruges på tværs af sygdomsområder.

Formålet med afsnit 8 er at kortlægge, om der findes generiske indikatorer i indikatoropgørelser, der pågår i regi af RKKP for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, samt om Sundhedsstyrelsen anbefaler tilsvarende indsatser for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

Afsnit 8 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det eventuelle videre arbejde med generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af sygdomsgrupperne hjertesygdom, KOL og diabetes. For en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende generiske indikatorer henvises til bilag 3.

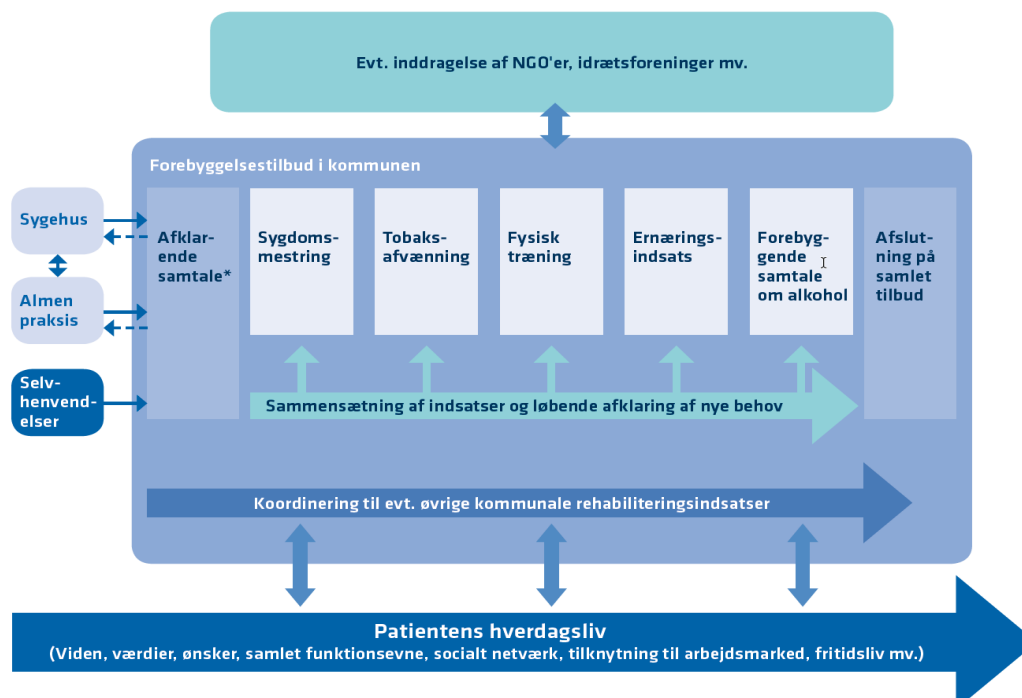
8.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af generiske indikatorer

Kortlægningen tager udgangspunkt i de kvalitetsindikatorer for kommunal hjerte- og KOL rehabilitering, der er udviklet i samarbejde med RKKP, jævnfør Tabel 1, 2 og 3 (2, 3). Der er ikke defineret indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes, og kortlægningen tager derfor udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har med rapporten "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes" offentliggjort anbefalinger for den kommunale del af rehabiliteringen for borgere med diabetes (7). Sundhedsstyrelsen har ligeledes offentliggjort overordnede anbefalinger for kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge i forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (9).

8.2. Resultat af kortlægning af generiske indikatorer

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til kronisk sygdom illustreres i figur 3. De er udarbejdet i forbindelse med udviklingen af forløbsplaner for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, herunder hjertesygdom, KOL og diabetes, men de kan også anvendes til en bredere målgruppe af borgere med kronisk sygdom (9). Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt, at almen praksis og sygehuse henviser borgere med kronisk sygdom til en afklarende samtale i kommunen, hvor et individuelt tilpasset forløb sammensættes af indsatser, der som udgangspunkt består af sygdomsmestring, tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol, jf. figur 3.

Figur 3. De kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge



* Direkte gengivet fra 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (9).

Tabel 7 viser en oversigt over indikatorer for hjertesygdom og KOL i regi af RKKP samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes. Det fremgår, at der findes indikatorer og anbefalinger for alle tre sygdomsgrupper indenfor de fire rehabiliteringsområder for tobaksafvænnning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Der findes endvidere indikatorer, som kun gælder for enten kommunal hjerte- eller KOL-rehabilitering. Gældende for kommunal KOL-rehabilitering findes der fem ekstra indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning. Gældende for kommunal hjerterehabilitering findes der to indikatorer for angst og depression i forhold til screening og behandlingsplan. For patienter med diabetes anbefaler Sundhedsstyrelsen også indsatser indenfor afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning, men ikke for angst og depression.

Tabel 7. Anbefalinger og indikatorer for de tre sygdomsgrupper fordelt på kommunale rehabiliteringsindsatser

Indsatser	Hjertesygdom*	KOL*	Diabetes†
Afklarende samtale		X	X
Sygdomsmestring		X	X
Tobaksafvænning	X	X	X
Fysisk træning	X	X	X
Ernæringsindsats	X	X	X
Deltagelse/vedholdende	X	X	X
Afsluttende samtale		X	X
Opfølgning		X	X
Angst og depression	X		

*Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

†Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

Tabel 8 viser indholdet i indikatorerne og anbefalingerne for de tre sygdomsgrupper for tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Det ses, at indholdet er forskelligt på tværs af de tre sygdomsgrupper, selvom de på overordnet niveau fokuserer på samme rehabiliteringsaktiviteter. Eksempelvis monitoreres for aktiviteten rygning:

- Hjertesygdom: andelen som har opnået rygestop
- KOL: andelen som har fået tilbudt rygeafvænning, og andelen som har deltaget i rygeafvænning
- Diabetes: Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter vedholdende skal opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænning

Tabel 8. Indhold i indikatorer og anbefalinger

Indsatser	Hjerterehabilitering*	KOL-rehabilitering*	Diabetes rehabilitering†
Tobaks-afvænning	Indikator 3: Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Indikator 2b: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt rygeafvænning. Indikator 3b: Andel borgere med KOL, som har deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter med type 2- diabetes som ryger, vedholdende skal opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænning.
Fysisk træning	Indikator 1d (ny): Andel borgere med hjertesygdom (ikke koronar bypass) der er påbegyndt fysisk træning indenfor max. 4 uger efter udskrivelse. Indikator 2A: Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner. Indikator 2b: Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest. Indikator 2c: Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Indikator 2d: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt fysisk træning. Indikator 3d: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning. Aarhus opgør indikatorer for: <ul style="list-style-type: none"> • Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (iltoptag) • Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (kondital) • Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (tid) • Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (antal meter). 	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter med type 2-diabetes deltager i træningsforløb på mere en 10 uger og med en frekvens på to til tre gange om ugen. Hvis det er til fordel for borgeren, kan der inkluderes en test ved starten og afslutningen af tilbuddet for at vurdere om målet med træningen er nået.
Ernæringsindsats	Indikator 4a (ny): Andel af borgere med hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema med henblik på at afklare behovet for kostintervention. Indikator 4b: Andel af borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Indikator 2c: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt ernæringsindsats. Indikator 3c: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at nydiagnosticerede patienter med type 2-diabetes, som er henvist til en ernæringsindsats, får en indledende vurdering for at afklare behovet for diætbehandling. Ved identificeret behov bør patienten tilbydes en indsats i form af individuel diætbehandling, herunder diætscreening.
Deltagelse /Vedholdenhed	Indikator 1b: Andel af borgere med hjertesygdom, som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering. Vedholdenhed defineres på basis af, at borgeren har gennemført tobaksafvænning, ernæringsindsat og fysisk træning.	Indikator 3b: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning. Indikator 3c: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats. Indikator 3d: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at rehabiliteringsindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk, samt at der herved opnås viden om, hvorvidt de rette patienter tilbydes den rette rehabilitering, samt om de siger ja til tilbuddet, og om de gennemfører

* Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

† Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

8.3. Opmærksomhedspunkter for generiske indikatorer

I det videre arbejde med udveksling af data mellem kommuner og de kliniske kvalitetsdatabaser bør der i samarbejde mellem RKKP og kommunerne tages stilling til, hvorvidt generiske og enslydende indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre kroniske sygdomme kan forenes med de sygdomsspecifikke nationale kliniske kvalitetsdatabaser, hvor de klinisk faglige styregrupper for hver enkelt database definerer og beslutter det faglige indhold i databasen.

I forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed bør der i samarbejde mellem RKKP og kommunerne foretages en faglig vurdering af, om forskellene mellem indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes har klinisk relevant betydning, eller om det er muligt at ensrette indikatorerne på tværs af de tre sygdomsgrupper og dermed opnå generiske indikatorer. Der bør endvidere foretages en faglig vurdering af, om indikatorerne, der kun gælder særskilt for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, kan anvendes på tværs af de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning.

9. Indikatorer – det tidsmæssige aspekt

Det er væsentligt for brug af data i kvalitetsudvikling, at data er tidstro og opdaterede sådan, at data viser den aktuelle situation, hvorpå kommunen kan handle. Derfor indeholder rapporten også en afdækning af det tidsmæssige aspekt.

Formålet med afsnit 9 er derfor at kortlægge tidsmæssige aspekter ved indikatoropgørelser i regi af RKKP med særligt fokus på opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering.

Afsnit 9 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det videre arbejde med dataregistrering i kommunerne og udveksling af data mellem kommunerne og RKKP. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende tidsmæssige aspekter, henvises til bilag 4.

9.1. Fremgangsmåde til vidensopsamling

Kortlægningen af tidsmæssige aspekter ved opgørelse af indikatorer for kommunal rehabilitering er baseret på dokumentation fra indikatoropgørelser for kommunal rehabilitering (2, 3), ikke-publiceret materiale fra den kommunale hjerterehabiliteringsdatabase, HjerteKomMidt, samt publiceret materiale fra RKKP (4). DEFACTUM har endvidere foretaget et semistruktureret interview i april 2019 med to ansatte ved RKKP med ekspertise indenfor datamanagement og tværsektorielt samarbejde i de kliniske kvalitetsdatabaser. Interviewet havde fokus på tidsmæssige aspekter ved dataindsamling, dataoverlevering og afrapporteringer fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

9.2. Resultat i forhold til tidsmæssige aspekter

Afrapportering af kvalitetsindikatorer

Der er aktuelt blevet offentliggjort to årsrapporter med indikatoropgørelser for kommunal hjerterehabilitering for perioderne 1/1 - 31/12 2017 og 1/1 - 31/12 2018 (1, 2). Der er blevet offentliggjort en pilotrapport vedrørende kommunal KOL-rehabilitering i april 2018, som er baseret på KOL-rehabiliteringsforløb fra den 1. januar 2016 til den 30. juni 2017 i seks kommuner (3). Ifølge RKKP arbejdes der aktuelt på den næste afrapportering af indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering på basis af fire kommuner.

I forhold til de nationale kliniske kvalitetsdatabaser sker der afrapporteringer en gang om måneden (elektronisk) samt i årsrapporter.

Tidstro data

Tidstro dataregistreringer er essentielle for at kunne identificere tidsaktuelle kvalitetsafvigelser i klinisk praksis og initiere relevante kvalitetsforbedrende initiativer (4). Det er dermed vigtigt, at data registreres løbende, når aktiviteterne gennemføres, og ikke ved at opsamle flere borgerforløb, som bliver indtastet samlet efter et stykke tid.

I den kommunale hjerterehabileringsdatabase, HjerteKomMidt, indtaster de kommunale fagpersoner data løbende og tidstro, hvilket som oftest foregår i forbindelse med den indledende og den afsluttende samtale for rehabiliteringsforløbet. Der er programmeret et visningsmodul i HjerteKomMidt, så de kommunale fagpersoner kan få vist indikatorresultater, der bliver opdateret løbende til de registrerede data, og dermed bliver vist tidstro. For kommunal KOL-rehabilitering har kommunerne indsendt data i eget format via sikker mail til RKKP i forbindelse med offentliggørelsen af pilotrapporten for kommunal KOL-rehabilitering (3). Nogle kommuner leverede data én gang til RKKP, men flere kommuner leverede opdaterede data i forbindelse med afrapportering af indikatoropgørelsen.

I interview med RKKP fremgår det, at regionerne så vidt muligt ønsker tidstro data i afrapporteringerne, således at data skal indrapporteres tidstro, bearbejdes og afrapporteres indenfor kort tid. Ved forløbsdata som eksempelvis rehabiliteringsforløb, er det særligt vigtigt at beslutte og dokumentere, hvornår i forløbet data bør indtastes. Det fremgår også af interviewet, at de regelmæssige afrapporteringer fra de kliniske kvalitetsdatabaser justeres løbende med de registrerede data, så beregningerne hele tiden er baseret på de nyeste data. I årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser er tidsfristen for indrapportering af patientforløb som oftest tre til fire uger efter opgørelsesperiodens afslutning.

Tidsangivelser i de kliniske kvalitetsdatabaser

I interview med RKKP fremgår det, at der i de kliniske kvalitetsdatabaser generelt registreres dato- og tidspunkt for, hvornår en aktivitet er blevet gennemført. Registreringen af dato og tid kan foretages efter, at patienten har gennemført aktiviteten. Der pågår flere tjek af de manuelle indtastninger. Eksempelvis kan datoer for rehabiliteringsaktiviteter blive tjekket i forhold datoen for patientens fødselsdato og eventuel død.

Tidskrævende processer i indikatoropgørelser

De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper har det primære ansvar for at opnå landsdækkende faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet på området, og hvordan kvaliteten skal måles og opgøres (4). I interview med RKKP fremgår det, at det kan være tidskrævende at afklare dataindholdet med den kliniske kvalitetsdatabases faglige styregruppe. Ikke-publicerede data fra

HjerteKomMidt peger endvidere på, at det kan være tidskrævende at udarbejde den påkrævende dokumentation af den kommunale database samt understøtte registreringspraksis i kommunerne ved eksempelvis at udarbejde registreringsvejledning og tilbyde undervisning og telefonisk support.

I interview med RKKP fremgår det endvidere, at indberetning af indtastede data til RKKP kræver et større forarbejde i forhold til at forberede, teste og idriftsætte dataoverførslen. Der skal også udarbejdes procedurer for dataoverførslen til at håndtere eksempelvis systemnedbrud og utilsigtet sletning af data. Erfaringer fra HjerteKomMidt viser ligeledes, at denne proces omkring dataoverførsel kan være tidskrævende.

RKKP's behov ved overlevering af data til de kliniske kvalitetsdatabaser

Der vil være behov for at beslutte, specificere og dokumentere populationsafgrænsninger, forløbsafgrænsninger og data, som anvendes til opgørelse af indikatorerne. Det bør blandt andet afklares, hvordan populationerne i kommunerne bliver indrapporteret til de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan databasekompletheden kan opgøres. Det bør også sikres, at oplysninger i FSIII-klassifikationerne er i overensstemmelse med de variabelspecifikationer, der gælder for de pågældende kliniske kvalitetsdatabaser.

9.3. Opmærksomhedspunkter for tidsmæssige aspekter

Der vil være et større og potentielt tidskrævende forarbejde forbundet med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser. Der vil blandt andet være behov for i et samarbejde mellem kommunerne og RKKP, at:

- Opnå faglig konsensus og beslutningstagen i forhold til populationsafgrænsninger, forløbsafgrænsninger og data, som skal anvendes i den kliniske kvalitetsdatabase til at opgøre kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering
- Udarbejde den påkrævende dokumentation af den kliniske kvalitetsdatabase i forhold til de kommunale rehabiliteringsforløb
- Sikre kongruens mellem oplysningerne i FSIII klassifikationerne og indikatorvariablene
- Understøtte registreringspraksis i kommunerne
- Sikre dataoverleveringen af de kommunale data til de relevante kliniske kvalitetsdatabaser

Det er endvidere essentielt i de kliniske kvalitetsdatabaser, at data indrapporteres tidstro for at kunne iværksætte tidsaktuelle kvalitetsinitiativer. Det vil derfor være relevant at understøtte registreringspraksis i kommunerne med en registreringsvejledning for de kommunale rehabiliteringsforløb.

Registreringsvejledningen bør specificere blandt andet forløb, populationer og indikatorvariable som beskrevet i afsnit 6 vedrørende afdækning af FSIII, men registreringsvejledningen bør også specificere, hvornår i rehabiliteringsforløbene data skal registreres.

I forhold til tidstro data, bør det endvidere afklares, om der skal indføres ekstra variable i FSIII-klassfikationerne til registrering af tidspunkt for indsatser. Aktuelt logges alle registreringer i EOJ-systemet med en tidsangivelse. En forudsætning for at anvende tidslogningen til indikatoropgørelser og forløbsafgrænsninger er, at registreringen foregår tidstro, netop når aktiviteten er gennemført i kommunen og ikke ved for eksempel at opsamle flere borgerforløb, som bliver indtastet samlet efter et stykke tid.

10. Kortlægningens konklusion

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser.

En klinisk kvalitetsdatabase har til formål at belyse og forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter med udgangspunkt i indikatorer, som afspejler behandlingskvaliteten indenfor det pågældende sygdomsområde. Alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser er tilknyttet RKKP. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKP's videnscenter definerer kvalitetsindikatorer, kvalitetsstandarder og øvrige data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område.

I regi af RKKP er der udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering for hjertesygdom og KOL. Der bliver opgjort i alt 6 indikatorer for kommunal hjerterehabilitering, som snart udvides til 10 indikatorer, på basis af 36 indikatorvariable. Der er blevet opgjort i alt 11 indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering på basis af 22 indikatorvariable (eksklusiv indikatorer for Aarhus). Der er i alt 56 indikatorvariable, fordi nogle indikatorvariable går igen for både hjertesygdom og KOL.

Der er aktuelt blevet offentliggjort to årsrapporter for kommunal hjerterehabilitering samt en rapport for kommunal KOL-rehabilitering. I rapporten for kommunal KOL-rehabilitering beskrives det, at de enkelte kommuners tilbud varierer i forhold til, i hvilken form og omfang rehabiliteringsindsatserne tilbydes. Der er ikke udviklet tilsvarende indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes, og den aktuelle rapport baserer sig derfor på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunal rehabilitering indenfor området.

FSIII er en dokumentationsmetode og indeholder en samling af klassifikationer, som aktuelt bliver implementeret i kommunernes EOJ-systemer som et redskab til at dokumentere den tværfaglige borgerjournal. FSIII kan anvendes på tværs af faggrupper og kommunale funktioner til at dokumentere forhold som eksempelvis borgerens helbredstilstand, funktionsevne og tildelte og gennemførte indsatser.

Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Tabel 9 (identisk med Tabel 5, afsnit 6) viser resultatet af kortlægningen for, om de 56 indikatorvariable for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan klassificeres med FSIII. Det fremgår, at størstedelen af oplysningerne i FSIII klassifikationerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til en

fyldestgørende registrering af indikatorvariablene, således at indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan opgøres ved hjælp af FSIII.

Tabel 9. Antal grøn-gul-rød markerede FSIII oplysninger

Antal indikatorvariable	Markering ift. match med FSIII
7	Opfyldt
36	Delvis opfyldt
13	Ikke opfyldt

Der er fem væsentlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med at bruge FSIII-klassifikationerne til at understøtte registrering af data til brug for beregning af indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP.

For det første understøtter FSIII ikke direkte registrering af en genoptræningsplan, hvilket er et inklusionskriterium ved opgørelse af indikatorer for kommunal hjerterehabilitering.

For det andet understøtter FSIII-klassifikationerne, at en rehabiliteringsaktivitet (f.eks. diætbehandling) registreres, når en borger er blevet visiteret til aktiviteten og ikke, når borgeren er fremmødt til aktiviteten, hvorimod det som oftest registreres i de kliniske kvalitetsdatabaser, når en borger er blevet tilbudt eller har gennemført aktiviteten.

For det tredje sker tidsangivelse generelt forskelligt i de kommunale EOJ-systemer og i de kliniske kvalitetsdatabaser eksempelvis for en gennemført rehabiliteringsaktivitet. I de kommunale EOJ-systemer tidsstemples bevilgende indsatser med en dato for registrering, men der er på nuværende tidspunkt ingen krav om, hvornår registreringen foretages og dermed logges.

For det fjerde indeholder FSIII-klassifikationen ikke svarkategorier for størstedelen af oplysningerne, hvorimod svarkategorier anvendes i de kliniske kvalitetsdatabaser til forløbsafgrænsninger og indikatorberegninger.

Endelig ses det i forbindelse med dataindsamling til de kliniske kvalitetsdatabaser, at der registreres konkrete testværktøjer, der ikke er klassificeret i FSIII.

Kortlægning af populationer

De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser tilknyttet RKKP for henholdsvis hjerterehabilitering (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes

Database) identificerer som udgangspunkt patientpopulationerne på basis af diagnoseklassifikationer ICD på sygehusene og ICPC i almen praksis.

I den kommunale opgørelse for hjerterehabilitering bliver populationen afgrænset af, at patienterne er henvist med en almen genoptræningsplan til hjerterehabilitering (dvs. Sundhedslovens § 140). I den kommunale opgørelse for KOL-rehabilitering identificeres populationen på basis af, at borgerne har deltaget i KOL-rehabilitering (eksempelvis efter Sundhedsloven § 119, Sundhedslovens §140 eller selvhenvendelse). Dermed defineres de kommunale populationer ikke med udgangspunkt i specifikke diagnoseklassifikationer. Ifølge KL skelner kommunerne generelt set ikke mellem borgerens forskellige diagnoser og har oftere en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren.

Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt for kronisk sygdom, at almen praksis og sygehus som udgangspunkt henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgerens behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard.

Generiske indikatorer

Tabel 10 (identisk med Tabel 7, Afsnit 8) viser en oversigt over indikatorer og anbefalinger for rehabiliteringsindsatser indenfor hjertesygdom, KOL og diabetes. Det fremgår, at der findes indikatorer og anbefalinger for alle tre sygdomsgrupper indenfor områderne tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Der er dog varierende grader af forskel på indikatorernes indhold mellem de tre sygdomsgrupper.

Tabel 10. Anbefalinger og indikatorer for kommunale rehabiliteringsindsatser

Indsatser	Hjertesygdom*	KOL*	Diabetes†
Afklarende samtale		X	X
Sygdomsmestring		X	X
Tobaksafvænning	X	X	X
Fysisk træning	X	X	X
Ernæringsindsats	X	X	X
Deltagelse/vedholdende	X	X	X
Afsluttende samtale		X	X
Opfølgning		X	X
Angst og depression	X		

*Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

†Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

Indikatorer - det tidsmæssige aspekt

Erfaringen viser, at der vil ligge et større og tidskrævende forarbejde til grund for overlevering af kommunale data til de kliniske kvalitetsdatabaser. Det gælder særligt i forhold til:

- At beslutte kvalitetsmonitoreringens faglige indhold og dataindhold med den kliniske kvalitetsdatabases faglige styregruppe
- At udarbejde den påkrævede dokumentation
- At understøtte registreringspraksis, for eksempel med registreringsvejledning, undervisning og support
- At sikre dataoverførslen til den kliniske kvalitetsdatabase

I forhold til registreringspraksis er det essentielt at registrere tidstro data for at kunne identificere behov for tidsaktuelle kvalitetsforbedrende initiativer. De kliniske kvalitetsdatabaser og HjerterKomMidt registrerer som udgangspunkt data løbende og tidstro. For KOL er der blevet indrapporteret kommunale data en gang i forbindelse med pilotrapporten for kommunal KOL-rehabilitering. Ved forløbsdata er det særligt vigtigt at beslutte, hvornår i forløbet data skal registreres.

I de kliniske kvalitetsdatabaser registreres der typisk en selvstændig variabel med tidsangivelse for, hvornår en aktivitet er blevet gennemført, og registreringen af dato og tid kan foretages efter, at patienten har gennemført aktiviteten.

11. Perspektivering

I det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser er der to overordnede områder, som det anbefales at have fokus på, ud over de specifikke opmærksomhedspunkter for de fire kortlægninger.

For det første vil være behov for at understøtte en optimal registreringspraksis i kommunerne for blandt andet at sikre:

- Fælles begrebsforståelse blandt de kommunale fagpersoner af de rehabiliteringsforløb, der skal monitoreres i den kliniske kvalitetsdatabase.
- Kongruens mellem indikatorvariable og oplysninger i FSIII-klassifikationerne.
- Tidstro dataregistrering.
- Høj datakvalitet.
- Høj databasekomplethed i den kliniske kvalitetsdatabase.

For det andet vil der, som første led i det videre arbejde, være behov for at opnå faglig konsensus mellem kommunerne og RKKP i forhold til at beslutte hvilke data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten af den kommunale rehabilitering indenfor de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt for:

- Diabetes, hvor der ikke er udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering.
- Kommunale forløb og populationer i forhold til, hvilke forløb der skal indgå i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan de kommunale populationer kan defineres og identificeres.
- Generiske kvalitetsindikatorer i forhold til, om det er muligt og fagligt relevant at anvende enslydende indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP på tværs af de tre sygdomsgrupper.

Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Det anbefales at implementere følgende i FSIII for at understøtte registreringer, der kan anvendes til opgørelse af indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP:

- Almen genoptræningsplan: For at kunne identificere hvilke borgere, der er henvist til hjerterehabilitering via en almen genoptræningsplan anbefales det, at det IT-understøttes, at data vedrørende almen genoptræningsplan kan trækkes fra det kommunale EOJ-system. Alternativt kan man udvikle ekstra svarkategorier i FSIII klassifikationen 'Henvisning fra', som it-systemleverandørerne fremadrettet kan

implementere, så det er muligt i den efterfølgende databehandling at adskille de borgere, der er henvist med en genoptræningsplan fra de borgere der er henvist uden en genoptræningsplan.

- Rehabiliteringsaktiviteter: Det anbefales, at der udvikles nye FSIII klassifikationer til at dække registrering af opstart og afslutning af rehabiliteringsaktiviteter samt antal planlagte rehabiliteringssessioner. Derudover anbefales det, at der udvikles FSIII klassifikationer til at understøtte systematisk fremmøderegistrering i det kommunale EOJ-system, så det bliver muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal rehabiliteringssessioner, som er planlagt.
- Tidsangivelse: Det anbefales, at FSIII skal understøtte en praksis, hvor medarbejderne kan foretage særskilt datoregistrering i det kommunale EOJ-system, så det er muligt at registrere, hvilken dato rehabiliteringsaktiviteterne er gennemført. Anvendes logningen med tidsstempling af rehabiliteringsaktiviteter i EOJ-systemerne til at identificere datoen for indsatsen, forudsættes der tidstro datoregistrering, således at registreringen foretages, netop når aktiviteten er blevet gennemført i kommunen.
- Svarkategorier: Det anbefales, at der udvikles FSIII svarkategorier, som stemmer overens med de kliniske kvalitetsdatabasers behov, som systemleverandøren fremadrettet kan implementere.
- Test- og screeningsredskaber: Det bør afklares mellem kommunerne og RKKP, hvorvidt de aktuelle test- og screeningsredskaber i FSIII kan anvendes i regi af de specifikke kliniske kvalitetsdatabaser. Alternativt anbefales det, at FSIII understøtter anvendelse af de anbefalede tests.
- Dataspecifikationer og registreringsvejledning: Det anbefales, at registreringspraksis i kommunerne understøttes ved hjælp af dataspecifikationer og registreringsvejledninger til FSIII samt eventuel undervisning og mulighed for support for at opnå en ensartet og standardiseret registreringspraksis med høj datakvalitet.

Populationer

Der vil være behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvilke kommunale rehabiliteringsforløb, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan de kommunale rehabiliteringsforløb kan defineres og dokumenteres.
- Hvordan den kommunale del af populationen i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres og identificeres.

Et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde med de kommunale populationer er, at kommunerne tilbyder rehabilitering bredt, og at deltagelse i kommunal rehabilitering kan ske ved for eksempel selvhenvendelse og ikke nødvendigvis er bundet op på en specifik diagnose. Der bør derfor tages stilling

til, hvilke borgerforløb i kommunen, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser.

I et samarbejde mellem kommunerne og RKKP bør der endvidere tages stilling til, hvordan det forenes, at de kliniske kvalitetsdatabaser identificerer patientpopulationerne via diagnoseklassifikationerne ICD på sygehus og ICPC i almen praksis, og at der generelt ikke anvendes diagnoseklassifikationer til at identificere borgere i de kommunale rehabiliteringsforløb. Det vil vanskeliggøre, at databasekompletheden for den kliniske kvalitetsdatabase kan opgøres, hvilket der stilles krav om i henhold til bekendtgørelsen for godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser.

Der bør tages stilling til, hvorvidt det er fagligt relevant og realiserbart at identificere patienter med behov for kommunal rehabilitering ud fra samme diagnosekriterier, som der anvendes i de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. Eksempelvis ved at kommunerne modtager en henvisningsdiagnose til det kommunale rehabiliteringsforløb i den lægefagligt baserede elektroniske henvisning eller almene genoptræningsplan fra almen praksis med ICPC diagnosekode eller fra sygehus med ICD diagnosekode. Det bør dog være et opmærksomhedspunkt, at der er borgere, som ikke er påbegyndt et kommunalt rehabiliteringsforløb efter lægefaglig henvisning, men i stedet ved selvhenvendelse eller ved intern kommunal henvisning. Der bør tages stilling til, om disse borgerforløb skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser og i givet fald, hvordan populationen defineres.

Generiske indikatorer

Der er behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvorvidt enslydende og generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre kroniske sygdomme kan forenes med de sygdomsspecifikke nationale kliniske kvalitetsdatabaser, hvor de klinisk faglige styregrupper for hver database definerer og beslutter det faglige indhold i databasen.
- Hvorvidt forskellene mellem indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes indenfor rehabiliteringsaktiviteterne tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed har klinisk relevant betydning, eller om det er muligt at ensrette indikatorerne på tværs af de tre sygdomsgrupper for dermed at opnå generiske indikatorer.

Der vil endvidere være behov for stillingstagen til, om indikatorerne, der kun gælder særskilt for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, kan anvendes på

tværs af de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning.

Det tidsmæssige aspekt

Det anbefales at have følgende opmærksomhedspunkter i det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og RKKP:

- Tidskrævende processer: Det forudgående arbejde inden dataoverlevering til de kliniske kvalitetsdatabaser kan være tidskrævende, blandt andet i forhold til at beslutte det faglige indhold i databasen, at udarbejde den påkrævende dokumentation og at understøtte registreringspraksis.
- Tidstro data giver mulighed for tidsaktuelle kvalitetsinitiativer: Registreringspraksis i kommunerne bør understøttes til at sikre tidstro dataregistrering. Det kan eksempelvis ske med registreringsvejledninger til FSIII, undervisning og support.
- Tidsangivelser: Det er vigtigt, at tidsangivelser er korrekte, idet de bliver anvendt til eksempelvis forløbsafgrænsninger og indikatoropgørelser i de kliniske kvalitetsdatabaser. Jævnfør ovenfor anbefales det, at det skal være muligt at foretage særskilt datoregistrering i FSIII samt at understøtte registreringspraksis med en registreringsvejledning.

13. Referenceliste

1. DEFACTUM. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.
2. DEFACTUM. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt i den midtjyske region for perioden 1. januar 2018 til 31. december 2018. Aarhus: DEFACTUM; 2019.
3. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Projekt om indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering. Pilotprojekt for seks kommuners KOL-rehabilitering, 1. januar 2016 - 30. juni 2017. Aarhus: RKKP; 2018.
4. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Viden til et bedre sundhedsvæsen, version 1.2. Aarhus: RKKP; 2019.
5. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). 3.1. Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser [Internet]. Available from: <https://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/3.-databaser-om-kvalitet/3.1-landsdækkende-kliniske-kvalitetsdatabaser/>. Assessed 17-06-2019.
6. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
9. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
10. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Velkommen til siden for dokumentation af de nationale kliniske kvalitetsdatabaser [Internet]. Available from: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>. Assessed 03-07-2019.
11. Forløbsprogram for hjertesygdom, Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. Aarhus: Regioner, kommuner, almen praksis (Region Midtjylland); 2015.
12. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr 918 af 22/06/2018) [Internet]. Available from:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202249>. Assessed 10-07-2019.

13. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 881 af 26/06/2018) [Internet]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202237>. Assessed 11-07-2019.



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

Tema: Fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen

1.a Nationale perspektiver

1.b MTIC – en del af den teknologiske fødekæde

1.c Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL) – status og perspektiver

1.d Fælles Servicecenter (FSC) – løsninger og behov i det nære sundhedsvæsen



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

Tema: Fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen

1.a Nationale perspektiver

Overordnet stor fokus på muligheden for at anvende sundhedsdata. Data kan være i form af ydelsesdata, registreringer, hjemmemålinger, PRO-data mm.

1.b MTIC – en del af den teknologiske fødekæde

Om MTIC:

- MTIC arbejder på at matche behov og løsninger i samarbejde mellem region, kommuner, vidensinstitutioner og erhvervsliv. Hvordan gøres de kommunale behov tilstrækkeligt synlige?
- Fokus på avancerede løsninger – medfører større kompleksitet.
- MTIC's medvirken går fra behov til prototype test. Det kan omfatte afprøvning af teknologier på forskellige modenhedsniveauer. Herunder fokus på brug af sundhedsdata.

Drøftelsen på mødet:

- Forankringen af MTIC initiativer bør ske i klyngerne/klyngesamarbejdet.
- Kan der aftales en arbejdsdeling? Hvem prøver hvad på vegne af fællesskabet (de øvrige kommuner/hospitaler)?
- Færre projekter – mere fokusering
- Mere klar og tydelig kommunikation om, hvad MTIC arbejder med af projekter og hvem der er involveret.
- Et ønske om mere målrettet formidling af, hvilke konkrete løsninger der er skabt eller arbejdes med? Hvad skabes/er skabt? Hvor sker det? Og til hvem (målgruppe, aftager)?
- Der kan forventes nye behov afhængig af den kommende struktur på sundhedsområdet. Kan MTIC være en strategisk partner for kommunerne?
- En ressource som kan bruges i konkrete forløb



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

1.c Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL) – status og perspektiver

Overordnet

Der er fokus på at gøre telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL så generisk, at den kan anvendes til en række andre sygdomsområder (hjertesvigt som næste sygdomsområder nævnes i ØA2020).

De tekniske løsninger i form af infrastruktur og telemedicinske løsninger til borgere og medarbejdere kan anvendes, tilpasses og videreudvikles efter behov. Der er skabt et tæt og enestående samarbejde i kraft af den fælles anskaffelse af infrastruktur og to store indkøbsfællesskaber (Vest og Øst) som har købt løsninger til borgere og medarbejdere.

Drøftelser på mødet

- Der er opbakning til en organisering som 24/7 er i stand til at monitorere og rådgive borgere med KOL, der oplever en akut forværring af deres sygdom. Ambitionen er at tilbyde den relevante behandling, der hvor borgeren er, for derved at aflaste de fælles akutmodtagelser og vagtlægerne.
- Forventet statslig pulje, hvor der kan søges om delvis finansiering til at udvikle "Samblik" – fælles digital forløbsplan til både KOL og diabetes (i samarbejde med Steno Diabetes Center Aarhus). **Fremgår også af Sundhedsstyrelsen (SSG) dagsorden 25/9 2019**

Supplerende overvejelser

- Overvejelse om der med fordel kan etableres en fælles projektøkonomi mellem region og kommuner med inspiration fra TeleCare Nord. **Fremgår også af SSG dagsorden 25/9 2019**



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

1.d Fælles Servicecenter (FSC) – løsninger og behov i det nære sundhedsvæsen

Overordnet

FSC kan blive en platform til at understøtte de ydelser der efterspørges i det nære sundhedsvæsen. Ikke kun understøttelse af telemedicinske/digitale sundhedsydelser men også produkter til hjemmebehandling. Den etablerede driftsramme giver incitament til at bruge de funktioner som FSC stiller til rådighed. Jo større udnyttelsesgrad desto billigere anvendelse.

Hvis FSC skal blive en succes er det nødvendigt løbende at overveje hvilke løsninger – både lokale og fælles – der med fordel kan håndteres i regi af FSC.

Der er behov for at beslutte den fremtidige struktur for FSC. Der er udarbejdet juridisk responsum vedrørende de mulige konstruktioner. Der er behov for en bæredygtig struktur ift. opgaveløsning. FSC anbefaler en foreningskonstruktion **Dette er også en del af dagsordenen til SSG 25/9 2019.**

Præsentation af det igangværende fælles stomiudbud og den rolle som FSC kan spille ift. service, support og logistik på vegne af kommuner og hospitaler.

Drøftelser på mødet

- Kan FSC også bruges til koordinering så lagerbinding kan begrænses? (eksempelvis til særlige hjælpemidler)
- Hvilke opgaver kan bedst løses i fællesskab (større skala)? Hvilke kan bedst løses lokalt?



Projekter med kommunepartnere

- Demensammeraten
- Tværspor
- Tværsektoriel kostregistrering
- Virtual og Augmented Reality som læringsredskab
- Interaktive teknologier til kognitiv stimulationsterapi (CST)
- Medicin til tiden
- Bedre liv for ældre
- 2. Generation Velfærdsteknologi
- Implementering
- CDSS
- HealthD360

Region Midt: Klynger

- Horsens Klyngen
- Midt Klyngen
- Randers Klyngen
- Vest Klyngen
- Aarhus Klyngen

Budgetvejledning 2020 – status på økonomi i landsdelsprogram Midtjylland

”Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL”



Med økonomaftalerne (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 løbende blevet udarbejdet estimater på de forventede investerings- og driftsomkostninger forbundet med at implementere telemedicinsk hjemmemonitorering.



Dato 10.09.2019

I takt med den løbende udvikling der omkring telemedicinsk hjemmemonitorering, 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 yderligere en version i september 2019. Det sker for at kunne indarbejde de økonomiske ændringer som følge af seneste justering af tidsplanen fra FUT.

Side 1

Status på Landsdelsprogram Midtjylland

Forberedelserne til implementering er i fuld gang, og det telemedicinske tilbud skal efter planen være klar til implementering fra 29. juni 2020. Det betyder også at der ændret ved den forventede tidsplan som lå til grund for den første version af budgetvejledning 2020. Udskydelsen betyder at opstart og drift først for alvor vil ske i fra september 2020. Ændringerne skyldes

Ændringer i forhold til budgetvejledning forår 2020

Siden den seneste budgetvejledning, som blev udsendt i maj 2018, er der indgået aftaler om anskaffelse og drift af borgerrettede løsninger, så der er ikke længere tale om estimater. Derudover kommer der udgifter til at etablere et nyt drifts setup/driftsløsning i Danmark. Det er den direkte konsekvens af, at det ikke har været muligt at indgå en databehandleraftale ift. support med den valgte cloud leverandør Amazon AWS. Den juridiske vurdering er, at løsningen ikke lever op til kravene i GDPR. Systematic har i stedet tilbudt at etablere driften i Danmark. Derfor fordyres projektet med omkostninger til både etablering af løsningen og årlig drift. Anskaffelsen af driftsløsningen betyder også at tidsplanen forskubbes og datoen for driftsstart for telemedicinsk hjemmemonitorering forventes derfor først at være efter sommerferien 2020.

Med de indgåede aftaler/kontrakter er hovedparten af investeringsomkostningerne fastlagt. Det betyder også at enkelte udgifter er justeret. Det betyder dog IKKE at der ikke fortsat er usikkerheder omkring visse omkostninger til såvel investering som drift. De vil blive nærmere præsenteret i forbindelse med de respektive afsnit.

Indledningsvis præsenteres de overordnede økonomiske nøgletal for kommuner og region.

Kommune (antal borgere)	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 for kommunerne (1.320.678)	1250	10,9	14,2	9,65	7,3

Region (antal borgere)	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 implementering) i mio. Kr.	Driftsudgifter i kr. pr. ndbygger (år n)
Samlet for Region Midtjylland (1.320.678)	1250	16	6,4	12,15	9,2

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 leveres af Systematic. Den samlede anskaffelsespris er 52,4 mio. kr. Dertil kommer en udgift på 10 mio. kr. til gennemførelsesprojektet (som fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner) og en årlig driftsomkostning på 17,9 mio. kr. som ligeledes fordeles 35/65 mellem kommuner og regioner.

Med afklaring af disse betydelige investerings- og driftsomkostninger er der foretaget en genberegning af økonomien for Landsdelsprogram Midtjylland.

Der er i de opdaterede beregninger fastlagt helt konkrete forudsætninger. Det betyder ikke at der ikke forsat er usikkerheder forbundet med det økonomiske estimater.

Nedenfor er opstillet de konkrete forudsætninger. En uddybning af forudsætningerne er beskrevet nærmere i det medfølgende bilag.

Tabel 1: Forudsætninger

Forudsætninger vedr. beregning af omkostninger i Landsdelsprogrammet
<ul style="list-style-type: none">• Populationsstørrelsen – omkostningerne er beregnet for en samlet population på 2500 hvoraf halvdelen forventes at indgå i et forløb med telemedicinsk hjemmemonitorering.• Indkøb af udstyr. Beregningen lavet med udgangspunkt i en standardpakke til 4500 kr. som så kan justeres efter behov. Prisen er altså opjusteret efter dialog med de andre landsdelsprogrammer.• 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.• 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 oplistet de væsentligste investeringer. Hvor prisen for infrastruktur og medarbejderrettet løsningen er kendt, beror de øvrige investeringsomkostninger på skøn. Hvorvidt der vil være behov for etablering af et XDS arkiv (estimeret pris 4 mio. kr.) er usikkert. Hvad angår udvikling af den digitale forløbsplan er der søgt midler nationalt, men der er ikke givet tilsagn til projektet

Tabel 2: Investeringsomkostninger 2019/2020

Investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland (i mio. kr.). it/udstyr		
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Bemærkninger
Telemedicinsk infrastruktur (anskaffelse – engangsudgift)	3,8	Finansiering aftalt i ØA18, hvor der er afsat i alt 35 mio. kroner. Den samlede pris for infrastrukturen blev 52, 4 mio. kr. Hvilket betyder en merudgift på 17,4 mio. kr. Andelene for Midtjylland er 3,7 mio. kr.
Gennemførelsesprojektet (varighed et år)	2,2	Der er samlet afsat 10 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)
Etablering af dansk driftsløsning ("on-premise")	1,3	Anskaffelse og ressourcer til implementering hos FUT udgør samlet 5,7 mio. kr. nationalt
Snitflade/integration til EPJ mm. (anskaffelse -engangsudgift)	2	Estimerede omkostning for Region Midtjylland
Snitflader/integrationer EOJ mm. (Anskaffelse -engangsudgift)	2	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)	3	Estimeret omkostning. Forventes etableret ved at anvende Sundhedsdatastyrelsen infrastruktur for planer og digitale forløbsplaner udviklet til almen praksis. Der er søgt om statslige midler til udvikling.
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	KIH databasen kan anvendes til opbevaring af data i en periode på 2 år. Oprindelige data skal derfor opbevares et i XDS arkiv, hvorfra data kan hentes. Prisen er et estimat.
Indkøb af udstyr/devices	6	Forventede omkostninger over 5 år (de største investeringer i 2019 og 2020). Den gennemsnitlige pris for tablet og måleudstyr anslås til 4500 kr.
Total	26,9	

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

Implementeringsressourcer
<p>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.</p> <p>De anvendte estimater kommer fra den nationale business case.</p>

De direkte implementeringsomkostninger vil derfor hovedsageligt være forbundet med kurser, kompetenceudvikling samt bidrag til eksempelvis udvikling af e-læring. De udgifter til "Helbredsprofilen" som var inkluderet i den tidligere budgetvejledning udelades. Det sker fordi "Helbredsprofilen" fremadrettet gøres til et nationalt tilbud, hvorfor denne post er udeladt både under implementerings- og driftsomkostninger. Det er ikke afklaret hvordan regioner og kommuner fremover skal bidrage til finansieringen.

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)	2,8	Omkostningerne for perioden 2019 og 2020. Der er beregnet 2,5 årsværk pr. år.
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 kan forventes en form for fælles, national udvikling som skal finansieres af landsdelsprogrammerne
Total	20,6	

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	1,3	
Drift af telemedicinsk infrastruktur	4,1	
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	Beløbet indeholder udgifter til drift og indkøbsansvarlig myndighed
Drift af "on-premise" løsning	0,8	Den årlig omkostning til driftsløsningen nationalt er 3,4 mio. kr.
Drift af borgerrettet løsning	1,8	Beløbet indeholder udgifter til drift og indkøbsansvarlig myndighed
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner i dagtid	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	2,7	
Service, support og logistik (FSC)	1,5	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.
Løbende fornyelse af devices	0,6	Tal baseret på den nationale BC. Den forventede levetid er 4 år
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	21,8	

***) 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.

Samlede investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland				
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Fordeling	Kommuner	Region
Telemedicinsk infrastruktur	3,8	30/70	1,2	2,6
Nationalt Gennemførelsesprojekt	2,2	35/65	0,75	1,45
Medarbejderrettet it-løsning	1,6	35/65	0,55	1,05
Borgerrettet it-løsning	1	35/65	0,35	0,65
"On-premise" driftsløsning	1,3	35/65	0,45	0,85
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)	3	50/50	1,5	1,5
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	50/50	2	2
Indkøb af udstyr/devices	6	35/65	2,1	3,9
Total	26,9		10,9	16
Implementeringsomkostninger (drift)				
Implementeringsressourcer region	3,4	0/100	0	3,4
Implementeringsressourcer kommuner	10,4	100/0	10,4	0

Programsekretariat	2,8	35/65	1	1,8
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	20,6		14,2	6,4
Løbende årlige driftsudgifter (år n ved fuld implementering)				
Fælles offentlig systemforvaltning	1,3	35/65	0,45	0,85
Drift af telemedicinsk infrastruktur	4,1	35/65	1,45	2,65
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	35/65	0,45	0,85
Drift af borgerrettet løsning	1,8	35/65	0,65	1,15
"On-premise" løsning	0,8	35/65	0,3	0,5
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner	9,9	50/50	4,95	4,95
Service, support og logistik (FSC)	1,5	50/50	0,75	0,75
Løbende fornyelse af devices	0,6	35/65	0,2	0,4
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	21,8		9,65	12,15

Nedenfor er lavet et bud på hvordan investeringerne fordeler sig mellem 2019 og 2020.

Den konkrete fordeling på kommuner kan findes i det vedlagte bilag til budgetvejledningen.

Fordeling af investeringsomkostninger på år

I nedenstående tabel er der vist en fordeling af hvordan investeringsomkostningerne forventes fordelt mellem 2019 og 2020.

Derudover betyder usikkerheden omkring udgifter til digital forløbsplan og indkøb af XDS arkiv at udgifterne ikke er afsat til et specifikt år.

Investeringsomkostninger fordelt på år									
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Kommuner	2019	2020	Ikke afklaret	Region	2019	2020	Ikke afklaret
Telemedicinsk infrastruktur	3,8	1,2	1	0,2	-	2,6	2,1	0,5	-
Nationalt Gennemførelsesprojekt	2,2	0,75	0,6	0,15	-	1,45	1,2	0,25	-
Medarbejderrettet it-løsning	1,6	0,55	0,44	0,11	-	1,05	0,84	0,21	-
Borgerrettet it-løsning	1	0,35	0,28	0,07	-	0,65	0,52	0,13	-
"On premise" driftsløsning	1,3	0,45	-	0,45	-	0,85	-	0,85	-
Snitflade/integration til EPJ mm. (engangsudgift)	2	0	-	-	-	2	-	2	-
Snitflader/integrationer EOJ mm. (engangsudgift)	2	2	-	2	-	0	-	-	-
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (engangsudgift)	3	1,5	-	1,5		1,5	-	1,5	-
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	2	?	?	2	2	?	?	2
Indkøb af udstyr/devices (forventet)	6	2,1	0,2	1,9	-	3,9	0,4	3,5	-
Total	26,9	10,9	2,52	6,38	2	16	5,06	8,94	2

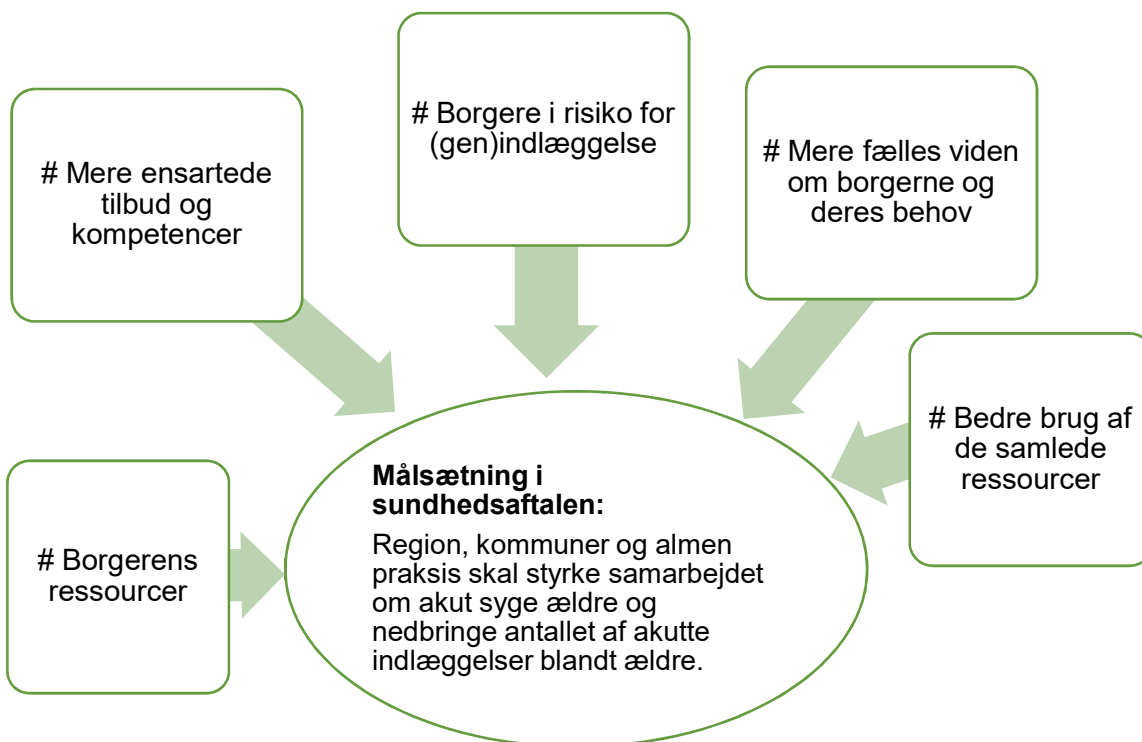
Fælles handlinger i forhold til ældre borgere med akut sygdom

- Forslag til de næste skridt på akutområdet

Et af de prioriterede indsatsområder i sundhedsaftalen 2019-23 er 'Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet'.

Der er udarbejdet et forslag til de første handlinger i udmøntningen af dette indsatsområde. Grundlaget for forslaget er de fem spor og anbefalinger til det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, som Sundhedskoordinationsudvalget godkendte på møde 30. april 2019.

De fem spor for udvikling af akutområdet er:



En samlet beskrivelse af de fem spor og anbefalinger kan læses på www.rm.dk under møde i [Sundhedskoordinationsudvalget 30. april 2019](#).

Sundhedskoordinationsudvalget finder, at alle spor er relevante, men har prioriteret, at der arbejdes videre med sporet om bedre brug af de samlede ressourcer, og at der herunder i første omgang er fokus på borgere i risiko for genindlæggelse.

Med afsæt i Sundhedskordinationsudvalgets prioriteringer og de godkendte spor og anbefalinger er der udarbejdet vedlagte forslag til handleplan i forhold til det tværsektorielle samarbejde på akutområdet.

Sundhedskordinationsudvalget får en samlet status på handleplanen efter 1 år, hvorefter behovet for tilpasninger og nye initiativer vurderes. Desuden vil der løbende være behov for at vurdere og tilpasse handleplanen i forhold til eventuelle nye behov og initiativer fx som følge af nationale udspil og lovgivning.



Forslag til handleplan – bedre brug af de samlede ressourcer med særlig fokus på (gen)indlæggelser

	Indhold	Forankring	Tid
Brug af data til at forebygge (gen)indlæggelser			
Etik og data – hvor langt vil vi gå?	Øget brug af data til at forebygge sygdom rejser en række etiske spørgsmål. Etiske dilemmaer ved brug af data temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget for at rammesætte arbejdet med databaseret forebyggelse.	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Igangsættes februar 2020
Populationer for forebyggelse af (gen)indlæggelser	Det undersøges hvilke befolkningsgrupper (populationer) det kunne være særligt relevant at have fokus på i det tværsektorielle arbejde med at forebygge (gen)indlæggelser) – hvilket potentiale vil der fx være ved en fokuseret indsats i forhold borgere på plejehjem eller borgere med bestemte sygdomme?	Sundhedskoordina-tionsudvalget	2. kvartal 2020
Effektiv spredning af viden og indsatser			
Forudsætninger og metode for bedre spredning	Vi skal blive bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden. Forudsætninger for effektiv spredning temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, hvorefter den nuværende model for spredning tilpasses og revitaliseres. (Sundhedsstyregruppen har i september 2016 godkendt en fælles model for spredning af initiativer i sundhedsaftalen).	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Igangsættes november 2019
Den rette behandling første gang – implementering af fælles indsatser			
Fælles Sundhedsvisitationer – overblik og enkle indgange til alternativer til akutte indlæggelser	Der etableres fælles sundhedsvisitationer på de fem akuthospitaler, der skal vejlede praktiserende læger, vagtlæger og læger i præhospitalet om relevante tilbud i den enkelte klynge til borgere med akut sygdom. Der udarbejdes en samarbejdsaftale om fælles sundhedsvisitationer i alle klynger.	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Samarbejdsaftale kan træde i kraft primo 2020

Borgere i kommunale akutfunktioner	Implementering af samarbejdsaftale om samarbejdet mellem praktiserende læger, kommunale akutfunktioner og hospitalet. Herunder tydelighed om det lægefaglige ansvar, når en borger er tilknyttet en kommunal akutfunktion og forsøg med honorering af praktiserende læger for rådgivning/kommunikation i forhold til kommunale akutfunktioner.	Praksisplanudvalget Sundhedskoordina- tionsudvalget	September 2019 - december 2020
Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt (satspuljeprojekt mv)	Udbredelse af resultater fra satspuljeprojektet 'Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt'. Som en del af projektet er alle klynger i færd med at afprøve forskellige modeller for enten tidlig indsats eller opfølgning efter indlæggelse for de svageste ældre. De samlede resultater vurderes i sammenhæng med anden eksisterende viden på området. Formålet er at få en fælles drøftelse og prioritering af, hvilke indsatser, det er hensigtsmæssigt at arbejde videre med. Afholdelse af læringsseminar i hver klynge samt temadrøftelse i Sundhedsstyregruppen.	Sundhedsstyre- gruppen	1. halvår 2020
Fælles ledelse og organisering – hvordan kommer vi i gang?			
Fælles akutteams i alle klynger?	Kan etablering af fælles akutteams i forlængelse af de fælles sundhedsvisitationer være et sted at starte? Drøftelse af mulighederne, herunder afprøvning af ny spredningsmodel for prøvehandlinger på fællesskabets vegne	Sundhedskoordina- tionsudvalg	2. kvartal 2020

Kommunale deltagere i Human First

Styregruppe for Human First

Kommunale observatører: Anette Ørbæk Andersen, direktør, Ringkøbing-Skjern, Jørgen Andersen, direktør, Syddjurs

Indsatsområde: Sygdomme og skader i hjernen.
Hvidbog udarbejdet.



Koordinationsudvalg
(Ingen kommunale medlemmer)

Projektgrupper sygdomme i hjernen

Træthed og søvn

Behandling af trætheds- og søvnproblemer og monitorering
(Mangler 1-2 kommunale medlemmer)

Tværfaglig simulationstræning

(Kommunalt medl.: Anne Norup Klavsén, faglig koordinator, Viborg)

Ambassadørnetværk

Ikke igangsat

Clinical investigator program

(Ingen kommunale medlemmer)

Baggrundsgruppe

Helle Nybo Mørn, faglig konsulent, Aarhus
Birgit Madsen, hjerneskadekoordinator, Ringkøbing-Skjern Kommune

Indsatsområde: Mennesker med rehabiliteringsbehov
Hvidbog udarbejdet.



Koordinationsudvalg
Kommunalt medl.: Jens B. Damgaard, sundhedschef, Holstebro

Projektgrupper rehabilitering

Hjerterehabilitering

(Kommunale medl.: Rikke Høegh Jensen, udviklingskons., Syddjurs, Jens Bejer Damgaard, sundhedschef, Holstebro)

Principper for rehabiliteringsforskning

(Kommunalt medl.: Agnete Lund, centerleder for psykiatri, Randers)

Rehabiliteringslaboratorium

(Kommunale medl.: Inga Bøge, forebyggelseskonsulent, Holstebro, Monica Milter Ehlers, sundhedsfaglig konsulent, Aarhus, Sanne Møller Palner, udviklingsterapeut, Randers, Pernille Kloster Aalund, sundhedschef, Lemvig, Marianne Balsby, træningschef, Skive)

Udarbejdelse af forskningsprotokol

(Rikke Høegh Jensen, udviklingskons., Syddjurs, Maj-Britt Merrild, leder jobcenter, Favrskov)

Rehabiliteringssymposium samt Uddannelses- og kompetenceudvikling
(Ingen kommunale medlemmer)

Indsatsområde: Sammenhæng mellem den teoretisk uddannelse og de praktiske uddannelsesforløb



Programgruppe

Kommunale deltagere:

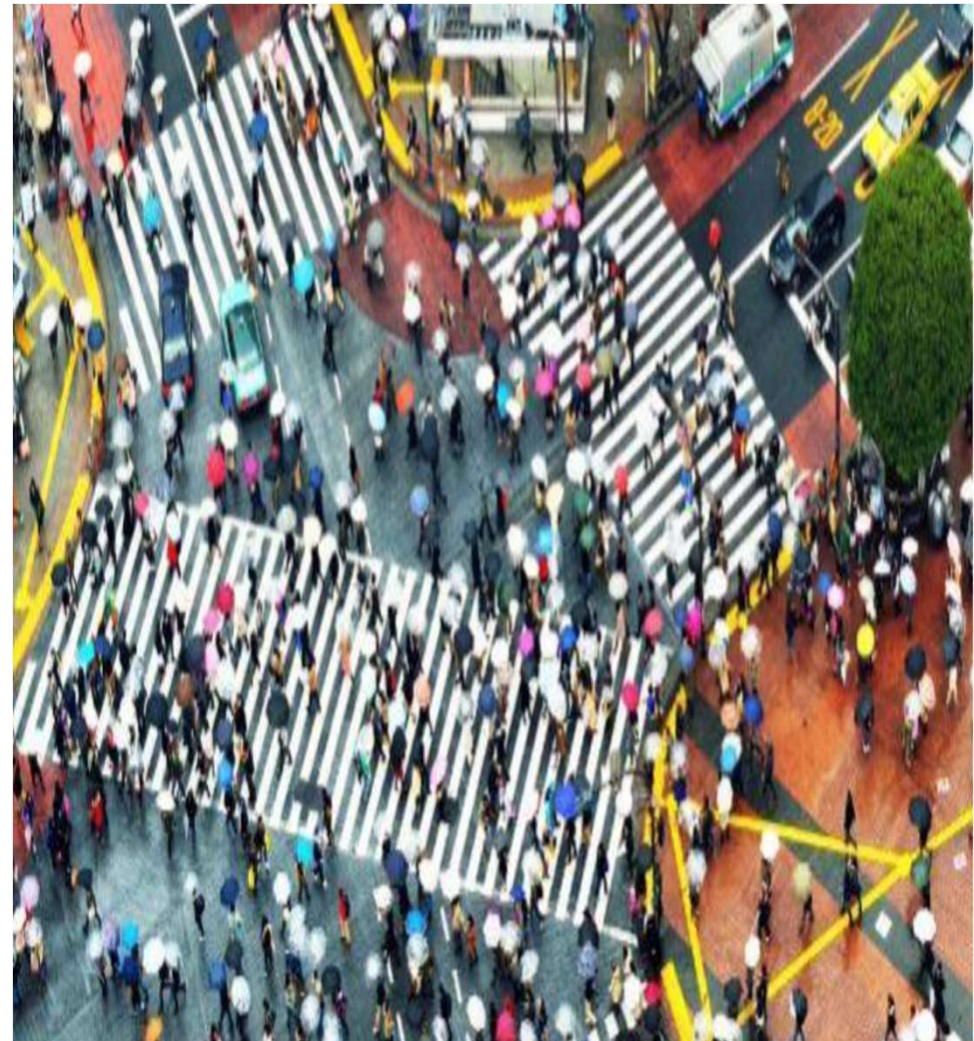
Gitte Nørgaard, chef for sygeplejen, Herning (medfmd.)
Johanne Rosendahl Schostag, sygeplejefaglig udd.kons., Skanderborg
Hanne Skovbo, Uddannelsesansvarlig, Silkeborg

Fælles Service Center - en vigtig brik i det nære sundhedsvæsen!



Agenda

- Hvad skal FSC?
- Hvad kan FSC?
- Hvad koster 'n?
- Hvad udfordrer FSC?
- Stomicase
- POTENTIALT MED FSC





FÆLLES SERVICECENTERS OPGAVEFELT

Rådgivning

SERVICE &
SUPPORT

LOGISTIK

Viden
opsamling

Klargøring og koordinering af
beslutningsoplæg

Telesundhedsløsninger

Produkter til
hjemmebehandling

TELESÅR/
TELESTOMI

SUNDHEDS
HOTSPOT

MEDICIN
HUSKER
(POC 2020)

TELEKOL
2020

IV-
hjemmebehand-
ling (POC 19)

STOMI
PRODUKTER
2022)



Virtuelle
løsninger

VI SØRGER
FOR DET
TELEMEDICINSKE
UDSTYR

&

PRODUKTER
TIL HJEMME-
BEHANDLING

VI HJÆLPER MED
AT KØBE IND



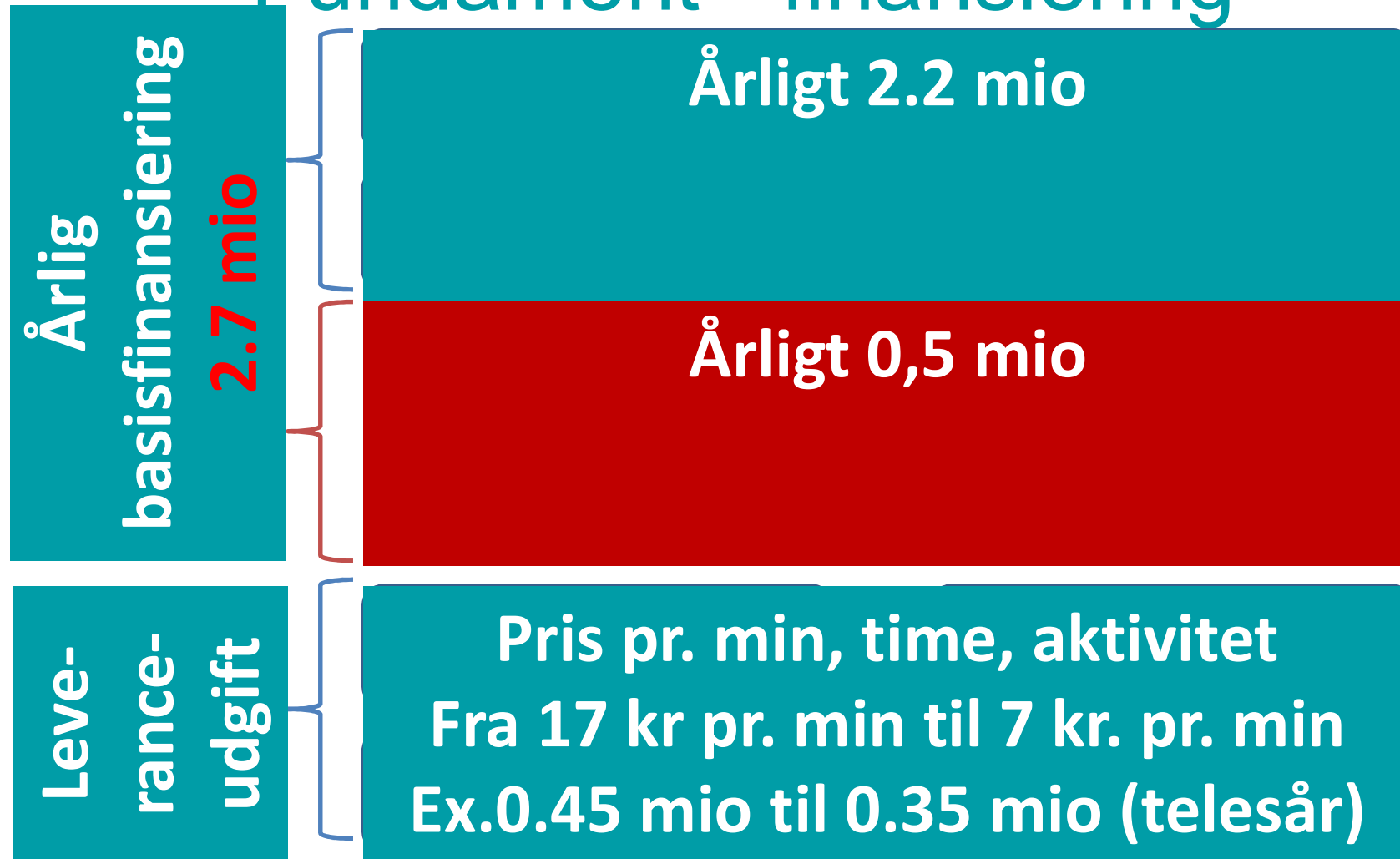
ATEA



DKI
DKI Logistics Group



Fundament - finansiering





Den store bevægelses udfordringer



- Jura og bæredygtighed (samarbejdsaftale /selvstændig forening)
 - Indkøb
 - Fælles lager
 - Ydelser (sundhedslov/servicelov)
- Mod og modenhed



- Samme produkter og pris i region og kommuner
- Een digital platform til håndtering af levering og bestilling af produkter
- Uvildig stomi relateret rådgivning til borgere og kommunalt fagpersonale
- Smidige sags gange mellem region og kommuner i forbindelse med ansøgning og ændring af bevilling
- Implementeringsgruppe som arbejder med KPI'er, opfølgning og evaluering

Produktudbud

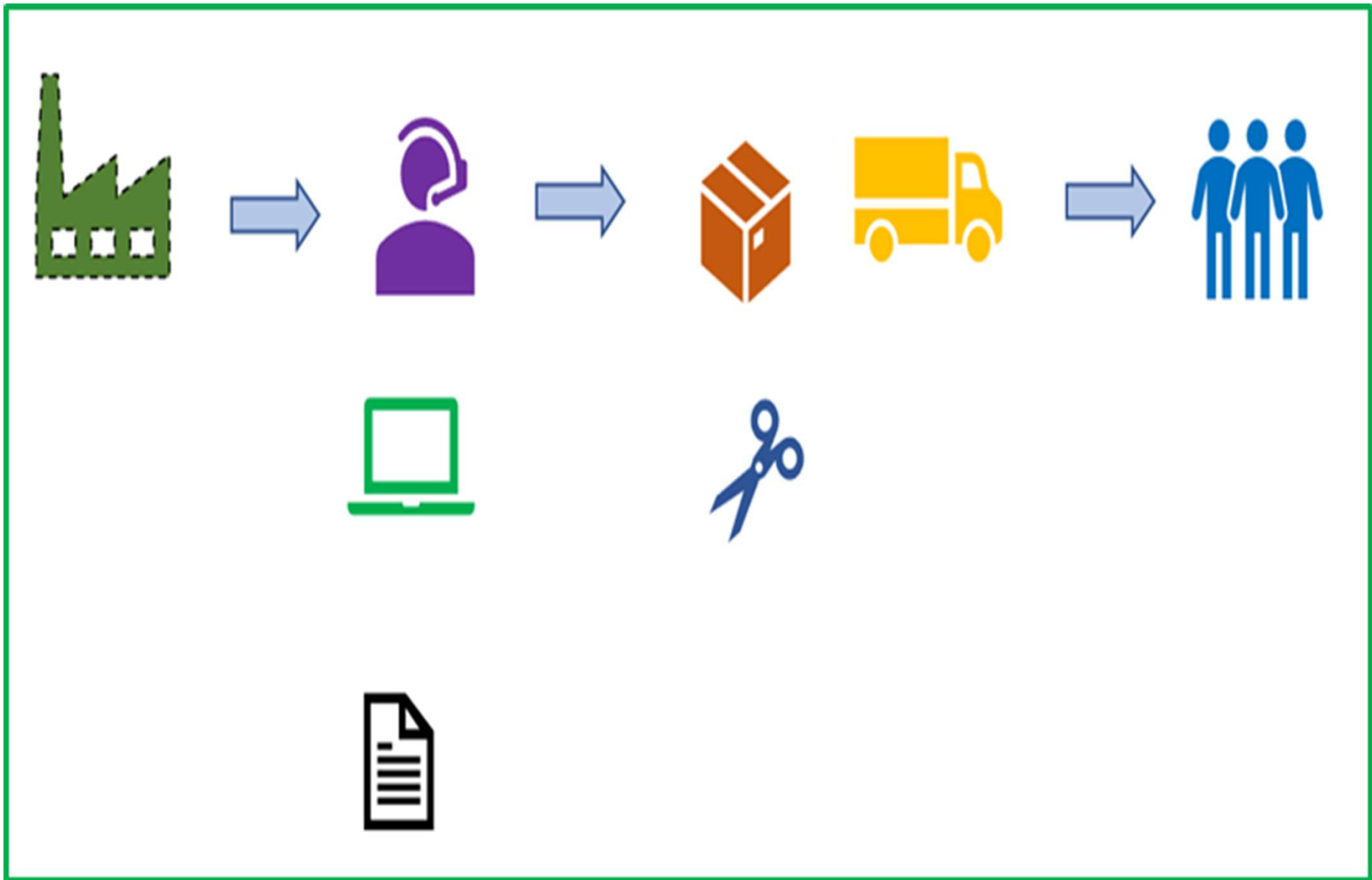
Stomi

Urologi

Diabetes

Lager/
Distribution

Callcenter/
online-
system





POTENTIALALET

- Fælles callcenter - èt telefonnummer til borger
- Èt fælles on-linebestillingssystem
- Et fælles centrallager (fælles aftaler og aftalestyring)
- Opbygning af fælles distributionsnet (optimering, verdensmål, klimamål)
- Fælles videns- og udviklingscenter for kommunerne i Midtjylland



FSC understøtter regionale og nationale mål

- Væsentlig bidrag til udvikling af det nære sundhedsvæsen
- Lighed i Sundhed - mere ensartet service til borgerne
- Understøtter den nye sundhedsaftale – ”Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance”
- Medvirker til at styrke ”kvalitet med en bedre forebyggende indsats samt øget sammenhæng, lighed og nærhed i tilbuddene” (ØA 20)



Debat på folkemødet ang. telemedicin

- <https://www.youtube.com/watch?v=FQexsltHCnY&t=8s>

59%

ville foretrække at blive behandlet for en kronisk ikke livstruende sygdom derhjemme

23%

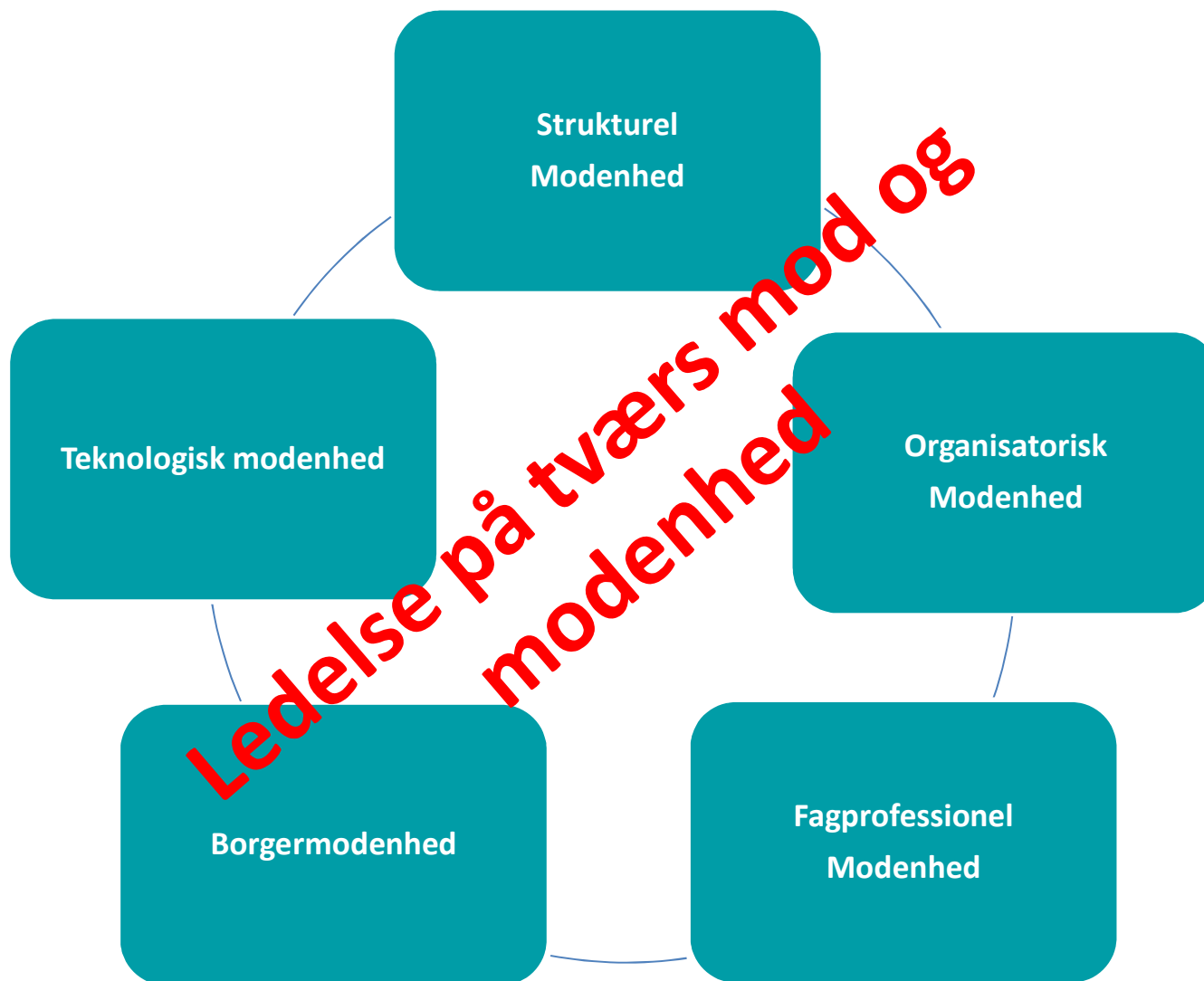
ville foretrække at blive behandlet på et hospital

41%

mener, at telemedicin vil være med til at øge
kvaliteten af det danske sundhedsvæsen

12%

mener ikke, at telemedicin vil være med til at
øge kvaliteten af det danske sundhedsvæsen



Hjerte-Kom-Midt

SSG 17/8 2015

Godkendelse af revideret forløbsprogram for hjertesygdom

Beregninger for overdragelsen af fase-2 genoptræningen til kommunerne

2016

Godkendelse i regionsråd og byrådene af revideret forløbsprogram for hjertesygdom

Kommunerne overtager ansvaret for en stor del af fase 2- hjerterehabiliteringen, som flyttes fra hospitaler til kommunerne

FORMÅL

- Opnå højere gennemførelsesrate
- Dermed bedre livskvalitet, jobparathed og livsmestring
- Lavere omkostning pr. borgere / flere borgere igennem forløb for lavere beløb
- Kommunal besparelse

MÅL(SKEMA)

National Kliniske Retningslinjer for Hjerterehabilitering

- Sundhedstilstand
- Klinisk kvalitet
- Brugeroplevet kvalitet
- Omkostning pr. capita.

KLINISKE DATA

Hjerte-Kom-Midt:

- Krav om indrapportering til Dansk Hjerterehabiliterings Database (DHRD)
- Imidlertid nogle juridiske og tekniske hindringer for direkte indberetning
- Derfor udviklet Hjerte-Kom-Midt-databasen i samarbejde med DEFACTUM (skabt på MoEva-plattformen)
- Sikrer valide tal, der direkte kan indberettes til DHRD (RKKP) ational Kliniske
- Sikrer sammenlignelighed i tal i ensartet system på tværs af kommunerne
- Sikrer indberetninger er i overensstemmelse med kravene fra DHRD
- Dermed sikring af, at der ikke kan stilles tvivl om talgrundlaget

Hjerte-Kom-Midt

Kliniske data og databasen "Hjerte-Kom-Midt"

- Vi er blevet en del af et klinisk miljø, hvor indberetning af kliniske data er nødvendigt
- Vi måles – ud fra de samme kriterier som på hospitalerne – på, om vi kan levere et tilfredsstillende niveau
- Indikatorerne er opgjort på baggrund af beregningsregler for hospitalerne i Dansk Hjerterehabileringsdatabase
- Data registreres for borgere med hjertesygdom over 18 år som henvises til fase 2-rehabilitering i kommunale regi via en genoptræningsplan
- 18 kommuner indtaster i databasen (minus Samsø pga. få henvisninger)
- Der er fortsat et kritisk syn på kommunernes niveau /indsats fra visse hospitalsmiljøer
- Indberetningen til databasen sker og efterfølgende udtræk af data, foregår i en fælles database

Et midlertidigt system

- Hjerte-Kom-Midt skal på et tidspunkt erstattes af KL's "Gateway til data". Men tidsrammen for tilgang til denne er lang
Svært aktuelt at se alternativer til Hjerte-Kom-Midt
- Vi er ved at øve os / lære at benytte udtræk fra en klinisk database, hvor vores indsats kan sammenlignes med hospitaler
- Vi benytter udtrækket til at sammenligne os på tværs af de 18 deltagende kommuner
- Vi benytter udtrækket til at foretage kvalitetsudvikling
- Vi har behov for at indføre flere indikatorer / målepunkter (fx selvtræning eller træning i privat regi) for at få mere retvisende data. Men disse skal indgå, så der fortsat kan sammenlignes med hospitalstal
- Udviklingsomkostninger til Hjerte-Kom-Midt: ca. 650.000 kr. Driftsomkostninger: ca. 325.000 kr. i 2019.
- Fortsatte udviklingsomkostninger til Hjerte-Kom-Midt
- Ønske om at få solgt Hjerte-Kom-Midt til flere kommuner i de øvrige regioner



Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS)

Tema: Fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen

1.a Nationale perspektiver

1.b MTIC – en del af den teknologiske fødekæde

1.c Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL) – status og perspektiver

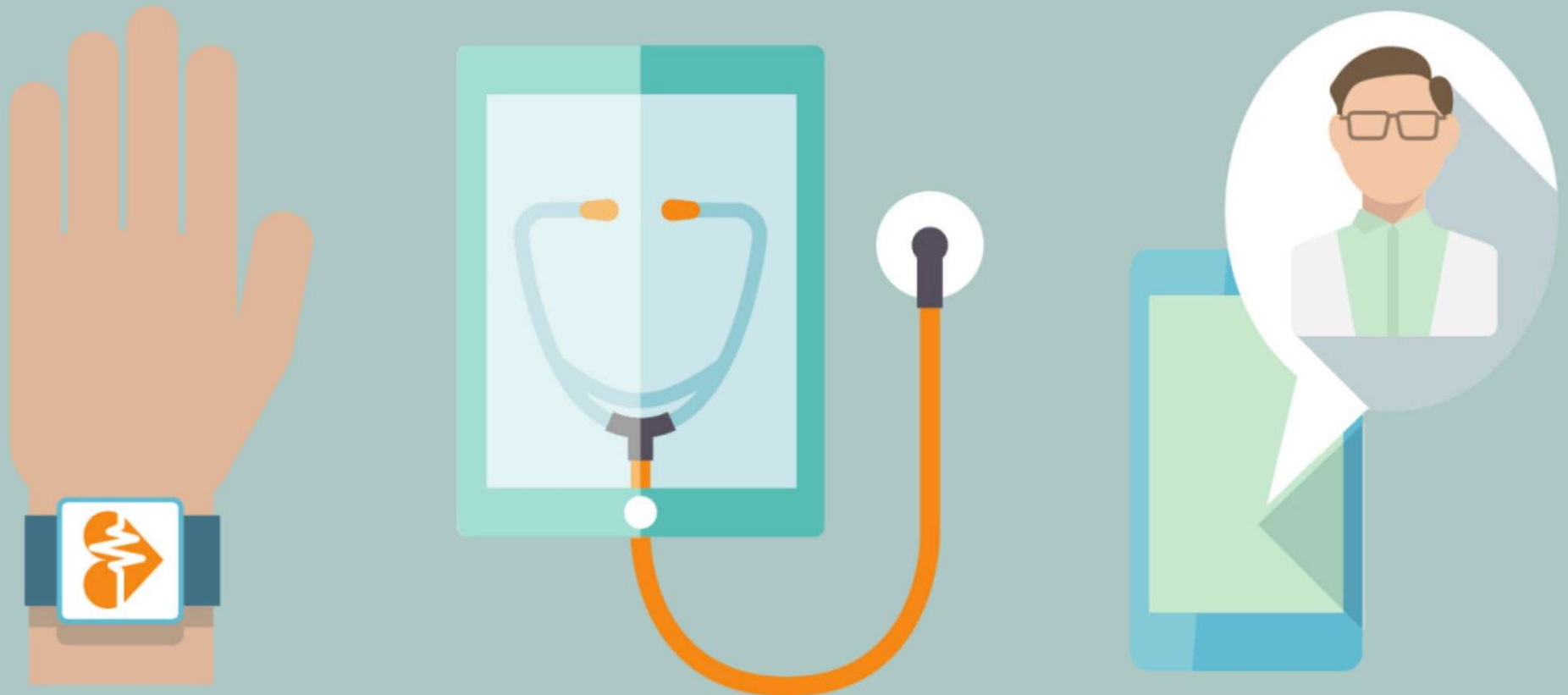
1.d Fælles Servicecenter (FSC) – løsninger og behov i det nære sundhedsvæsen



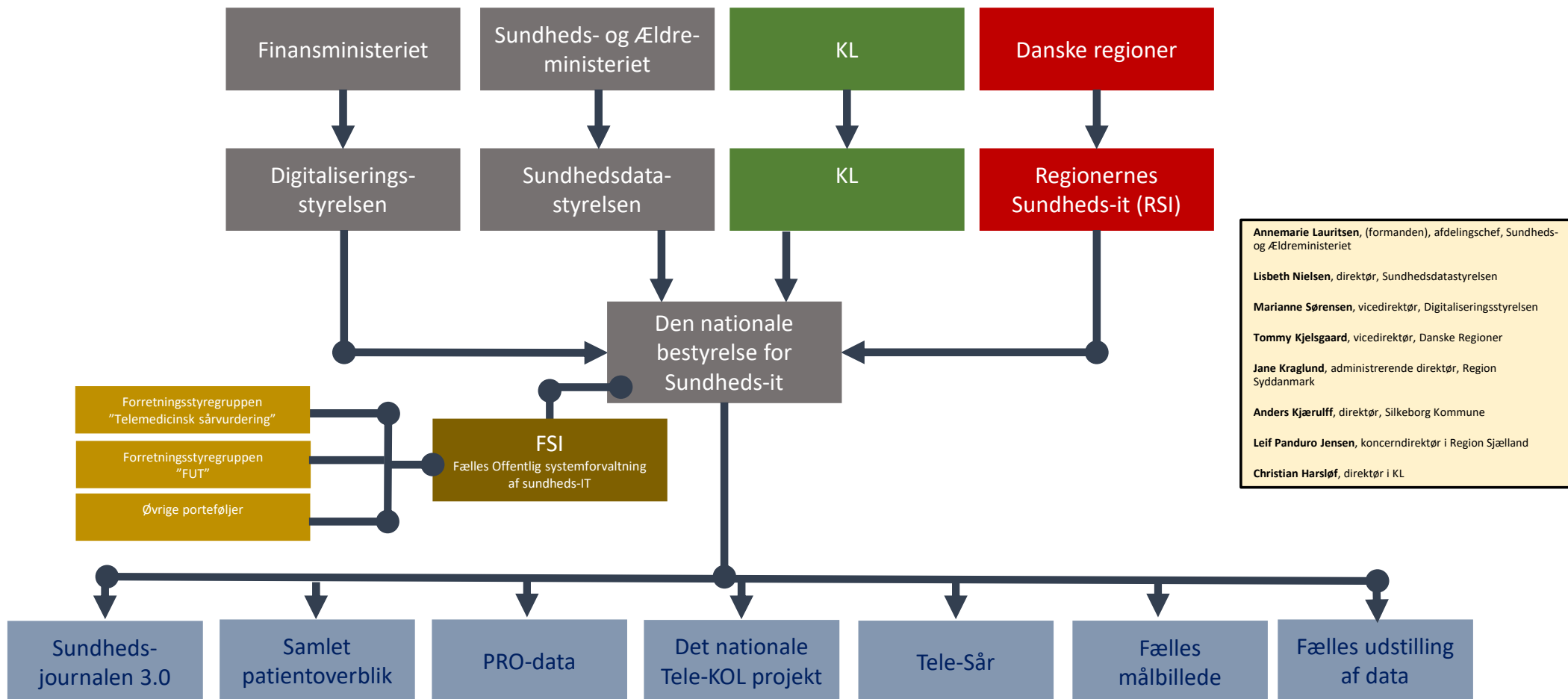
Nationale perspektiver:

Indflyvning til det digitale område indenfor sundhed

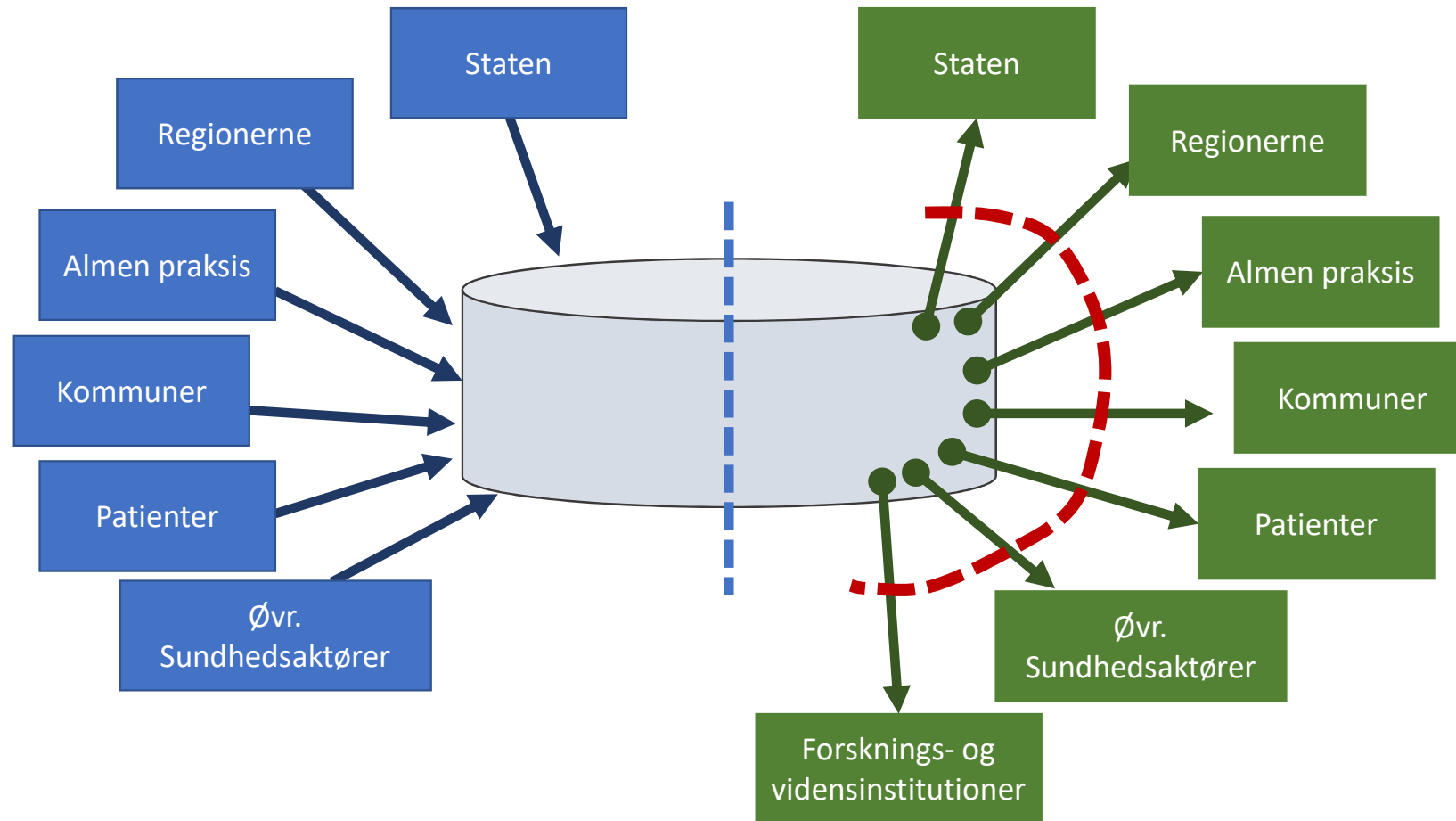
Anders Kjærulff



Den nationale governance på sundheds-IT området



Indberetning og deling af data



Indberetning og deling af data

Spor 1: Ensartet dokumentation i kommunerne

- Fælles Sprog III
- Fælles faglige begreber (socialområdet)

Spor 2: Sundhedsdataprogrammet

- Gateway til deling af data
- Data fra: Akutfunktioner, Værktøjer til tidlig opsporing, Kommunal adgang til data, Pilot med Hjerterehabiliteringsdatabase (Hjerte-Kom-Midt), Fælles dokumentation af rehabilitering (KOL, hjerte, diabetes)

Spor 3: Telemedicin

- Fælles offentligt udbud af tele-KOL (FUT)
- Tele-sår

Spor 4: Fælles udstilling af data

- Samlet patientoverblik (Aftale-overblik, Mål og planer samt Stamdata)
- Sundhedsjournal 3.0
- Analyse: Borgernes adgang til egne data
- Patientens mål

Spor 5: PRO-data
(patientrapporterede oplysninger)

- PRO-hofte og knæ, PRO-graviditet, fødsel og barsel, PRO-diabetes, PRO-tidlig opsporing,
- PRO-hjerte, PRO-angst og depression, PRO-KOL

To nationale strategier for digital sundhed (ØA 2015 og ØA 2018)



**ET STÆRKERE
OG MERE TRYGT
DIGITALT SAMFUND**

Den fællesoffentlige
digitaliseringsstrategi
2016-2020

Regeringen /
KL /
Danske Regioner /

- Danmark som digital frontløber
- Det digitale: let, hurtigt og sikre god kvalitet
- Offentlig digitalisering skal give vilkår for vækst
- Tryghed og tillid i centrum
- Fremdrift – digitale mål skal skabe forandring



JANUAR 2018

Ét sikkert og sammenhængende
sundhedsnetværk for alle

STRATEGI FOR DIGITAL SUNDHED 2018-2022

- Borgeren som aktiv part
- Viden til tiden
- Forebyggelse
- Tillid og sikkerhed om data
- Fremdrift og fælles byggeblokke

ØA 2015 - 2020

ØA 2015:

- Styrke arbejdet med **it-sikkerhed** (fortrolighed om personoplysninger og et højt sikkerhedsniveau i den digitale infrastruktur).
- Gå videre med ”**Den fællesoffentlige Strategi for digital velfærd**” og ”**National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet**”.
- It-infrastruktur på sundhedsområdet:
- MedCom skal referere til den nationale bestyrelse for sundheds-it.
- **Øget kommunal finansiering til MedCom** for at styrke implementerings- og standardiseringsarbejde.
- Hjemmemonitoreringsdatabasen og sårjournalen overgår til finansiering via sundhedsdatanettet i 2015.

ØA 2016:

- Ny **fællesoffentlig digitaliseringsstrategi 2016-2020** (Ambitiøse mål for digitalisering af den offentlige sektor frem mod 2020).
- **Landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL** i hele landet inden udgangen af 2019:
- Forankret i fem landsdelsprogrammer (region og kommuner: Ansvar for fremdrift og gevinstrealisering).
- Fællesoffentlig porteføljestyregruppe, som bl.a. koordinerer de nationale forudsætningsprojekter og monitorerer udviklingen.
- **Klargøring af telemedicinsk infrastruktur frem mod maj 2016** (bl.a. en modning af den nationale database for opsamling af hjemmemonitoreringsdata).
- **Fælles Medicinkort** i kommunerne udskydes til udgangen af 2015
- Videreudvikling af Fælles Medicinkort (FMK) og **National Serviceplatform (NSP)**
- Oprette en fællesoffentlig systemforvaltningsgruppe for drift, vedligehold og videreudvikling af fællesoffentlige sundheds-it løsninger
- **Bedre data på det kommunale sundhedsområde:** Alle kommuner skal inden udgangen af 2017 skal have implementeret **Fælles Sprog III** + kortlægge muligheder for **kobling af kommunale data til sundhedsvæsenetsdata.**





FINANSMINISTERIET

Aftaler om den kommunale og regionale økonomi

Juni 2018

2019

ØA 2015 - 2020

ØA 2018:

- Udarbejde **en strategi for digital sundhed 2018-2022** (bedre, mere effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen for patienter, pårørende og medarbejdere).
- Udarbejde et **langsigtet målbillede for den fælles it-infrastruktur** på sundhedsområdet.

ØA 2019:

- **Fælles infrastruktur for sundhedsdata**: Deling af data om patientforløb og indsatser mellem sygehuse, kommunal pleje og forebyggelse og almen praksis .
- Arbejde hen imod **en samlet og sikker national infrastruktur for brug af sundhedsdata** (patientbehandling og pleje + kvalitetsudvikling og forskning)
- **Digitaliseringsfond til fælles prioritering af digitale løsninger** (styrke fremdrift, prioritering og udbredelse af digitale løsninger til bedre sammenhæng og effektivitet på sundhedsområdet. Udmøntes til konkrete projekter v/ regional og/eller kommunal medfinansiering + milepæle for udrulning).
- Strategi for digital sundhed 2018-2022 (rammesætter i alt 27 konkrete indsatser)
 - **Et samlet patientoverblik** (Inden udgangen af første halvår 2019)
 - Udarbejdet lokale implementeringsplaner for **aftaleoversigten** og **fælles stamkort** i alle regioner og kommuner samt i almen praksis (deadline ultimo 2020).
 - **Fælles målbillede**
 - Færdiggøre arbejdet med et samlet målbillede for den fællesoffentlige it-infrastruktur + it-governance på sundhedsområdet (deadline 2018)
- **Datadeling af kommunale indsatser og resultater** (herunder FSIII) (Fælles Sprog III-data stilles til rådighed fra de første kommuner i 2019 og øvrige i 2020)

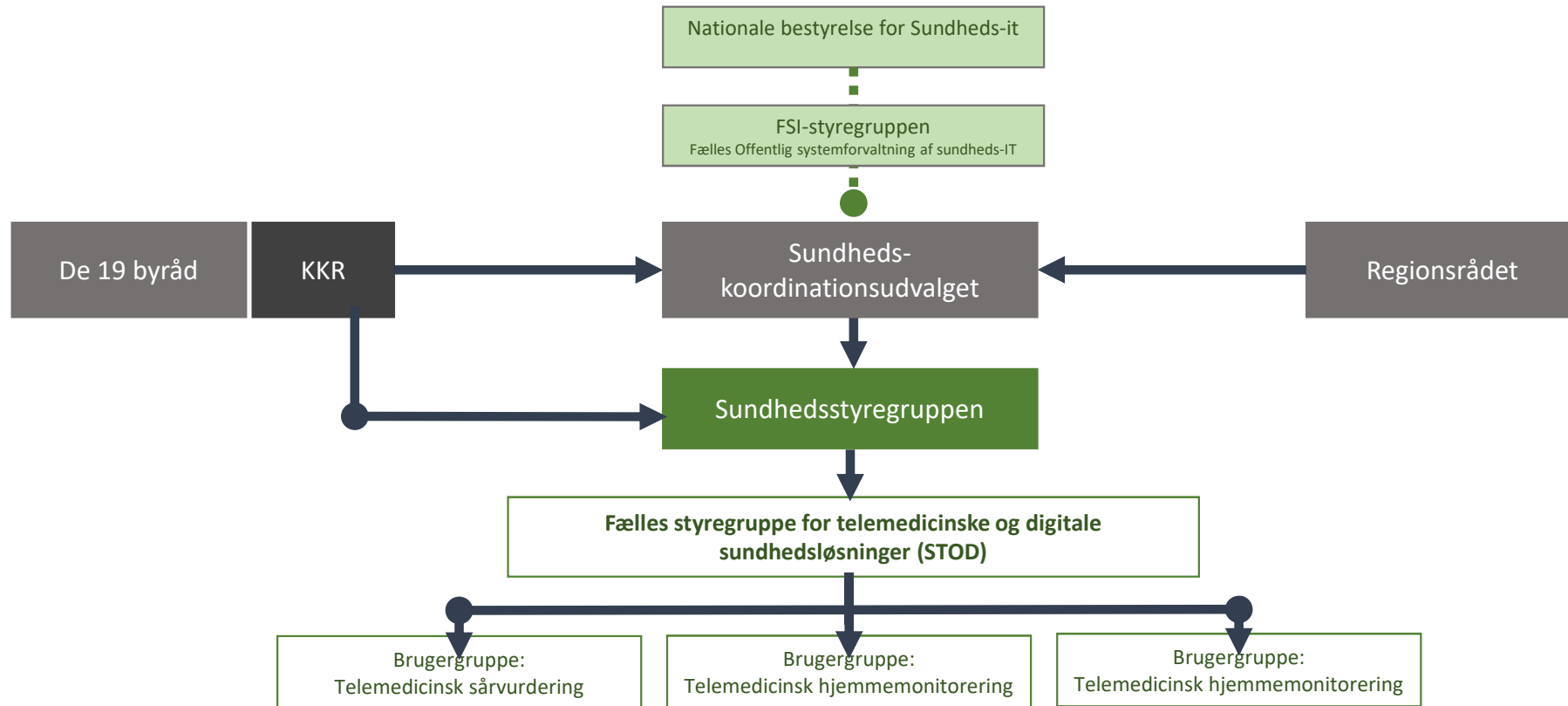
ØA 2020:

Bedre overblik og mere gennemsigtighed:

- På sundhedsområdet skal aftaleoversigt og stamkort tilsluttes **Mit Overblik** i takt med kommunernes og regionernes implementering af Et samlet patientoverblik.
- Cyber- og informationssikkerhed-strategi: **Fælles analyse og konkretisering af behov og prioriteringer** for sundhedssektorens styrkelse af cyber- og informationssikkerheden (risikobaseret tilgang).
- Opfølgning på Strategi for digital sundhed 2018-2022:
- Et samlet patientoverblik for patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle: Parterne påbegyndt implementering af **"Aftaleoversigt" og "Fælles Stamkort"**. Alle kommuner og regioner har taget løsningerne **i brug inden udgangen af tredje kvartal 2021**. Der udmøntes i alt 60 mio. kr. fra Digitaliseringsfonden til arbejdet i 2019 (der overføres 10 mio. kr. til kommunerne og 10 mio. kr. til regionerne).
- **Benyttelse af PRO-data** (patientrapporterede oplysninger) til at samarbejde om patientcentreret behandling inden for hjerterehabilitering og diabetes. Parterne gennemfører derfor en række piloter i 2020 med henblik på at forberede national udbredelse.
- Digitalt sundhedskort: Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at udvikle et **digitalt sundhedskort** til de borgere, som ønsker det. På sigt skal relevante offentlige ID-beviser være digitale.



Governance, samarbejdet i Region Midtjylland



Sundhedsstyregruppen den 3. maj 2019:

- Sundhedsstyregruppen godkendte at nedsætte den fælles styregruppe for telemedicinske og digitale løsninger (STOD)
- Infrastrukturen til TeleKOL og TeleSÅR skal også kunne anvendes bredt set til kommende projekter
- Styregruppen skal arbejde indenfor rammerne af de strategier, der udspringer fra sundhedsstyregruppen, nationalt og med en tæt sammenhæng til FSC (Fælles Service Center), og STOD skal også håndtere digitale sundhedsydelse / behandlingsstøtte, og ikke kun telemedicin
- Psykiatrien skal have en plads i STOD.

Aktuelle sundheds-it-projekter i den midtjyske region

- **Implementering af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (udrulning i 2020)**
 - Spor 1: Økonomi
 - Spor 2: Teknik og IT-infrastruktur
 - Spor 3: Det sundhedsfaglige spor
 - Spor 4: Uddannelse/kompetenceudvikling
 - Spor 5: Driftsøkonomi og programudgifter (fordeling mellem region og 19 kommuner)
- **Fælles Servicecenter (FSC)**
 - Support til telemedicinsk sårvurdering (og stomi)
 - Kommende leverandør af service, support og logistik til telemedicinsk hjemmemonitorering (TeleKOL)
 - Potentiel leverandør af rådgivning, support og logistik vedr. produkter til hjemmebehandling (stomi produkter)
- **Hjerte-Kom-Midt**
 - Systematisk opsamling af kliniske kommunale data på hjerterehabiliteringsområdet
 - Forgangsprojekt frem mod skabelsen af kommunal gateway til indberetning og visning af kommunale sundhedsdata.
 - Erfaringerne kan overføres på andre områder – eksempelvis rehabiliteringsforløb til borgere med KOL.
- **SAMBLIK (Steno Diabetes Center Aarhus/Landsdelsprogram for TeleKOL)**
 - "Samblik" bygger videre på de store nationale projekter "Et Samlet Patientoverblik" og "Digitale forløbsplaner i Almen Praksis".
 - skal styrke muligheden for at samarbejde om patienternes behandling/pleje, der bliver udført både hos egen læge, på hospitalet og i den kommunale sygepleje.
 - Historisk overblik over kliniske målinger samt aftalte behandlingsmål (information om ændringer af mål), over kontakter i sundhedsvæsenet (hospital, almen praksis, øjenlæge, fodterapeut) og diagnoser, der er relevante for det konkrete behandlingsforløb.
- **Arbejdsgruppe om IT og kommunikation på psykiatriområdet (i regi af Den Nære Psykiatri)**
 - Skabe rammerne for en bedre tværsektoriel kommunikation
 - Fokus på både tekniske og organisatoriske barrierer som kan stå i vejen for en velfungerende kommunikation mellem hospital, kommuner og almen praksis



*MTIC er en central sundhedsinnovationsplatform i Danmark
- der skaber og driver innovationssamarbejder på tværs af
erhverv, hospitaler, kommuner og videninstitutioner til gavn for
borgere og samfund*



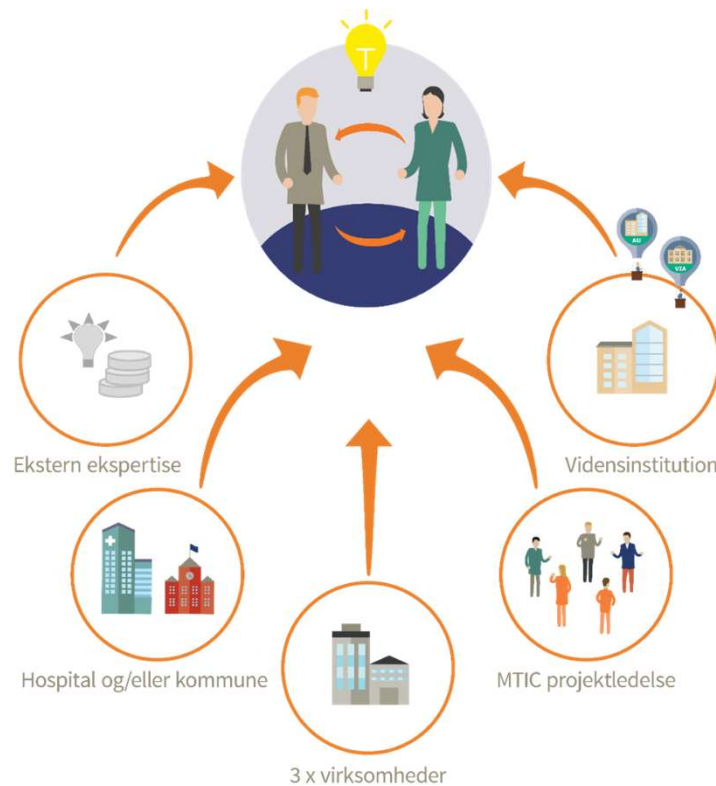
MTIC tapper ind i behov kommunerne har ...

- Mangel på hænder
- Borgeren mere i spil - egenmestring
- Bedre sammenhængende forløb – mere integreret sundhedsvæsen
- Forebyggelse

... til fordel for borgeren

MTICs hovedopgave er at få skabt teknologiske løsninger i samarbejde med virksomheder og brugere, der kan være med til at understøtte udfordringer og ambitioner

Kommunale effekter gennem samarbejde med MTIC



Kommuner

- Virksomhedssamarbejde (OPI)
- Udvikling af løsninger til identificeret behov
- Tværsektorielt samarbejde (privat-offentlig-viden)
- Praktiske innovationskompetencer
- En platform, der faciliterer viden og netværk på tværs
- Fundraising til innovations- og forsknings- projekter
- Adgang til specialiserede projektledere med erfaring fra både privat og offentlig sektor
- Opbygning af infrastruktur til udnyttelse af nye teknologier (fx Telemedicin, sundhedsdata)
- Private arbejdspladser

MTIC lykkes bedst hvor

- Der er deltagelse i netværk og en nysgerrighed efter nye løsninger
- Der er forventninger om at løsninger kan skaleres op
- Der er feed-back til de niveauer, der er nødvendige for at samarbejde på tværs af organisationen – driftschef, direktørniveau etc.
- Der er et internt set-up omkring idescreening – således at de projekter man går i gang med har en vis validering – og der er strategisk opbakning til at gå i gang med at løse dem gennem et innovationssamarbejde
- Der er en accept af at innovation kræver dristighed og er en langstrakt proces.
- Der er åbenhed i forhold til organisatoriske tiltag - ændring i arbejdsgange, arbejdsdeling og ressourcefordeling.
- Innovation først ses som en succes, når resultater er implementeret i driften og værdiskabelsen realiseret.

MTIC - Fremover

MTIC vil i den kommende tid gerne arbejde med kommunerne om en forventningsafklaring til samarbejdet.

- Skal MTIC benytte klyngesamarbejderne som pipeline til projekter?
- Skal MTIC være i højere grad være hængt på det strategiske niveau?
- Skal MTIC samarbejdet være baseret mere på strategiske samarbejder på udvalgte områder



Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

- status og perspektiver

DKS den 18. september 2019



Udgangspunktet for TeleKOL-projektet

- **ØA 2016 og ØA 2018:**

- Kommuner og regioner forpligtet sig til udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til alle relevante borgere med KOL.

- **TeleCare Nord:**

- Vurdering af effektiviteten og omkostningseffektiviteten
- TeleCare Nord var ikke generelt omkostningseffektiv for alle omfattede KOL-patienter
- Men der var et potentiale ved at målrette løsningen til patienter med svær KOL (GOLD 3)



- **Business Case fra PA Consulting:**

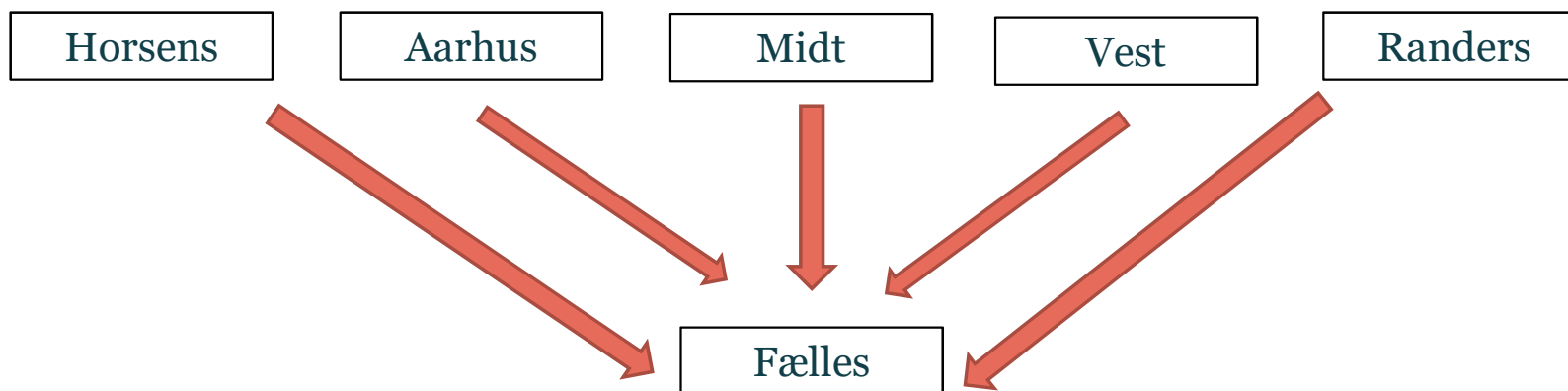
- Akkumuleret nettopotentiale over 5 år (GOLD 3 og 4) på 507 mio. kr.

- **Mål**

- Færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg.
- Oplevelse af øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet og tryghed i hverdagen samt øget sygdomsmestring.
- Brugervenlighed
- Styrke samarbejdet om at levere telemedicinsk hjemmemonitorering
- Sikre sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af sektorer + det nære sundhedsvæsens rolle
- Fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer
- den telemedicinske løsning til borgere med KOL har et generisk potentiale, som kan benyttes på andre kroniske sygdomsområder".

Organisering af telemedicinsk hjemmemonitorering i Midtjylland

Monitoreringsenheder etableres i hver klynge i dagtid (hverdage)



Der er én fælles monitoreringsenhed i vagttid (øvrige)



Organiseringen er drøftet og godkendt på Sundhedsstyregruppens møde den 23. maj 2018.

Den sundhedsfaglige indsats

Målingshyppighed:

- Fastlægges ud fra en klinisk vurdering
- 2-3 gange om ugen
- Hurtig opfølgning på målingen

Organisering:

- Et tværsektorielt TeleKOL Center
- TeleKOL centre i hver af de 5 klynger
- Kommunal organisering

Løsning: Klyngebaseret i dagtid. Et fælles center i vagttid.

Udfordring:

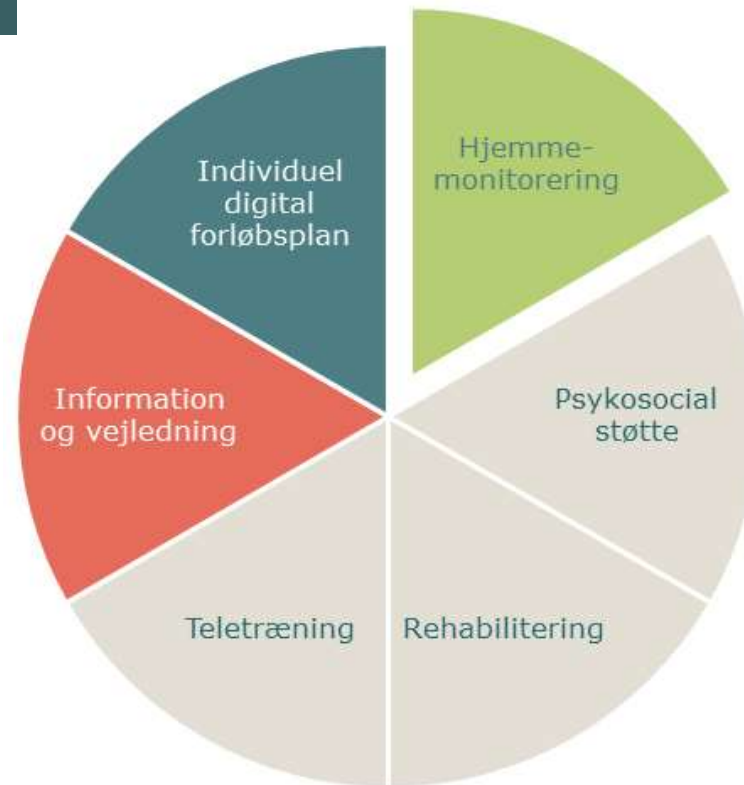
- Økonomi til sundhedsprofessionelle intervention
- Lægekapacitet





Den sundhedsfaglige indsats

Fælles tilbud



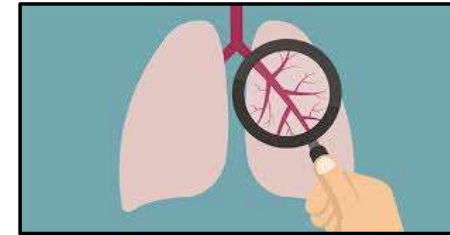
Patienter med svær/meget svær KOL tilbydes hjemme-monitorering:

- Mange symptomer / eksacerbationer / indlæggelse for KOL det sidste år
- FEV1 <50 % og/eller i iltbehandling
- Angstproblematikker

Lokale tilbud



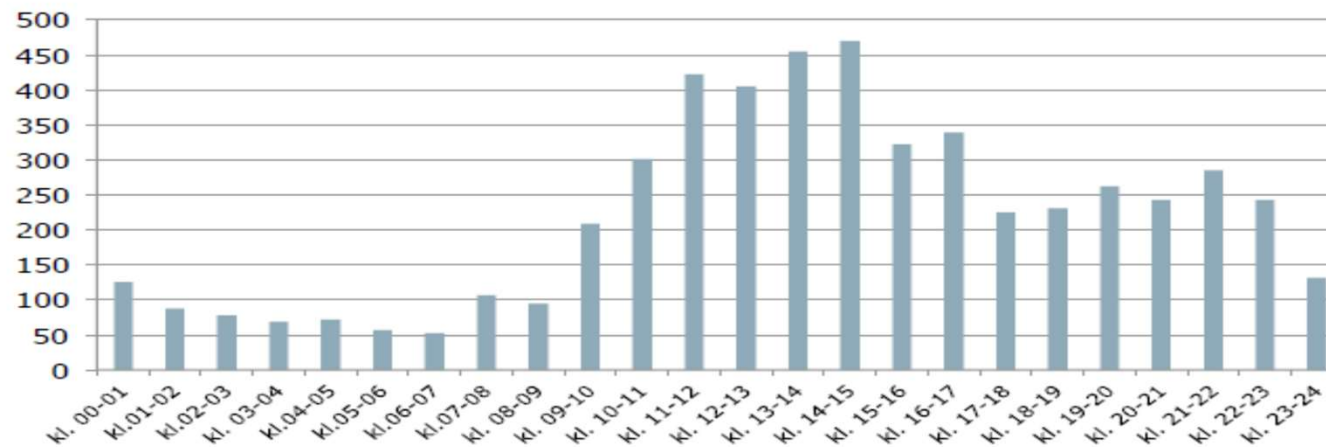
Opgave- og ansvarsfordeling ift. telemedicin til borgere med KOL



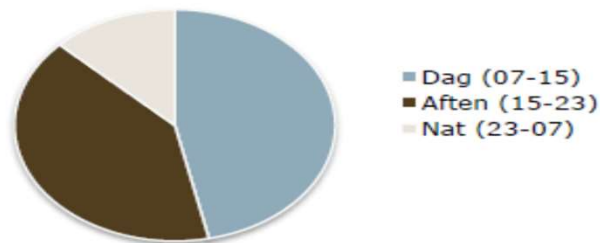
Opgave	Kommune	Almen praksis	Hospital	Monitorerings-enhed	FSC
Identifikation	•	•	•	•	
Motivation til telemedicin	•	•	•	•	
Henvisning		•	•		
Sundhedsfaglig opstart			•		
Teknisk opstart og support					•
Behandlings-ansvar			•		
Overvågning og opfølgning på målinger				•	
Årskontrol			•		

Akutte indlæggelser af borgere med KOL

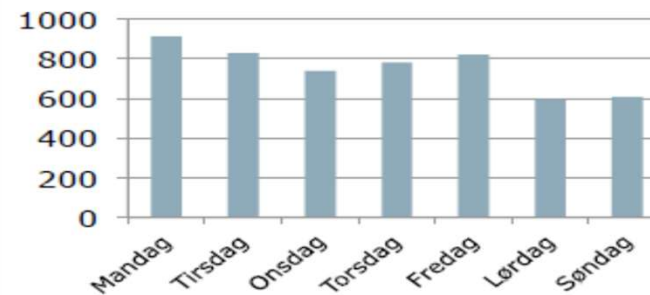
Antal akutte indlæggelser i 2016 fordelt på klokkeslet



Antal akutte indlæggelser i 2016 fordelt på vagtlag

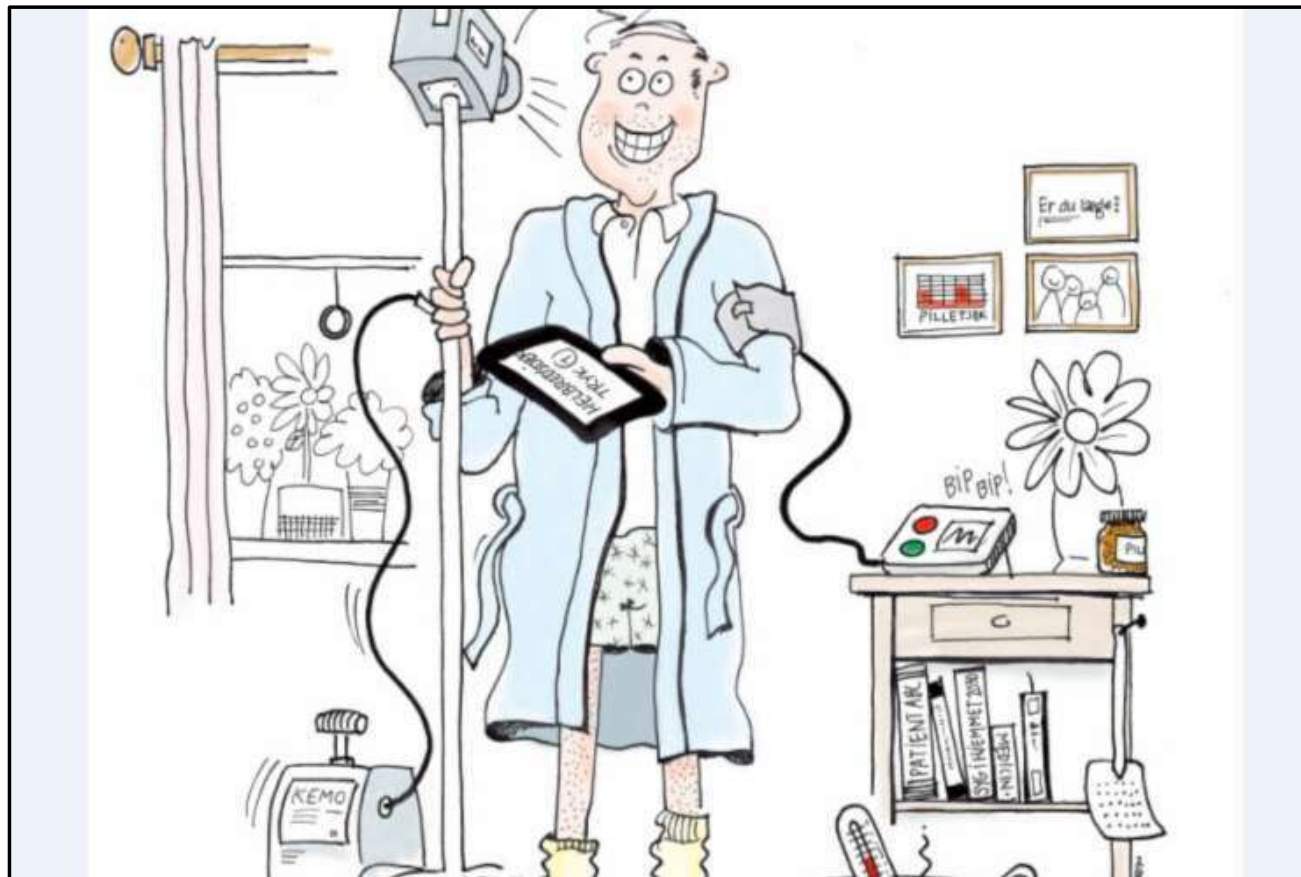


Akutte indlæggelser i 2016 fordelt på ugedag





Den tekniske understøttelse af telemedicinsk hjemmemonitorering - og en forudsætning for det nære sundhedsvæsen





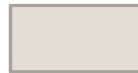
Du er her: [Forside](#) **Ambitiøs investering i telemedicin**



NYHEDER

- [→ Pressekontakt](#)
- [→ Om hjemmesiden](#)
- [→ Privatlivspolitik](#)
- [→ Abonner på nyheder](#)
- [→ Lovstof](#)
- [→ Publikationer](#)

Ambitiøs investering i telemedicin



PRESSEMEDDELELSE - Regeringen vil sætte skub i udbredelsen af telemedicin og har afsat 80 mio. kr. til en national handlingsplan. Kommunernes Landsforening og Danske Regioner er tilfredse med, at der nu sættes fart på de telemedicinske løsninger.

Telemedicin skal være en integreret del af fremtidens sundhedsydelser. Det er både regeringen, KL og regionerne enige om, og derfor investerer regeringen nu 80 mio. kr. i en national handlingsplan for udbredelsen af telemedicinske løsninger. Dertil kommer et betydeligt bidrag fra regioner og kommuner.

I de kommende år står det danske sundhedsvæsen over for store økonomiske udfordringer. Og telemedicinske løsninger er et oplagt middel til at øge kvaliteten i behandlingen og højne patienternes tilfredshed – for færre ressourcer.

LINK TIL PJECE:



[Hent pjece - handlingsplan](#)



FINANSMINISTERIET

Aftaler om den komm

Sundh

Landsd

Med afs

enige or

borgere

Udbrede

som me

ring. De

national

Der udm

2019 af

vendes

og til samlet porteføljestyrelse og monitorer

Primo 2016 beregnes en business case fo

POLITIKEN

DANMARK

KULTUR

DEBAT

KLIMA

INTERNATIONALT

SPORT

FORBRUG OG LIV

IBY

MEN

Når man har svært ved at få luft, som KOL-patienter har, kan det være en lettelse at slippe for besøget på sygehuset, v

SYGDOM 18. NOV. 2015 KL. 09.56

LÆS ARTIKLEN SENERE



KOL-patienter skal have behandling i hjemmet





Fra fem til en ... FUT

(Fælles Udbud og Udvikling af Telemedicin)

Fra lokale til nationale løsninger

Fra fem landsdelsprogrammer til:

Et fælles fundament – infrastruktur

Ligesom Støttesystemerne (KOMBIT)

Fælles udbud på vegne af
98 kommuner og 5 regioner

Infrastrukturen kan - og
skal - bruges til meget
mere.





FUT - Fælles Udbud og Udvikling af Telemedicin

Fælles udbud

- Udbud af én infrastruktur til telemedicinske løsninger
- Udbud af rammekontrakter til telemedicinske løsninger
 - 5 borgerrettede
 - 3 medarbejderrettede

Fælles gennemførselsprojekt

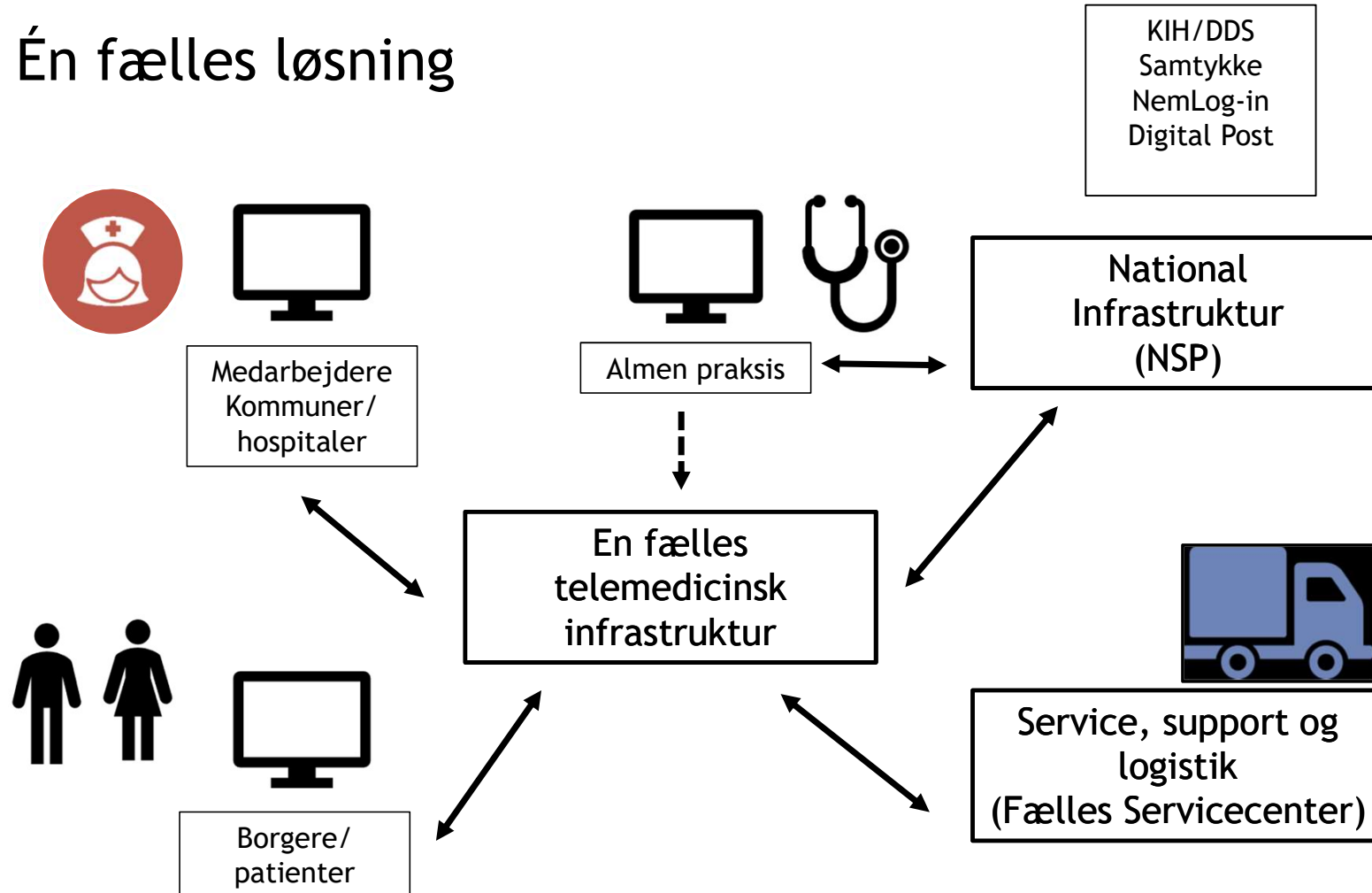
- Leverandørstyring og modtagelse/test af
 - en infrastruktur
 - telemedicinske løsninger til KOL
- Idriftsættelse og overdragelse til forvaltning Fælles forvaltning
- Forvaltning af det idriftsatte (Fælles Offentlig Systemforvaltning)





Telemedicinsk infrastruktur

Én fælles løsning





Perspektiver

Infrastrukturen er bygget generisk

Kan udvides

Nye områder kan tilsluttes

Regeringen, KL og Danske Regioner endvidere enige om at fortsætte arbejdet med telemedicinsk tilbud til borgere med hjertesvigt i regi af den nationale bestyrelse for sundheds-it.

Kilde: ØA20



10.52 4G

telemet-medarbejderlogin-test.

KOMBIT

Log In


adgangsstyring

bsk

New user? [Register](#)

10.53 4G

fkadfs.favrskov.dk



Favrskov
Kommune

Log på med din organisationskonto

nogen@example.com

Adgangskode

Log på

© 2016 Microsoft

10.53 4G

saml.test.rm.dk

Log ind
regionsID

Adgangskode

Login

[Jeg har glemt min adgangskode](#)



Telemedicinsk løsning til borgere og medarbejdere

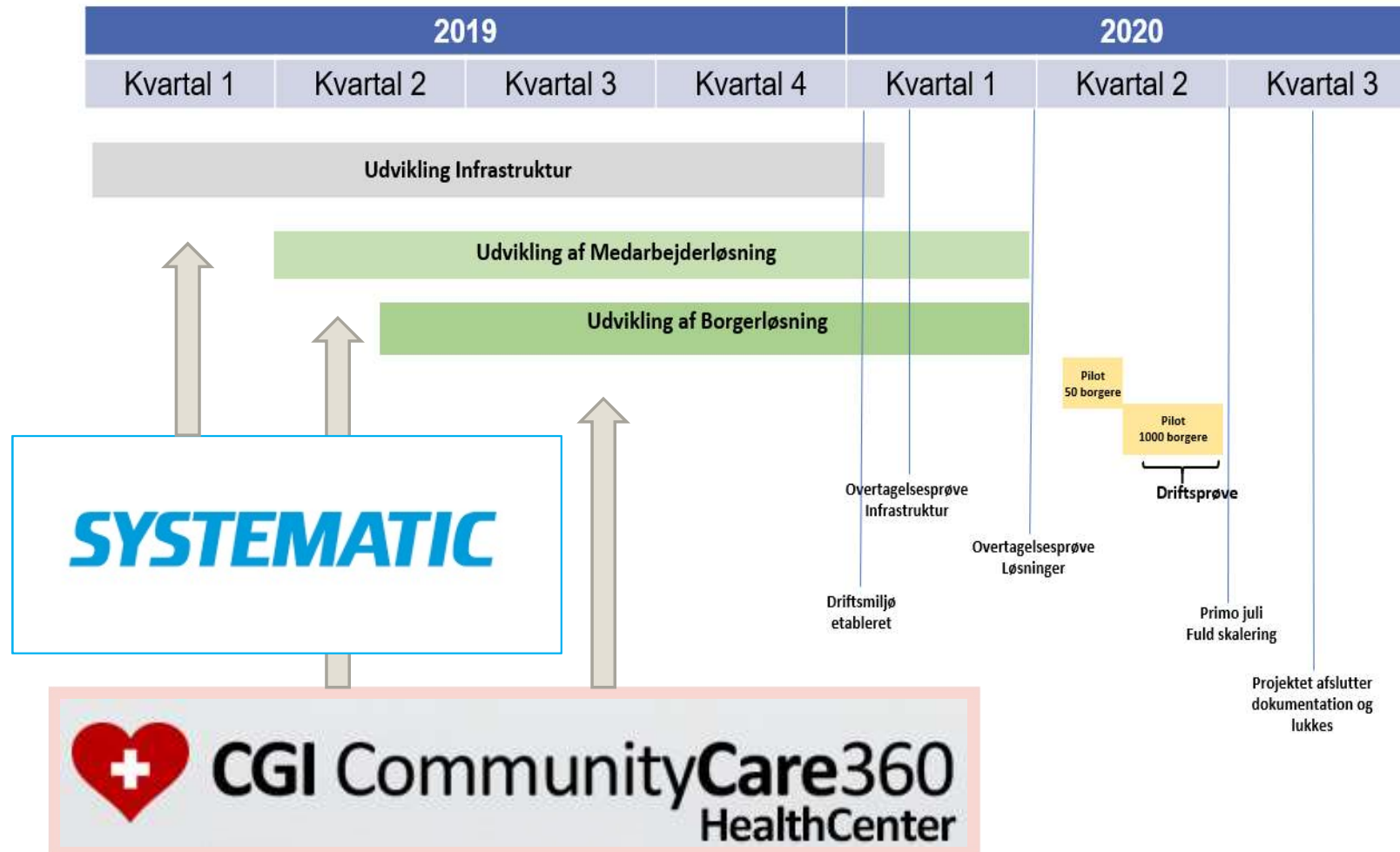
Indkøb af telemedicinske løsninger til borgere og medarbejdere på tværs af kommuner og regioner.

En fælles løsning skal gøre det lettere for medarbejdere at samarbejde på tværs af sektorer.

Der er etableret 2 indkøbsfællesskaber i hhv. Vest (Midt, Syd og Nord) og Øst (Sjælland og Hovedstaden).

Som alle valgte samme leverandør!

FUT tidsplan september 2019



CGI CommunityCare360
HealthCenter



Justerede milepæle for Midtjylland

	Før	Nu	Bemærkninger
Pilot-test (50 ptt.)	29/11-2/3 2020	6/4-17/5 2020	Fra 9 til 5 uger
Pilot-afprøvning (1000 ptt)	3/3-26/4 2020	18/5-28/6 2020	Fra 7 til 6 uger
Idriftsættelse / "go-live" fastsat af FUT	27. April 2020	29. Juni 2020	
"Go-live" i Midt	1. Maj 2020	15. aug. 2020	
10% inklusion (125 ptt.)	1. Juli 2020	1. okt. 2020	
50% inklusion (625 ptt.)	1. dec. 2020	1. april 2021	
80% inklusion (1000 ptt.)	31. dec. 2020	-	
95% inklusion (1187 ptt.)	1. April 2021	1. okt 2021	



Økonomi for telemedicinsk hjemmemonitorering

Status på de økonomiske nøgletal for kommunerne:

Kommune (antal borgere)	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.
Samlet for kommunerne (1.320.678)	1250	10,9	14,2	9,65
Omkostning pr. borger i kr.		8,25	10,75	7,30





Økonomi for telemedicinsk hjemmemonitorering

Samlede investeringsomkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland			
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Fordeling	Kommuner
Telemedicinsk infrastruktur	3,8	30/70	1,2
Nationalt Gennemførelsesprojekt	2,2	35/65	0,75
Medarbejderrettet it-løsning	1,6	35/65	0,55
Borgerrettet it-løsning	1	35/65	0,35
"On-premise" driftsløsning	1,3	35/65	0,45
Snitflade/integration til EPJ mm. (engangsudgift)	2	0/100	0
Snitflader/integrationer EOJ mm. (engangsudgift)	2	100/0	2
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (engangsudgift)	3	50/50	1,5
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	50/50	2
Indkøb af udstyr/devices	6	35/65	2,1
Total	26,9		10,9
Implementeringsomkostninger (drift)			
Implementeringsressourcer region	3,4	0/100	0
Implementeringsressourcer kommuner	10,4	100/0	10,4
Programsekretariat	2,8	35/65	1
Undervisning af borgere med KOL	1	100/0	1
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	2	65/35	1,3
Øvrige udgifter til kompetenceudvikling, e-læring mm.	1	50/50	0,5
Total	20,6		14,2
Løbende årlige driftsudgifter (år n ved fuld implementering)			
Fælles offentlig systemforvaltning	1,3	35/65	0,45
Drift af telemedicinsk infrastruktur	4,1	35/65	1,45
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	35/65	0,45
Drift af borgerrettet løsning	1,8	35/65	0,65
"On-premise" løsning	0,8	35/65	0,3
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner	9,9	50/50	4,95
Service, support og logistik (FSC)	1,5	50/50	0,75
Løbende fornyelse af devices	0,6	35/65	0,2
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	0,2	65/35	0,15
Løbende undervisning af nye borgere	0,3	100/0	0,3
Total	21,8		9,65



”Samblik” - den digitale forløbsplan

EPJ 2

https://duckwise.invisionapp.com/share/GBQRDXIQUYP#/screens/349761277

Bitten Kjersgaard, Medicinsk Sengafdeling Viborg - HEM (66.30.04.1)

Funktioner Booking Mediclinks Administrator Hjælp

Doktor Martens 101 år
Ingen kontakt valgt

Discretion

RM15 UV (Alpaca) - RM15P2H1 samt Bookplan 2014.0.1.3_SR

ter

tater

breve

ger

soner

oversigt

Nancy Ann Berggren
CPR nummer
010254-1234 (64 år)

SAMTYKKE GIVET
Diabetes

SAMTYKKE GIVET
Hjertesygdom

INTET SAMTYKKE
Graviditet

INTET SAMTYKKE
KOL

in Made in InVision

23:51
17-09-2019