

### **Til Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland**

*Tak for henvendelsen, som vi kommunalt har drøftet blandt kommunerne i KOSU med henblik på hurtig afklaring af jeres spørgsmål.*

*Vi vil gerne indgå i en videre dialog, og håber at det vil være muligt at forelægge forslag til en kommende retningslinje for DKS på møde den 11. februar, hvor alle 19 kommuner er repræsenteret på direktørniveau.*

*Kommunerne deler fuldt ud forståelsen af, at det er bedst for borgere med demens og borgere, der er kognitivt svage, som bor på kommunalt plejecenter/institution, at de kan blive i eget hjem, hvor de er mest trygge og kender personalet. Kommunerne strækker sig langt for, at isolation i eget hjem kan foregå frivilligt med kendt personale. Erfaringerne fra perioden med COVID-19 viser, at det i vidt omfang lykkes at skabe løsninger med frivillig isolation i eget hjem for de pågældende borgere.*

*I tilfælde hvor isolation i eget hjem eller kommunal isolationsbolig med kendt personale ikke er muligt, og det bliver nødvendigt med tvangsisolation, er det regionens ansvar at stille egnede faciliteter til rådighed.*

*I forhold til hjemløse og andre udsatte borgere er kommunernes tilgang, at disse borgere får samme adgang til kommunernes isolationspladser som øvrige borgere. Adgangen til isolationspladser indbefatter dog, at de kan overholde de regler der gælder for stedet og tage vare på sig selv (hvilket gælder alle borgere der gør brug af kommunale isolationspladser). En problematik vi har oplevet i denne forbindelse, knytter sig til borgere med stoftrang, hvor det kan være nødvendigt at gøre brug af tvangsisolation. Det er vurderingen, at her er det regionens ansvar at stille egnede faciliteter til rådighed, hvis de gængse isolationspladser ikke er tilstrækkelige, og der bliver behov for tvangsisolation. Det er dog væsentligt, at der skal både en behandlings- og en pædagogisk indsats til.*

*Generelt er kommunerne af den opfattelse, at kommunerne har ansvar for at etablere løsninger i frivilligt regi i forhold til isolation, så borgerne i videst muligt omfang kan blive i eget hjem.*

*Kan dette ikke opnås, så der bliver behov for tvangsisolation, vil det være et regionalt ansvar at tilvejebringe faciliteter til dette (jf. §16).*

*Da den kommende epidemilov også tænkes at skulle dække evt. kommende epidemier, er det væsentligt at fremhæve, at de faciliteter og isolationspladser, der er etableret af kommunerne i den nuværende COVID-19 situation, ikke vil være tilgængelige på et længere sigt. Kommunernes muligheder og nuværende setup i forhold til at kunne rumme borgere i frivillig isolation, vil således ikke være et fast beredskab.*

*Det foreslås at der rettes henvendelse til KL og Danske Regioner om epidemilovens §17, hvor der er behov for en nærmere afklaring af hhv. kommunalbestyrelsernes og regionsrådenes ansvar, så det er afklaret til evt. kommende epidemier.*

*På vegne af KOSU*

## Notat: Præcisering af kommunale forventninger til beredskabslægers dækning af kommunale beredskabspladser i forbindelse med fase 3 (COVID-19) i Region Midtjylland.

Dette notat præciserer de i *Rammeaftale om ekstraordinære tidlig udskrivelser (fase 3) under COVID-19 epidemien* (29. juni 2020) aftalte forhold vedr. beredskabslægers lægedækning af de kommunale beredskabspladser. Rammeaftalen bygger ovenpå den midlertidige nationale aftale om lægedækning af kommunale akutpladser under COVID-19 (12. maj 2020)

### *Beredskabslægen – fysisk fremmøde og video-konsultationer.*

Af rammeaftalen fremgår, at beredskabslægen skal stå for lægedækningen af de kommunale beredskabspladser på hverdage i dagstid indtil kl. 16. Af den nationale aftale fremgår det, at beredskabslægen, i udgangspunktet på hverdage skal foretage fysisk tilsyn af beredskabspladserne. Herudover står beredskabslægen til rådighed for det kommunale personale via telefon og video. Med afsæt i de to indgåede aftaler, er det de midtjyske kommuners opfattelse, at der skal være mulighed for fysisk tilsyn ved en beredskabslæge på de kommunale beredskabspladser, hvis den kommunale sygeplejerske vurderer det nødvendigt. Det betyder ikke, at der er en forventning fra kommunal side om, at beredskabslægen dagligt møder op på beredskabspladserne og fører tilsyn medmindre der er et behov herfor. Kommunerne finder det hensigtsmæssigt, at der er mulighed for telefonisk- og videokonsultationer med beredskabslægen i de tilfælde, hvor det vurderes som sufficient og fagligt forsvarligt.

### *Tværkommunale beredskabslæger*

Med udgangspunkt i de udfordringer, der er med rekruttering af beredskabslæger opfordre de midtjyske kommuner til at se på mulighederne for tværkommunale beredskabslæger, som understøtter flere kommuner samtidigt ved f.eks. at samle borgere fra flere kommuner på én kommunes beredskabspladser. Der er gjort erfaring med en sådan model i Horsens klyngen, hvor Skanderborg Kommune beredskabspladser også dækker borgere fra de øvrige tre kommuner i klyngen.

### *Journalføring*

Der er i uge 3 åbnet op for, at det kommunale personale og beredskabslæger kan se sundhedsjournalen vedrørende de borgere, der udskrives til de kommunale beredskabspladser pga. af øgede pres på sygehusene. Der mangler imidlertid en afklaring af i hvilket system beredskabslægerne skal føre journal. PLO-M undersøger mulighederne for at anvende vagtlægernes journalsystem og herunder beredskabslægerne mulighed for at se svar på blodprøver og EKG. Det er kommunernes opfattelse, at afklaring af beredskabslægernes systemiske muligheder for journalføring er et anliggende mellem regionen og PLO.

### *It-udstyr*

Nogle kommuner vil kunne tilbyde beredskabslægen at benytte kommunale computer til via en Citrix-løsning at kunne tilgå de relevante journalsystemer, når de har fysisk fremmøde på beredskabspladserne. Der er endnu ikke nogen afklaring heraf.

### *Blodprøver og EKG*

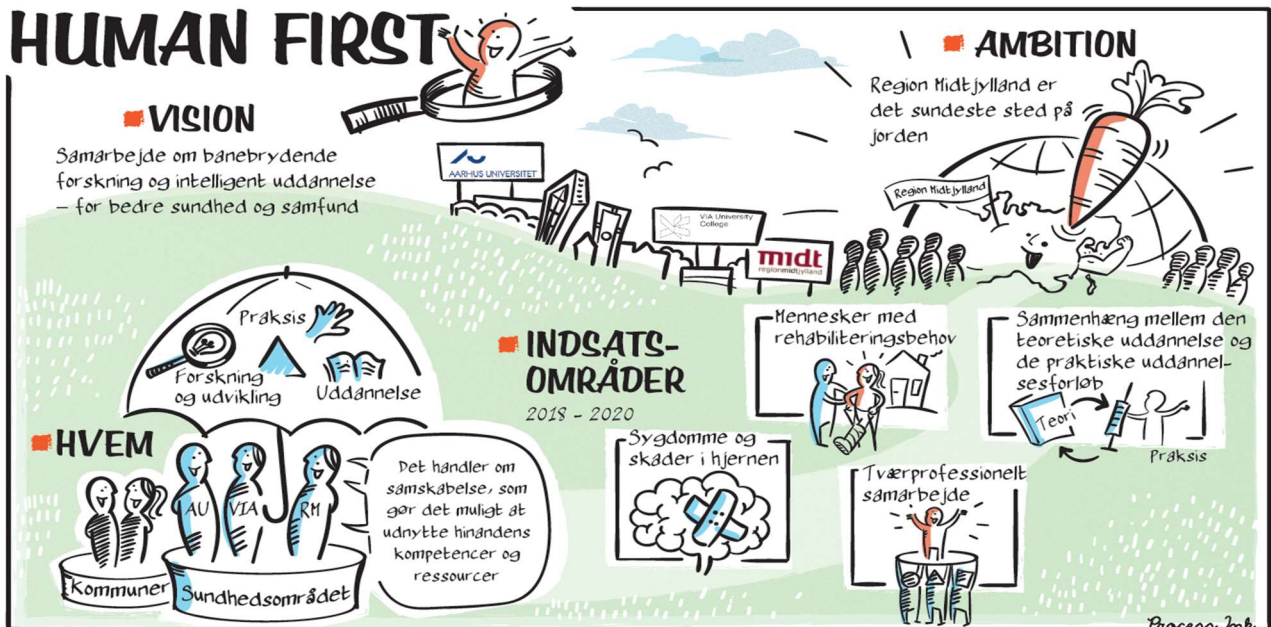
Af rammeaftalen fremgår det entydigt, at det påhviler hospitalerne at bistå kommunerne med blodprøvetagning og EKG for borgere på de kommunale beredskabspladser. Hospitalerne har muligheder for at tilbyde oplæring af det kommunale personale til opgaverne og kommunerne opfordres til at gøre brug heraf. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at det for kommunerne er en kan-opgave og ikke noget krav.

### *Medicin på beredskabspladser*

Der er i arbejdet med beredskabspladserne blevet peget på det hensigtsmæssige i, at der i forbindelse med pladserne etableres en medicinkasse med de mest essentielle præparater til beredskabslægenes behandling. PLO-M udarbejder derfor en liste over de præparater, som man vil finde relevante til en medicinkasse. Juridisk set vil etableringen af en medicinkasse ved de kommunale beredskabspladser kræve en dispensation fra gældende lovgivning. En sådan dispensation vil skulle søges hos Lægemiddelstyrelsen. Der har tidligere været givet en dispensation til medicin i den kommunale sygepleje i forbindelse med et frikommune forsøg i frikommunenetværket, der består af Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune og Rudersdal Kommune

# Sundhed og forskning i det nære

De midtjyske kommuners indspil om modeller for samarbejde og rolle i partnerskabet Human First



## Indhold

1. Rammen for Human First .....	2
2. Ny partnerskabsaftale – ny mulig rolle for kommunerne .....	2
3. Kommunernes ønsker til Human First samarbejdet .....	2
4. Hvorfor skal kommunerne engagere sig i Human First? .....	2
5. Forskningslandskabet .....	3
6. Kommunernes engagement og rolle ind i Human First .....	4
7. Faser for kommunernes deltagelse .....	4
8. Uddybning af elementerne i de tre faser .....	5
9. Organisering .....	6
10. Kommunernes økonomi til deltagelse i Human First .....	6

## 1. Rammen for Human First

Human First er en fælles platform for strategisk udvikling og implementering af forskning i det nære sundhedsvæsen i den midtjyske region. Samarbejdet bidrager til:

- Et samarbejdende sundhedsvæsen hvor forskere, praktikere og undervisere er integrerede i hinandens organisationer, der udvikler og udbreder de bedste sundhedstilbud til borgerne
- En øget forskningsindsats, hvor der systematisk indsamles data og sikres mulighed for udveksling heraf, så ny viden om fx effekten og kvaliteten af de sundhedsfaglige indsatser kan inddrages i medarbejdernes hverdag og kan omsættes til positive forandringer for borgerne

Der er for nuværende tre indsatsområder i Human First:

1. Sygdomme og skader i Hjernen
2. Mennesker med behov for rehabilitering
3. Sammenhæng mellem teoretisk og praktisk uddannelse

Alle tre indsatsområder er relevante i en kommunal sammenhæng – ikke mindst indsatsområdet om rehabilitering i takt med at flere opgaver skal løses i kommunerne indenfor kroniske sygdomme og den aldrende befolkning.

De prioriterede indsatsområder i Human First vil løbende kunne udvikles eller omprioriteres til nye indsatsområder.

## 2. Ny partnerskabsaftale – ny mulig rolle for kommunerne

Den nuværende partnerskabsaftale gælder frem til 1. juli 2021. I denne aftale har kommunerne en observatørrolle i styregruppen uden formel indflydelse på partnerskabets prioritering af forskningsemner.

Den kommende aftale åbner muligheden for at kommunerne kan gå ind i en mere aktiv rolle som ligeværdige partnere i Human First samarbejdet og få formel og direkte indflydelse på forskningsemner, samarbejdsform og formidling af viden ud i kommunal praksis.

## 3. Kommunernes ønsker til Human First samarbejdet

På styregruppemødet i Human First d. 19. november gav styregruppen og repræsentanter for koordinationsudvalgene input til en ny partnerskabsaftale. Kommunernes bidrag var bl.a.:

- At visionen for Human First i højere grad skal afspejle samarbejdet om at starte og slutte ved borgerne ved:
  - at forskningsspørgsmål udspringer fra borgernes hverdag
  - at forskningsresultater løbende bliver videreformidlet og anvendt i praksis
- At styrke fokus på at det politiske og strategiske niveau kontinuerligt engageres i værdien af forskning og får viden om forskningsprocesserne

## 4. Hvorfor skal kommunerne engagere sig i Human First?

### Det nære sundhedsvæsen

En højere grad af engagement fra kommunernes side i Human First vil være en platform for at udvikle kvaliteten i kommunernes sundhedsopgaver. Det nære sundhedsvæsen står over for en række udfordringer, der bl.a. kræver, at kommunerne styrker opbygningen af evidensbaseret indsatser, så vi giver borgerne og patienterne den pleje, behandling og rehabilitering, som vi ved virker.

Med en kommende sundhedsreform forventes det, at praksisnære forskning og kvalitetsudvikling i det nære sundhedsvæsen vil få et stort fokus og øge kravet til vidensgrundlaget for indsatser. Det handler fx om at tilbyde mere sammenhængende borgerforløb eller forbedre borgernes funktionsevne, så de i højere grad oplever at kunne mestre eget liv og udføre de aktiviteter, som skaber øget livskvalitet for dem.

## Koordination og samarbejde

Human First bidrager til at styrke koordinationen og samarbejdet i sundhedsvæsenet og derved sikre øget tilgængelighed og nærhed for borgerne.

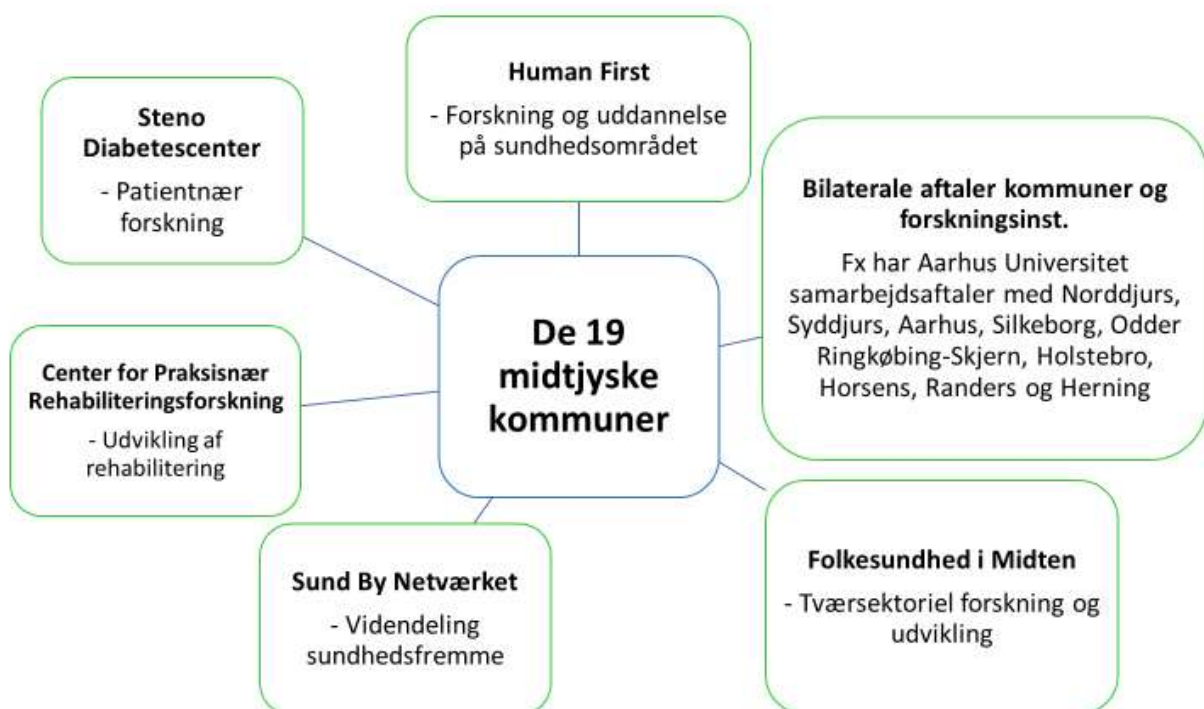
De fælles udfordringer i sundhedsvæsenet fordrer praksisnær og anvendelsesorienteret forskning. Det kan vi i kommunerne bidrage til, og den viden der springer ud af forskning, kan vi i højere grad end nu implementere i praksis. Løsningen af de store sundhedsudfordringer kræver et stærkt samarbejde på tværs af fagligheder, sektorer og videnskab samt flere målrettede og differentierede indsatser baseret på bedste tilgængelige evidens.

Kommunerne kan via Human First deltage i relevante både udviklings- og forskningsaktiviteter, og have en vigtig rolle ift. at stille organisationen og empiri til rådighed i konkrete udviklings- og forskningsprojekter. Det giver et godt grundlag for at implementere ny viden i praksis.

## **5. Forskningslandskabet**

Human First er et af de centrale forskningssamarbejder i Region Midt, hvor kommunerne deltager. Deltagelsen i Human First komplementerer de øvrige forskningssamarbejder.

Herunder er et overblik over forskningslandskabet på sundhedsområdet, hvor de midtjyske kommuner indgår og deltager på forskellig vis.



- Human First – Partnerskab om forskning og uddannelse på sundhedsområdet mellem Aarhus Universitet, Region Midtjylland og VIA. Kommunerne deltager med observatører i styregruppe, medformænd og deltagere i projektspor
- Steno Diabetescenter Aarhus – Praksisnær forskning i diabetes. Særlig fokus på tværsektorielt samarbejde på diabetesområdet. En fælles kommunal plads i bestyrelsen, bilaterale samarbejder med bla. kommuner

- Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning – Samarbejdet mellem forskning og praksis skal sikre, at der skabes viden og spredes eksisterende viden, som har værdi for praksis såvel som for borgerne
- Folkesundhed i Midten – Tværsektoriel forskning og udvikling. Etableret af Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. Kommunal medformand og kommunale deltagere i prioriteringsudvalg
- Sund By Netværket – alliancer med vidensinstitutioner og omsætte viden til praksis via medlemkommunerne
- Flere kommuner og klynger har samarbejdsaftaler med Aarhus Universitet eller andre centrale forskningsinstitutioner (kan handle om andet end sundhed)

## 6. Kommunernes engagement og rolle ind i Human First

Kommunerne ønsker at indgå som ligeværdige medlemmer i Human First og derved få en stærkere og mere formaliseret rolle ind i samarbejdet. En mere formaliseret rolle vil være nødvendig for at styrke det kommunale aftryk og involvering i forhold til forskning i sundhed, herunder:

- a) At de midtjyske kommuner har indflydelse på valget af forskningsemner, der er relevante og anvendelige i praksis
- b) At de midtjyske kommuner har let adgang til at deltage i relevant forskning
- c) At de midtjyske kommuner kan indgå i såvel store som mindre forskningsprojekter over en kortere periode og relativt hurtigt se resultater
- d) At der sikres en direkte adgang til ny viden og forskning i, hvordan vi løser kerneopgaven for borgerne
- e) At der sikres et tæt samspil mellem teoretisk uddannelse og praksis på sundhedsområdet

## 7. Faser for kommunernes deltagelse

Det er givet, at de 19 kommuner er forskellige i interesser og ressourcer. Derfor indgår kommunerne også forskelligt i Human First samarbejdet med en høj grad af fleksibilitet, hvilket ligeledes vil gøre sig gældende for det fremadrettede samarbejde.

For nuværende prioriterer alle kommuner at medvirke til forskning og opsamle data til kvalitetssikring og forskning, som beskrevet i fase 1 herunder. Derudover har nogle kommuner prioriteret at være frontløbere og lægge yderligere ressourcer i samarbejdet og implementering for også at få øget værdi ud af den viden, der skabes i forskningsprojekterne (fase 2).

På sigt vil der være mulighed for at samarbejdet kan udvides med fase 3.

### Faser for deltagelse

Fase 1 (Obligatorisk):

- Alle kommuner stiller sig åbne overfor at byde ind med data, tid, viden og økonomi i det omfang den enkelte kommune har mulighed for det
- Alle kommuner indgår i at definere og prioritere forskningsemner og forholder sig aktivt til kommunernes rolle i Human First.  
Dette sker primært via drøftelser i DKS og sikrer, at kommunernes repræsentanter i Human First bestyrelsen har et dækkende mandat.
- Alle kommuner bidrager til løbende at drøfte og udvikle samarbejdsformen i regi af Human First. Det sker primært via drøftelser i DKS.

Fase 2 (Valgfri):

- Nogle kommuner deltager aktivt i forskningsprojekter og forpligter sig på at dele den viden, der er opnået gennem forskningsprojekterne med andre kommuner og øvrige interessenter – og gerne undervejs i forskningsprocessen

- Nogle kommuner engagerer sig i at udvikle modeller for feedback af viden fra forskningsprojekter til praksis. Det kan fx være i form af jævnlige videnssaloner eller workshops.
- Nogle kommuner engagerer sig i at udvikle og kvalificere behov for grunduddannelse og eftervidereuddannelse af sundhedspersonale.

Fase 3 (På sigt):

- De kommuner, der på sigt ønsker at styrke implementering af forskningsresultaterne i praksis, finansierer i fællesskab en central implementeringskonsulent og dedikerer timer til en lokal kontaktperson i egen kommunale organisation.

## 8. Uddybning af elementerne i de tre faser

Fase 1 (Obligatorisk):

### Prioritering af forskningsemner

En mere aktiv deltagelse i Human First vil indebære, at der fra kommunal side arbejdes med prioritering af fælles forskningsemner. Det vil stille kommunerne og det nære sundhedsvæsen stærkere i samarbejdet. Kommunerne koordinerer deres ønsker til forskningsfokus i regi af DKS-samarbejdet. Herfra gives det via de valgte repræsentanter videre ind i Human First. På samme vis formidles forskningsønsker fra Human First ind til kommunerne via DKS.

### Udvikling af samarbejdsformen

En tæt sammenvævning af forskning og praksis har været et ønske på sundhedsområdet i mange år, uden at nogen har fundet en generisk model, som fungerer for alle kommuner. Overordnet set kan vi se af erfaringerne fra regionerne, at en tæt sammenvævning af forskning, ledelse og klinisk praksis bevirker en bedre implementering af forskningsresultater i praksis.

Selve udvikling af samarbejdsformen mellem kommuner, region og forskningsinstitutionerne vil derfor være et særskilt fokus i Human First samarbejdet. I forlængelse af regionernes erfaring vil der være fokus på at få forskere tættere ud i den kommunale praksis, og der vil være fokus på at skabe kortere, mindre forskningsprojekter, hvor der er hurtigere tilbageløb af viden til kommunerne.

Fase 2 (Valgfri):

### Formidling af forskningsresultater

Kommunerne prioriterer at formidle forskningsresultater og praksiserfaringer i en form, så andre kommuner får adgang. Formidlingen sker i et tæt samarbejde med forskningspartnerne i Human First. Formidlingen kan have form af seminarer, kompetenceudvikling, oplæg for hhv. praktikere og ledelsesniveau samt skriftlige rapporter og artikler.

### Implementering af forskning i kommunal praksis

Kommunerne tager ansvar for at udbrede, formidle og forankre forskningsresultater i praksis. Partnerne i Human First er ansvarlige for at præsentere forskningsresultater i en form, som egner sig til at udbrede i kommunal praksis.

### Udvikling af uddannelse og kompetenceudvikling

Kommunerne bidrager til det eksisterende indsatsområde "Sammenhæng mellem den teoretiske uddannelse og de praktiske uddannelsesforløb".

Kommunerne bidrager til at kvalificere behov for efter- videreuddannelse blandt sundhedsmedarbejdere i kommunerne. Kommunerne indgår desuden i at udvikle og afprøve nye former for efter- videreuddannelse.



Fase 3 (På sigt):

#### Implementering af forskningsbaseret viden i praksis

For yderligere at styrke implementering af den forskningsbaserede viden ud i kommunal praksis, kan kommunerne overveje at finansiere en fælles implementeringskonsulent.

Implementeringskonsulenten er kommunernes bindeled ind til forskningsinstitutioner både i regi af Human First og øvrige videninstitutioner. Fokus er her at styrke arbejdet med at implementere eksisterende viden inden for sundhedsområdet i kommunal praksis. Viden som bidrager til at lave en bedre løsning af kerneopgaven.

Implementeringskonsulenten kender de enkelte kommuner, deres prioriteringer, udfordringer og styrker og målretter viden fra forskningsprojekterne direkte til den enkelte kommune. I samarbejde med den lokale kontaktperson, assisterer implementeringskonsulenten med at omdanne den forskningsbaserede viden til reel udvikling af praksis, fx ved at arrangere workshops og kompetenceudvikling i kommunerne.

### **9. Organisering**

Kommunerne har via KOSU valgt to repræsentanter til styregruppen i Human First. Hvis kommunerne vælger at indgå en partnerskabsaftale, hvor kommunerne er ligeværdige partnere, medfører det, at kommunerne desuden får en plads i formandskabet.

- Se organisationsdiagram for Human First: <https://www.human-first.org/siteassets/organisering/organisationsdiagram---human-first---09102020.pdf>
- Se kommissorium for hhv. styregruppe og formandskab her: [https://www.human-first.org/siteassets/organisering/kommissorium-for-styregruppen-for-human-first\\_15.-maj-2018.pdf](https://www.human-first.org/siteassets/organisering/kommissorium-for-styregruppen-for-human-first_15.-maj-2018.pdf)

De kommunale repræsentanter i hhv. styregruppe og formandskab refererer løbende tilbage til DKS og tager input fra DKS med ind i Human First.

De kommunale repræsentanter vil desuden danne en arbejdsgruppe med medarbejdere fra 2-3 kommuner samt fra KOSU-sekretariatet. Denne gruppe bruges til løbende at drøfte og tilrettelægge processer og forløb relateret til Human First deltagelsen, fx tilrettelægge drøftelser i DKS, oplæg til møder i formandsskabet mv.

### **10. Kommunernes økonomi til deltagelse i Human First**

Partnerorganisationerne i Human First afsætter årligt kr. 70.000 til det indsatsområde, som organisationen er tovholder for. Det betyder pt., at AU årligt leverer kr. 70.000 til indsatsområdet Sygdomme og skader i hjernen (AU er tovholder), RM leverer årligt kr. 70.000 til indsatsområdet Mennesker med rehabiliteringsbehov (RM er tovholder) og VIA leverer årligt 70.000 til indsatsområdet Sammenhæng mellem den teoretiske uddannelse og de praktiske uddannelsesforløb (VIA er tovholder). Herudover afsætter hver organisation et mindre beløb til drift af hjemmeside.

De tre nuværende partnerorganisationer finansierer hver timer til deltagelse i formandskab, styregruppe, koordinationsudvalg, projekter, strategisk projektledelse og sekretariat.

På linje med ovenstående er udgangspunktet, at kommunerne afsætter 70.000 kr. i fælles, kommunale midler til arbejdet i Human First. Herudover vil kommunerne skulle bidrage med ressourcer til de konkrete aktiviteter fx medgået tid for medarbejdere, lokaler mm.

**Aftale om drift og understøttelse af  
webportalen til indhentning af data vedrørende  
hjerterehabiliteringsforløb i 18 midtjyske kommuner**

**HjerteKomMidt**

11. januar 2021

## Indhold

1 Parterne .....	3
2 Aftalens baggrund og formål.....	3
3 Aftalens ikrafttræden og varighed.....	4
4 Fortrolighed.....	4
5 Ejerskab over webportalen til indhentning af data vedrørende fase 2 hjerterehabiliteringsforløb (HjerteKomMidt)....	4
6 Aftalegrundlag.....	4
6.1 Opgaven.....	5
6.2 Udlæsning og videregivelse af data til Dansk Herterehabiliteringsdatabase.....	5
6.3 Drift .....	5
6.3.1 Backup.....	5
6.3.2 Support.....	6
6.4 Datatilladelser.....	6
6.5 Dataudtræk.....	6
6.6 Aftalens ophør .....	7
7 Prisaftale .....	7
7.1 Finansiell fastpris-aftale.....	7
7.2 Timepris-aftale .....	8
7.3 Betaling.....	8
7.4 Erstatningsansvar .....	8
8 Opsigelse og ophævelse .....	9
8.1 Kundens opsigelse.....	9
8.2 DEFACTUMs opsigelse .....	9
8.3 Kundens ophævelse .....	9
9 Ændring af aftalen .....	10
10 Tvister .....	10
11 Underskrifter .....	10
12 Praktiske oplysninger.....	11
12.1 Kontaktoplysninger på medarbejdere i DEFACTUM.....	11
12.2 Kontaktoplysninger for medarbejdere i KOSU .....	11
12.3 Kundens faktureringsoplysninger.....	11

## 1 Parterne

Mellem

**DEFACTUM**  
**Region Midtjylland**  
**Olof Palmes Allé 15**  
**8200 Aarhus N**

(herefter benævnt "*DEFACTUM*")

Og

**Den kommunale Styregruppe på Sundhedsområdet i den midtjyske region**  
**KOSU**

Jesper Kaas Schmidt

Formand for Kommunaldirektørnetværket, Kommunaldirektør i Randers Kommune

(herefter benævnt "*Kunden*")

(DEFACTUM benævnes sammen med Kunden herefter "*Parterne*")

er der ved dato for aftalens underskrift indgået følgende aftale (herefter benævnt "*Aftalen*") om drift og understøttelse af webportal til indhentning af data vedrørende fase 2 hjerterehabileringsforløb i 18 midtjyske kommuner (HjerteKomMidt).

(herefter benævnt "*Opgaven*")

KOSU indgår kontrakten på vegne af de 18 kommuner, som finansierer driften af HjerteKomMidt.

Hver af de 18 midtjyske kommuner er dataansvarlig for data indtastet i egen kommune (herefter benævnt med "*De Dataansvarlige*").

DEFACTUM er databehandler for De dataansvarlige og indgår databehandleraftale med hver af de 18 kommuner.

## 2 Aftalens baggrund og formål

Den ikke medicinske del af fase 2 hjerterehabilering i Region Midtjylland overgik i 2016 fra hospitalsregi til kommunalt regi. Hermed overgik også forpligtelsen til at registrere data til opgørelse af de nationale indikatorer for de overleverede indsatser i rehabiliteringen. Det var på dette tidspunkt ikke muligt for kommuner at registrere data i den nationale Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i den midtjyske region i regi af KOSU blev det derfor besluttet at oprette HjerteKomMidt til indtastning af kommunale data om de aktuelle indsatser. DEFACTUM varetog udviklingen af HjerteKomMidt i samarbejde med de

18 kommuner, og kommunerne kunne således påbegynde registrering senest den 1. januar 2017. Herefter har DEFACTUM understøttet udvikling og løbende drift af HjerterKomMidt.

Aftalen fastlægger DEFACTUMs ydelser til Kunden samt Parternes indbyrdes pligter og rettigheder i forbindelse med DEFACTUM levering af Opgaven.

### **3 Aftalens ikrafttræden og varighed**

Aftalen afløser hovedaftalen fra den 21. juli 2016. Aftalen træder i kraft per 1. januar 2020 og løber til udgangen af 2021. KOSU igangsætter primo 2021 en arbejdsproces omkring, hvorledes arbejdet med HjerterKomMidt kan konsolideres fremadrettet med henblik på kontrakten for 2022 og frem.

### **4 Fortrolighed**

Parterne og De Dataansvarlige skal iagttage tavshed i sædvanligt omfang om forhold, som ikke er alment kendte. Denne tavshedsforpligtelse finder også anvendelse efter Aftalens ophør uanset årsag. Uanset denne tavshedsforpligtelse er Parterne og De Dataansvarlige berettiget til at udlevere oplysninger, hvor der er lovkrav herom, eller hvor Parterne bliver pålagt dette ved kendelse eller dom.

Parterne og De Dataansvarlige indestår for og skal sikre, at Partens og De Dataansvarliges medarbejdere, eventuelle underleverandører og rådgivere er underlagt samme tavshedsforpligtelse.

### **5 Ejerskab over webportalen til indhentning af data vedrørende fase 2 hjerterehabiliteringsforløb (HjerterKomMidt)**

Den i opbygning af webportalen udviklede IT-arkitektur tilhører DEFACTUM, herunder al kodning vedrørende teknologiløsningen, applikationer, dataværktøjer og databaselogistik, og der er ikke i henhold til Aftalen overdraget nogen form for rettigheder hertil hverken til Kunden eller de Dataansvarlige.

Ansvaret for dataindsamlingen i webportalen ligger hos den kommune, hvori data er indsamlet. DEFACTUM har kun lov til at anvende data efter skriftligt samtykke fra den enkelte kommune i form af en databehandleraftale. Kunden har ikke adgang til personoplysninger hos de Dataansvarlige.

### **6 Aftalegrundlag**

Aftalen består af nærværende Aftale sammen med bilag I, der specificerer den ydelsen, som driften vedrører.

DEFACTUM har endvidere indgået aftaler med hver af de 18 kommuner i form af underskrevne databehandleraftaler.

Ved uoverensstemmelser mellem Aftalen og bilag går Aftalen forud for bilagene. Ved uoverensstemmelse mellem de enkelte bilag går bilag med laveste nummerering forud for bilag med højere nummerering.

## 6.1 Opgaven

Den primære opgaveløsning omfatter almindelig drift og dokumentation samt rettelser af eventuelle opståede fejl, der opdages i driftsfasen, såfremt disse relaterer sig til forhold i ydelses-specifikationen (Bilag I) som er leveret i forbindelse med den oprindelige Hovedaftalen dateret den 21. juli 2016.

I driftsfasen indgår endvidere løbende sikring af, at de nødvendige datasikkerhedsforanstaltninger er til stede.

## 6.2 Udlæsning og videregivelse af data til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase

DEFACTUM har under den oprindelige Hovedaftale i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udviklet en afleveringsportal, der kan sikre aflevering af data fra HjerterKom til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) via RKKP's webservice for de kommuner, som indberetter data via DEFACTUMS database for kommunal fase 2 hjerterehabilitering.

De data, der videregives til RKKP fra HjerterKomMidt, vedrører borgere, der er påbegyndt et hjerterehabiliteringsforløb i en af de 18 midtjyske kommuner fra og med den 1. februar 2019.

DEFACTUM kan ikke stilles til ansvar for de opgaver, der i denne proces ligger hos RKKP.

## 6.3 Drift

Webportalen til indtastning af data fra den kommunale fase 2 hjerterehabilitering (HjerterKomMidt) benytter sig af en platform som underliggende motor, der hostes på en Microsoft Server placeret hos Region Midtjylland på en af DEFACTUM kendt lokalitet i Danmark.

DEFACTUM kan ikke stilles til ansvar for eventuel nedetid ved tredje part. Da den anvendte server er en dedikeret server, betyder det, at risikoen for ikke planlagt nedetid reduceres.

### 6.3.1 Backup

Al backup foretages af Region Midtjylland og befinder sig på en af DEFACTUM kendt adresse.

Backupdefinitioner:

- Fuld backup er backup af alle filer og foldere
- Inkremental backup er backup af filer, der er ændrede eller nyoprettede siden seneste backup.
- Differentiel backup tager backup af de filer, der er ændrede siden seneste fulde backup. Kun de filer, der er ændrede eller nyoprettede siden seneste backup gemmes.

Backup af data udføres efter nedenstående retningslinjer.

#### Normal fil backup

Kategori	Interval
Fuld backup	Kun første gang, der tages backup
Inkremental backup	Dagligt
Sletning af data på backup	Som standard efter 30 dage

#### Database backup

Kategori	Interval
Fuld backup	1 gang per uge
Differentiel backup	Øvrige 6 dage i ugen
Log fil backup	1 gang per time døgnet rundt
Sletning af data på backup	Efter 30 dage

#### 6.3.2 Support

Der ydes support inden for almindelig arbejdstid i tidsrummet mandag til fredag fra kl. 9:00 til kl. 15:00 på telefon eller via mail. Almindelig arbejdstid inkluderer ikke weekender, helligdage og ferier. Det kan i specielle tilfælde aftales at udvide arbejdstiden; dette dog kun ifølge skriftlig aftale mellem Parterne med mindst fem arbejdsdages varsel.

DEFACTUM forpligter sig ved Aftalens underskrift til at besvare mails inden for tre arbejdsdage, forudsat mails er stilet til funktionspostkassen, som administreres af medarbejdere i DEFACTUM.

#### 6.4 Datatilladelser

Ved al dataindsamling og databearbejdning skal databeskyttelsesforordningen og øvrig relevant lovgivning overholdes. De 18 midtjyske kommuner, som er dataansvarlige, sørger for anmeldelse til relevante myndigheder og angiver DEFACTUM som databehandler.

#### 6.5 Dataudtræk

Ønskes dataudtræk ud over de i ydelsesspecifikationen aftalte, skal dette varsles minimum 14 dage før forventede modtagelse. Dataudtræk fra databasen kan kun foretages efter tilladelse fra De dataansvarlige.

Eventuel meromkostning for at foretage dataudtræk aftales skriftligt på baggrund af konsulent-taksten angivet i punkt 7.2. Meromkostningen vil omfatte overførsel af data fra databasen, håndtering af data samt udlevering af data til den Dataansvarlige.

## 6.6 Aftalens ophør

Det aftales mellem de Dataansvarlige og DEFACTUM, at adgang til webportalen lukkes, hvis de Dataansvarlige ønsker, at dataindsamling ophører. Aftalen kan tidligst opsiges 1 år efter ikrafttrædelse. Aftalen kan gensidigt opsiges ved udgangen af et kalenderår. Opsigelsen skal varsles skriftligt, og fristen for at fremsende den er 1. juli i det pågældende år.

Ved varslingen specificeres det, om DEFACTUM skal forarbejde data efter lukning af adgang til webportalen, samt hvilke opgaver det indebærer.

Opgaverne faktureres som specificeret i afsnit 8.1.

Dataoverførsel med personoplysninger fra DEFACTUM til de Dataansvarlige sker ske efter databeskyttelsesforordningens gældende regler. Hvis DEFACTUM skal overføre større datasæt med personoplysning skal data til enhver tid krypteres og sendes via en sikker mail i henhold til gældende retningslinjer for Region Midtjylland. De Dataansvarlige skal skriftligt bekræfte modtagelse af krypterede data sendt via krypteret e-mail eller tunnel e-mail. Efter de Dataansvarliges modtagelse af personoplysninger, er det de Dataansvarliges ansvar at opbevare data i henhold til gældende lovgivning.

## 7 Prisaftale

### 7.1 Finansiell fastpris-aftale

Nedenstående Tabel 7.1 viser samlet pris for de årlige driftsudgifter for HjerteKomMidt.

**Tabel. 7.1.** Samlet pris for drift af HjerteKomMidt 2020 til 2021.

<b>Pris for drift af Hjertekommidt 2020 og frem</b>	
Hosting af server	67.738 kr.
Support	154.320 kr.
Undervisning	25.720 kr.
Revisionserklæring	75.000 kr.
Vedligeholdelse, support og justering af RKKP datalevering	25.720 kr.
<b>Drift i alt</b>	<b>348.498 kr.</b>

Alle priser er ekskl. moms. Priserne er i 2020 pl niveau, som reguleres efter gældende takster.



## 7.2 Timepris-aftale

Nedenstående er **ikke** inkluderet i den ovenfor udregnede fastpris-aftale og vil blive beregnet ud fra en time-honorering, som beskrevet herunder.

- Møder, telefonopkald og mailkorrespondance ud over den aftalte support
- Alle eventuelle omkostninger i forbindelse med ekstramøder hos Kunden eller de Data-ansvarlige, herunder rejse- transport- og opholdsomkostninger m.v. viderefaktureres til Kunden. Transportomkostninger i Danmark afregnes i henhold til statens km-takster. Ved transport faktureres endvidere transporttid med 50 % af timeprisen.
- Justeringer, ændringer og tilføjelser til webportalen i driftsfasen, der ligger ud over det i ydelsesspecifikationen anførte.

**Tabel 7.2.** Pris per påbegyndt konsulenttime for opgaver uden for Aftalen beregnet i henhold til Region Midtjyllands takst for konsulenttydelser\*

Ydelse	Pris
Ekstern konsulentydelse	Kr. 1027,00
Pris per påbegyndt studentermedhjælpertime	Kr. 266,00

Alle priser er opgivet i danske kroner og er angivet ekskl. moms.

\* Taksten reguleres uden forudgående varsel efter den i DEFACTUM gældende konsulenttakst (senest reguleret primo 2020)

## 7.3 Betaling

Den samlede driftspris på i alt kr. 348.498 for alle 18 midtjyske kommuner faktureres og betales ultimo det pågældende år (Tabel 7.1).

Udgifter til drift for de efterfølgende år faktureres i hvert af de aktuelle år og betales medio det pågældende år.

Betaling for ydelsen foregår via KOSU sekretariatet, som modtager fakturaen fra DEFACTUM. KOSU sekretariatet er ansvarlig for fordeling af omkostninger til de 18 kommuner.

Ydelser ud over Aftalen samt ændringer i aftalen, der medfører merudgift, faktureres ved udgangen af kvartalet, hvor aktiviteten har fundet sted.

## 7.4 Erstatningsansvar

Hver kontraktpart er erstatningsansvarlig for skadegørende handlinger efter dansk rets almindelige regler.

DEFACTUM hæfter ikke for hændelige, ekstraordinære skader eller følgeskader udspringende af Aftalen eller de Dataansvarliges brug af webportalen, herunder, men ikke begrænset til, driftstab, forretnings- og/eller driftsforstyrrelse, tab af data og omkostninger til disses reetablering/geninstallering eller anden form for økonomisk tab samt indirekte tab.

DEFACTUMs erstatningsansvar kan, uanset årsagen til skaden, herunder grov uagtsomhed fra DEFACTUMs ansattes side eller underleverandører, aldrig overstige den samlede pris for opstart af systemet, dog max. kr. 100.000,00.

## 8 Opsigelse og ophævelse

Hver Part kan uden nærmere begrundelse opsigse Aftalen. Aftalen kan tidligst opsiges 1 år efter ikrafttrædelse. Aftalen kan opsiges af hver Part ved udgangen af et kalenderår. Opsigelsen skal meddeles skriftligt og fristen for at fremsende den er 1. juli i det pågældende år. E-mail anses i den forbindelse som skriftlig meddelelse. Med mindre andet fremgår nedenfor, anvendes de i Aftalens punkt 7.1. anførte vederlag til regulering af Parternes mellemværende ved opsigelse.

Ud over, hvad der følger neden for, er ingen af Parterne berettiget til nogen form for kompensation, herunder erstatning, i anledning af opsigelse.

### 8.1 Kundens opsigelse

Opsiger de Dataansvarlige Aftalen i driftsfasen, skal de Dataansvarlige betale en forholdsmæssig del af det aftalte vederlag for driftsfasen frem til udløbet af det i punkt 8 anførte varsel.

I alle tilfælde skal de Dataansvarlige derudover betale:

- allerede udførte arbejder frem til tidspunktet for meddelelse om opsigelsen, i det omfang disse arbejder ikke er omfattet af Parternes fastpris-aftale iht. punkt 7.1 (inkl. udlæg m.v.)
- udgifter til arbejder, som skal afholdes i forbindelse med Aftalens afslutning, jf. punkt 6.6, herunder udgift til forarbejdning af data efter lukning, sletning af data m.v.
- alle arbejder, som Parterne derudover aftaler, skal udføres, i forbindelse med opsigelsen

### 8.2 DEFACTUMs opsigelse

Opsiger DEFACTUM Aftalen i driftsfasen, tilbagebetales en forholdsmæssig del af betalte vederlag for driftsfasen, regnet fra udløbet af det i punkt 8 anførte varsel.

### 8.3 Kundens ophævelse

De Dataansvarlige kan ophæve Aftalen helt eller delvist, hvis DEFACTUM i væsentligt omfang misligholder sine forpligtelser efter Aftalen.

Følgende forhold anses herudover altid for væsentlig misligholdelse af Kontrakten:

- DEFACTUM gentagne gange ikke overholder de i kontrakten aftalte ydelser
- Gentagne væsentlige forsinkelser
- Indtræden af andre omstændigheder, der bringer Aftalens opfyldelse i alvorlig fare.

Hvis misligholdelsen består i en vedvarende tilstand, eller hvis misligholdelsen består i gentagelse af den samme type fejl, er det en betingelse for ophævelse, at de Dataansvarlige giver DEFACTUM et skriftlig påkrav om at bringe misligholdelsen til ophør, og at DEFACTUM ikke inden rimelig tid retter for sig efter dette påkrav.

## 9 Ændring af aftalen

Rettelser eller ekstra tilkøb til Opgaven faktureres efter samme regler som benævnt i den ovenfornævnte prisfastsættelse og faktureres ved udgangen af kvartalet, hvor rettelser eller tilkøbet er gennemført.

## 10 Tvister

Denne aftale er underlagt dansk lov, og tvister skal afgøres ved retten i Viborg som 1. instans.

## 11 Underskrifter

Hver part modtager et underskrevet eksemplar af Aftalen.

For KOSU

Dato:

---

---

Jesper Kaas Schmidt,  
Formand for Kommunaldirektørnetværket og  
kommunaldirektør i Randers Kommune

For DEFACTUM

Dato: 11. jan. 2021

---



---

Lisbeth Hoffmann Thomsen  
Kontorchef, Data og Analyse,  
DEFACTUM, Region Midtjylland

## 12 Praktiske oplysninger

Vi gør opmærksom på, at loginoplysninger til personfølsomme data via webportalen skal være personlige, og derfor ikke må deles af flere brugere.

### 12.1 Kontaktoplysninger på medarbejdere i DEFACTUM

Navn	Stilling	Tlf.	Mail
Hanne Søndergaard	Projektleder, faglig leder, seniorkonsulent	+45 2152 6487	hannsn@stab.rm.dk
Klaus Nordentoft Lemvig	Sundhedsfaglig konsulent	+ 45 2939 8427	klalem@rm.dk
Tina Veje Andersen	Sundhedsfaglig konsulent	+45 2363 7844	tiva@rm.dk
Lisbeth Hoffmann Thomsen	Kontorchef i Data og Analyse, DEFACTUM	+45 2496 9539	lishof@rm.dk

### 12.2 Kontaktoplysninger for medarbejdere i KOSU

Navn	Stilling	Tlf.	Mail
Mads Venø	Specialkonsulent, KOSU	+45 2134 6609	mjes@aarhus.dk

### 12.3 Kundens faktureringsoplysninger

---

**CVR-nummer:**

---

**Reference:**

---

## Kommissorium: udarbejdelse af nyt set up for HjerteKomMidt

### Baggrund og formål

Baggrunden for at se på det fremtidige set up for HjerteKomMidt, er at den eksisterende organisering for databasen fra 2016 var tænkt som en midlertidige lokal midtjysk løsning, der muliggjorde registrering af fase 2 hjerterehabiliterings data fra de kommunale træningsenheder på de i Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) fastlagte indikatorer. Beslutningen om registreringen af kommunale fase 2 data er forankret i forløbsprogrammet for hjertesygdom i Region Midtjylland. Desværre har en national løsning for registrering af kronikerdata i kommunerne ikke materialiseret sig og HjerteKomMidt har derfor fået en mere permanent karakter.

Arbejdet omkring HjerteKomMidt er i dag organiseret med en følgegruppe, der består af ledelsesrepræsentanter og konsulenter fra kommunerne, DEFACTUM og den regionale administration. KOSU formandskabet er også repræsenteret i følgegruppen. Følgegruppen har reference til KOSU og Sundhedsstyregruppen. Under følgegruppen er oprettet en brugergruppe bestående af et antal faglige ledere fra de kommunale træningsenheder og DEFACTUM, der bistår følgegruppen med input på faglige spørgsmål. Denne organisering afspejler behovet for styring af HjerteKomMidt, som en midlertidig løsning. En række forhold i udviklingen af databasen og det omkringliggende landskab fordrer imidlertid et mere robust og bæredygtig set up specifikt for HjerteKomMidt og generelt for kronikerdata i kommunalt regi.

### Organisering

Der nedsættes en mindre kommunale ad hoc arbejdsgruppe, der får til opgave at beskrive en model for det fremtidige set up for HjerteKomMidt. Arbejdsgruppen består af:

- en chef fra sundhedsområdet
- to ledere af træningsenhederne med ansvar for hjerterehabilitering
- en terapeut, der arbejder med fase 2 hjerterehabilitering
- en konsulent med indsigt i data fra HjerteKomMidt

### Opgave

Arbejdsgruppens hovedopgave er at skitser en model for det fremtidige organisatoriske set up for HjerteKomMidt, der matcher de behov, der vil være fremadrettet i forhold til arbejdet med HjerteKomMidt. I arbejdet bedes arbejdsgruppen forholde sig til bl.a. nedenstående punkter.

- Integration af HjerteKomMidt data i den nationale database, DHRD (RKKP)
- Potentiale for udvikling af data på andre kronikerområder i kommunerne med udgangspunkt i erfaringerne fra HjerteKomMidt.

1.februar 2021

- Snitflader til nationale initiativer – herunder KL´s sundhedsdata program
- Mulighed for forsat samarbejde omkring HjerteKomMidt med kommuner i andre regioner

### **Tidshorisont**

Det er hensigten, at der inden årsskiftet 2021-22 skal være en færdig model for organiseringen af HjerteKomMidt på plads. Derfor foreslås følgende proces:

- Primo februar: arbejdsgruppen påbegynder arbejdet
- 14. april: DKS drøfter udkast til en ny kommunal model for organiseringen af HjerteKomMidt 2022
- Maj: drøftelse mellem KOSU formandskabet og DEFACTUM/regionen af den kommunale model
- 31. august: DKS giver opbakning til en ny model for organisering af HjerteKomMidt 2022
- XXX: godkendelse i KD-Net
- 1. januar 2022: Ny organisering af HjerteKomMidt træder i kraft.