

Dagsorden: Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS)

Tid: 11. juni 2020, kl. 8.30 – 11.30

Sted: Medborgerhuset Silkeborg, Bindslevsplads 5, 8600 Silkeborg

Deltagere: Direktører på sundhedsområdet fra de 19 midtjyske kommuner, KOSU-sekretariatet, repræsentant fra KKR-sekretariatet

Der serveres kaffe/the, isvand og sandwich (to go) til mødet.

Dagsorden

Tema: Forskning i sundhed

1. Samarbejde om forskning på sundhedsområdet 2
2. Kommunerne som partner i Human First 3

Tema: COVID-19

3. Læring og erfaringer under COVID-19 4
4. Afrapportering fra den kommunale arbejdsgruppe om Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) 5
5. Implementering af aftale om IV-behandling 6
6. Ny praksisplan og aftaler med praktiserende læger 7
7. Fokus på tidlig opfølgning efter udskrivelse af de svageste, ældre borgere 8
8. Status på TeleKOL 10
7. Evt. 11

Tema: Forskning i sundhed

1. Samarbejde om forskning på sundhedsområdet

Indstilling

- At DKS orienteres om aktuelle forskningssamarbejder med særlig fokus på Human First
- At DKS drøfter forslag til prioriteringer i forhold til forskning i rehabilitering: 1) sundhed og beskæftigelse og 2) kronikergruppen
- At DKS drøfter, hvordan der etableres et samarbejde om at skabe øget tilgængelig til og systematisk anvendelse af praksisnær anvendt forskning på tværs af kommunerne

Sagsfremstilling

Punktet indledes med oplæg ved Anette Ørbæk Andersen (Ringkøbing-Skjern Kommune), Jørgen Andersen (Syddjurs Kommune), Jens Bejer Damgaard (Holstebro Kommune) og Otto Orht (Aarhus Kommune) med forskellige perspektiver på forskning på sundhedsområdet.

I oplægget lægges op til debat om kommunernes rolle og ambitioner i forhold til forskning på sundhedsområdet samt hvordan der kan samarbejdes om øget tilgængelighed og anvendelse af praksisnær anvendt forskning på tværs af kommunerne. Desuden præsenteres et forslag til fælles prioriteringer i forhold til forskning i rehabilitering.

Baggrund

Med den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen bliver også samarbejde om forskning og uddannelse i forhold til sundhed en central dagsorden. Fx er der set i et kommunalt perspektiv behov for at fremme praksisnær anvendt forskning og sikre mere viden om, hvad der virker i udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Kommunerne kan blandt andet bidrage til dette ved at efterspørge og deltage i forskning, der tager afsæt i det nære sundhedsvæsen og borgernes hverdagsliv. De 19 kommuner i den midtjyske region indgår således også i en række forskellige forskningssamarbejder. Det kan være i form af bilaterale samarbejdsaftaler med Aarhus Universitet og via tværsektorielle forskningssamarbejder som Folkesundhed i Midten og Human First.

Det giver mulighed for at påvirke og styrke forskningen på sundhedsområdet. Men det rejser samtidig spørgsmålet om, der er behov for en mere tydelig og samstemt kommunal profil i forhold til forskning og vidensudveksling om det nære sundhedsvæsen?

Dette kan indebære fælles prioriteringer i forhold til forskningsområder. Rehabilitering er fx et område, som der er et stort potentiale i at udvikle både menneskeligt og økonomisk. Der forskes på forskellig vis i området, og alle kommuner arbejder med rehabilitering. En fælles prioritering i forhold til forskningsområder kan derfor med fordel begynde med rehabilitering.

Et andet spørgsmål er, hvordan der i kommunalt regi kan arbejdes på at skabe øget tilgængelighed og systematisk anvendelse af praksisnær anvendt forskning; Hvad er de gode kommunale modeller? Og hvordan videndeler vi på tværs af kommuner?

Bilag

- Forskningssamarbejder og anbefalinger

2. Kommunerne som partner i Human First

Indstilling

At DKS tilkendegiver, om der skal arbejdes på, at kommunerne skal indgå som partner i Human First

Sagsfremstilling

DKS drøfter i dette punkt, om der skal arbejdes frem mod, at kommunerne kommer til at indgå som partner i Human First.

Human First er i dag et partnerskab om forskning og uddannelse på sundhedsområdet mellem Aarhus Universitet, VIA og Region Midtjylland. Kommunerne indgår i samarbejdet med observatører i styregruppen for Human First samt medformænd og deltagere i de prioriterede indsatsområder. Kommunerne har i forskellige sammenhænge peget på, at kommunerne med fordel kan indgå som partner i Human First. Blandt andet blev dette fremhævet på møde i DKS 21. februar 2019, hvor formandskabet for Human First var inviteret til en drøftelse af resultater og perspektiver i Human First.

Der har i regi af Human First løbende været dialog om kommunernes rolle, og formandskabet for Human First har tilkendegivet, at de ser positivt på, at kommunerne fremadrettet kommer til at indgå som en formel part i partnerskabet.

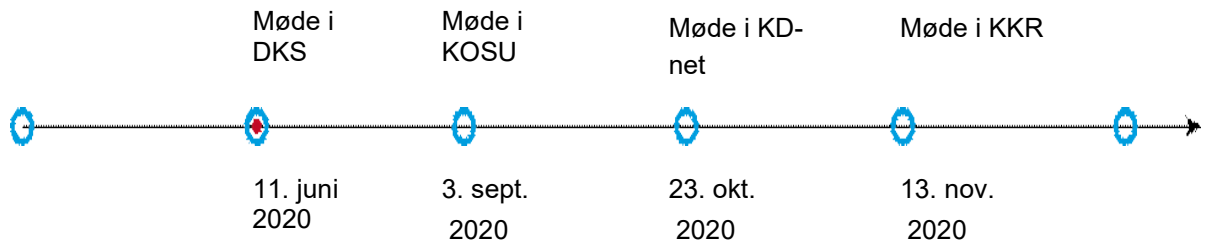
Hvis kommunerne skal indgå som partner i Human First, skal der aftales en model for dette. Udgangspunktet for modellen vil være, at alle kommuner indgår i samarbejdet.

Partnerskabet vil være en mulighed for at udvikle et gensidigt forpligtende samarbejde om forskning og uddannelse på sundhedsområdet på tværs af sektorer og vidensinstitutioner. Partnerskabet vil være en platform for strategisk udvikling af forskning i sundhed og herunder det nære sundhedsvæsen i den midtjyske region.

Samtidig vil et partnerskab fordre et fælles engagement i de udvalgte forskningsområder i Human First samt opbakning til, at der også fremadrettet arbejdes med fælles prioriteringer i forhold til forskning på sundhedsområdet. Det vil også indebære, at kommunerne bidrager med deltagere og projektmidler i de valgte spor i Human First.

Den videre proces

Hvis der er opbakning til forslaget, udarbejder KOSU et oplæg til model for kommunernes deltagelse i Human First. Modellen godkendes i KD-net og KKR.



Bilag

- Partnerskabsaftale mellem Aarhus Universitet, VIA og Region Midtjylland om Human First: http://www.human-first.org/siteassets/om-os/partnerskabsaftale/human-first_underskrevet-partnerskabsaftale_29.-juni-2018.pdf

Tema: COVID-19

3. Læring og erfaringer under COVID-19

Indstilling

At DKS drøfte erfaringer med håndteringen af situationen med COVID-19 med henblik på at dele viden og drage læring

Sagsfremstilling

Håndteringen af COVID-19 epidemien har betydet nye rammer for det tværsektorielle og tværkommunale samarbejde samt en høj grad af metodeudvikling. På mødet drøfter DKS erfaringer og læring af COVID-19 epidemien, som der er perspektiver i også at tage med på den anden side af epidemien.

Formålet er at dele viden om og fastholde brugbare og nytænkende løsninger på sundhedsområdet. Fx perspektiver i kommunale samarbejder om kapacitet på tværs, nye måder at tilrettelægge borgerforløb på, brug af videomøder etc.

Drøftelsen vil tage afsæt i disse spørgsmål:

- Hvad har fungeret godt?
- Hvilke erfaringer har vi gjort os med samarbejdet mellem kommuner og tværsektorielt?
- Hvad vil vi gøre mere af - og hvad vil vi gøre mindre af fremover?

4. Afrapportering fra den kommunale arbejdsgruppe om Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT)

Indstilling

At DKS tager arbejdsgruppens afrapportering til efterretning

At DKS beslutter at følge arbejdsgruppens anbefaling om ikke at gå videre i dialogen med Region Midtjylland. Det er op til den enkelte kommune, hvorvidt man vil tilbyde CIMT-metoden som en del af den kommunale genoptræningsindsats, eller om andre metoder tilbydes

Sagsfremstilling

DKS drøftede på møde 12. september 2018 forespørgsel fra Region Midtjylland om Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) til apopleksipatienter. DKS gav på mødet opbakning til at indlede en dialog med regionen om et eventuelt regionalt tilbud på den konkrete opgave og nedsatte en lille kommunal gruppe af fagpersoner til at gå i dialog med regionen.

Arbejdsgruppen har på baggrund af den indledende dialog med Region Midtjylland/ Institut for kommunikation og handicap (IKH) udarbejdet en kommunal afrapportering indeholdende en samlet vurdering/anbefaling om et evt. muligt regionalt tilbud – jf. bilag afrapportering.

Baggrund

Region Midtjylland henvendte sig til de midtjyske kommuner vedr. CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy) til apopleksipatienter i sommeren 2018. Hammel Neurocenter (RHN) har tilbudt CIMT som træning under indlæggelse til udvalgte apopleksipatienter, når de har haft kapacitet hertil. Region Midtjylland vurderer, at opgaven ikke er en specialiseret hospitalsopgave, og at rehabiliteringsmetoden principielt set kan tilbydes borgeren, når denne er overgået til indsats i kommunalt regi. I henvendelsen beder regionen kommunerne tilkendegive, hvorvidt man ønsker, at regionen skal udarbejde et forslag til et tilbud på CIMT-forløb, som kommunerne kan 'købe', eller om man vil afsøge en fælleskommunal løsning. Der er ikke tale om, at kommunerne skal overtage en genoptræningsopgave men om, at kommunerne skal overveje, hvorvidt man vil tilbyde indsatsen/metoden i kommunalt regi.

Indledende overvejelser om et regionalt tilbud

Arbejdsgruppen udarbejdede i første omgang et notat, som input til den indledende dialog med Region Midtjylland, indeholdende en række kommunale hensyn og spørgsmål ift. et evt. regionalt tilbud (målgruppe, lovgivning, visitation/henvisning, geografisk placering, effekten af indsatsen, omkostninger).

I den indledende dialog med IKH om, hvordan et regionalt tilbud kan sammensættes, blev overordnet skitseret to mulige modeller – Den fulde model som på Hammel Neurocenter (RHN) og en modificeret model med en halvering af de daglige træningstimer.

Prisoverslag fra IKH indebærer både omkostninger til etablering samt til selve tilbuddet. Niveauet i prisoverslaget er ca. 45.000 kr. pr. borger for den fulde model + kørsel og overnatning og ca. 30.000

kr. pr. borger for den modificerede model + kørsel – Jf. afrapporteringen. Samtidig er det en forudsætning for begge modeller, at der vil være en binding på to år, hvor kommunerne forpligter sig til et antal forløb hos IKH. Den forventede estimerede volumen er på ca. 24 forløb pr. år, hvorfor der vil være behov for at aftale en konstruktion fx i form af en underskudgaranti eller lignende.

Arbejdsgruppens samlede vurdering og anbefaling til DKS

På det forelæggende grundlag anbefaler arbejdsgruppen ikke et regionalt tilbud og således heller ikke at gå videre i dialogen med Region Midtjylland/IKH. Arbejdsgruppen anbefaler, at det er op til den enkelte kommune, hvorvidt man vil tilbyde CIMT-metoden, som en del af den kommunale genoptræningsindsats eller om andre metoder tilbydes.

Anbefalingen bunder i følgende argumenter:

- **Omkostningerne skal stå mål med den forventede effekt**
En så indgribende indsats, som CIMT-metoden indebærer, er forbundet med et meget højt ressourceforbrug (både personligt og fagligt) og dermed også høje omkostninger. Ressourceforbruget skal således opvejes af effekten af indsatsen ift. borgerens funktionsniveau – både på kort og lang sigt. Da det ikke er muligt på nuværende tidspunkt at dokumentere effekten af indsatsen tilstrækkeligt (hverken den fulde- eller den modificerede model), vil det kræve omkostninger til i første omgang et litteraturstudie.
- **Usikkerhed om volumen og målgruppe**
På baggrund af indsatsen på RHN vurderes volumen at være ml. 16-24 borgere pr. år, hvilket umiddelbart taler for et regionalt tilbud. Omvendt er der stor usikkerhed ift., hvad det reelle niveau er, da RHN kun har tilbudt indsatsen, når de har haft kapacitet til det.

Bilag

- Afrapportering fra den kommunale arbejdsgruppe vedr. CIMT

5. Implementering af aftale om IV-behandling

Indstilling

At DKS tager orienteringen om implementeringsplanen for IV-behandling til efterretning

Sagsfremstilling

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte på møde 28. maj 2020 planen for implementering af samarbejdsaftalen om IV-behandling i nærområdet. I denne forbindelse er der udsendt en pressemeddelelse om implementeringen af aftalen i kommunerne.

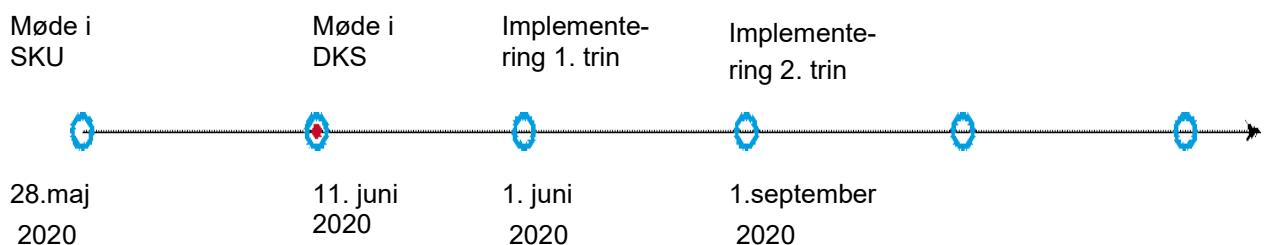
Planen indbefatter en trinvis implementering af samarbejdsaftalen. Det betyder, at de kommuner, der har udtrykt ønske om opstart af aftalen 1. juni 2020 får mulighed herfor under forudsætning, at det stedlige

klyngehospital også er klar. De resterende kommuner og hospitaler vil påbegynde implementering 1. september 2020.

For at understøtte implementering er der udarbejdet et notat, der beskriver forretningsgangene ang. afregning af IV-behandlingsforløbene. Notatet er blevet fulgt op af et webinar for de kommunale økonomikonsulenter 4. juni 2020. Derudover er der bl.a. udarbejdet et fagligt bilag, der beskriver medicin, IV-adgange m.m. Evt. kompetenceløft vil som udgangspunkt ske i klyngerne.

I de klynger, hvor hospitalerne implementerer aftalen pr. 1. september, aftales der inden for den økonomiske ramme, som er forudsat i IV-aftalen, økonomisk kompensation til de kommuner, der i perioden 1. juni til 1. september fortsat leverer IV-behandling ud fra eksisterende bilateral aftale.

Den videre proces



Bilag

- Notat om afregning af IV-behandlingsforløb i nærområdet (Region Midtjylland)

6. Ny praksisplan og aftaler med praktiserende læger

Indstilling

At DKS tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

I forlængelse af sundhedsaftalen 2019 – 2023 skal der laves en ny praksisplan for almen praksis. Praksisplanen sætter retning for udviklingen af almen praksis i den midtjyske region, og arbejdet med en ny praksisplan er forankret i Praksisplanudvalget. Arbejdet blev indledt med en politisk workshop 5. marts 2020 med deltagelse fra kommunale og regionale politikere og PLO Midtjylland.

Workshoppen havde især fokus på disse temaer:

- Lighed i sundhed og forebyggelse
- Populationsomsorg (målrettet indsats til målgrupper med særlige behov)
- Samspillet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner

- Tilgængelighed og digitalisering
- Fælles beslutningstagning med borgeren
- Lægedækning og rekruttering

Forslag til ny praksisplan forventes at blive sendt i høring i løbet af efteråret 2020.

Nationale aftaler med praktiserende læger

I forbindelse med COVID-19 epidemien er der indgået en række midlertidige nationale aftaler med almen praksis. Der indgået aftaler om videokonsultationer, så borgere kan konsultere egen læge uden fysisk fremmøde i lægepraksis samt aftale om lægedækning af kommunale akutpladser og covid-afsnit i en beredskabssituation med ekstraordinære udskrivelser fra hospitalerne. Der har også været forhandlinger om en national aftale om brug af dosispakket medicin, dog indtil videre uden, at der har kunnet opnås enighed om en aftale.

Desuden skal der i 2020 forhandles en ny overenskomst for almen praksis. Overenskomstforhandlingerne har midlertidigt været sat på pause pga. COVID-19, men er nu genoptaget.

7. Fokus på tidlig opfølgning efter udskrivelse af de svageste, ældre borgere

Indstilling

At DKS tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Sundhedsstyregruppen drøftede på møde 20. februar 2020 om der er potentiale i at arbejde frem mod en fælles ramme for tidlig opfølgning efter udskrivelse for de svageste ældre borgere.

Afsættet for drøftelsen var foreløbige resultater fra det fælles fra satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgere fra første kontakt" samt en kortlægning af tværsektorielle indsatser i klyngerne med fokus på tidlig opfølgning efter udskrivelse.

Sundhedsstyregruppen besluttede på mødet, at der var behov for:

1. At dykke mere ned i eksisterende data og afvente endelige evalueringer med henblik på at få sandsynliggjort om opfølgning inden for 48 timer har den ønskede effekt
2. At afdække rollefordeling mellem sektorer, herunder praktiserende lægers rolle i fht. tidlig opfølgning efter udskrivelse
3. At inddrage klyngerne i fht. deres syn på, om der ønskes en fælles ambition
4. At bede fagpersoner på tværs af klyngerne – herunder satspuljeprojekter (fx ved en workshop) danne fælles viden/erfaring mht. indsatser, målgrupper og effekter/ikke-effekter mv. Fagpersonerne må gerne afgive forslag til mulige nye prøvehandlinger og/eller anbefalinger til mulige fælles modeller, hvor der tages højde for geografiske forskelle/vilkår.

Det videre arbejde har ligget i bero pga. situationen med COVID-19, men forventes at blive genoptaget i efteråret.

Baggrund

Som udmøntning af indsatsområdet i sundhedsaftalen "Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet" er der udarbejdet en handleplan om bedre brug af de samlede ressourcer med særlig fokus på (gen)indlæggelser.

En af handlingerne i handleplanen er at udbrede resultater fra satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt". Satspuljeprojektet gennemføres i et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen og er en del af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (DÆMP). En del af projektet handler om at afprøve modeller for tidlig opfølgning efter udskrivelse for de svageste ældre.

De foreløbige resultater fra satspuljeprojektet peger på følgende:

- Tidlig opfølgning 24 timer efter udskrivelse forebygger genindlæggelser og bidrager positivt til personalets oplevelse af faglig kvalitet på tværs af sektorgrænser. Det kan dog overvejes at udvide rammen til 48 timer
- Det tyder på, at den tidlige opfølgning er afgørende, mens der ikke kan påvises signifikant forskel på, om den tidlige opfølgning sker ved kommunal sygeplejerske eller ved et geriatrisk team med deltagelse af geriatrer.

Udover satspuljeprojekterne forgår der også andre tværsektorielle indsatser i klyngerne, der ligeledes har fokus på tidlig opfølgning for de svageste ældre. Desuden har der siden 2009 været en aftale med almen praksis i Region Midtjylland om opfølgende hjemmebesøg. Det er et besøg, der tilbydes særligt sårbare patienter efter udskrivning fra et hospital. Besøget gennemføres af borgerens egen læge og en kommunal sygeplejerske med det formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb. Endelig tilbyder flere kommuner tidlig opfølgning (inden 48 timer) efter en udskrivning til udvalgte målgrupper. Det kan fx være særlige udskrivningsbesøg til borgere, som også før indlæggelsen har kontakt til den kommunale hjemme- eller sygepleje.

Samlet foregår der således en række forskellige indsatser og udviklingstiltag - både tværsektorielt og i de enkelte sektorer - i forhold til tidlig opfølgning for de svageste ældre.

Resultaterne fra satspuljeprojektet samt variationen i tilbuddene om tidlig opfølgning giver anledning til, at region, kommuner og almen praksis vurderer, om der fremadrettet skal arbejdes videre med en mere fælles ramme for tidlig opfølgning for de svageste ældre borgere.

Dette dels for at svage ældre borgere får den rette opfølgning efter udskrivning og dels med henblik på, at de samlede ressourcer anvendes effektivt.

8. Status på TeleKOL

Indstilling

At DKS tager orientering til efterretning

Sagsfremstilling

Med den forventede opstart af pilotafprøvning af TeleKOL på den anden side af sommerferien er der i øjeblikket fuld fokus på at blive klar til dette. Pilotafprøvningen sker i et samarbejde mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital. Det er forventningen, at ca. 20 borgere skal tilknyttes et telemedicinsk forløb som led i pilotafprøvningen. Når pilotafprøvningen er gennemført med et tilfredsstillende resultat, vil den egentlige implementering blive påbegyndt. Det vil ske i bølger med tilpasningen og tilretning mellem hver bølge.

Den store udfordring i projektet er færdiggørelsen af løsningen til borgere og medarbejdere. Datoen for overtagelsesprøven, som seneste var fastsat til 26. juni 2020, er udskudt, fordi de igangværende test af løsningerne ikke er forløbet tilfredsstillende. Dermed vil der komme ændringer i den tidsplan, som programstyregruppen har godkendt 12. maj (tidsplan indsatsen nedenfor).

Til gengæld er overtagelsesprøven for den telemedicinske infrastruktur gennemført og infrastrukturen fungerer planmæssigt.

Overordnet tidsplan og milepæle (godkendt)	
Dato	Milepæl
Uge 26-27	Adgang til administrationsmodul (demonstration)
Uge 32 (6. aug.)	Uddannelse i administrationsmodul (CGI)
Uge 33-35	Teknisk konfiguration og opsætning af løsninger
Uge 35-36	Uddannelse (ved CGI) i borger- og medarbejder løsning (for sundhedsfaglige superbrugere, projektdeltagere/tovholdere, pilotdeltagere og supporten (FSC/Atea))
Uge 36-38 Ca. 1.-15. sept.	Teknisk pilot med "raske" borgere (10-15 borgere rekrutteret fra borgergrupper)
Uge 38 15.-16. sept.	Uddannelse af monitoreringsansvarlige KOL-sygeplejersker og lungelæger (alle 5 klynger incl. pilotdeltagere)
Uge 39-44 21. sept.-5. nov.	Pilotafprøvning i Århus klyngen (20 borgere) (inkluderer opstart af vagttid)
5. nov.	Implementeringsstart 1. bølge Århus klyngen og Horsens klyngen
1. dec.	Implementeringsstart 2. bølge Vest klyngen og Randers klyngen
4. jan 2021	Implementeringsstart 3. bølge Midt klyngen

Det har selvfølgelig konsekvenser for den præcise planlægning af pilotafprøvning og den efterfølgende implementering. Der vil komme en udmelding fra programsekretariatet, når der fra FUT og leverandøren er fastlagt endelig dato for, hvornår overtagelsesprøven kan gennemføres.

Undervisningsmateriale

Det fælles nationalt udarbejdede undervisningsmateriale er netop blevet gjort tilgængeligt på sundhedsaftalens hjemmeside <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/telemedicin-til-kol/kompetenceudvikling/>. Selv om der stadigvæk arbejdes med de sidste detaljer, er det muligt at få et indtryk af materialet og derud fra tilrettelægge den lokale kompetenceudvikling.

Budget/økonomi

Budgetvejledning er i øjeblikket ved at blive opdateret og tilpasset. Herunder hvad den justerede tidsplan vil få af betydning for projektets økonomi. Den opdaterede budgetvejledning forventes at blive udsendt i løbet af juni. Desuden vil der blive lavet en opgørelse over omkostninger, som er affødt af COVID-19.

Der arbejdes fortsat på at lave en model for fælles pulje til driftsøkonomi til TeleKOL, som fremlægges for Sundhedsstyregruppen på førstkommende møde efter sommerferien.

Samarbejdsaftaler

De lokale samarbejdsaftaler, som indgås i klyngerne og dækker samarbejdet i dagtid, er blevet opdateret og vil blive fremlagt til godkendelse i klyngerne.

Samblik – fælles digital forløbsplan

Ambitionen om at etablere en fælles digital forløbsplan til borgere med KOL er tidligere blevet præsenteret for DKS og Sundhedsstyregruppen. Tilbagemeldingerne har været positive, men med en understregning af, at udviklingen af en digital forløbsplan skulle afvente den nødvendige finansiering. Nu har Regionsrådet 27. maj 2020 bevilliget 1.925 mio. kr. fra innovationspuljen til at udvikle den fælles digitale forløbsplan "Samblik" til KOL. Fra kommunal side er der givet tilsagn om en medfinansiering i form af personaleresourcer svarende til 458.000 kr. Model for fordeling udarbejdes.

9. Evt.

Forskning på sundhedsområdet

- kommunernes rolle, indspil om
rehabilitering og modeller for samarbejde

Møde i DKS 11.juni 2020

Agenda

- Sundhed og forskning i det nære
- Forskningslandskabet i Region Midtjylland
- Human First – status og perspektiver
- Den gode kommunale model?



Sundhed og forskning i det nære

- Når en større del af sundhedsvæsenet rykker ind i det nære, er det vigtigt, at forskningen rykker med.
- Vigtigt at integrere det kommunale perspektiv i forskning og udvikling på sundhedsområdet.
- De fælles udfordringer fordrer konkret og anvendelsesorienteret forskning. Det kan vi bidrage til.

Fx efterspørge og deltage i forskning om det levede liv i det nære sundhedsvæsen; hvordan støtter vi multisyge borgere i at leve et hverdagsliv i eget hjem? Osv.

- Løsningen af de store sundhedsudfordringer kræver et stærkt samarbejde på tværs af sektorer – det kan med fordel også afspejle sig i samarbejder om forskning i sundhed.



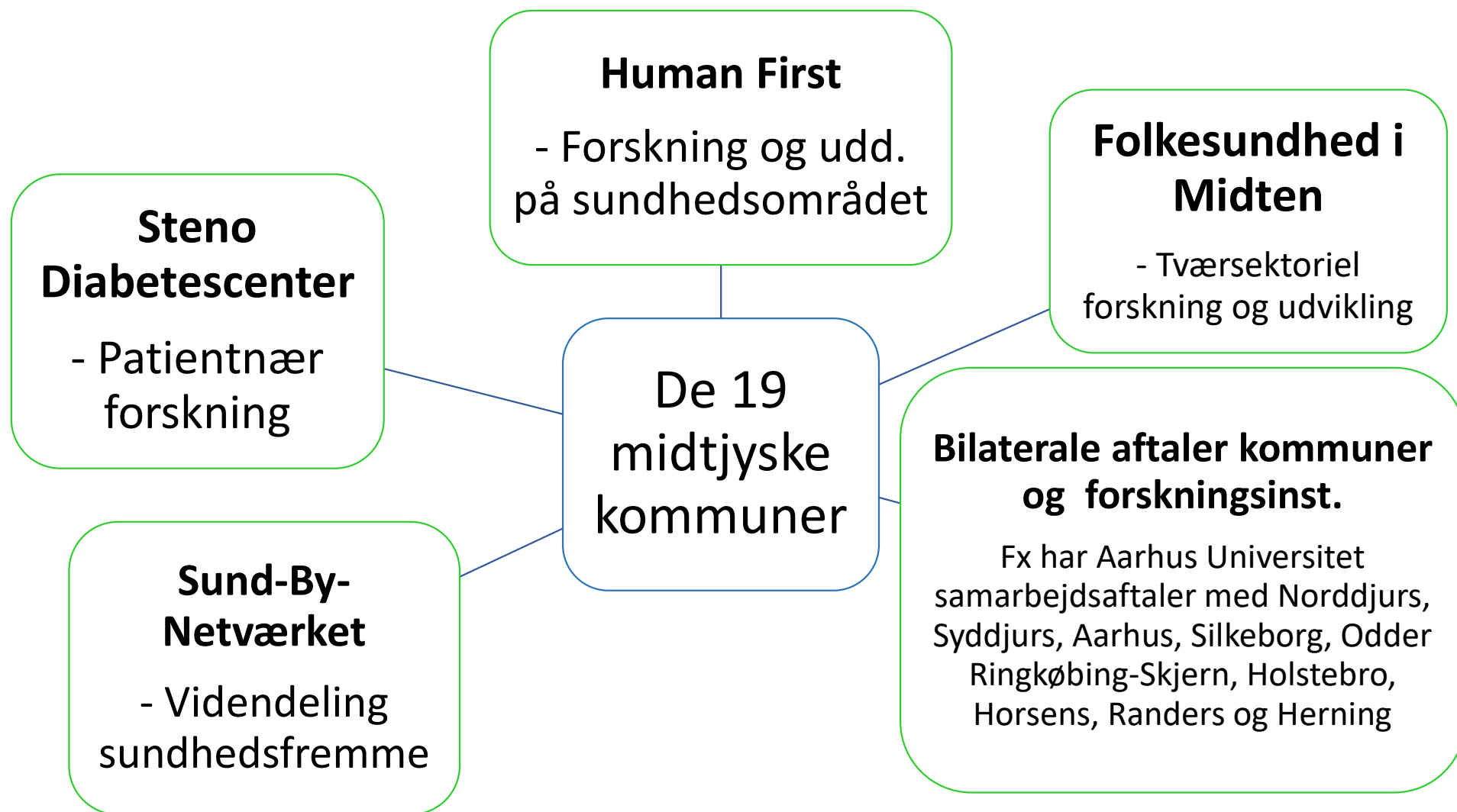
Kommunal profil i fht. forskning?

- Kommunerne har på forskellig vis fokus på forskning i sundhed og er også repræsenteret i forskellige forskningssamarbejder .
- Er der behov for en mere tydelig kommunal profil og mere udveksling af viden på området?

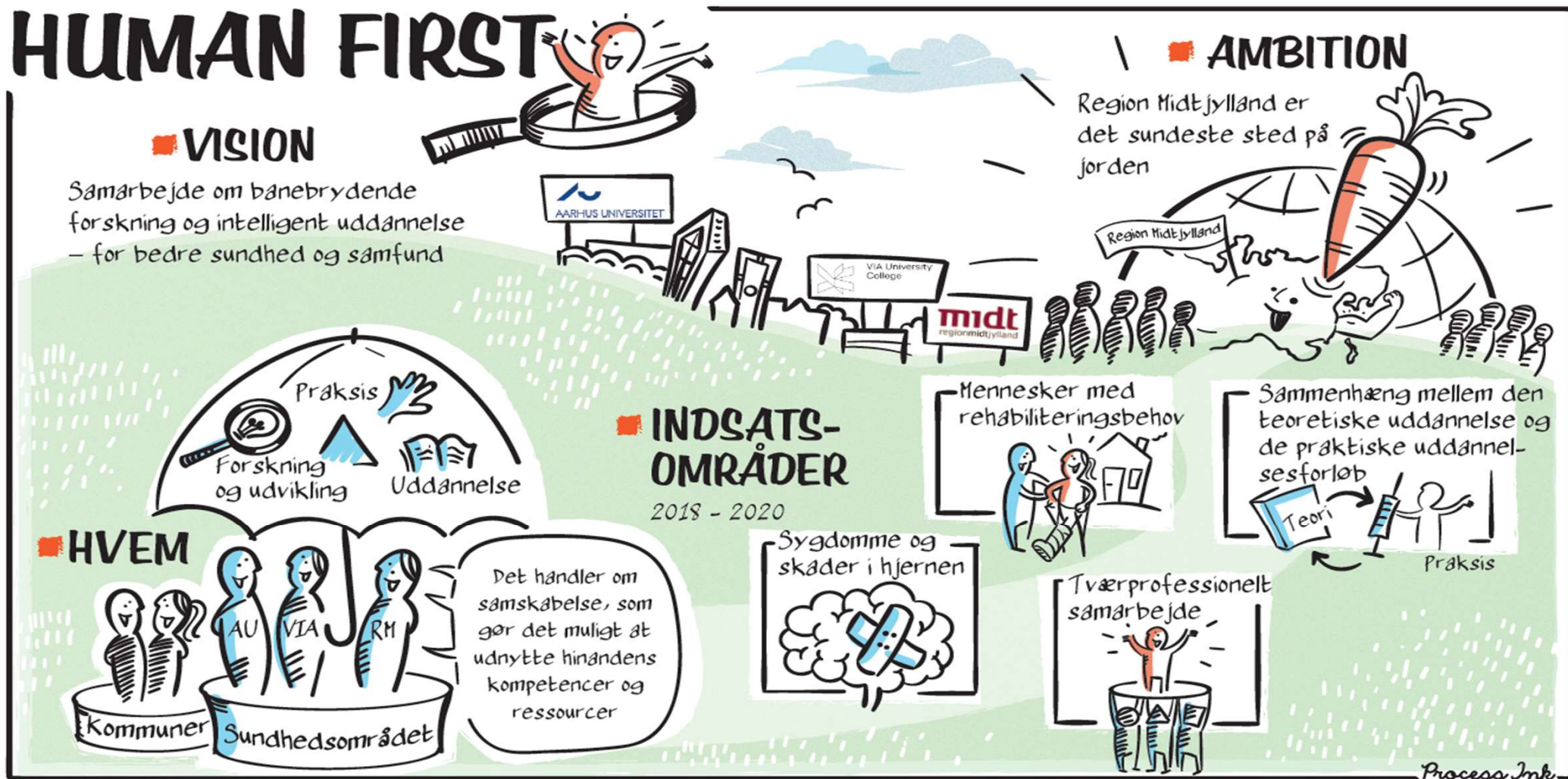
Hvordan får vi det – og hvad kan det indebære?



Kommunernes involvering i forskning i Region Midt



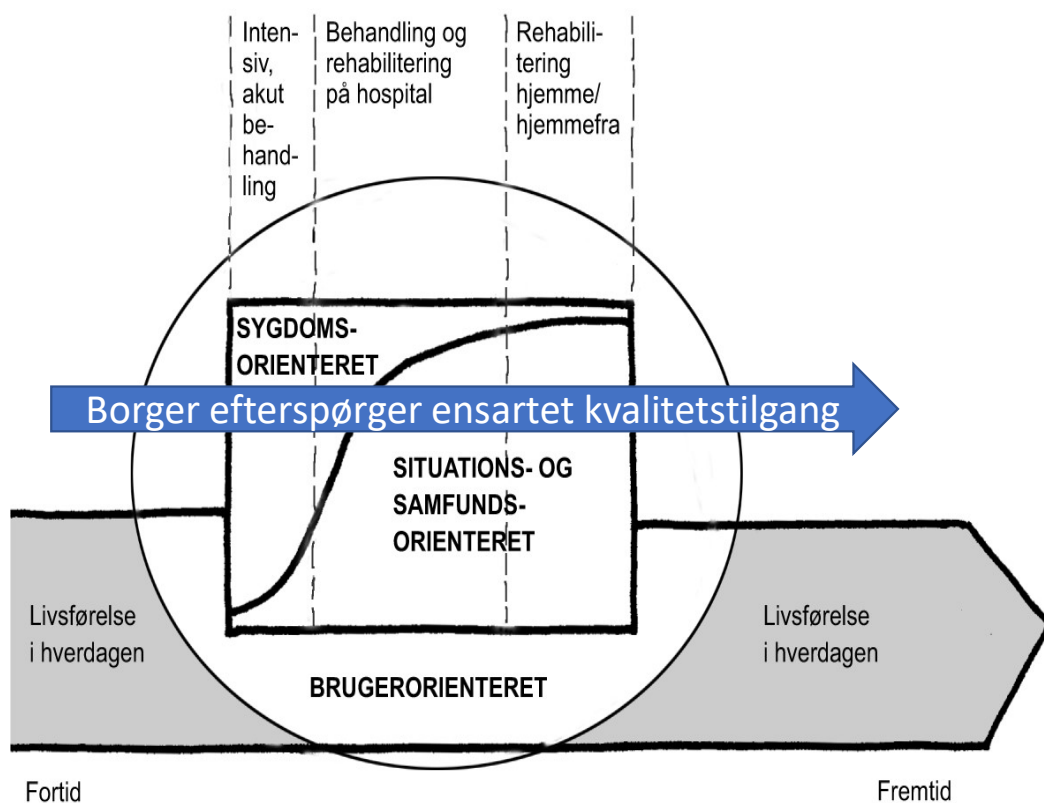
Human First – status og perspektiver



Human First.....rehabilitering

- *Samarbejde om banebrydende forskning og intelligent uddannelse – for bedre sundhed og samfund.*
- Human First er et partnerskab på sundhedsområdet mellem VIA University College, Region Midtjylland og Aarhus Universitet, hvor vi sammen stræber efter en overordnet drøm om at gøre Midtjylland til det sundeste sted på jorden. For de mennesker, der bor her. Men også for alle de mennesker, der ikke gør.
- Programgruppe nedsat af styregruppen for ”Mennesker med rehabiliteringsbehov”. Her deltager kommunerne på lige fod med de andre aktører i formandsskabet.

Rehabilitering er målrettet og tidsbestemt. Det er en samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk..[...] består af en koordineret, sammenhængende og *vidensbaseret* indsats.



- Hvidbog (januar 2019) med SWOT analyse:

- Styrker: Eksisterende forløbsprogrammer; Det danske cpr nummersystem; Fagligt fokusområde i flere sundheds- og socialfaglige uddannelser
- Svagheder: Begrænset forskningsbaseret viden; begrænset anvendelse af eksisterende viden; manglende viden om (økonomisk) effekt af rehabilitering; lavstatusområde.
- Muligheder: Forbedret forskning/udvikling ved inddragelse af data og interventioner i hele kæden. Knytte arbejdsevne og socialsituation til indsatserne.
- Trussel: For lave politisk ambitioner for rehabilitering. Ingen ressourcer til udvikling af metoder til forskning. En søjleopdelte rehabiliteringsindsats vanskeliggør helhedsindsatser og monitorering.

Styregruppens initiativer

Handling	Status
Programgruppemøde (ca. 30 deltagere)	Rapportering fra grupperne + drøftelse af borgerinddragelse Næste gang jan 2021 med deltagelse af borger-/patientforeninger
Hjerterehabiliteringsgruppen (JBD)	Validering af HjerteKomMidt data (kommunal medfinansiering) Undersøgelse af Drop-out (bevilling 0,5 mill. Kr.), Thomas Maribo
Mikrodataprojekt (SA)	De digitale fodspor af rehabilitering, Sanne Angel/Malene Havsager (Sanne Møller Palner, Randers kommuner har udvalgt patienter)
Ambassadørkorps	Udbudt under plan2learn. Socialområdet indtænkt. Dorthe Sørensen.
Rehabiliteringslaboratorium (DS)	Laboratoriet skal bruges til at træne medarbejderne, og at der skal tages udgangspunkt i en aktuel patientsituation – evt. med en patient tilstede i selve læringssituationen.
Principper for rehabiliteringsforskning (Merete Stubkær)	Udkast udarbejdet af professor Claus Vinter Nielsen
Symposium (udsat)	22. Oktober 2020.
Commotio projekt (samarbejde)	Fortsættelsen af projekt "Bristede drømme" og synergieffekt til rehabiliteringsgruppen. Fagfolk tilbydes ICF-kursus. Jørgen Feldbæk.

De næste skridt...

- Hjerterehabilitering og HjerteKomMidt arbejdet er et "isbryderprojekt". Hvis man kan på hjerteområdet, så kan de øvrige kronikerområder følge efter....
- Størst potentiale i forløbsprogram for Lænde-ryg, men her er udfordringer datamæssigt (måske) også størst.
- Meget væsentligt, at kommuner optræder som "enhedsaktør", med alle de kompromisser – men også gevinster - det indebærer.
- Fuldgod deltagelse i Human First, herunder en mindre fast finansieringsdel?



AARHUS
KOMMUNE



Forskning tættere på praksis

Oplæg i DKS d. 11. juni 2020

Otto Ohrt, Sundhedschef, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

SUNDHED  OMSORG

Kommunal sundhedsforskning: større rolle i det nære sundhedsvæsen



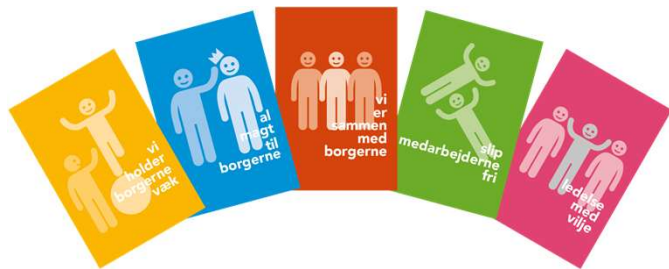
Sundhedsopgaven tæt på borgerne, men hvad med udvikling og forskning?

- Flere opgaver, der skal løses i kommunerne indenfor kroniske sygdomme og den aldrende befolkning
- Tættere samarbejde mellem borgeren og en række forskellige fagområder, fagpersoner og enheder
- Flere målrettede og differentierede indsatser baseret på bedste tilgængelige viden og evidens
- Styrket fokus på løbende udvikling og opfølgning i praksis samt et koordineret samspil mellem indsats og evaluering

Flere modeller for koblingen mellem forskning og praksis

- Regionerne skal sikre forskningen på sundhedsområdet, hvor kommunerne skal medvirke til udviklingen
- Opgaven bliver at sikre et tættere samarbejde mellem forskere og de fagprofessionelle, som i dagligdagen er tæt på borgerne
- Med etableringen af Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning arbejder vi i Aarhus med at skabe en fælles ramme for forskningen på rehabiliteringsområdet

Aarhus Kommunes forskningsmodel: Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning



Samarbejde om praksisnær forskning

- Udvikle, anvende og formidle evidensbaserede metoder
- Underskrevet samarbejdsaftale for perioden 2018-2020
- Organiseret med en bestyrelse, styregruppe og referencegruppe, herunder ad hoc arbejdsgrupper

Forskningsaktivitet i fællesskab

- Region Midtjylland og Aarhus Universitet er, i tæt samarbejde med de kommunale medarbejdere og borgerne, ansvarlig for forskning og udvikling
- Aarhus Universitet og VIA University College løfter medarbejdernes kompetencer
- Aarhus Kommune udfører rehabiliteringen indenfor mange fagområder fx i sundhedscentre, jobcentre mv.

Særligt prioriterede fokusområder i samarbejdet

- Hjerte- og lænderyg rehabilitering
- Udendørs rehabilitering
- Kræft- og beskæftigelsesrettet rehabilitering

Eksempler på projekter under fokusområderne i Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning

Hjerterehabilitering

- 10 Kommuner-projektet i Region Midtjylland. Formålet er bl.a. at belyse og sammenligne sundhedspædagogiske interventioner i kommunerne
- Ph.d. om rehabilitering af borgere med hjertesygdom og diabetes i Folkesundhed Aarhus

Lænderyg-rehabilitering

- Evaluere forskningsprojekt i Sociale Forhold og Beskæftigelse om effekten af en fysioterapeutisk intervention for sygemeldte borgere med lænderyg-besvær iht. bl.a. at genindtræde på arbejdsmarkedet
- Undersøge betydningen af at arbejde med stratificerede ryghold (funktionsevne og smertemestring) på Ortopædisk GenoptræningsCenter

Udendørsrehabilitering Ph.d. om implementering af SPARK-projektet (Sundhed, park, aktiviteter, rehabilitering og klimatilpasning)

Kræftrehabilitering Tværsektorielt arbejde om kræftrehabilitering i arbejdsgruppen under Voksenstyregruppen med fokus på brug af telefonmetoden i stedet for genoptræningsplan

Potentialer i samarbejdet med Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning



Målet er, at:

- Forskningsspørgsmål udspringer fra borgernes hverdag
- Forskningsresultater løbende bliver videreformidlet og anvendt i den kommunale praksis

Hvad får kommunen ud af det?

- mulighed for at byde ind med forskningsspørgsmål fra kommunal praksis
- forskning som løftestang til at kvalitetsudvikle praksis og skabe større effekt af indsatser
- forskningen kan bidrage til mere velbegrundede prioriteringer, bedre ressourceudnyttelse og konsolidering af praksis
- tværsektorielt og praksisnært forskningssamarbejde, hvor *det der virker* for borgerne i kommunen bruges i hverdagen

Hvad får borgeren ud af det?

- sikkerhed for bedste indsats med afsæt i bedst tilgængelige viden og evidens
- medvirke i forskningsprojekter for at sikre kvalitet og fremtidige indsatser
- forskning der udspringer fra borgernes dagligdag og borgernes behov

Barrierer i samarbejdet med Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning

Hvad er de foreløbige udfordringerne i samarbejdet?

- forskellige kulturer og organisationer
- tidskrævende opstartsfasen
- koblinger til strategiske prioriteringer
- opbygning af samarbejdsrelationer
- forstyrrende for kerneydelsen
- etablere interne forskningsfunktioner
- koordinering og tilrettelæggelse i et samspil

'Hvis vi skal sikre den bedste indsats, er forskning altså vigtig. Både for de politikere og ledere, som skal prioritere og udstikke rammerne for arbejdet, men også for de forskellige faggrupper, som skal koordinere, tilrettelægge og tilbyde de forskellige indsatser.' (Debatindlæg til Dagens Medicin).

Spørgsmål til drøftelse: de gode kommunale modeller?



Forskning tilrettelægges i et samspil

Hvordan sikres et tættere samarbejde mellem forskere og opgaveløsningen i kommunerne?

Mere sundhed for pengene

Hvordan skaber vi kommunale forskningsmodeller, der på bedste vis sætter os i stand til at udveksle erfaringer, drage nytte af hinanden og tænke nyt?

Koblinger til strategiske prioriteringer

Hvilke strukturer er nødvendige for at understøtte forskningsarbejdet, så vi implementerer og udvikler det der virker for borgerne?

Systematisk videndeling

Hvordan formidles og forankres systematisk den forskningsbaserede viden, så den kommer til at leve i dagligdagen til gavn for både borgere og medarbejdere?

‘Placeres forskningen rigtigt, baner vi vejen for det samarbejdende sundhedsvæsen, hvor kommunerne, regionerne, professionshøjskolerne og universiteterne arbejder tæt sammen om at skabe og udbrede de bedste sundhedstilbud til borgerne’ (Debatindlæg til Dagens Medicin).

Bilag: Forskning på sundhedsområdet

Folkesundhed i Midten

Folkesundhed i Midten yder økonomisk støtte til forsknings- og udviklingsaktiviteter til parterne i samarbejdsstrukturen.

Forsknings- og udviklingsaktiviteterne skal bidrage til

- at sikre at forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt understøttes, og at ydelser og uddannelse af sundhedspersoner varetages på et højt fagligt niveau
- at opruste kommunerne og regionen til i fællesskab at tiltrække nationale forsknings- og udviklingsmidler i samarbejde med faglige miljøer
- at udvikle et strategisk samarbejde med Aarhus Universitet

Parterne i Folkesundhed i Midten er Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen.

Folkesundhed i Midten finansieres i fællesskab mellem Region Midtjylland og de deltagende kommuner. Den fælles økonomi er opbygget af et fast årligt bidrag på 1 kr. pr. borger både fra kommunerne og fra regionen. Det samlede faste bidrag er ca. 2,5 mio. kr.

Læs mere på <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/forskning/folkesundhed-i-midten/>

Human First

Human First er et partnerskab mellem Region Midtjylland, Aarhus Universitet og VIA University College om forskning og uddannelse på sundhedsområdet. Visionen for Human First er: *Samarbejde om banebrydende forskning og intelligent uddannelse – for bedre sundhed og samfund.*

Ambitionen er at skabe enestående resultater, som er til gavn for borgerne, og som er internationalt anerkendte. Der er et ønske om at sikre en tæt kobling mellem forskning, uddannelse og praksis samt at samarbejde med kommuner, praksissektor og internationale uddannelses- og forskningsmiljøer.

Partnerskabet fokuserer i 2018-20 på fire indsatsområder:

- Sygdomme og skader i hjernen
- Mennesker med rehabiliteringsbehov
- Tværprofessionelt samarbejde
- Sammenhæng mellem den teoretiske uddannelse og de praktiske uddannelsesforløb

Læs mere på <http://www.human-first.org/>

Steno Diabetescenter Aarhus

Steno Diabetes Center Aarhus er en afdeling på Aarhus Universitetshospital, der varetager ambulant behandling af børn, unge og voksne med diabetes samt voksne med svær overvægt. Samtidig er de Region Midtjyllands videns- og kompetencecenter inden for diabetesområdet.

Centret samarbejder med praktiserende læger, kommuner, hospitaler, forskningsmiljøer, private aktører og de andre Steno Diabetes Centre om at udvikle, evaluere og forske i indsatser på diabetesområdet.

Fokus er på patientnær diabetesforskning. Ambitionen er at konsolidere og fremme Danmarks position i den internationale elite inden for klinisk diabetesforskning.

Læs mere på <https://www.stenoaarhus.dk/>

Nationalt netværk for kommuner og regioner

Sund By Netværket indgår alliancer med vidensinstitutioner og omsætter viden til praksis via medlemskommunerne

- 14 temagrupper arbejder med at omsætte ny viden og metoder til lokal praksis og er et sted for erfaringsudveksling
- Der udgives løbende publikationer, som findes i en database [link](#)
- Sundeborgere.dk er en digital casesamling, der skal understøtte at sundhedsindsatser baseres på vidensgrundlag, praksiserfaring og dokumentation

Anbefalinger fra 6-by forskningssamarbejdet

6-byernes netværk for forskningssamarbejde på sundhedsområdet har udarbejdet anbefalinger til, hvordan kommunerne kan styrke forskningssamarbejdet op sundhedsområder [link](#)

- **Indgå formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner**, som skaber et ophæng og en legitimitet til samarbejdet
- **Vær proaktiv i forhold til at informere forskningsmiljøer om kommunens praksis**, der vil kunne danne baggrund for forskningsprojekter om indsatsernes implementering og virkning
- **Etabler en intern forskningsfunktion på tværs af kommunen**, der kan fungere som indgang til kommunen for interesserede forskere og som brobygger mellem forskning og praksis
- **Søg indflydelse på forskningen** for i så høj grad som muligt at sikre, at forskningen kan skabe viden, der er både relevant og anvendelig for kommunens opgaveløsning
- **Overvej at afsætte midler til forskningssamarbejde** i form af medarbejderressourcer eller medfinansiering

Aalborg Kommunes forskningsmodel

Forskningschef ansat i Aalborg kommune og på Aalborg Universitet leder arbejdet med at:

- Understøtte kommunens ledere og medarbejdere i at identificere og formulere behov for ny viden på forebyggelses- og sundhedsområdet
- Øge forskernes interesse for og kendskab til kommunens indsatser og behov for ny viden
- Fungere som indgang til kommunen for forskerne, der er interesserede i at gennemføre forskning i kommunen
- Skabe dialog mellem kommunens praksis og forskerne om rammerne for konkrete forskningsprojekter og deres gennemførelse
- Medfinansiere forskning, der kan skabe relevant og anvendelig viden til kommunen
 - Byrådet har afsat 3 mio. kr. årligt til forskningssamarbejdet [link](#)
- Formidle viden til praksis om ny viden, blandt ved afholdelse af årlige videnskonerferencer for ledere og medarbejdere i hele kommunen

Københavns kommunes forskningsmodel

Afdeling for Velfærdsinnovation koordinerer forskningsindsatsen i Sundhed og Omsorg

- brobygger og facilitator i mødet mellem praksis, faglige centre og forskningsinstitutioner

1. Én indgang til forskningssamarbejder i Sundhed og Omsorg
 - Kriterier til forskningsprojekter formidles via hjemmesiden [link](#)
2. Vejleder om et godt samarbejde mellem forvaltningen og forskningsinstitutionerne
3. Understøtter etablerede netværk, partnerskaber, eksisterende forskningssamarbejder
 - Fx Copenhagen Center for Health Technology (CACHET) [link](#), Copenhagen Health Innovation (CHI) [link](#)
4. Videndeler og formidler ny viden fra forskningsprojekter på tværs i forvaltningen
 - Samlet overblik over forskningsprojekter og afrapportering af hovedresultater via skabeloner
5. Kvalificerer og støtter relevante forskningsansøgninger til fonde og puljer
6. Proaktivt ift. forskningsinstitutioner, herunder prioriterede fokusområder
 - 1-2 forskningskoordinatorer i hvert fagcenter med henblik på at kvalificere prioriterede forskningsområder

Afrapportering fra den kommunale arbejdsgruppe vedr. CIMT

Region Midtjylland henvendte sig til de midtjyske kommuner vedr. CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy) til apopleksipatienter i sommeren 2018. Hammel Neurocenter (RHN) har tilbudt CIMT som træning under indlæggelse til udvalgte apopleksipatienter, når de har haft kapacitet hertil. Region Midtjylland vurderer, at opgaven ikke er en specialiseret hospitalsopgave, og at rehabiliteringsmetoden principielt set kan tilbydes borgeren, når denne er overgået til indsats i kommunalt regi. I henvendelsen beder regionen kommunerne tilkendegive, hvorvidt man ønsker, at regionen skal udarbejde et forslag til et tilbud på CIMT-forløb, som kommunerne kan 'købe' eller om man vil afsøge en fælleskommunal løsning.

Forespørgslen fra regionen blev drøftet i KOSU (16.08.18) og DASSOS (15.08.18) og senest i DKS (Den Kommunale Sundhedsstrategisk gruppe) (12.09.18) med henblik på en tilkendegivelse af, hvorvidt regionen skal udarbejde et forslag til et tilbud eller om en anden løsning ønskes. Der er ikke tale om, at kommunerne skal overtage en genoptræningsopgave men om, at kommunerne skal overveje, hvorvidt man vil tilbyde indsatsen/metoden i kommunalt regi.

Af referatet fra DKS-mødet 12. september 2018 fremgår, at der er opbakning i DKS til at indlede en dialog med regionen vedr. et eventuelt tilbud på den konkrete opgave. Der skal være fokus på effekten af CIMT. I den forbindelse skal nedsættes en lille kommunal gruppe af fagpersoner (både terapeuter og hjerneskadekoordinatorer), der kan gå i dialog med regionen ift., hvad et regionalt tilbud skal indeholde.

1) Arbejdsgruppen og proces

Arbejdsgruppen er sammensat af:

- Charlotte Brøndum, specialkonsulent, Silkeborg Kommune
- Birgit Madsen, Hjerneskadekoordinator, Ringkøbing-Skjern Kommune
- Niels Boritz Sørensen, Daglig Leder Genoptræning, Skive Kommune
- Jytte Jakobsen, Hjerneskadekoordinator, Viborg Kommune
- Linda Bonde Kirkegaard, konsulent, KOSU-sekretariatet

Arbejdsgruppen udarbejdede i første omgang et notat, som input til den indledende dialog med Region Midtjylland, indeholdende en række kommunale hensyn og spørgsmål ift. et evt. regionalt tilbud. Notatet blev afleveret til regionen medio marts 2019 med henblik på at indgå i en dialog.

Regionens tilbagemelding var, at et regionalt tilbud tænkes udbudt af det regionale socialområde via Institut for kommunikation og handicap samt specialområde hjerneskade.

Institut for kommunikation og handicap (IKH) har været i dialog med Hammel Neurocenter hen over efteråret 2019, og inviterede den kommunale arbejdsgruppe til et indledende møde i februar 2020.

På baggrund af den indledende dialog med IKH har arbejdsgruppen efterfølgende udarbejdet denne afrapportering indeholdende en anbefaling vedr. et evt. muligt regionalt tilbud.

2) Indledende overvejelser om et regionalt tilbud

I den indledende dialog om, hvordan et regionalt tilbud kan sammensættes, blev overordnet skitseret to mulige modeller:

- Den fulde model som på Hammel Neurocenter (RHN)
- En modificeret model

Kort om metoden:

Apopleksi er en af de hyppigste årsager til motoriske funktionsnedsættelser hos voksne. Inden for neurorehabilitering anvendes en række behandlingskoncepter, -metoder og -modeller, heriblandt constraint-induced movement therapy (CIMT). CIMT er således en rehabiliteringsmetode blandt flere. CIMT-metoden indebærer, at den 'raske hånd' passiviseres med en stiv "vante", og der trænes intensivt med den afficerede hånd og arm dagligt med funktionelle opgaver. Formålet er at forbedre funktionsevnen.

2.1) Fuld model: CIMT i regionalt regi som på Hammel Neurocenter (indtil sommeren 2018)

Den fulde model er en meget intensiv indsats rettet mod en afgrænset målgruppe, hvor:

- borger træner 6 timer om dagen x 10 hverdage
- sammensætning: fire borgere pr. hold
- fagteamet er tværfagligt og består af 1 fysioterapeut og 1 ergoterapeut
- der er mulighed for overnatning, pga. intensiteten i forløbet
- samme målgruppe og inklusionskriterier som på RHN

IKH foreslår umiddelbart en øst- og vest-placering ift. mulig geografisk placering, og oplyser, at de ikke har mulighed for at tilbyde overnatning, idet institutionen ikke har sengepladser.

Det tidligere tilbud på Hammel Neurocenter indebærer, at borgeren var indlagt. Metoden indebærer et intensivt forløb, hvorfor overnatning vurderes at være en forudsætning for en gennemførelse af den 'fulde model', hvis tilbuddet ikke udbydes i borgerens nærmiljø. Det vurderes derfor nødvendigt at indgå samarbejdsaftaler med for eksempel hoteller på de lokationer, som udvælges.

Prisoverslag på et toårigt forløb leveret af IKH

Nedenstående prisoverslag laves med udgangspunkt i, hvis IKH udbyder et forløb svarende til det på RHN – den 'fulde model'. Tilbuddet vil for IKH være indtægtsdækket virksomhed. Der gøres opmærksom på, at prisoverslaget er givet på baggrund af den indledende dialog, og således er et fingerpeg om niveauet, men at et mere bindende tilbud vil kræve grundigere drøftelser.

Kursustaksten vil således skulle omfatte følgende:

Aktivitet	Timer	I alt for 4 personer
Visitation, tests, indkaldelser m.v.	2 timer pr. borger, i alt 8	8 timer
Forberedelse før indsats, koordinering med lokationer osv.	4 timer	4 timer
8 x 10 arbejdsdage	2 personer á 80 timer	160 timer
Opsamling, rapportering/overlevering	2 timer pr. borger, i alt 8 timer	8 timer
Timer i alt		180 timer

Etableringsomkostninger (oplæring, indkøb af udstyr, møder mv.)	300-400 timer	
Omkostninger	Pris	I alt for fire borgere/ pr. borger
Timeforbrug med abonnement	180 x 761 kr./timen	136.980 kr. /34.245 kr.
Timeforbrug uden abonnement	180 x 851 kr./ timen	153.180 kr. / 38.295 kr.
Kørsel	Afhænger af afstanden	?
Overnatning	?	?
Udgifter til leje af lokaler	?	?
Etableringsomkostninger (oplæring, indkøb af udstyr, møder mv.)	300.000-400.000 Kr.	
Fuld model inkl. etableringsomkostninger indregnet i timeprisen de første 2 år	Timepris 1000 kr./timen	180.000 kr./45.000 kr. pr. borger + kørsel og overnatning

Ovenstående prisoverslag indebærer en binding på 2 år – jo flere tilbud, man kan lægge ind i løbet af et år, jo lavere vil den faktuelle timepris være, da etableringsomkostningerne vil have et nogenlunde ensartet niveau. Den faktuelle timepris kan således variere med ca. 200 kr. alt efter om man gennemfører 2 eller 4 hold pr. år. Ovenstående pris er anslået ud fra et fyldt hold. Er der færre deltagere, vil prisen pr. deltager stige.

2.2.) Modificeret model

En modificeret model rettet mod en afgrænset målgruppe, hvor:

- borger træner 3 timer om dagen x 10 hverdage
- sammensætningen er fire borgere pr. hold
- fagteamet er tværfagligt og består af 1 fysioterapeut og 1 ergoterapeut

I og med, at der er tale om en halvering af de daglige træningstimer forventes det, at der ikke er samme behov for overnatning, som når borgeren trænes dobbelt så lang tid pr. dag.

Forslaget om en øst- og vest-placering ift. mulig geografisk placering gælder også her.

Prisoverslag på et toårigt forløb leveret af IKH

Nedenstående prisoverslag laves med udgangspunkt i, hvis IKH udbyder en modificeret model – 3 timer i 10 dage.

Aktivitet	Timer	I alt for 4 personer
Visitation, tests, indkaldelser m.v.	2 timer pr. borger, i alt 8	8 timer
Forberedelse før indsats, koordinering med lokationer osv.	4 timer	4 timer
5 x 10 arbejdsdage	2 personer á 50 timer	100 timer

Opsamling, rapportering/overlevering	2 timer pr. borger, i alt 8 timer	8 timer
Timer i alt		120 timer
Etableringsomkostninger (oplæring, indkøb af udstyr, møder mv.)	300-400 timer	

Omkostning	Pris	I alt for fire borgere/ pr. borger
Timeforbrug med abonnement	120 x 761 kr. i timen	91.320 kr. /22.830 kr.
Timeforbrug uden abonnement	120 x 851 kr. i timen	102.120 kr. / 25.530 kr.
Kørsel	Afhænger af afstanden	?
Overnatning	Vurderes at kunne undgås ved en modificeret model	0 kr.
Udgifter til leje af lokaler	?	?
Etableringsomkostninger (oplæring, indkøb af udstyr, møder mv.)	300.000-400.000 Kr.	
Modificeret model inkl. etableringsomkostninger indregnet i timeprisen de første 2 år	Timepris 1000 kr.	120.000 kr. /30.000 kr. pr. borger + kørsel

3) Væsentlige kommunale opmærksomhedspunkter

Målgruppe/volumen

På baggrund af indsatsen på RHN vurderes volumen at være ml. 16-24 borgere pr. år. Dog er dette vanskeligt at vurdere, da RHN's tilbud om indsats har været afhængig af kapacitet. Der er således usikkerhed om, hvad det reelle niveau vil være.

Ift. målgruppen er det en metode, som kun egner sig til meget få borgere, da den intensive metode kræver 'kognitiv stærke borgere'. Man skal således være motiveret og kunne forstå beskederne.

Effekten af indsatsen

Træningsmetoden kan betegnes som indsats med højt anvendt ressourceforbrug, hvilket fordrer dokumenteret effekt sat i forhold til

- a) personlig ressourceanvendelse for borgeren og
- b) faglig ressourceanvendelse.

Efterspurgt har det ikke været muligt umiddelbart at modtage tilstrækkelig viden om evidens for effekt og særligt i forhold til langtidseffekten af CIMT-indsatsen.

IKH har fremsendt en screening af udvalgte studier og forskning om CIMT, men det er relevant at kende:

- hvilken effekt er dokumenteret?
- er forskningen opdateret?
- er forskningen fortaget for intervention svarende den indsats, der er beskrevet i oplægget?
- hvordan udmøntes en effekt ift. funktions- og aktivitetsniveau?
- er effekten blivende efter interventionens periodens afslutning?
- behovet for opfølgning ved kommunale terapeuter?

Den kommunale arbejdsgruppe er oplyst, at det er muligt at opnå svar på ovenstående, hvis der foretages et opdateret litteraturstudie.

Omkostninger

Som beskrevet ovenfor vil der både være omkostninger til etablering af et regionalt tilbud samt til selve tilbuddet. Samtidig er det en forudsætning for begge modeller, at der vil være en binding på to år, hvor kommunerne forpligter sig til et antal forløb hos IKH. Med den forventede estimerede volumen på 24 forløb pr. år, vil der være behov for en slags beredskab. Her vil der være behov for at aftale en konstruktion for dette – f.eks. i form af en underskudgaranti eller lignende.

Borgerperspektivet og det samlede rehabiliteringsforløb. Fokus på om samlet vurdering af indsats versus samlede rehabiliteringsindsats-proportioner

Borgere med erhvervet hjerneskade indgår ofte i:

- a) Et længere indlæggelsesforløb,
- b) et efterfølgende genoptræningsforløb samt
- c) et udviklings- og udredningsforløb i forhold til arbejds- eller studieevne afklaring.

Rehabiliteringsforløbene er kendetegnet af koordinering, prioriteringer og rettidighed i forhold til de mange indsatser.

CIMT-forløb er en tids- og ressourcekrævende træningsmetode, som skal tilrettelægges med afsæt i borgerens samlede energi- og ressourceforbrug. Det er derfor af betydning, at træningsmetodens effekt er oplyst borgeren således, at denne har mulighed for at tage valg på et oplyst grundlag, set i forhold til rehabiliteringsforløbets indsatser i borgerens øvrige livsområder.

Det er ikke på det foreliggende muligt at oplyse borger om forholdet mellem indsats og effekt.

4) Arbejdsgruppens samlede vurdering/anbefaling

På det forelæggende grundlag anbefaler den kommunale arbejdsgruppe ikke et regionalt tilbud og således heller ikke at gå videre i dialogen med Region Midtjylland/IKH. Arbejdsgruppen anbefaler, at det er op til den enkelte kommune, hvorvidt man vil tilbyde CIMT-metoden, som en del af den kommunale genoptræningsindsats eller om andre metoder tilbydes.

Anbefalingen bunder i følgende argumenter:

- **Omkostningerne skal stå mål med den forventede effekt**
En så indgribende indsats som CIMT-metoden indebærer er forbundet med et meget højt ressourceforbrug (både personligt og fagligt) og dermed også høje omkostninger.

Ressourceforbruget skal således opvejes af effekten af indsatsen ift. borgerens funktionsniveau – både på kort og lang sigt. Da det ikke er muligt på nuværende tidspunkt at dokumentere effekten af indsatsen tilstrækkelig (hverken den fulde- eller den modificerede model), vil det kræve omkostninger til i første omgang et litteraturstudie.

- **Usikkerhed om volumen og målgruppe**

Umiddelbart taler den forventede lille volumen for et regionalt tilbud. Omvendt er der stor usikkerhed ift., hvad det reelle niveau er, da RHN kun har tilbudt indsatsen, når de har haft kapacitet til det.



Afregningsmodel for aftale om IV-behandling i nærområdet

Samarbejdsaftalen skal give mulighed for, at IV-behandling (intravenøs behandling) kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for anden behandling i hospitalsregi end IV-behandling.

Dato 29.05.2020

Samarbejdsaftalen vedrører kommunale sygeplejerskers varetagelse af IV-behandling med isotone væsker og antibiotika.

Side 1

Der er udarbejdet forløbs- og dagstakster for (2019-niveau):

- Standardforløb med op til 3 behandlinger pr. dag i gennemsnitligt 3 dage (gælder forløb på 1-6 dage): 2.999 kr.
- Dagstakst for 7. dag og frem (max 28 dage) med op til 3 behandlinger: 1.000 kr.
- Forløbstakst pumpe og væske med 1 behandling pr. dag i gennemsnitligt 3 dage (gælder forløb på 1-6 dage): 1.000 kr.
- Dagstakst pumpe og væske med 1 behandling pr. dag: 333 kr.

Den samlede økonomi for 4000 forløb er estimeret til 16,2 mio. kr. årligt. Finansieringen af de estimerede 16,2 mio. kr. fordeles med 70 % til regionen og 30 % til kommunen.

Nedenfor beskrives den model, der forventes anvendt til afregningen af den delte finansiering indenfor samarbejdsaftalen.

Afregningsmodel

Samarbejdsaftalen vedrører kommunale sygeplejerskers varetagelse af IV-behandling med isotone væsker og antibiotika, og afregningsmodellen bliver baseret på data om ydelserne/indsatserne fra de midtjyske kommunale omsorgssystemer (Cura og Nexus). I disse systemer planlægges og registreres kommunernes ydelser.

Afregningsmodellen vil ikke påvirke de aftalte faglige arbejdsgange vedrørende dialogen mellem parterne i forbindelse med udskrivning til færdigbehandling med IV i nærområdet. Opgave- og ansvarsfordelingen mellem region og kommuner kan læses i samarbejdsaftalens punkt 7.

Data og registrering til brug for behandling og afregning

Kommunerne skal i FSIII (FællesSprog III¹) registrere indsatserne: 'Intravenøs medicinsk behandling' og 'Intravenøs væskebehandling'. Under disse to obligatoriske indsatser er der mulighed for at oprette underliggende lokale indsatser.

For at kunne indikere præcist hvilke behandlinger i kommunen, der foregår indenfor IV-samarbejdsaftalen, skal der i hver enkelt kommune oprettes følgende enslydende lokale indsatser under den nationale FSIII-indsats 'Intravenøs medicinsk behandling':

- Intravenøs medicinsk behandling (aftale RM)
- Intravenøs medicinsk behandling med pumpe (aftale RM)

Tilsvarende skal der under den nationale FSIII-indsats 'Intravenøs væskebehandling' oprettes følgende lokale indsatser:

- Intravenøs væskebehandling (aftale RM)

Disse tre lokale indsatser er afgørende for, hvilken takst der skal afregnes for. Med udgangspunkt i disse indsatser og start- og slutdato for behandlingsforløbet kan afregningen fastlægges.

Efter den intravenøse behandling er færdig registreres en slutdato, hvorefter der vil skulle ske en databehandling. I denne databehandling udvælges de tre lokale indsatser, der vedrører samarbejdsaftalen. Indenfor de enkelte indsatser vil antallet af dage kunne findes ud fra slutdato og startdato. Hvis f.eks. der er tale om behandling i tre dage med intravenøs behandling med antibiotika (uden pumpe), vil dette forløb falde indenfor taksten for et standardforløb dvs. 2.999 kr. Regionen finansierer 70 % af dette beløb – kommunerne de resterende 30 %. Der sendes en faktura til regionen svarende til 70 % af beløbet.

I bilag 1 er vist, hvad der afregnes for forskellige IV-forløb. Der er endvidere vedlagt et regneark, hvor der via a) ydelsen/indsatsen, b) startdato og c) slutdato kan beregnes hvad afregningen er.

Det er med valgte model vigtigt, at den korrekte lokale indsats samt start og slutdato registreres korrekt – også ved forlængelse af behandlingen og skift imellem

¹ For mere information: <http://www.fs3.nu/>

behandlingsformer.² Tilsvarende er det vigtigt, at registrering og databearbejdning er ens på tværs af kommunerne.

Fakturering

På baggrund af resultatet af databehandlingen udarbejdes der i kommunalt regi en faktura på 70% af det takstbeløb, der gør sig gældende for forløbet. Fakturaen sendes hver måned til én central konto i Region Midtjylland med EAN-nummeret: 5798003190457.

Fakturaen skal indeholde følgende:

- Der sendes én faktura pr. CPR-nr. (Dvs. ikke samle flere borgere/forløb sammen for fx en måned på én faktura.)
- Krav til indhold i fakturaer:
 - o Patientens CPR-nr.
 - o Hvilken kommune, der har udført behandlingen – kontaktperson i kommunen
 - o Konto hvor beløbet skal overføres til
 - o Start og slutdato for behandlingen
 - Af faktura skal fremgå: start DD.MM.ÅR – slut DD.MM.ÅR
 - o Hvilken type behandling
 - Af faktura skal fremgå:
 - IV medi. beh.
 - IV væske
 - IV medi. m. pum.
 - o Beregning af beløbet;
 - Grundtakst (1-6 dage) = XXXX kr.
 - Dagstakst a X stk. = XXXXX kr.
 - I alt = XXXX kr.
 - Regional andel = 70 % af det samlede beløb

Når regionen modtager en faktura, vil regionen kontrollere fakturaen og fordele udgifterne fra den centrale konto videre til hospitalerne, så de økonomiske

² Såfremt det lægefagligt vurderes, at behandlingen skal fortsætte i en længere periode end først antaget ved udskrivelse, vil slutdatoen i omsorgssystemet afspejle en eventuel forlængelse af behandlingen. Ved forløb over 28 dage skal der laves en supplerende individuel aftale. I det tilfælde hvor det er kendt fra starten har hospitalet ansvaret for at lave den supplerende individuelle aftale. I de tilfælde, hvor det sker som løbende forlængelse af behandlingen, har både kommune og hospital ret og pligt til at tage initiativ til at lave en supplerende individuel aftale.

Såfremt behandlingsforløbet stopper, idet borgeren skal indlægges igen, vil det kommunale forløb afsluttes. Hvis borgeren udskrives til færdigbehandling i kommunalt regi efter denne anden indlæggelse vil et nyt behandlingsforløb skulle opstartes i omsorgssystemet.

Såfremt antibiotikaforløb i kombination med væske vil der skulle registreres og udarbejdes faktura for begge lig ovenstående beskrivelse. Der forventes i udgangspunktet få af disse forløb.

Såfremt der skiftes til intravenøs behandling med pumpe i forløbet, vil den første ydelse skulle lukkes – og afregnes – og der vil skulle startes en ny ydelse.

incitamenter ift. tabletbehandling, selvadministration og IV-behandling i nærområdet er til stede.

Fakturaen betales senest 30 dage efter fremsendelse.

Fakturaer sendes mindst en gang om måneden, men frekvensen kan eventuelt evalueres sammen med den overordnede evaluering af aftalen.

Eventuelle uoverensstemmelser vedrørende afregning af IV-behandling håndteres bilateralt af det enkelte hospital og kommune. Allerede i dag klares f.eks. uenighed om færdigbehandlingsdage bilateralt mellem kommunerne og hospitalerne.

Bilag 1: Eksempler på afregning og håndtering af forlængelser, afbrydelser og ændringer af IV-forløbet.

Nedenfor er vist forskellige eksempler på, hvad afregningen bliver for forskellige længder af forløb (2019-niveau).

Indsats/ydelse: "Intravenøs beh. antibiotika - aftale regionen" - behandlinger pr. dag fordelt på dage																
CPR	Antal dage											Afregning "forløb"	Afregning "dage"	Afregning i alt	Faktura til Regionen (70%)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
Cpr 1	3												2.999	-	2.999	2.099,30
Cpr 2	2	2											2.999	-	2.999	2.099,30
Cpr 3	3	3	3										2.999	-	2.999	2.099,30
Cpr 4	2	2	2										2.999	-	2.999	2.099,30
Cpr 5	3	3	3	3	3								2.999	-	2.999	2.099,30
Cpr 6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			2.999	3.000	5.999	4.199,30
Cpr 7	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1		2.999	5.000	7.999	5.599,30
Indsats/ydelse: "Intravenøs beh. væske - aftale regionen" og "Intravenøs beh. pumpe aftale regionen" - behandlinger pr. dag fordelt på dage																
CPR	Antal dage											Afregning "forløb"	Afregning "dage"	Afregning i alt	Faktura til Regionen (70%)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
Cpr 1	1												1.000	-	1.000	700,00
Cpr 2	1	1											1.000	-	1.000	700,00
Cpr 3	1	1	1										1.000	-	1.000	700,00
Cpr 4	1	1	1										1.000	-	1.000	700,00
Cpr 5	1	1	1	1	1								1.000	-	1.000	700,00
Cpr 6	1	1	1	0	1	0	1	1	1				1.000	999	1.999	1.399,30
Cpr 7	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1		1.000	1.665	2.665	1.865,50

Eksemplerne viser, hvordan der vil blive afregnet for forskellige IV-behandlinger og at der til og med 6 dage er tale om en gennemsnitstakst. Fra 7 dage og frem er der en dagstakst (til max 28 dage).

SPØRGSMÅL OG SVAR

Hvad sker der ved lægefagligt begrundede forlængelser?

Hvis det viser sig, at der behov for længere behandling end først antaget vil slutdatoen blive forlænget i kommunens omsorgssystem og der vil ske afregning for denne periode.

Hvad sker der ved forløb over 28 dage ?

Ved forløb over 28 dage skal der laves en supplerende individuel aftale. I det tilfælde hvor det er kendt fra starten har hospitalet ansvaret for at lave den supplerende individuelle aftale. I de tilfælde, hvor det sker som løbende forlængelse af behandlingen, har både kommune og hospital ret og pligt til at tage initiativ til at lave en supplerende individuel aftale.

Hvad sker der ved midlertidig afbrydelse af IV-behandlingen?

Hvis behandlingen afbrydes/stoppes f.eks. fordi borgeren indlægges vil det kommunale forløb stoppe (der vil komme en slutdato på forløbet). Hvis borger efter indlæggelsen udskrives til nyt IV-forløb i kommunen vil et nyt forløb starte i kommunens omsorgssystem.

Hvad sker der ved ændringer i indsatsen?

I tilfælde af, at indsatsen i perioden ændrer sig fra f.eks. "Intravenøs medicinsk behandling (Aftale med RM)" til "Intravenøs medicinsk behandling med pumpe (Aftale med RM)" vil det første forløb stoppes (og afregnes) og det næste forløb vil startes op.

Hvad sker der hvis forløb kører parallelle ?

Hvis der kører et parallel forløb, f.eks. både IV-medicin og IV-væske vil der blive afregnet for begge forløb.



Status på TeleKOL og udvikling af ”Samblik”

Telemedicinsk
hjemmemonitorering til borgere
med KOL i Midtjylland





Tidsplan for pilotafprøvning og implementering

Der afventes en fornyet tidsplan fra GCI (leverandør) den 17. juni.

Konsekvenser (forventet):

- Udskudt pilotafprøvning og implementering
- Et betydeligt ressourceforbrug ift. fornyet planlægning af aktiviteter som undervisning/uddannelse.
- Øgede udgifter til FUT (for regioner og kommuner)





Overordnet tidsplan og milepæle (godkendt)

Dato	Milepæl
Uge 26-27	Adgang til administrationsmodul (demonstration)
Uge 32 (6. aug.)	Uddannelse i administrationsmodul (CGI)
Uge 33-35	Teknisk konfiguration og opsætning af løsninger
Uge 35-36	Uddannelse (ved CGI) i borger- og medarbejder løsning (for sundhedsfaglige superbrugere, projektdeltagere/tovholdere, pilotdeltagere og supporten (FSC/Atea))
Uge 36-38 Ca. 1.-15. sept.	Teknisk pilot med "raske" borgere (10-15 borgere rekrutteret fra borgergrupper)
Uge 38 15.-16. sept.	Uddannelse af monitoreringsansvarlige KOL-sygeplejersker og lungelæger (alle 5 klynger incl. pilotdeltagere)
Uge 39-44 21. sept.-5. nov.	Pilotafrøvning i Århus klyngen (20 borgere) (inkluderer opstart af vagttid)
5. nov.	Implementeringsstart 1. bølge Århus klyngen og Horsens klyngen
1. dec.	Implementeringsstart 2. bølge Vest klyngen og Randers klyngen
4. jan 2021	Implementeringsstart 3. bølge Midt klyngen



Kort om øvrige aktiviteter

- Uddannelse/kompetenceudvikling – materialer tilgængelige
- Budgetvejledning for 2021 forventes klar i løbet af juni
- Kommunikationsstrategi godkendt – der skal udarbejdes kommunikationsmaterialer til forskellige faggrupper/modtagere.
- Samarbejdsaftaler fremlægges til godkendelse lokalt i efteråret
- Udkast til fælles projektøkonomi/pulje præsenteres for KOSU/SSG til september

Checklist





Samblík - fælles digital forløbsplan

Regionsrådet har den 27. maj bevilliget 1.925 mio. kr. fra innovationspuljen til at udvikle den fælles digitale forløbsplan "Samblík" til KOL. Fra kommunal side er der givet tilsagn om en medfinansiering i form af personaleressourcer svarende til 458.000 kr.

Midlerne dækker udviklingspakke 1:

Udgiftsposter for Udviklingspakke 1	Timetal	Timesats	Beløb	Egenfinansiering	År
It-udvikler fra DIAS	800	625	500.000		
It-arkitekt	360	625	225.000		
Ekstern leverandør	1000	1200	1.200.000		
Kommunal Arbejdspakkeleder	400	625	250.000	250.000	
Kommunale medarbejderressurser v. jurist, it-arkitekt, sundhedsfaglige og administrative medarbejdere	300	625	187.500	187.500	2020
Regionale medarbejdere, sundhedsfaglige og administrative	100	625	62.500	62.500	
Almen praksis	50	925	46.250	46.250	
Honorering af borgere	50	150	7.500	7.500	
Revision			20.000	20.000	
Total			2.498.750	573.750	
Ansøgt beløb			1.925.000		

Der er behov for 1 kommunal arbejdsleder (it) i 400 timer på vegne af kommunerne og desuden ca. 300 timers bistand af forskellig faglig karakter.



Model til fordeling blandt kommunerne

Fordeling af ressourcer til Samblik			
Kommune	Befolkning/andel	Andel arbejdsledere (kr.)	Timer til projektet
	1.320.678	250.000	300
Aarhus klyngen	349.016/26,4	66.000	79
Aarhus	345.332/26,1	65.300	
Samsø	3.684/0,3	700	
Midt klyngen	236.391/17,9	45.000	55
Skive	46.224/3,5	8.800	
Viborg	97.113/7,3	18.500	
Silkeborg	93.054/7,0	17.700	
Randers klyngen	226.731/16,9	43.000	51
Randers	97.909/7,4	18.600	
Favrskov	48.374/3,7	9.200	
Norddjurs	37.680/2,9	7.100	
Syddjurs	42.768/3,2	8.100	
Horsens klyngen	221.766/16,8	42.000	50
Horsens	90.370/6,8	17.100	
Skanderborg	61.974/4,7	11.700	
Odder	22.675/1,7	4.300	
Hedensted	46.747/3,5	8.900	
Vest klyngen	286.774/21,4	54.000	65
Struer	21.143/1,6	4.000	
Herning	88.917/6,7	16.700	
Ikast	41.282/3,1	7.800	
Holstebro	58.504/4,4	11.000	
Ringkøbing	56.930/4,3	10.700	
Lemvig	19.998/1,5	3.800	

Opgavens som arbejdsledere kan ikke splittes op. Derfor kan den finansieres fælles mens de øvrige opgaver kan fordeles efter aftale mellem kommuner/klynger