

MEDICIN TIL TIDEN

Baggrundsnotat til beslutningsoplæg vedrørende storskalaimplementering af digitalisering af medicinpåmindelse i Midtjylland.



Indhold

1. Indledning.....	2
1.1 Uddybende baggrund for forslag om fælles storskalaimplementering.....	4
1.2 Formål	7
1.3 Mål	8
1.4 Succeskriterier	8
2. Forudsætninger for storskalaimplementering	9
2.1 POC.....	9
2.2 Jura	9
2.3 Styrelsen for Patientsikkerhed.....	10
2.4 De praktiserende læger	10
2.5 Apotekerne	11
2.6 Regionen/Hospitalerne.....	11
2.7 Politikere/økonomi	12
3. Organisering af storskalaimplementering inkl. POC.....	12
3.1 Anbefalet implementeringsmetode.....	12
3.1.1 Kaskadeimplementering.....	14
3.2 Overordnet organisering.....	14
3.2.1 Styregruppen (S&Æ chefforum)	15
3.2.2 Implementeringssekretariat & Implementeringsgruppe	15
3.2.3 Lokal implementeringsgruppe.....	16
3.3 Opgavefordeling i POC og storskalaimplementering.....	16
4. Støttereds kab er	17
5. Kommunikations- og ejerskabsstrategi	18
5.1 Det autoriserede miljø	18
5.2 Det operationelle miljø	19
5.3 Det aftagende miljø	19
6. Gevinstpotentiale	20
6.1 Investeringsomkostninger	21
6.2 Afledte omkostninger	21
7. Følgeforskning (til valg)	22
8. Afrunding.....	23

1. Indledning

Nærværende baggrundsnotat for beslutningsoplæg til storskalaimplementering af digital medicinpåmindelse (DMP) i 19 kommuner i Midtjylland, er udarbejdet i et samarbejde med Hedensted, Syddjurs, Silkeborg, Ringkøbing-Skjern, Struer, Favrskov og Aarhus kommune, KOSU, Medtech Innovation Consortium (MTIC) og Fælles Service Center (FSC).

Muligheden for en storskalaimplementering opstår i forlængelse af et udviklings- og innovationsprojekt i regi af MTIC. Her har MTIC, de tre kommuner, Struer, Syddjurs og Aarhus, sammen med fire leverandører af DMP, et apotek og FSC arbejdet på at udvikle et samlet koncept for storskalaimplementering af DMP. Konceptet tager afsæt i kommunernes eksisterende erfaringer med DMP og består af et sæt tydeliggjorte arbejdsprocesser og et visitationsredskab, som understøtter en forandring af måden kommunen leverer medicinydelser på, hvor teknologi er et middel til at opnå forandringen.

Gevinsterne ved indførelse af teknologierne kan først høstes, når alle i organisationen har ændret måden at arbejde på. Digital Medicin Påmindelse benyttes som samlet begreb om de forskellige teknologier som først og fremmest kan minde borgerne om at tage deres medicin. De i bilagsmaterialet præsenterede teknologier har flere funktioner som gør det muligt at matche borgernes forskellige behov og samtidig lette arbejdsgangen omkring medicinydelserne i kommunerne.

Implementeringen af DMP er dyb og omfattende, idet forandringen af tjenesteydelsen skal ske i en række led. I sidste ende kan det kun blive en succes, når medarbejderne med direkte borgerkontakt, accepterer og forstår forandringen samt oplever tryghed i sin egen faglighed i en ny måde at levere medicinydelser på.

Kommunerne i Midtjylland vil med initiativet kunne:

Baggrund for MTIC projektet har været:

- Manglende identificering af borgere, der egner sig til at bruge teknologien
- Manglende volumen ved brug af DMP
- Teknologien er ikke blevet en integreret del af hverdagen, og personalet møder dem for sjældent, idet de ikke kan finde borgere der egner sig til at bruge teknologien
- Kommunerne køber én slags teknologi. Det gør, at der er mange borgere, der ikke kan bruge teknologien (one size doesn't fit all).
- Kommunerne har ikkerealiseret de forventede gevinster ved indførelse af DMP – fordi teknologien ikke er blevet en integreret del af plejen og dermed er der ikke opstået en reel forandring i måden der arbejdes på
- Personalet får ofte alle opgaverne omkring teknologierne – hvilket tilfører ekstra kompleksitet til en i forvejen presset hverdag
- Målet med projektet har været at arbejde med at tilbyde flere slags teknologier, understøtte personalet i at matche behov og teknologi samt professionalisere det meste af den nødvendige understøttende værdikæde omkring teknologierne

1. Øge borgernes frihed og livskvalitet gennem DMP ved at tilbyde differentieret digitaliserede medicinydelser til et stort antal borgere.
2. Styrke kvaliteten omkring medicindispensering og administration, ved ændrede arbejdsgange og styrket samarbejde med almen praksis og apotek, samt reduktion af antallet af utilsigtede hændelser (UTH) ift. fejldispensering.
3. Reducere omkostninger til transport og fysisk fremmøde ved afstandsopfølgning og derved frigøre tid hos sundhedsfaglige medarbejdere til andre opgaver, som reducerer nuværende og fremtidige udfordringer med at rekruttere sundhedsfaglige medarbejdere.
4. Muligheden for at udbrede DMP løsningen på tværs af sundheds-, ældre, social-, psykiatri og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne fordi forskellige målgrupper med fordel vil kunne anvende DMP.

Kommunerne bør løfte digitalisering af medicinpåmindelse i fællesskab for at:

- Udvikle og professionalisere understøttende organisering og samarbejde med almen praksis, apoteker, leverandører, service, support og logistik med videre i fællesskab.
- Gøre det nemmere for personalet og mere patientsikkert at hjælpe borgere til at huske den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt.
- Sikre de bedst mulige rammevilkår for kommunale medicinsydelser med fælles juridisk afklaring, implementering, videndeling, skalering, og videnopbygning (evt. – udvikling/forskning).
- Opnå en førende position på den form for digitalt understøttede sundhedsydelser som en storskalaimplementering af DMP vil give.

Kommunerne vil samlet set opnå en reel forandring i den måde, hvorpå medicinydelser leveres, og samtidig opnå volumen i brugen af borgerrettede teknologier, som kan sikre en økonomisk gevinst ved bedre udnyttelse af ressourcer.

I forhold til at løse de fremtidige kommunale opgaver med pleje og omsorg med den befolkningsdemografi som tegner sig, vil det være afgørende, at der kan rekrutteres personale til de opgaver, der kræver personlig medvirken. Imidlertid må det imødeses, at andre opgaver i stigende omfang vil blive løst uden direkte personlig medvirken. Her bør implementering af DMP være et eksempel på, hvordan teknologi fremadrettet kan bidrage til at løse opgaver i det nære sundhedsvæsen.

Samtidig vil initiativet understøtte sundhedsaftalen 2019-23 ved en fælles investering i en tidlig forebyggelse, der bidrager til borgernes egen mestring, frihed og livskvalitet samt styrke samarbejdet om

akut syge ældre og formodentlig også bidrage til at nedbringe antallet af indlæggelser på grund af medicineringsfejl.

1.1 Uddybende baggrund for forslag om fælles storskalaimplementering

Medicin er en stor del af mange menneskers hverdag. Mange der modtager medicin fast eller i perioder oplever, at det er vanskeligt at huske at tage sin medicin i de rigtige doser til den aftalte tid med forskellige udfordringer til følge.

Det anslås, at 5-10 % af alle indlæggelser skyldes fejl i medicinering og helt op til 40% for den ældre del af befolkningen¹. Herudover anslås det, *"at der hvert år dør op mod 5000 på grund af forkert brug af medicin og op mod 100.000 bliver indlagt på grund af medicinproblem der kunne have været forhindret"*.²

Kommunerne i Danmark har igennem flere år forsøgt at komme udfordringerne omkring medicinering til livs blandt andet ved at indføre hjælp til at huske medicin via DMP. Disse implementeringsprojekter har givet en masse værdifuld læring og erfaringer, men har endnu ikke ført til implementering af DMP til støtte for borgernes hverdagsmestring i større skala. Det har vist sig udfordrende for den enkelte kommune at udvikle den understøttende organisering, gennemføre en vedholdende implementering, og derved opnå forbedring i ydelsen omkring medicin, markante kvalitetsforbedringer for borgerne eller økonomiske gevinster. I nærværende forslag til storskalaimplementering tages udgangspunkt den enkelte kommunes erfaringer og eventuel allerede implementerede DMP. Der tages i hver lokal implementeringsproces afsæt i og kobling til egne erfaringer og praksisser for at få et bedre og stærkere fundament og volumen i brug af DMP. Ved at tilbyde flere DMP teknologier i kombination med tilpasning af arbejdsgange forventes det at antallet af borgere der kan anvende teknologi øges markant.

Læring og erfaring fra implementeringsprojekter fra Danmark og Norge viser tydeligt, at der er en række generelle udfordringer som underbygger forslaget om at udvikle og implementere i fællesskab.

For det første har det vist sig at indførelse af DMP ikke blot er en teknologi-implementering, men en udvikling af en differentieret sundhedsydelse til borgerne, hvor teknologien blot er et middel i en samlet velkoordineret samspil med en række partnere. Altså en ny måde at levere medicinydelser på for en kommune.

¹ Danmarks Apotekerforening, "Fremtidens apotek", september 2012 & Helsetilsynet Norge, "Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester", november 2002

² Danmarks Apotekerforening, 2012.

For det andet er det en relativ kompliceret værdikæde, der skal orkestreres fra identificering af borger, match til rette elektronisk medicindispenser ("*one size does not fit all*") henover samspil mellem praktiserende læger, apoteker, teknisk support, teknisk opsætning, oplæring og kommunalt sundhedspersonale.

For det tredje er målgruppen i små og mellemstore kommuner relativt små. Det er derfor en udfordring at udvikle og organisere den understøttende værdikæde selv. Men kigger man på målgruppen, der i dag modtager fysisk hjælp til at huske at tage deres medicin hver dag, er den relativ stor. I en rundspørge blandt 19 kommuner i Midtjylland angiver 7 af kommunerne, at over 9500 borgere får hjælp til dispensering af medicin, mens over 5500 dagligt får hjælp til medicinadministration³. Erfaringstal fra Norge angiver, at ca. en 1/10 af alle der modtager fysisk hjælp til medicinadministration, kan håndtere og profitere af hjælpen via en DMP⁴.

I forbindelse med både implementeringsprojekter i Danmark og større implementeringsprocesser i Norge har man undersøgt gevinsterne ved DMP. Her igennem angiver de borgere, som får værdi af en DMP flere fordele. Blandt andet større frihed til at komme i gang med dagen, mere struktur på dagen, bedre regulering af deres sygdom (kronikere/multisyge), mere værdighed ved at kunne mestre at administrere sin medicin samt øget tryghed hos pårørende (se bilag 10). I forhold til pårørende, hvis tryghed ikke må undervurderes, viser erfaringer fra Norge, at det med tilbud om DMP er et ønske fra pårørende at påtage sig ansvaret for medicinadministration med ganske begrænset understøttelse⁵.

For de sundhedsfaglige er den største værdi (og økonomi) en reduktion af antallet af fysiske besøg med hjælp til medicinadministration⁶. Det betyder, at de sundhedsfaglige kan prioritere deres faglige ressourcer til de borgere, der har størst behov. Herudover oplever de sundhedsfaglige en faglig anerkendelse ved at støtte borgerne i egen mestring af medicinindtagelse og derved mere frihed og større værdighed.

Der formodes, især med brug af dosis-pakket medicin, også at være en reduktion af fejldispensering (UTH omkring medicin), eftersom at fejlmarginen ved dosis-pakket medicin fra apoteket er meget lav. Der er dog

³ Rundspørge blandt kommunerne i Midtjylland i februar 2019 (data fra Aarhus, Viborg, Holstebro, Lemvig, Struer, Favrskov og Skive kommuner).

⁴ Bygger på tal fra Oslo kommune, hvor bla. bydelen Stovner (32.000 indbyggere), hvor der ud fra 236 bruger af dosis-pakket medicin fik 30 borgere værdi med en medicindispenser med det resultat at 150 besøg ugentlig blev sparet (1500 timer).

⁵ I Bergen har et større antal pårørende påtaget sig ansvaret for medicinadministrationen. Kommunen har udleveret en elektronisk medicindispenser til patient og pårørende, som sender en sms (alarm) til pårørende hvis patienten ikke har (og når patienten har) husket at tage sin medicin. Alarmen er ligeledes knyttet til kommunens responscenter, men pårørende er "filter", således handles kun i yderste konsekvens, hvis ikke kontakt til patient kan opnås fra pårørende.

⁶ Struer Kommune har opgjort at hjemmesygeplejersker benytte op til 40% af deres tid på medicindispensering

ikke oplyst data omkring reduktion af dispenseringsfejl. Hertil kommer et ikke identificeret gevinstpotentiale i reduktion af ind(gen)læggelser, ambulante besøg, konsultationer hos egen læge, samt udskydelse af tungere ydelser fra kommunen.

Gevinsterne for kommunen, udover øget egen mestring, livskvalitet og patientsikkerhed for borgerne, angives at være en konkret reduktion i kørselsomkostninger, mulighed for at planlægge anderledes og mere fleksibelt, idet personalet ikke længere skal være på et fast klokkeslæt for medicinadministration. Herudover er der et uidentificeret potentiale i brugen af DMP teknologiens funktionalitet til f.eks. påmindelse af insulin, øjendråber, væskeindtag, konkret dispensering (dosispakket eller automatisk dispensering) mv.

Udover de positive erfaringer peges især på udfordringen med at sikre implementeringsgraden både fra Danmark og Norge. Det er vanskeligt at gennemføre forandringer særligt i de tilfælde, hvor borgere gennem en længere periode har været vant til at få hjælp til medicinadministrationen af kommunens medarbejdere. Det er afgørende at få skabt en implementeringsproces, hvor både borgere og sundhedsprofessionelle oplever sig trygge ved DMP, samtidig med at en ambitiøs målsætning, en vedholdende implementeringsstøtte, en sikker serviceminded leverance og support værdikæde er etableret.

Implementeringen af DMP kræver en dyb og omfattende forandring, idet den i høj grad påvirker organisationernes eksisterende kultur og værdier, den enkelte medarbejders mindset og medarbejdernes arbejdsvilkår. Samtidig berøres store dele af organisationen, idet en storskalaimplementering involverer mange forskellige aktører i og omkring borgeren. Derudover ændres arbejdsgange, og måske forsvinder eller mindskes nogle af de opgaver, som den enkelte medarbejder er særlig glad for.

En fælles tilrettelagt storskalaimplementering med forudgående "proof of concept"(POC) proces over sammenlagt 3 ½ år vil kunne understøtte implementeringsgraden, og samtidig hjælpe med at opbygge en større erfaring og viden om implementering i storskala og omkring den måde, hvorpå sundhedsydelser til medicin kan leveres.

I dag	Fra 2020
Borger tildeles standardydelser. Ofte den samme løsning til alle	Borger tilbydes differentierede løsninger, som tager afsæt i borgers behov og egne ressourcer (om det er DMP, anden teknologi eller sundhedspersonale).
Hvilken ydelse borger tildeles, afhænger ofte af den enkelte medarbejders vurdering, præference og kendskab til forskellige	Alle relevante borgere er systematisk screenet ift. hvilken ydelse (fysisk eller på afstand via teknologi) der bedst passer til

løsningsmuligheder		borgers behov, evner og egne ressourcer via fælles visiteringsredskab
Sundhedspersonale håndterer selv al opsætning og support af teknologi	→	Mulighed for indkøb, bestilling, logistik, opsætning og oplæring i teknologi, alarmer (ikke sundhedsfaglige) og teknisk support kan foretages af Fælles Services Center
Variierende systematisk vurdering og opfølgning og evaluering af om den tildelte ydelse forsat er nødvendig/den rigtige for borgeren	→	Medarbejdere udfører løbende systematisk vurdering/opfølgning og justering af hvordan borger får eller skal have hjælp til håndtering af medicin.
Reaktiv Sundhedspersonalet opdager først at medicinen ikke er taget, ved næste besøg i hjemmet	→	Proaktiv Sundhedspersonale følger med på afstand. Hvis borgeren ikke kvitterer for medicinen til tiden, følges der op med det samme. Borger ringes op af Fælles Servicecenter inden for 15 min. efter alarm. Opnås ikke kontakt til borger går alarm til sundhedsfaglig opfølgning og handling.

[Figuren viser ændringerne i kommunale medicinudleveringer med storskalaimplementering af DMP]

Forudsætninger for at høste gevinsterne ved indførelse af DMP i stor skala er:

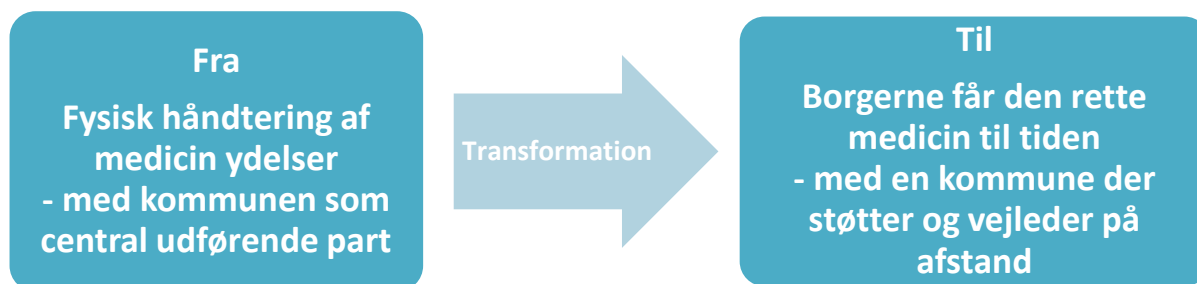
1. Fælles mål, vilje og engagement fra kommunerne i Midtjylland
2. Fælles langsigtet investering (evt. inklusiv vidensopbygning fx omkring storskalaimplementering, reduktion af indlæggelser og UTH)
3. At gå fra ekskluderingsstrategi til inkluderingsstrategi, så alle borgere der måske vil være egnede til at anvende DMP får afprøvet, om de dermed selv kan administrere deres medicin
4. Omlægning af den forebyggende indsats (tidlig investering i støtte til egen mestring) for sårbare borgere således, at behovet for fysisk hjælp til borgere udsættes til senere i livet (længst mulig egen mestring). I forhold til en omlægning af den forebyggende indsats bør overvejes at inkludere social-, psykiatri-, og arbejdsmarkedsområdet. Erfaringerne fra leverandørerne af DMP, kommunerne i Norge og fx Holstebro Kommune⁷ viser et potentiale også uden for sundhedsområdet – især i forhold til at en tidlig forebyggende indsats udsætter behovet for tungere sundhedsfaglige ydelser (se bilag 10)

1.2 Formål

DMP har først og fremmest til formål at tilbyde borgeren individuelle digitalt understøttede løsninger for at kunne klare sig selv. Fælles implementering af DMP på tværs af kommuner har samtidig til formål at ændre

⁷ Center for socialt udsatte, Holstebro Kommune.

måden, hvorpå kommunen leverer medicinydelser til borgerne således, at borgernes medicinadministration kan følges på afstand.



1.3 Mål

Målet med storskalaimplementeringen af DMP er at tilbyde borgere, der er overvejende stabile i deres medicinforbrug, hjælp til at huske at tage deres medicin. Således, at alle borgere, som vurderes helt eller delvist egnet til en DMP, får tilbudt en DMP på prøve i 14 dage.

1.4 Succeskriterier

Succeskriterierne beskrives først og fremmest som målbare succeskriterier for en storskalaimplementering. Bemærk at flere af succeskriterierne først kan måles, hvis eller når der er skabt fælles eller lokal baseline.

Succeskriterierne ved en implementeringsperiode over 3,5 år er:

1. 1500 borgere i Midtjylland har afprøvet DMP
2. 1000 borgere modtager med udgangen af 2022 hjælp til at huske at tage sin medicin via DMP
3. Dette sker enten som en direkte kommunal ydelse eller som en støttet ydelse til pårørende, som har påtaget sig ansvaret for medicinadministration
4. Øget livskvalitet for borgere der modtager sin medicin via DMP (kræver baseline og undersøgelses set-up)
5. Reduktion af tid til medicindispensering i hjemmeplejen (kræver baseline)
6. Reduktion af indlæggelser grundet fejlmedicinering (kræver baseline)
7. Reduktion af omkostninger til ved brug af fælles lager, samt transport ved opbygning af fælles distributionsnet til opsætning og medicinopfyldning
8. Reduktion af omkostninger ved lokale udbud, indkøb, leverandør- og kontraktstyring
9. Reduktion af omkostninger til lokal service, support funktion med mulighed for yderligere omkostningsreduktion ved opbygning af fælles alarmcenter samt evt. fælles funktion til oplæring af borgere/medarbejder.

2. Forudsætninger for storskalaimplementering

En implementering af DMP til borgere – hvad enten det er i eget hjem, på plejecenter eller bosted forudsætter, at der er en række forhold, som skal være på plads. Afsnittet her vil overordnet beskrive de væsentligste forudsætninger, som skal være på plads ved en storskalaimplementeringsproces.

2.1 POC

Første skridt i igangsættelse af en storskalaimplementeringsproces vil være at gennemføre POC. En POC har til formål, at professionalisere den samlede værdikæde omkring indførelse og driften af DMP igennem en prøvehandling med inddragelse af borgere samt afklare en række af beskrevne forudsætninger og forhindringer for en succesfuld storskalaimplementering. Herudover skal der sideløbende med afvikling af en POC organiseres implementeringsorganisation, udarbejdes kommunikations- og ejerskabsstrategi, gennemføres udbud af DMP samt afsøge mulighederne for fundraising til både at understøtte implementeringsprocessen og eventuel medfinansiering af følgeforskningsprogram.

Sideløbende med ovenstående skal POC'en fungerer som opstartsimplementering i praksis således, at de deltagende kommuner⁸ i POC tilsammen afprøver DMP på op til 150 borgere. Det vil medvirke til praktisk afprøvning af visitationsredskab, de samlede arbejdsgange og metode for implementering. I den sammenhæng skal der også afprøves, og derved anskueliggøres, et potentiale for DMP til borgere udenfor sundhedsområdet til understøttelse af relevant omlægning af den forebyggende indsats. Ligeledes ønskes afprøvning af DMP til støtte for pårørendes ansvar med medicinadministration, hvis muligt og ønskeligt fra pårørendes side under POC.

2.2 Jura

Teknologisk institut peger i deres evaluering af teknologier til medicinadministration, på at der skal være opmærksomhed på de juridiske elementer.⁹ Med visitering af ydelsen "hjælp til medicin" har kommunen det juridiske ansvar for at hjælpe borgeren med at få den rigtige medicin, i den rigtige dosis og på det rigtige tidspunkt. Uden brug af teknologi, er det medarbejderen, der hjælper borgeren med dette under et personligt møde. Med brug af teknologi forventes det, at borgeren er helt eller delvist selvhjulpne i forhold til at påminde om at tage egen medicin. I den proces opstår et juridisk spørgsmål: *hvem har ansvaret for, at borgeren tager sin medicin? Er det borgeren selv, eller er det stadigvæk kommunen?* (se bilag 3).

Der er ikke på nuværende tidspunkt en klar lovgivning på området. Derfor vil en implementering i storskala kræve, at der skabes en større klarhed om ansvar og konsekvenser, når det kommer til selvadministration

⁸ Stuer, Aarhus og Syddjurs kommune.

⁹ "Evaluering af teknologier til medicinadministration – Evalueringsresultater august 2018" af Teknologisk Institut.

af medicin. Det gælder så de pårørendes juridiske ansvar, såfremt en pårørende ønsker at påtage sig opgaven med administration af medicin.

2.3 Styrelsen for Patientsikkerhed

Ud over behovet for at få en større klarhed om de juridiske elementer, er det blevet påpeget, at kommunerne får meget forskelligartede meldinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med tilsyn, når det drejer sig om anvendelse af DMP. Fx gives der forskellige retningslinjer i forbindelse med kontrol af og brugen af dosispakket medicin. Der er behov for ensartede retningslinjer og fortolkning af disse fra Styrelsen således at kommunerne ved, hvilke retningslinjer der følges med henblik på at imødegå evt. barriere for brug og accept af DMP i driften.

2.4 De praktiserende læger

De praktiserende læger er samarbejdspartnere ved udbredelsen af DMP eller anden elektronik til at hjælpe med at huske medicinindtagelse. Særligt vigtig er de praktiserende læger i forhold til indførelse af DMP til dosispakket medicin.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO, nationalt) skriver fx i en orientering til sine medlemmer:

”Mange praktiserende læger kontaktes af kommunen (hjemmesygeplejen) for ordination af dosisdispensering til en patient. Det er der ikke noget i vejen for, men det er lægens vurdering, om dosisdispensering er et relevant tilbud, som lægen ønsker at ordinere, herunder lægens ansvar at drøfte det med patienten”.¹⁰

Ambitionen om også at benytte DMP med dosisdispensering afhænger af, om de praktiserende læger vil medvirke til at ordinere dosisdispensering til deres patienter. Manglende samarbejde vil nedsætte potentialet for, hvor mange borgere der kan rehabiliteres til at håndtere egen medicin. Det er derfor vigtigt at få gjort det tydeligt, dels hvad det betyder for den enkelte borger for reduktion af sundhedsfaglig tid til dispensering i kommuner, og dels de opgaver omkring den praktiserende læges patient, som vil blive påvirket ved ordination og ændring af ordination i forhold til dosisdispensering.

Storskalaimplementering af DMP forudsætter derfor et tæt samarbejde med alle praktiserende læger i Midtjylland. Der foreslås et samarbejde med PLO-M, Midtkraft (kvalitetsorganisationen for almen praksis), de tilknyttede praksiskonsulenter og i relation til arbejdet i de relativt ny-etablerede kvalitets-klynger.

¹⁰ PLO'orientering 21/2016, Ordination af dosisdispensering og understøttelse i FMK.

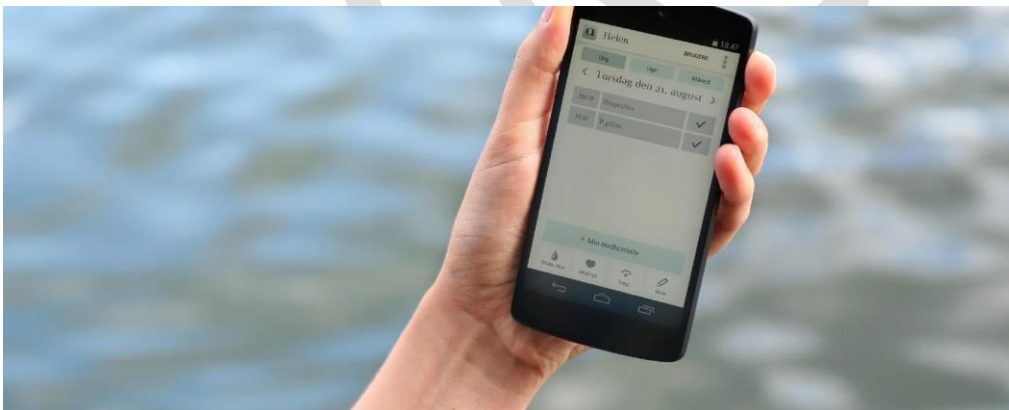
2.5 Apotekerne

Apotekerne er ligeledes en væsentlig medspiller i den samlede værdikæde omkring indførelse og drift af DMP.

Medicinhåndtering og ikke mindst medicindispensering er apotekernes kerneydelse, hvorfor de er helt centrale samarbejdspartnere. Det tætte samarbejde, der har været i projektperioden, skal udbygges med henblik på at tydeliggøre og sikre samarbejdsaftaler omkring apotekers rolle i de enkelte kommuner i forbindelse med en storskalaimplementering af DMP.

Flere apoteker leverer allerede i dag medicin til DMP med eller uden dosispakket funktion.

Denne erfaring skal inddrages. Herudover har apotekerne allerede en digital applikation, som kan støtte patienter og borgere i at huske at tage deres medicin. Denne applikations funktionsområde og målgruppe bør tydeliggøres, med henblik på at oplyse borgere og patienter, om denne mulighed så tidligt som muligt, da det kan være første skridt som støtte til egenmestring, inden mere avanceret teknologi tilbydes borger og pårørende.



Figur 1 Medicinhusker applikation af Apoteket

2.6 Regionen/Hospitalerne

Tidligere anslåede tal fra Helsedirektoratet i Norge beskriver, at op til 40 % af indlæggelserne af ældre borgere i Norge skyldes fejlmedicinering. De tal opdeles sådan, at 12 % af disse indlæggelser skyldes fejl i forbindelse med dispensering, mens 38 % skønnes at være på grund af fejl i forbindelse med administration af medicinen.¹¹

¹¹ Helsetilsynet Norge, 2002.

Hvis dette niveau svarer til niveauet for indlæggelser (akutte som planlagte) i Danmark, vil en nedbringelse af fejl gennem anvendelse af DMP være et positivt tiltag både for borgeren og de berørte hospitalsafdelinger.

Det vil derfor i første omgang være vigtigt at orientere, og senere inddrage den regionale administration og udvalgte afdelinger på hospitalerne i tættere samarbejde omkring brugen af DMP. Især overgangsudfordringer omkring medicinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger vil være vigtigt at se på i fællesskab på et senere tidspunkt. Et styrket samarbejde er essentielt, hvis en følgeforskning igangsættes i forbindelse med storskalaimplementering af DMP.

2.7 Politikere/økonomi

Implementering af DMP gør det muligt for kommunerne at levere differentierede ydelser (lighed i sundhed) til borgere, der har behov for hjælp til håndtering af medicin. Med teknologierne ændres der ikke i serviceniveauet. Alle borgere får fortsat nødvendig hjælp, men hvordan hjælpen leveres, vil afhænge af den enkelte borgers behov og egne ressourcer.

Samtidig giver teknologien mulighed for en tidligere indsat ved borgere, der vurderes at have gavn af hjælp på længere sigt. Da teknologierne kan anvendes som forebyggende indsats, vil borgeren forventeligt blive i stand til selv at varetage medicinadministrationen længere ved hjælp af teknologien. En omlægning af den forebyggende indsats med et DMP tilbud til borgere tidligere end for nuværende på tværs af sundhed, ældre, psykiatri og socialområdet vil i opstartsfasen af implementering af DMP medføre en investering, hvor gevinsten er at mere omkostningstunge sundhedsydelser udskydes. Derfor er det afgørende at betragte investeringen i DMP ud fra forskellige tidshorisonter. Både som levering af den konkrete ydelse "hjælp til medicin" ud fra et nutidigt behov og muligheden for at borgere gennem en tidligere opstart af DMP vil kunne håndtere deres egen medicin længere uden yderligere hjælp.

3. Organisering af storskalaimplementering inkl. POC

Implementering og spredning af DMP organiseres i et samarbejde mellem alle 19 kommuner på ældre- og sundhedsområdet i regionen. Eventuelt med inddragelse på tværs af handicap-, psykiatri-, social- og arbejdsmarkedsområdet i den enkelte kommune.

3.1 Anbefalet implementeringsmetode

Storskalaimplementering på tværs af alle kommunerne, tager afsæt i den enkelte kommune og dennes erfaring med indførelse og drift af DMP. Der startes således ikke forfra, men bygges ovenpå.

Som led storskalaimplementering er der følgende ledelsesmæssige opmærksomhedspunkter og opgaver:

- Understøtte samlet tilgang til implementering af DMP på tværs af organisationen
- Facilitere til at ændre mindset hos frontpersonalet:
 - Skabe reel transformation gennem adfærdsændring – herunder sikre opkvalificering af kompetencer og justering i arbejdsprocesser
 - Skabe nye gode og holdbare vaner – følge adfærdsændring over tid
 - Skabe rammer og tryghed for både plejepersonale, borgere og pårørende omkring brugen af DMP
 - Fokus på og handle ift. evt. barrierer (ekskl. juridiske) eller modstand/utryghed i organisationen
 - Skabe ansvar og mandat til handlekraftig platform som effektivt kan arbejde med transformationen i eller ved siden af ledelsessystemet:
 - Sikre kompetente og handlekraftige ledere til at mobilisere, gennemføre og forankre forandringen
 - Sikre at der i forbindelse med implementeringen 'tilføres tilstrækkelig tid og ressourcer til kulturændring, implementering og forankring'

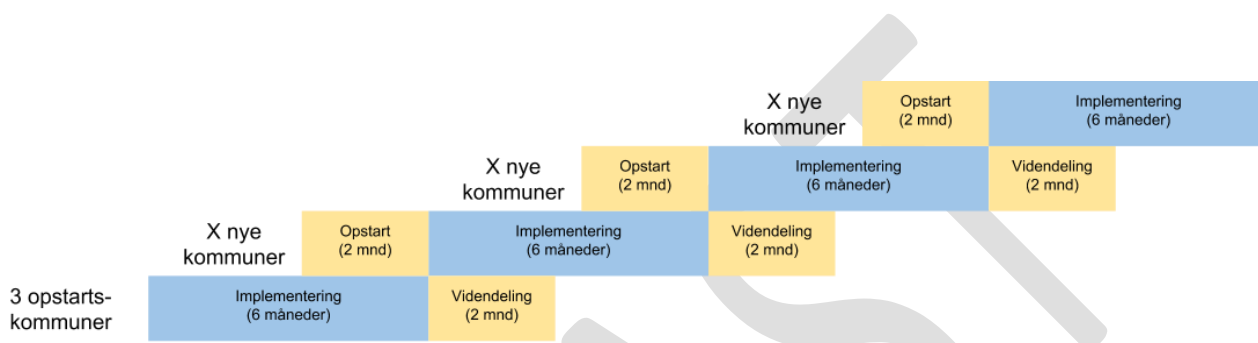
Implementering og spredning af DMP på tværs af kommunerne kan organiseres som:

- 1) Klyngestyret implementering. Her udnyttes eksisterende samarbejder og implementeringen kan kobles på eksisterende samarbejde på tværs af eksisterende klyngekommuner
- 2) Frit valg – implementering. Alle bestemmer selv hvornår de går i gang inden for 2 år. Dette stiller store krav til løbende opfølgning og stiller høje krav til styringen
- 3) Kaskadeimplementering – kommunerne melder på hvilket slot/periode de vil i gang. Kommunerne vil fungere som mentorer for hinanden.

Det anbefales at organisere spredning og implementering, som kaskadeimplementering med understøttelse fra lille et implementeringssekretariat (1, 3 årsværk) Implementeringssekretariatet koordinere implementeringen, supplere og understøtter den lokale implementeringsbemanding. Dette styrker implementeringsprocessen lokalt og understøtter synergi og spredning af DMP på tværs af kommunerne samtidig med, at der opbygges viden og erfaring som fastholdes og deles på tværs af kommunerne.

3.1.1 Kaskadeimplementering

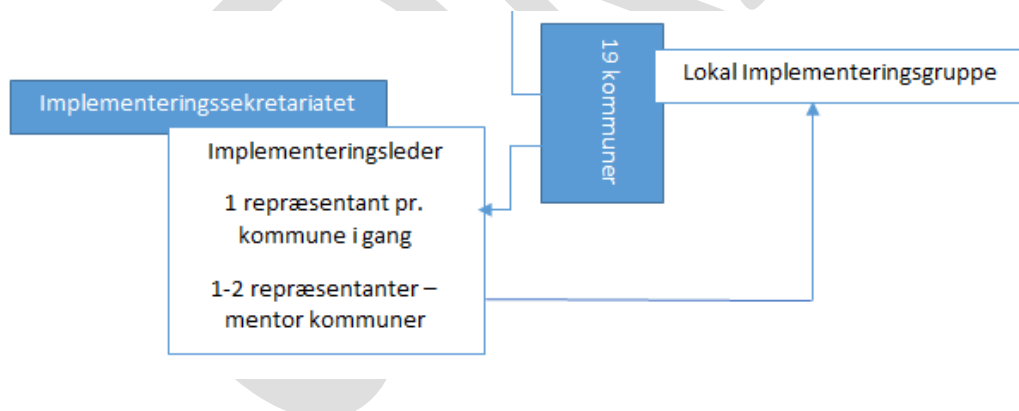
De første x antal kommuner implementerer og forpligtiger sig samtidig til at være en del af implementeringsgruppen de næste to måneder for at give læring videre til de næste kommuner. Den kommune, der er næst for, byder ind med en repræsentant i implementeringsgruppen to måneder før der startes op – så oplæring og klargøring igangsættes. Der vil derfor være et løbende skifte i implementeringsgruppen.



Figur 2 Kaskade model for implementering af DMP i kommunerne med implementering, vidensdeling og opstart.

3.2 Overordnet organisering

Styringsstruktur i forbindelse med storskalaimplementering på tværs af kommunerne.



Figur 3 Organisering af styregrupper på tværs af kommunen.

- Sundheds- og ældrechefforummet fungerer som styregruppe for storskalaimplementeringsprocessen
- Månedlig status rapportering (se bilag 4)
- Styregruppen rapporterer om fremdrift på direktørmøder (DKS)
- Implementeringssekretariatet koordinerer sammen med de kommunale repræsentanter

3.2.1 Styregruppen (S&Æ chefforum)

Styregruppen har ansvar for at:

- Sikre fremdrift i den samlede implementering
- Medvirke til at håndtere forhindringer identificeret i POC og opstartsimpliceringen
- Understøtte implementeringsorganiseringen

3.2.2 Implementeringssekretariat & Implementeringsgruppe

Der etableres et sekretariat med en implementeringsleder og en deltidsmedarbejder (30 % ansættelse), der har ansvar for at organisere og koordinere storskalaimplementering på tværs af kommunerne. Implementeringslederen refererer i forhold til implementeringsopgaven til S&Æ chefforum

Sekretariatet vil bestå af implementeringsleder, deltidsmedarbejder samt én repræsentant fra hver af de kommuner som er i gang med implementering.

Hver kommune, som skal i gang med implementering, stiller med en repræsentant (omsætningsorienteret projektlederprofil) til implementeringsgruppen. Repræsentanten, indgår i implementeringsgruppen fra 2 måneder før kommunen påbegynder implementeringen, i de 6-8 måneder implementeringen pågår i egen kommune og efterfølgende 2 måneder som mentor, hvor de kommunale repræsentanter fra næste rul skal oplæres via opsamlet erfaring, viden og læring.

Implementeringssekretariatets opgave er:

- Styring/planlægning/organisering og koordinering af den samlede implementering
- Agere konkret støttefunktion til implementering i den enkelte kommune
- Afholde workshops med lokale implementeringsgrupper – for at få alle aftaler og arbejdsgange på plads
- Sikre fremdrift lokalt såvel som i fællesskab
- Inddrage styregruppen ved barrierer
- Fælles arbejdsgruppe på tværs af kommuner
- Sørge for at de kommuner der til enhver tid har opgaver i implementeringen er repræsenteret i implementeringsgruppen
- Oplæring af kommunale repræsentanter til opgaven
- Medvirke til at håndtere forhindringer der opstår under implementeringen

- Såfremt forskning tilknyttes følger et ansvar for fundraising og organisering af et forskningsprogram

Implementeringsleder – kvalifikationer:

- Erfaring fra offentligt regi (prioriteret kommunalt)
- Projektledelse – skal kunne stå i modvind. (Fundament)
- Dokumenteret erfaring med indførelse af ny sundhedsteknologi
- Forandringsledelseserfaring (gerne med etableret som udlån (orlov) fra en af kommunerne i Midtjylland)

Kommunal repræsentant – kvalifikationer:

- Beslutningskompetence i egen organisation
- Erfaring med medicinadministration og medicindispensering
- Projektledelseserfaring
- Gerne forandringsledelseserfaring

3.2.3 Lokal implementeringsgruppe

I forbindelse med storskalaimplementering anbefales det at hver kommune nedsætter en lokal implementeringsgruppe, som sammen med egen repræsentant i sekretariatet og mentorkommune, varetager implementeringen i egen kommune. Gruppen støttes af implementeringssekretariatet.

3.3 Opgavefordeling i POC og storskalaimplementering

I implementering af DMP indgår hhv. borgere, pårørende, hjemmeplejen, sygeplejen i kommunerne, (hospitaller) samt praksislæger, apoteker samt FSC som de centrale parter i samarbejdet.

POC kommunerne – bidrag	Fælles servicecenter – bidrag	Storskalaimplementering Kommunerne – bidrag
<ul style="list-style-type: none"> • Bidrage til de endelige beskrivelser • Teste arbejdsgange, leverancekæde mv. • Bidrage med løbende opfølgning og tilpasninger • Bidrage til aftaler med apoteker, PLO med videre 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovativt indkøb • Indgå aftaler med leverandører • Adm. fakturering og kontraktstyring • Manualer og instrukser • Teknisk support • evt. Vært for Implementeringssekretariat • Logistik • evt. opfyldning • evt. opsætning 	<ul style="list-style-type: none"> • Gør organisationen klar til at tage i mod og få gavn af teknologien • Tage DMP i brug • Etablere lokal implementeringsorganisation • Tage stilling til opgaveplacering og brug af FSC • Økonomi (fælles investering)

- evt. oplæring
- evt. overvågning af alarmer

4. Støtteredskaber

Der er udarbejdet støtteredskaber, som har til formål at hjælpe den enkelte kommune med tilpasning af arbejdsgange til understøttelse af en ny måde at levere hjælp til medicin på.

Et af redskaberne består af en leverancekæde inddelt i overordnede områder, som i hovedoverskrift beskæftiger sig med (se bilag 5):

- Identifikation af borger og tildeling af ydelser
- Bestilling (af medicin og DMP)
- Opsætning
- Oplæring
- Daglig drift
- Afslutning

Og medfølgende støtteprocesser:

- Teknisk support
- Håndtering af borgerens afvigelser over tid
- Dokumentation

Under hvert område er der i værktøjet beskrevet foreslåede aktiviteter, som hver kommune skal tage stilling til fx, hvordan aktiviteten skal foretages og af hvilke aktører (egne medarbejdere eller andre aktører). Det er derfor muligt for den enkelte kommune at foretage individuelle valg og lokal organisering, ud fra en betragtning om, hvordan opgaven bedst håndteres.

Dette indebærer fx, at kommunen skal tage stilling til: *hvem har ansvaret, hvordan dokumenteres og kommunikeres ved opgaveoverdragelser mv.* (se bilag 5.1).

Derunder fremgår også forslag til værktøjer, som er til støtte for den enkelte kommune fx et visitationsredskab, som er en hjælp til at finde den rette ydelse til den enkelte borger (se bilag 6).

Dette visitationsredskab er lavet i forbindelse med projektet "*Medicin til tiden*" i regi af MTIC.

Tilhørende til alle områder fremgår en ansvarsmodel, som hjælper med at tydeliggøre den ansvarlige i forskellige konkrete situationer alt efter, hvordan den enkelte kommune har valgt at organisere sig. Ansvarsmodellen, *HUKI-modellen*, omhandler beskrivelsen af Hovedansvarlig, Udførende, hvem skal konsulteres, og hvem skal informeres (se bilag 7).

5. Kommunikations- og ejerskabsstrategi

Alle implementeringer kræver stillingtagen til, hvordan man involverer og informerer de interessenter, der bliver berørt af den, i dette tilfælde, ny teknologi. Strategien skal rumme involvering af så mange interessenter som muligt fra starten, men ikke være mere rigid end, at man kan tilføje og ændre, hvis/når implementeringsprocessen kræver det. I dette specifikke implementeringsoplæg er forløbet så omfattende og interessenterne så mange, at vi fra starten identificerer tre miljøer, vi skal forholde os til i kommunikations- og ejerskabsstrategien:

- Det autoriserende miljø
- Det operationelle miljø
- Det aftagende miljø

5.1 Det autoriserede miljø

Her er der tale om beslutningstagere, som skal godkende implementeringsplan, økonomi mv., og derved er forudsættende for direkte og indirekte understøttelse af værdikæden omkring implementeringen. Derudover inkluderer miljøet parter som har et tæt samarbejde med det offentlige, særlige interesser omkring medicinadministration, og som man forventer at modtage høringssvar fra i forhold til implementering. Det autoriserende miljø skal have to spor under sig, som har fokus på det informative og besluttende.

- *Beslutningssporet* skal inddrage interessenterne i selve opbygningen af værdikæden og projektplanlægning. Det er her, der etableres rammer og aftaler for samarbejdet, og i sidste ende her hele storskalaimplementeringen godkendes.
 - Sundhedsdirektører (og social/psykiatridirektører?), sundhed- og ældrechefer i kommunerne – via KOSU
 - Politikerne (serviceændring, eller en ny måde at løse opgaven på?)
 - Regionen og hospitalerne (orientering via Sundhedsstyregruppen, evt. inddragelse mere konkret senere)
 - Apoteker (3 landsdækkende organisationer)

- Praktiserende læger (PLO-M og kvalitetsklynger)
- Service Logistik og Support – FSC
- DMP - leverandører
- *Informationssporet* skal sikre information og inddragelse af samarbejdspartnere, som måske ikke skal godkende den endelige implementering og spredning, men som skal holdes informeret om processen og hvorfra vigtig feedback skal skærpe indhold og beslutningsproces.
 - Fagchefer
 - Ældre- og Handicaporganisationer
 - Patientforeninger
 - KL

5.2 Det operationelle miljø

Det operationelle miljø er essentielt for at skærpe indholdet til en kvalificeret beslutning i det autoriserende miljø. Det er her, beslutningerne omsættes til praksis, og derfor her, vi kan etablere ejerskab og forståelse for nødvendigheden hos det fagpersonale, som er tættest på det aftagende miljø; borgeren. Nærmere afgrænset er det fagpersonale, der arbejder med borgere på medicin, og er i risiko for øget sårbarhed/risiko for stigende udfordret sundhedstilstand og derfor øget behov for hjælp.

- Faglig ledelse
- Fagpersonale
- MED-udvalg
- Apoteker – konkrete aftaler
- Praktiserende læger – konkrete aftaler

5.3 Det aftagende miljø

I det aftagende miljø er det hele drejer sig om; borgere og pårørende. Som det er tilfældet med medarbejderne, er det også vigtigt at etablere et ejerskab og interesse hos borgeren allerede inden udrulning vha. den gode historie. Her drejer ejerskabet og forståelsen for behovet sig dog mere om borgerens mestring af egen sundhed, således teknologien fremmer selvstændighed og værdighed¹².

¹² Foreløbig tids- og handleplan, findes i bilag 8.

6. Gevinstpotentiale

I sin evalueringsrapport har Teknologisk Institut lavet en beregning af de samfundsøkonomiske konsekvenser ved introduktionen af teknologi til medicinadministration. Heri argumenteres for et betydeligt økonomisk potentiale på kr. 29.951 pr. borger ved at udbrede brugen af DMP.

Beregninger og erfaringer omkring et økonomisk potentiale i forbindelse med DMP i Midtjylland viser et potentiale i omegnen af 22.000,- kr. pr. borger, hvorfor der er taget udgangspunkt i dette tal i omkostningsmodelberegningen.

Fælles Service Center for Telesundhed (FSC) forventes i en driftssammenhæng at levere leasingmodel af differentieret DMP teknologier, service, lager, support og opsætning/nedtagning (basis). Herudover kan FSC tilbyde oplæring af borger, løbende opfyldning samt alarmhåndtering (ikke sundhedsfaglig bemandet påmindelsesfunktion).

Modelberegningen bilag 9 viser et gevinstpotentiale i forhold til en opnået tidsmæssig besparelse. Modelberegningen bygger på en case med 100-200 borger på differentierede DMP løsninger med understøttelse af en basisserviceydelse af service, support og logistik (SSL) fra FSC. Gevinstpotentialet stiger med antallet af borgere ved følgende forudsætninger (Midtjylland – 22.000 kr. pr borger). Ved 200 borgere (incl. omkostninger til test – 15%) er det beregnede gevinstpotentiale 844.000 kr.

Modelberegningen viser at en centraliseret varetagelse af opgaven omkring opfyldning af medicin hver 14 dag af FSC kræve en mindre udbygning af distributionsnettet gennem andre opgaver, før der kan skabes et tilstrækkeligt lavt omkostningsniveau og derved sikre et gevinstpotentiale.

Ved benyttelse af gevinstberegningsgrundlag fra Teknologisk Institut (29.951 kr. pr borger) viser modelberegningen et stigende gevinstpotentiale med antallet af inkluderede borgere ved benyttelse af alle services fra FSC. Ved 200 borgere (incl. omkostninger til test – 15 %) er gevinstpotentialet ca. 0.5 mio. kr. (2.4 mio ved basisserviceydelse fra FSC).

I beregningerne er dog ikke medtaget et eventuelt økonomisk gevinstpotentiale i forhold til reduktion i utilsigtede hændelser, kommunalmedfinansiering i forhold til reduktion i antallet af ind(gen)-indlæggelser, udskydelse af behov for tungere hjælp fra kommunen, reducerede omkostninger til indkøb, udbud, leverandør og kontraktstyring, samt omlægning af interne arbejdsgange, styrket arbejdsmiljø for medarbejderne og øget livskvalitet for borgerne. Men det betyder at en eventuel økonomisk gevinst skal realiseres andre steder og på andre måder end direkte i forbindelse med en storskalaimplementering af DMP.

6.1 Investeringsomkostninger

Investeringsomkostningerne beløber sig for en mellemstor kommune som Herning til omkring 350.000 kr. over 3,5 år dvs. ca. 80.000 kr. pr år (ca. 95.000 kr. pr. år incl. medfinansiering af følgeforskning). De konkrete investeringsomkostninger pr. kommune samlet og pr år er anskueliggjort i beslutningsoplægget.

En storskalaimplementering forudsætter en investering i den nødvendige DMP teknologi(leasing), herunder evt. etablering af snitflader til den lokale EOJ. Omkostning til etablering af snitflader til lokal EOJ er dog ikke i første omgang medtaget i beregningsmodellen¹³. Investeringsomkostningerne for kommunerne i Midtjylland beløber sig til kr. 3.75 mio. samlet og knap 5.0 mio såfremt følgeforskning vælges til.

Dertil kommer de ressourcer som skal afsættes til implementering lokalt. Forventet fælles omkostninger til implementering er indarbejdet i businesscase. Der er ikke medregnet lokale implementeringsomkostninger, transaktionsomkostninger til uddannelse, organisationsudvikling og omkostninger ved konkret ændring af arbejdsgange for frontpersonalet. Ej heller medregnet afledte omkostninger i forhold til at løfte medarbejdernes vidensniveau og omlægning af forebyggelsesindsatsen. De nævnte afledte omkostninger er nærmere uddybet i baggrundsnotatet.

6.2 Afledte omkostninger

Selv om investering i teknologien er den største enkelte post, er der en række afledte omkostninger som bør indgå i den samlede vurdering af storskalaimplementeringsprocessens økonomiske grundlag

Blandt de afledte omkostninger er:

1. Vidensniveau (både medarbejdere og følgeforskning)

En af implementeringsanvisningerne i rapporten fra TI er at sørge for at have medarbejderne med. Uanset at det er indlysende, så er pointen at medarbejderne kan være med til at præge borgerne i både positiv og negativ retning i forhold til at acceptere og anvende teknologien. Derfor er det vigtigt at der er ressourcer til at give medarbejderne den nødvendige viden om både teknologi og anvendelse – og hvordan det influerer på medarbejdernes egne arbejdsopgaver.

2. Forebyggelsesvinkel – tidligere ud til borgeren

Som beskrevet er der en politisk overvejelse om hvorvidt ”hjælp til medicin” i form af DMP kan gives tidligere til borgere som en forebyggende indsats med det formål at de pågældende i en

¹³ Integrationen til EOJ-systemerne KMD Nexus og Cura skal nærmere kravsificeres inden den konkrete omkostning kendes. Ligeledes bør foretages en nærmere forhandling med begge parter om eventuelle omkostninger til vedligeholdelse af snitflader.

længere periode selv vil være i stand til at varetage medicinadministration med hjælp fra teknologien. Det økonomiske potentiale er ikke undersøgt for denne målgruppe.

3. **Udstyr, udbringning, vedligehold – FSC's opgave**

Der vil være en række omkostninger forbundet med klargøring, udbringning, vedligehold og genopfyldning af medicindispenseren. Disse omkostninger er estimeret af Fælles Servicecenter og indarbejdet med overslagsomkostninger i businesscase-materialet.

7. **Følgforskning (til valg)**

Det foreslås såfremt der er tilslutning til en storskalaimplementering af DMP at medfinansiere følgforskning. Medfinansieringen bør sammen med en fondsfinansiering tilvejebringe midler til et egentligt følgforskningsprogram.

Følgforskningsprogrammet kunne med fordel tilvejebringe evidensbaseret viden som kan styrke indførelse, udbredelse og implementering af velfærdsteknologi i Danmark. Især på følgende tre områder kunne forskere med fordel følge storskalaimplementeringen og samlede viden.

1. Storskalaimplementering af teknologi til hverdagsmestring – forudsætninger og konkrete anbefalinger.
2. Potentiale og forudsætninger for reduktion af indlæggelser ved indførelse af DMP og evt. anden teknologi som hjælp til at huske medicinindtagelse.
3. Potentiale og forudsætninger for reduktion af UTH i forhold til fejldispensering og fejl i forbindelse med medicinadministration

I tillæg til eller evt. indeholdt i, et eller flere af ovenstående tre prioriterede vidensområder, kunne der med fordel udvikles viden om, hvad der fremmer og hæmmer fagprofessionelles evne og lyst til at tage ny teknologi i brug eller understøtte ibrugtagning herunder udvikling i arbejdsglæde og stressniveau¹⁴.

Ligeledes kunne det være særdeles værdifuld, at belyse betydningen (udfordringer og værdiskabelse) for borgerne ved erstatning af et eller flere fysiske besøg med teknologi.

Det kunne herudover være interessant at få indikation for, om indførelse af DMP og omlægning af en forebyggende indsats faktisk forlænger borgerens egenmestring, og derved udsætter behovet for tungere

¹⁴ Vinge, S, Maj 2018. Her beskrives en udfordring med at skabe tilstrækkelig sammenhæng og mening mellem aktører, kontinuitet, systemer og arbejdsgange. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kompleksitet-i-den-kommunale-sygepleje-10847/>

fysiske sundhedsydelse. Det vil formentlig kræve et større forsknings set-up og længerevarende studie, hvorfor det ikke anbefales at igangsætte for nuværende.

8. Afrunding

Samarbejdspartnerne har forsøgt via baggrundnotatet at anskueliggøre potentialet og gevinsterne for kommunerne ved at gå sammen om en storskalaimplementering af DMP med eller uden følgeforskning, og ser frem til den videre beslutningsproces.

UDKAST