


---



# IV-aftale i den midtjyske region

- (Chefforum & DKS 15. januar 2020)



# Hvorfor lave en IV aftale?

- Fordi vi ønsker at give et godt og relevant sundhedstilbud i borgerens nærområde
- Fordi vi har en sundhedsaftale, der er på borgerens præmisser!

---



Den faglige del

# Målgrupper

Målgrupper	Effekt for borgeren og samfundet	Andel i % ud af en samlet IV population (3.000 borgere)
Børn 3 – 18 år	Fastholde skolegang og arbejde, familien samlet, begrænse isolation	0-5%
Voksne – arbejdsduelige	Fastholde arbejde og uddannelse, familien samlet, begrænse isolation	5%
Voksne uden for arbejdsmarkedet (sårbare/udsatte/langvarig overførselsindkomst)	Fastholde behandling og undgå forværringer – f.eks. af psykisk sygdom og delir ved misbrug, undgå sekundære infektioner	15%
Friske ældre	Opretholde hverdag og funktionsniveau og samliv med ægtefælle	10%
Skrøbelige ældre	Undgå funktionstab, sekundære infektioner og delir, mindske genindlæggelse	65 – 70%
I alt		100%



# Hvor stor en population i Midtjylland?

- Et skøn med stor usikkerhed!
- Regional undersøgelse = ca. 2.500 (3.144??)
- Kommunal undersøgelse = 1.300 i første halvår 2019 = 2.600, men her mangler Aarhus (afsluttende behandling), Randers, Norddjurs, og Favrskov (samlet befolkningstal for de fire kommuner = 533.627 indbyggere)
- Et estimat på gruppen: 2.500 – 3.500 ??

# Inklusionskriterier

- Kun ét antibiotika pr. IV behandlingsforløb
- Aldersgruppe + 3 år
- Lukkede systemer
  - Min. risiko for kontaminering af omgivelserne (patientsikkerhed og arbejdsmiljø)
  - Enkel håndtering med få steps
  - Minus om-peak



# IV-behandling i nærområdet – gennemsnitlig behandlingstid pr. dag

IV	Præparater	Indløbstid Min./ <u>indg.</u> *	<u>Indg./dag</u> **	Min./dag	Skønnet andel af IV-behandling i nærområdet (%)
Væske	<u>Isotone væsker</u>	20 (10 min opsætning + 10 min nedtagning)	1-2	20-40	10
Antibiotika - korttidsinfusion	<u>Ampicillin</u> <u>Benzylpenicillin Cloxacillin</u> <u>Cefuroxim</u> **** <u>Piperacillin/Tazobactam</u> ****	20-30****	4	80-120	70
	<u>Meropenem</u> <u>Mecillinam</u> <u>Ceftriaxon</u>	20-30	3	60-90	5
	<u>Clarithromycin</u> (60 min x 2) <u>Vancomycin</u> (højest 10 mg/min) <u>Ciprofloxacin</u>	30-60 60-90	1 2-3	30-60 120-270	5 5
	<u>Piperacillin/Tazobactam</u> (pumpe)	0 min (løber ind over 24 timer, kun tid til opsætning)	1	0	5
	<u>Ampicillin</u> <u>Benzylpenicillin</u> (0,6g og 1,2g) <u>Ceftriaxon</u> (1g) <u>Cefuroxim</u> <u>Meropenem</u> <u>Mecillinam</u>	2-10	1-4	2-40	?
	EVT <u>bolus</u> som ny mulighed og alternativ til korttidsinfusion af nogle præparater ****				

\* Tid til indløb; hertil kommer tid til klargøring/opsætning samt ved indgift i eget hjem tid til kørsel og at komme ind/ud af hjemmet

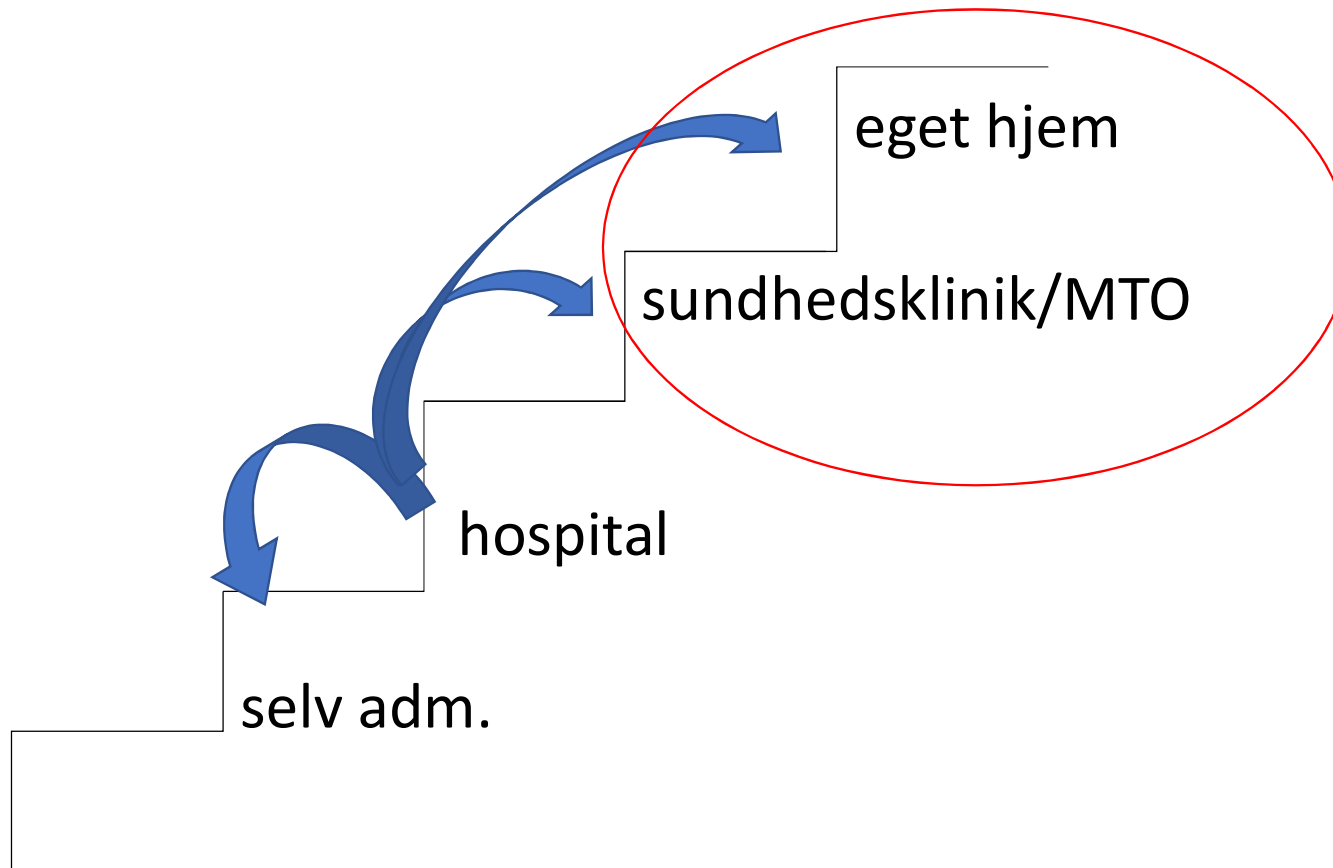
\*\* OBS at en begrænsning til max 3 indgifte pr. dag vil reducere målgruppen markant, hvis optimal behandling skal overholdes. En del antibiotika skal jf. retningslinje<sup>1</sup> gives 4x pr. dag, da det medfører bedre effekt og mindre resistens. Et af de præparater (Piperacillin/Tazobactam), der kræver 4x pr. dag, kan gives i pumpe over 24 timer og dermed ændres til 1 besøg pr. dag.

\*\*\* En del antibiotika-præparater vil kunne gives som bolus fra lukkede blandesystemer. Det vil være en ny praksis ift. i dag. Det vil kunne spare tid (fordel ift. økonomi og til fx patienter med delir eller psykisk sygdom) men stiller krav til oplæring og stor opmærksomhed, da andre præparater vil være farlige at give som bolus.

\*\*\*\* Cefuroxim og Piperacillin/Tazobactam infusionstid er mindst 30 minutter

<sup>1</sup> [www.promedicin.dk](http://www.promedicin.dk) og [Initial antibiotika behandling af udvalgte samfundserhvervede bakterielle infektioner hos voksne immunkompetente patienter. regional retningslinje](#)

# En trappe







---



Økonomi

# 3 indgift x 3 dage

Minutter pr. behandling	Antal behandlinger pr. dag	Timer pr. dag	Antal gennemsnitlige behandlingsdage	Tid i alt ved indgift i timer
30 min.	3	1 ½	3	4 ½

# Forudsætninger

- 50% IV i borgernes eget hjem (3 x indgift i borgerens eget hjem)
- 50% IV i sundhedsklinik/MTO (3 x indgift på sundhedsklinik/MTO)
- 3 gange indgift i 3 dage, som udgangspunkt for beregningerne (tidsrum = 7:00 – 00:00)

# Timepris

- Timeprisen for IV i borgerens hjem = 778 kr.
- Timeprisen for IV på sundhedsklinik = 555 kr. (uden vejtid)

**Gennemsnittet af de 778 kr.(borgerens hjem) og 555 kr. (på sundhedsklinik) er 667 kr.**

## Tre typer af forløb

1) Standard forløb (1-6 dage) (antibiotika)

2) Dagstakst fra 7 dag og frem til dag 28.

3) Forløb med pumpe og isotone væsker (1 – 6 dage)

# Prisdannelse

	<b>Timepriser v. 70/30</b>	<b>Pris pr. forløb (3 x indgift i gennemsnitligt 3 dage)</b>	<b>Dagstakst for forløb fra dag 7 og frem</b>	<b>Pris for gennemsnit 3 dage på pumpe og isoton væske (kun et dagligt besøg)</b>
		<b>Udgør 58 %</b>	<b>Udgør 17%</b>	<b>Udgør 25%</b>
Timepris med vejtid (borgerens eget hjem)	778 kr.			
Timepris uden vejtid (sundhedsklinik/MTO)	555 kr.			
Timepris som gennemsnit af 50% i eget hjem og 50% i sundhedsklinik/MTO	667 kr.	2.999 kr.	1.000 kr.	1.000 kr.



# Samlet økonomi ved 70/30 og 667 kr.

Antal forløb pr. år	Samlet pris v timepris 667 kr. og 70/30 finansiering	70% (regionen)	30% (kommunerne)
3000	12.146.963 kr.	8.502.874 kr.	3.644.089 kr.
4000	16.195.950 kr.	11.337.165 kr.	4.858.785 kr.
5000	20.244.938 kr.	14.171.456 kr.	6.073.481 kr.

# Proces

- Drøftelse i Chefforum og DKS 15. januar
- Kommunal politisk drøftelse 30. januar
- SSG 20. februar behandling og godkendelse
- SKU 12. marts – godkendelse
- 2. kvartal godkendelse i kommunerne og i regionsrådet
- Implementering

# Hvad mangler?

- Gennemskrivning af aftaleteksten
- Udarbejdelse af faglige bilag
- Afregningsmodel
- Monitorering
- Evaluering i 2022

# Spredning af initiativer på tværs af klynger

Søren Linder Christensen, direktør Herning Kommune  
**DKS 15. januar 2020**

# Hvordan bliver vi gode til at sprede?



**Et nært og  
sammenhængende  
sundhedsvæsen  
i balance**

Sundheds-  
aftalen  
2019-2023

Regionerne i Danmark, de syv videregående  
højskoler og NVO Højskolen  
2019

- Et bærende princip i sundhedsaftalen:

## **VIDENDELING OG SPREDNING**

Vi skal dele de gode erfaringer og lære af hinanden. Det skal vi fx gøre ved at sprede de indsatser, der har vist god effekt i ét geografisk område. Vi skal øge kendskabet til andre sektors indsatser og blive bedre til at koordinere indsatser på tværs af sektorer. Og vi skal understøtte gode relationer, hvor vi kender og respekterer andre sektors vilkår.

- Del af vores fælles handleplan om bedre brug af de samlede ressourcer på akutområdet  
(Godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget 30. oktober 2019)

Kunne ønske mig, at en erfaring fra én klynge bliver en gave for andre klynger



# Hvorfor spredning?

## Lighedsvinkel

"Borgerne skal have høj kvalitet, uanset hvor de bor"



## Ressourcevinkel

"Stjæl med stolthed – ikke alle skal opfinde den dybe tallerken"



"Et godt patientflow kræver ensartethed i tilbud"

Begge vinkler peger i retning af mere ensartethed/standardisering.

### Men i forhold til hvad?

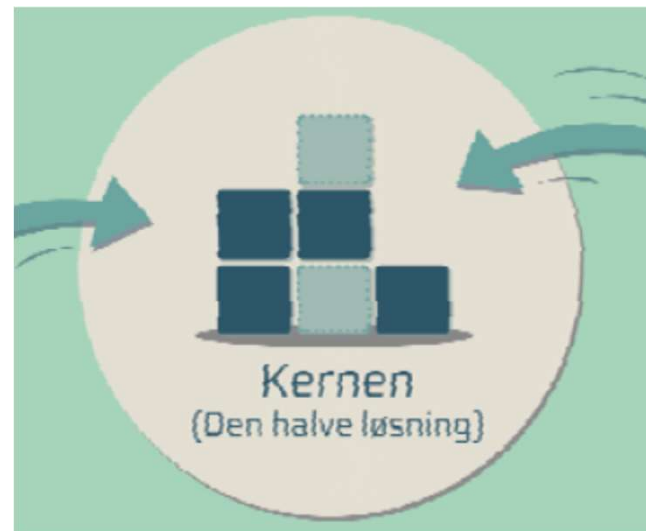
- Det borgeren oplever?
- De mål vi opnår?
- Den måde tilbud er organiseret på?



# Hvordan spredter vi?

Model for spredning (september 2016)

Finde ind til  
kernen i en indsats



Lokal tilpasning inden  
for et defineret  
spillerum

Den del af indsatsen, der ikke må variere.

# Beslutning om at sprede

Spredning begynder med en beslutning om at sprede. Men hvordan sikrer vi det rette valg og prioritering af gode løsninger?



1. Data

← Indsats fuldt belyst

→ Idé bag indsats er intuitiv god

2. Involvering og inddragelse

← Sundhedsstyregruppe beslutter

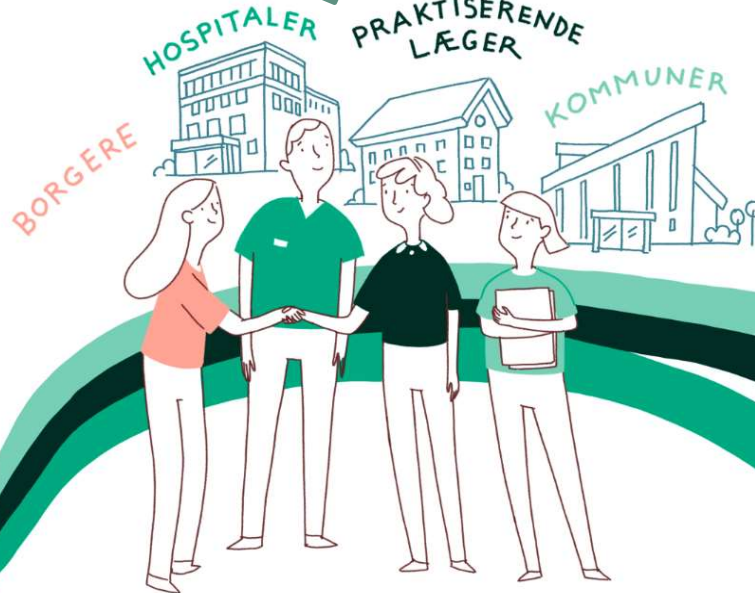
→ Alle baglande giver tilsagn inden beslutning

Hvor er vi på kontinuummet i fht. hhv. data og involvering?

# Når vi lykkes

Fælles model for  
henvisning til rygestop

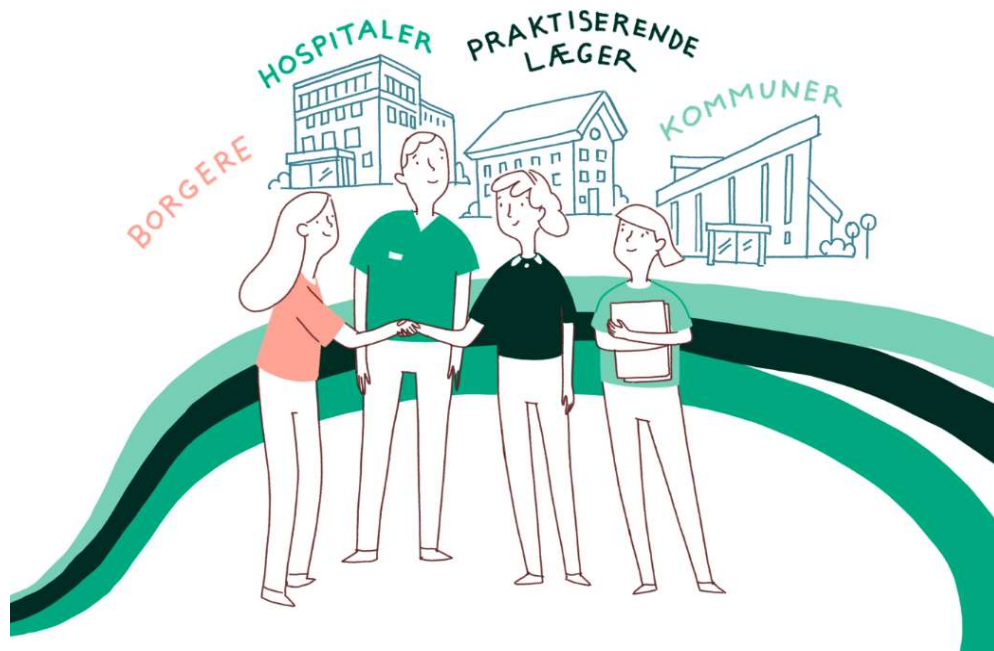
Hjerterehabilitering



## Mulige drivere

- Klart borgerperspektiv?
- Afprøvet og virker i praksis fx i en klynge?
- Evaluering og data?
- Positiv økonomi/businesscase?
- De rette personer med i udviklingsarbejdet – ambassadører/sponsorer?
- Ledelseskraft?
- Risikovillighed?

# Hvorfor lykkes vi ikke med mere?



## Til overvejelse

- Hvor har din kommune og klynge succes med at skabe effektive borgerforløb?
- Gør man det samme i andre kommuner og klynger? Hvorfor – eller hvorfor ikke?

# Debat

- Hvordan bliver vi bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden?
- Hvad er forudsætningerne for effektiv spredning? Hvad lykkes vi med, når vi lykkes?
- Hvilke barrierer er der? Hvad lykkes vi ikke med?



## Ny praksisplan - Kommissorium

### Baggrund

Med sundhedsloven er det fastlagt, at der i regionerne skal nedsættes et praksisplanudvalg, hvor de væsentligste aktører - region, kommuner og almen praksis - i samarbejde udarbejder en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Praksisplanen i Region Midtjylland udspringer af den vedtagne sundhedsaftale mellem de 19 midtjyske kommuner, almen praksis og Region Midtjylland, hvor den gældende sundhedsaftale for årene 2019 til 2023 trådte i kraft den 1. juli 2019.

Praksisplanen for almen praksis udgør det lokale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, og den beskriver;

- hvilke opgaver, almen praksis skal varetage i et samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- hvilke snitflader og sammenhænge, der er til det øvrige sundhedsvæsen
- hvordan det øvrige sundhedsvæsen kan understøtte almen praksis til at løfte disse opgaver
- den kapacitetsplanlægning, som er forudsætning for opgaveløsningen

Praksisplanen skal derudover bidrage til at konkrete indsatser, som er besluttet i sundhedsaftalen og hvor almen praksis er involveret, indgår i praksisplanen og ved behov følges op af en underliggende aftale.

Praksisplanen fastsætter konkrete anbefalinger indenfor en række temaer:

- Lægedækning
- Lokal opgavevaretagelse
- Tilgængelighed
- Lokal kvalitetsudvikling

Sundhedsaftalens sundhedspolitiske mål skal afspejles i planlægningsgrundlaget for almen praksis i Region Midtjylland og praksisplanens formål er at realisere sundhedsaftalens konkrete indsatser vedr. almen praksis.

### Indhold i Sundhedsaftalen 2019-2023

Sundhedsaftalen 2019-2023 sætter gennem visioner, indsatsområder og principper for samarbejde en fælles politisk retning for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

### Visioner

- Mere lighed i sundhed - socialt og geografisk

- På borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere sundhed for pengene.

#### Indsatsområder

- Fælles investering i forebyggelse – først med fokus på rygning (og overvægt som det næste fokusområde).
- Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet.
- Den nære psykiatri - først med fokus på, at forbedre den mentale sundhed og mindske mistrivsel hos børn og unge, samt at forbedre sundheden og sikre bedre sammenhængende patientforløb for voksne med svær psykisk sygdom.

Sundhedsaftalen, den gældende praksisplan i Region Midtjylland og vejledning vedr. praksisplanen er vedlagt til orientering.

Læs uddybende om sundhedsaftalen her:

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/aftale-2019-2023/sundhedsaftalen-2019-2023-sept-2019.pdf>

#### **Opgaver**

Arbejdsgruppen skal udarbejde et forslag til en ny praksisplan i Region Midtjylland, der tager udgangspunkt i den gældende sundhedsaftale i Region Midtjylland samt den nuværende praksisplan.

Arbejdsgruppens første opgave vil være at tilrettelægge en workshop for relevante interessenter fra kommunerne, de praktiserende læger, hospitalerne og administrationen i Region Midtjylland og derudfra tilpasse processen for udarbejdelse af praksisplanen.

Arbejdsgruppen skal også udarbejde et forslag til en prøvehandling med en initial høring af almen praksis via hospitalsklyngerne.

#### **Medlemmer**

Gruppen er sammensat tværfagligt og tværsektorielt med den tilstrækkelige faglige kompetence til at løse opdraget.

- Henrik Kise, praktiserende læge og formand for PLO-M (medformand)
- Bruno Meldgaard, praktiserende læge og næstformand i PLO-M
- Birgitte Borup, praktiserende læge
- Lisbeth Trøllund Andersen, chefkonsulent, PLO-M
- Mette Andreassen, direktør, Viborg Kommune
- Karen Heebøll, direktør, Ikast-Brande Kommune (medformand)
- Jonna Holm Pedersen, konsulent, KKR
- Sine Møller Sørensen, specialkonsulent, KOSU
- Lægelig praksiskoordinator Svend Kier
- Birgitte Haahr, kontorchef, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland
- Anne Birgitte Jæger, kontorchef, Koncern Økonomi, Region Midtjylland
- Dorthe Klith, kontorchef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland (medformand)
- Andreas Götke, specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland



Andre nøgle- og fagpersoner kan inddrages undervejs efter behov.

Klinikforum i Region Midtjylland, Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) samt chefforum for sundheds- og ældrechefer inddrages løbende efter behov.

### **Formandskab og sekretariat**

Der er delt formandskab og sekretariat mellem region, kommuner og PLO-M. Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i gruppens arbejde.

### **Kompetence**

Gruppen har overordnet reference til Praksisplanudvalget.

### **Arbejdsplan**

Gruppen mødes efter behov og nedlægges, når der forelægger et udkast til en praksisplan.

### **Forventet tidsplan**

<b>Dato</b>	<b>Handling</b>
29. oktober 2019	PPU styregruppen drøfter/godkender kommissorium, herunder forslag til arbejdsgruppens sammensætning
13. november 2019	Udvalget for nære sundhedstilbud behandler rammesætningen for arbejdet med praksisplanen
26. november 2019	PPU drøfter rammerne for arbejdet med praksisplanen og godkender kommissorium, herunder medlemmerne af arbejdsgruppen
Dec. 2019 til April 2020	Arbejdsgruppen udarbejder første udkast til praksisplan
5. februar 2020	Møde i KKR - sundhedsområde som tema, herunder processen for praksisplanen
5. marts 2020	Workshop for politikere, patientinddragelsesudvalget, fagpersoner, administrative nøglepersoner m.m.
5. marts 2020	Tilbage melding til PPU vedr. resultat af workshop
Maj 2020	PPU styregruppen godkender første udkast til praksisplanen (inden høring)
3. juni 2020	PPU godkender første udkast til praksisplanen
17. juni 2020	Møde i KKR – drøfte høringsudgave af

	praksisplanen
Juni/September 2020	Offentlig høring
9. november 2020	Møde i KKR – temaer i høringen af praksisplanen
Okt./nov. 2020	PPU st. godkender praksisplan (på baggrund af høringssvar)
10. December 2020	PPU godkender praksisplan (på baggrund af høringssvar)
Jan. 2021	Udvalget for nære sundhedsvæsen godkender praksisplanen
Jan. 2021	PLO-M og Regionsrådet godkender praksisplanen
Dec. 2020 – januar 2021	Kommuner godkender praksisplan

## Bilag

Bilag 1 - PPU's rammesætning for den nye praksisplan for almen praksis

## **Bilag 1 - Praksisplanudvalgets rammesætning for den nye praksisplan for almen praksis**

Praksisplanudvalget har på et møde den 26. november 2019 adresseret rammesætningen for den nye praksisplan for almen praksis og derudover, at praksisplan adresserer forskellige relevante emner.

Rammesætning for den nye praksisplan er:

- Den gældende Sundhedsaftale i Region Midtjylland
- Den nuværende praksisplan og en status på denne

Derudover skal praksisplanen behandle følgende emner:

- Lægedækning
- Lokal opgavevaretagelse
- Tilgængelighed
- Lokal kvalitetsudvikling
- Udvalg, samarbejdsstrukturer og fremgangsmåden ved implementering af opgaveflytninger i forhold til alle parterne i PPU defineres.
- Kommunikation mellem sektorerne
- Der skal være en opfølgning på sundhedsaftalens initiativer.
- Datadrevet kvalitetsudvikling
- Digitalisering og hvordan nye digitale løsninger kan bruges i almen praksis
- Lighed i sundhed
- Forebyggelse for udsatte borgere
- Sammenspillet mellem de praktiserende læger, kommunerne i regionen og Region Midtjyllands hospitaler
- Tiltag til sundhedsfremme

# Målsætninger i praksisplanen almen praksis

## Lægedækning (kap. 4)

- Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen (4.1)
- Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen (4.2)
- Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer via nedsættelse/ansættelse i almen praksis (4.3)
- Lægedækning af borgere, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge (4.4)

## Opgaver (kap. 5)

Almen praksis bidrager til

- At forebygge akutte patientforløb hos ældre borgere (5.1)
- At skabe mere lighed i sundhed (5.2)
- Styrket forebyggelse og behandling af psykisk sygdom (5.3)

## Tilgængelighed (kap. 6)

At borgerens møde med lægen til stadighed forbedres ved øget tilgængelighed og brug af ny teknologi

## Kvalitetsudvikling (kap.7)

Høj og ensartet kvalitet via supplerende lokale initiativer

## Rammer for arbejdet i almen praksis (kap. 5)

- Mere sundhed i det nære via udvikling af opgaveporteføljen i almen praksis i dialog mellem parterne (5.4)
- At almen praksis understøttes i udredning og behandling af flest mulige patienter i det nære sundhedsvæsen, og at almen praksis' tid anvendes hensigtsmæssigt med mest mulig tid til lægefagligt arbejde (5.5)



# Organisering af Fælles Servicecenter

---



- Fra samarbejdsaftale til forening



# Organisering af Fælles Servicecenter

---

## Hvorfor ændre organisering?

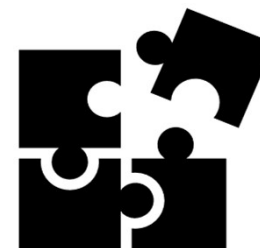
Fordi det er usikkert om der er den fornødne hjemmel til at værtsorganisationen (nu Region Midtjylland) kan varetage opgaven for de deltagende kommuner.

Som vært hæfter Region Midtjylland alene for den risiko som knytter sig til driften af FSC i den nuværende form.

## Forslag: FSC organiseres i regi af en forening med begrænset ansvar

Andre muligheder er undersøgt – I/S, A/S kontraktuelt samarbejde (den nuværende form).

Alle muligheder har fordele og ulemper – en forening vurderes af Bech-Bruun samlet set bedst at kunne tilgodese behov for fleksibilitet, et klart mandat,





# Organisering af Fælles Servicecenter

---

## Vigtige udeståender som skal afklares:

Det vurderes at FSC må levere ydelser til region og kommuner under sundhedslovens §78. MEN – hvad må region og kommuner levere af ydelser til FSC?

- I dag er der værtskab som stiller lokaler, it løsninger, HR etc. til rådighed. Det skal formentlig leveres på markedsvilkår.
- Må FSC eksempelvis også anvende rådgivning fra regionale og kommunale myndigheder (eksempelvis indkøbsafdelinger)?

Det vil være nødvendigt med en afklaring fra Sundhedsministeriet hvilke ydelser region og kommuner kan leverere som medlemmer af foreningen i henhold til sundhedsloven og hvad skal leveres på markedsvilkår.





# Organisering af Fælles Servicecenter

---

## Øvrige principielle overvejelser:

- Er der opbakning til at optage medlemmer uden for Midtjylland?
- Hvis ja, - foreslås A og B medlemskaber med forskellig indflydelse på foreningens generalforsamling.
- Det foreslås at det kun er de midtjyske medlemmer der kan opnå A medlemskab og at A medlemskab er en forudsætning for de nuværende parter i FSC. (B medlemskab vil give mulighed for at benytte indkøbs- og serviceaftaler)
- Hvad vil være betryggende ift. styring og tillid mht. indflydelse på generalforsamling, bestyrelsens sammensætning og mandat. Overvejelser om fordeling mht. størrelse og geografi.



# Organisering af Fælles Servicecenter

---

## Praktiske overvejelser:

- Omkostningsniveau for medlemskaber? Det forventes at A medlemskab vil være på niveau med det nuværende kontingent. Hvad med et B medlemskab?
- Udtrædelsesvarsler?
- På sigt holdning til placering – region/kommune/geografi



# Organisering af Fælles Servicecenter

## Overordnet tidsplan:

- 6. januar – orientering på KOSU formandskabsmøde
- 13. eller 14. januar - møde med Bech-Bruun partnere, hvor der er aftalt deltagelse af relevant ledelsesniveau fra kommunerne og Region Midtjylland
- 15. Januar - DKS orienteres om sagen og tidsplanen.
- Uge 3 og 4 - sagsfremstilling og indstilling gennemarbejdes
- 21. januar - Forventet afklaring i RM direktion om foreningsdannelses fortsættes inden afklaring fra SUM.
- 30. januar – sagsfremstilling og indstilling godkendes af Forretningsstyregruppen for FSC
- 20. februar - Sundhedsstyregruppen træffer beslutning omkring foreningsdannelsen af Fælles Service Center under forudsætning af godkendelse i KD-net.
- 13. marts – endelig godkendelse i KD-net

**Hvornår i processen skal region og kommuner i Syddanmark inddrages? Her tænkes på deres interne beslutningsproces**

Aarhus november 2019

Sagsnr. 038144-0227 ase/nal/riag  
Dok.nr. 21821511.1

**UDKAST 28. november 2019**

Vedtægter

for

[Fælles Servicecenter for Telesundhed] FMBA

UDKAST

## 1. Navn og hjemsted

- 1.1 Navnet er [Fælles Servicecenter for Telesundhed] FMBA, herefter "[Fælles Servicecenter]".
- 1.2 Hjemstedet er [\*\*] Kommune.

## 2. Formål og opgaver

- 2.1 [Fælles Servicecenter] har til formål [beskrivelse af foreningens overordnede formål, der kan danne rammen om de opgaver, som foreningen skal varetage].
- 2.2 [Fælles Servicecenter] skal økonomisk hvile i sig selv og må ikke varetage erhvervsøkonomiske formål. [Fælles Servicecenter] må ikke betale udbytte til medlemmerne.
- 2.3 [Fælles Servicecenter] må alene varetage opgaver for sine medlemmer, medmindre der i lovgivningen er hjemmel til, at medlemmerne kan varetage opgaver for andre. [Fælles Servicecenter] må alene varetage sådanne opgaver for medlemmerne, som det enkelte medlem efter lovgivningen og praksis lovligt må varetage i samarbejde. [Fælles Servicecenters] opgaver er oplyst i bilag 1 til disse vedtægter. Bilaget kan ændres inden for rammerne af [Fælles Servicecenters] formål, jf. afsnit 2, ved 2/3-flertal i bestyrelsen.
- 2.4 [Fælles Servicecenter] kan ikke varetage myndighedsopgaver eller opgaver, som efter lovgivningen skal varetages af medlemmerne selv.
- 2.5 [Fælles Servicecenter] indebærer ingen indskrænkninger i de beføjelser, som efter lovgivningen tilkommer medlemmernes styrelsesorganer.

## 3. Organisation

- 3.1 [Fælles Servicecenter] er organiseret som en forening mellem offentlige parter.
- 3.2 Som medlemmer kan efter bestyrelsens godkendelse optages kommuner og regioner. Bestyrelsen indgår aftale med nye medlemmer om indtræden.
- 3.3 [Medlemmer kan enten optages som sundhedsaftalemedlemmer eller andre medlemmer. Som sundhedsaftalemedlem kan optages Region Midtjylland og kommuner beliggende i Region Midtjylland.]
- 3.4 [Fælles Servicecenter] fører et opdateret register over foreningens medlemmer.

## 4. Generalforsamling

- 4.1 [Fælles Servicecenters] øverste myndighed er generalforsamlingen.
- 4.2 Der afholdes ordinær generalforsamling hvert år senest den 31. maj. Bestyrelsen skal senest to måneder inden den ordinære generalforsamlings afholdelse meddele mødetidspunkt og mødested til medlemmerne. Indkaldelse med angivelse af dagsorden skal meddeles til medlemmerne senest to uger før generalforsamlingens afholdelse.
- 4.3 Dagsorden for den ordinære generalforsamling skal indeholde følgende punkter:
1. Bestyrelsens beretning om [Fælles Servicecenters] virksomhed.
  2. Godkendelse af revideret årsregnskab for det foregående regnskabsår.
  3. Valg af medlemmer til bestyrelsen, jf. punkt 5.1.
  4. Valg af formand og næstformand for bestyrelsen, jf. punkt 5.2.
  5. Godkendelse af budget.
  6. Valg af revisor.
  7. Eventuelt.
- 4.4 Ekstraordinær generalforsamling indkaldes efter bestyrelsens beslutning, eller når mindst [5 procent] af medlemmerne har fremsat skriftlig anmodning herom. Tid og sted samt indkaldelsesvarsel for ekstraordinær generalforsamling bestemmes af bestyrelsen, idet indkaldelse dog skal ske med mindst 14 dages og højst en måneds varsel og senest en måned efter, at bestyrelsen har modtaget anmodning om afholdelse af ekstraordinær generalforsamling.
- 4.5 Generalforsamlingen ledes af en på generalforsamlingen valgt dirigent.
- 4.6 Forslag, der af et medlem ønskes sat til afstemning på den ordinære generalforsamling, skal indsendes skriftligt til bestyrelsen senest fire uger inden generalforsamlingen.
- 4.7 På generalforsamlingen træffes beslutning med [simpelt flertal], medmindre andet fremgår af disse vedtægter. Beslutning om følgende kræver dog 2/3-flertal af såvel stemmer på generalforsamlingen og den del af medlemmerne, som er repræsenteret på generalforsamlingen:
- Vedtægtsændringer
  - Opløsning
  - Godkendelse af budget for det kommende år
  - Beslutninger om optagelse af lån [på mere end [5 mio. kr.]]

- 4.8 På generalforsamlingen har [sundhedsaftalemedlemmer hver to stemmer, og andre medlemmer har én stemme hver].

## 5. Bestyrelsen

- 5.1 [Fælles Servicecenter] ledes af en bestyrelse på [5-9] medlemmer, som vælges af medlemmerne på generalforsamlingen. [Eventuelle regler om valg af bestyrelsen på generalforsamlingen, som fx sikrer en bred geografisk repræsentation eller på baggrund af andre objektive parametre].
- 5.2 Bestyrelsen konstitueres med en formand og en næstformand, som vælges af generalforsamlingen.
- 5.3 Bestyrelsen skal sørge for, at [Fælles Servicecenters] organisation og kapitalberedskab er forsvarligt. Bestyrelsen fører tilsyn med direktørens varetagelse af den daglige ledelse. Bestyrelsen skal sikre, at lovgivningen og vedtægterne overholdes, herunder at der ikke varetages opgaver, som ikke må varetages af [Fælles Servicecenter], og at bogføringen og formueforvaltningen er betryggende.
- 5.4 Bestyrelsen skal orientere medlemmerne om forhold, som er af væsentlig økonomisk betydning for [Fælles Servicecenters] økonomiske stilling.

## 6. Bestyrelsesmøder

- 6.1 Der afholdes bestyrelsesmøde, når formanden bestemmer det, eller når et bestyrelsesmedlem eller revisor skriftligt kræver det. Der skal dog mindst afholdes [fire] bestyrelsesmøder om året.
- 6.2 Formanden indkalder til bestyrelsesmøde med mindst 10 dages varsel.
- 6.3 Bestyrelsesmøder afholdes som fysiske møder. Bestyrelsesmøder kan afholdes elektronisk eller skriftligt, hvis dette er foreneligt med udførelsen af bestyrelsens hverv.
- 6.4 Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når mere end halvdelen af bestyrelsens medlemmer deltager i mødet. Hvert bestyrelsesmedlem har én stemme.
- 6.5 Bestyrelsen træffer beslutning med simpelt flertal, medmindre andet fremgår af disse vedtægter. Ved stemmelighed er formandens og i dennes fravær næstformandens stemme udslagsgivende. Følgende beslutninger kræver at 2/3-flertal stemmer for:
- [Ansættelse og afskedigelse af direktøren]
  - [Dispositioner til en værdi af mere end [\*\*] kr.]
  - [Vedtagelse af budget]

- [Optagelse af lån]

6.6 Over bestyrelsens møder føres en protokol, der ved mødets afslutning underskrives af samtlige deltagende bestyrelsesmedlemmer. Et medlem, der har deltaget i mødet, kan forlange sin afvigende mening kort indført i beslutningsprotokollen.

6.7 Et bestyrelsesmedlem skal underrette bestyrelsen, hvis der foreligger forhold, der kan give anledning tvivl om bestyrelsesmedlemmets habilitet. Bestyrelsen træffer beslutning om, hvorvidt bestyrelsesmedlemmet har en sådan interesse i sagen, at bestyrelsesmedlemmet er udelukket fra at deltage i bestyrelsens forhandling og afstemning om sagen. Reglerne i forvaltningslovens kapitel 2 om inhabilitet skal finde anvendelse for [Fælles Servicecenter].

6.8 Bestyrelsen fastsætter i en forretningsorden nærmere regler for sit arbejde.

## 7. Daglig ledelse

7.1 Bestyrelsen ansætter en direktør til varetagelse af den daglige ledelse af [Fælles Servicecenter]. Den daglige ledelse omfatter ikke dispositioner, der efter [Fælles Servicecenters] forhold er af usædvanlig art eller af væsentlig betydning.

7.2 Bestyrelsen udarbejder en instruks for direktørens arbejde.

## 8. Budget og finansiering

8.1 Bestyrelsen fastsætter hvert år forud for generalforsamlingen et budget for det efterfølgende regnskabsår. Budgettet forelægges på den ordinære generalforsamling til godkendelse.

8.2 Principperne for budgetlægning og finansiering af [Fælles Servicecenters] aktiviteter er fastsat i bilag 2 til disse vedtægter.

8.3 [Fælles Servicecenter] må ikke oparbejde overskud. Såfremt der ved årets udgang er et overskud eller et underskud, udlignes dette over for det enkelte medlem.

## 9. Regnskab og revision

9.1 Regnskabsåret er kalenderåret. [Fælles Servicecenters] første regnskab løber fra stiftelsen løber fra stiftelsen og indtil 31. december [år].

9.2 Regnskabet aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler.



- 9.3 Regnskabet revideres af en statsautoriseret eller registreret revisor, som vælges af generalforsamlingen.

## 10. Tegning og hæftelse

- 10.1 [Fælles Servicecenter tegnes af direktøren i forening med enten bestyrelsesformanden eller to bestyrelsesmedlemmer, af bestyrelsesformanden i forening med to bestyrelsesmedlemmer eller af den samlede bestyrelse.

- 10.2 Der påhviler ikke medlemmerne eller andre nogen hæftelse for de af [Fælles Servicecenter] påhvilende forpligtelser.

## 11. Vedtægtsændringer, udtræden og ophør

- 11.1 Beslutning om vedtægtsændringer kræver 2/3-flertal på generalforsamlingen, jf. punkt 4.7.

- 11.2 Et sundhedsaftalemedlem kan udtræde af [Fælles Servicecenter] med [12 måneders] varsel til en 1. januar, hvis [Fælles Servicecenter] servicerer maksimalt 5.000 borgere i medlemmet. Betjener [Fælles Servicecenter] mere end 5.000 borgere i medlemmet, kan udtræden ske med et varsel på [18 måneder] til en 1. januar. Andre medlemmer kan udtræde med et varsel på [6 måneder] til en 1. januar, hvis [Fælles Servicecenter] servicerer maksimalt 5.000 borgere i medlemmet. Betjener [Fælles Servicecenter] mere end 5.000 borgere i medlemmet, kan udtræden ske med et varsel på [12 måneder] til en 1. januar. Et udtrædende medlem har ikke krav på nogen andel af [Fælles Servicecenters] formue. Såfremt årsregnskabet for det seneste år, hvor det udtrædende medlem deltog, udviser en negativ egenkapital, skal det udtrædende medlem senest 30 dage efter modtagelse af påkrav indbetale en andel af den negative egenkapital svarende til medlemmets andel af [Fælles Servicecenters] omsætning i det seneste regnskabsår.

- 11.3 Beslutning om opløsning af [Fælles Servicecenter] kræver 2/3-flertal på generalforsamlingen, jf. punkt 4.7. Ved opløsning fordeles egenkapitalen mellem medlemmerne. Medlemmernes andele af egenkapitalen opgøres efter medlemmernes andel af [Fælles Servicecenters] omsætning i det seneste regnskabsår.

\*\*\*\*\*



# TeleKØL - kort status, fælles driftsøkonomi og evaluering

DKS den 15. januar



# Status på TeleKOL - fokus på at få løsning og organisering klar til pilotafprøvning i maj.

Tidsplan

Pilotafprøvning

Udarbejde kommunalt ydelseskatalog (nationalt)

Brugerstyring

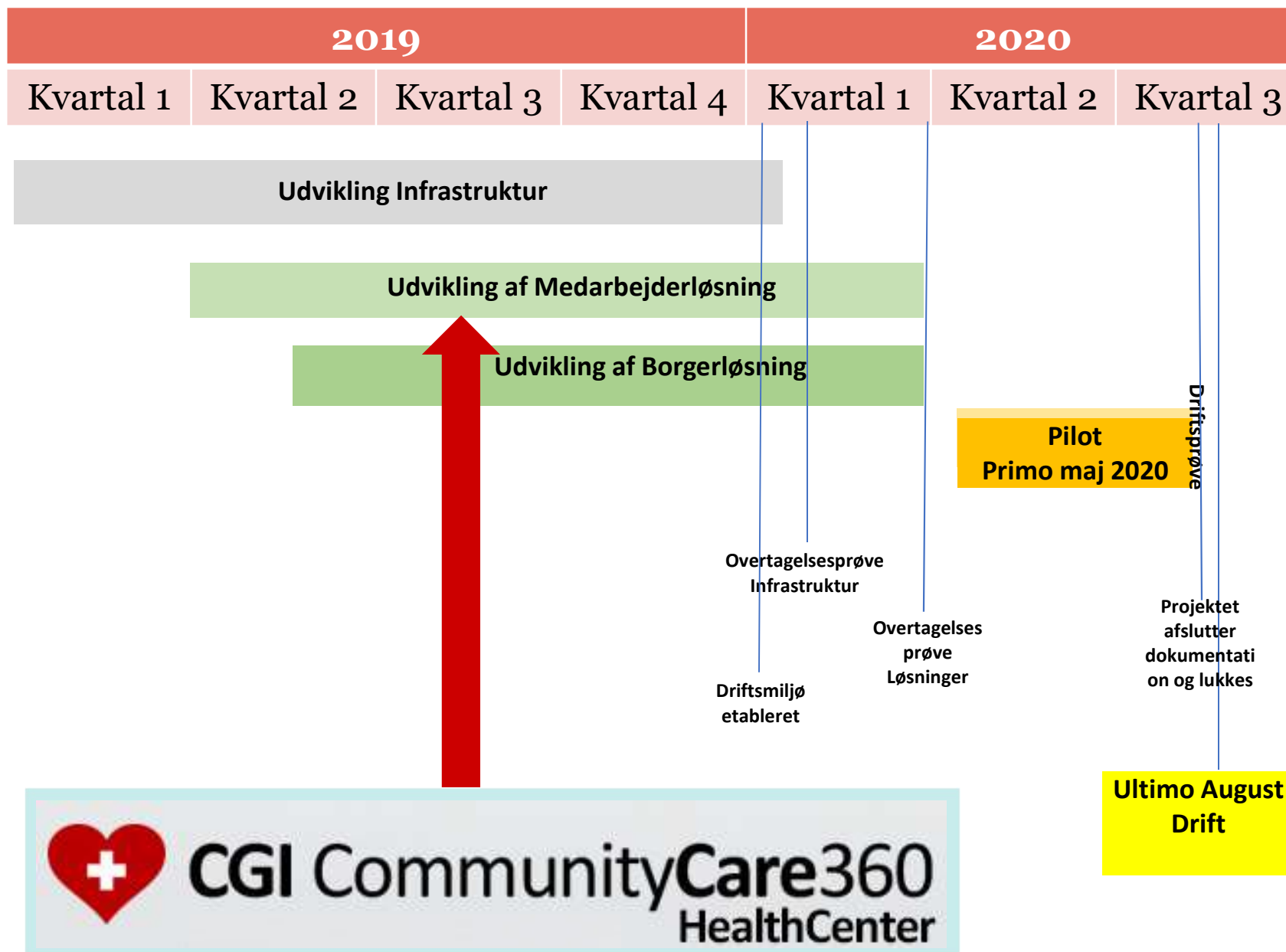
Kompetenceudvikling

Organisering af monitoreringsopgaven i vagttid

Samarbejdsaftaler

Udbud af udstyr (tablets, devices)

Kommunikationsopgaven







# Fælles driftsøkonomi (bank-funktion)

Forslag til drøftelse fra landsdelsprogrammets Spor 1 (økonomi og jura)

- Kan der med fordel etableres en fælles "bankfunktion" i form af en projekt/driftsøkonomi med inspiration fra TeleCare Nord?
- En model hvor region og kommuner samler fælles løbende udgifter til drift.





# Fælles driftsøkonomi - budget TeleCare Nord

<b>Budget 2020</b>				
Samlet budget til videreførelse af Servicefunktionen TeleCare Nord i løbende drift + hjert inkl. PL fremskrivning 2018 - 2019 og budgetløft 2019 vedr. national udbredelse og deraf følgende udgifter				
	P/L fremskr.			
	2019	Løft - IT, udstyr mv	Budget 2019 KOL	Budget 2020 KOL
<b>Løn</b>	1,35%			ekskl. PL
<b>Driftsenhed</b>				
Feriepenge*	84.289		84.289	84.289
Løn	1.970.266		1.970.266	1.970.266
<b>Løn i alt</b>	<b>2.054.556</b>		<b>2.054.556</b>	<b>2.054.556</b>
<b>Øvrig drift</b>	0,72%			
<b>IT mv.</b>				
Monitoringsystem - supportberedskab	409.352		409.352	409.352
Monitoringsystem - abonnement, udvikling og opdatering	511.690	420.000	931.690	871.780
IT drifts aftale incl FSA	614.028		614.028	614.028
Klargøring, Logistik og MDM	1.023.380		1.023.380	680.000
MDM, ny aftale IT				674.400
Supportaftale for sundhedsprofessionelle	358.183		358.183	358.183
Genanskaffelse/leasing af patientudstyr	511.690	1.700.000	2.211.690	2.240.000
Drift af patientudstyr - Simkort mv.		500.000	500.000	840.000
It-drift af kursusmiljø	51.169		51.169	51.169
Indkøb af reservedele samt vedligehold af pt. udstyr	102.338		102.338	102.338
<b>I alt</b>	<b>3.581.829</b>	<b>2.620.000</b>	<b>6.201.829</b>	<b>6.841.249</b>
<b>Diverse</b>				
Husleje og rengøring	207.113		207.113	207.113
Befordring, rejser, møder, kurser mv.	207.113		207.113	207.113
Møbler, IT, telefoni mv til driftsenhed	31.067		31.067	31.067
Diverse (trykning, porto mv.)	103.556		103.556	103.556
<b>I alt</b>	<b>548.848</b>	-	<b>548.848</b>	<b>548.848</b>
<b>Udgifter i alt</b>	<b>6.185.233</b>	<b>2.620.000</b>	<b>8.805.233</b>	<b>9.444.654</b>
Finansieret af stødpudepulje KOL			1.000.000	1.000.000
<b>I alt</b>	<b>6.185.233</b>	<b>2.620.000</b>	<b>7.805.233</b>	<b>8.444.654</b>





# Fælles driftsøkonomi - budget Midtjylland

## - udgifter der kan placeres i en fælles driftsøkonomi

Samlede estimerede omkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland				
Omkostning	Pris i alt mio. (kr.)	Fordeling	Kommuner	Region
Telemedicinsk infrastruktur	3,8	30/70	1,2	2,6
Nationalt Gennemførelsesprojekt	2,2	35/65	0,75	1,45
Medarbejderrettet it-løsning	1,6	35/65	0,55	1,05
Borgerrettet it-løsning	1	35/65	0,35	0,65
"On-premise" driftsløsning	1,3	35/65	0,45	0,85
Snitflade/integration til EPJ mm. (engangsudgift)	2	0/100	0	2
Snitflader/integrationer EOJ mm. (engangsudgift)	2	100/0	2	0
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (engangsudgift)	3	50/50	1,5	1,5
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	4	50/50	2	2
Indkøb af udstyr/devices	6	35/65	2,1	3,9
<b>Total</b>	<b>26,9</b>		<b>10,9</b>	<b>16</b>
Implementeringsomkostninger (drift)				
Implementeringsressourcer region	3,4	0/100	0	3,4
Implementeringsressourcer kommuner	10,4	100/0	10,4	0
Programsekretariat	2,8	35/65	1	1,8
Undervisning af borgere med KOL	1	100/0	1	0
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	2	65/35	1,3	0,7
Øvrige udgifter til kompetenceudvikling, e-læring mm.	1	50/50	0,5	0,5
<b>Total</b>	<b>20,6</b>		<b>14,2</b>	<b>6,4</b>
Løbende årlige driftsudgifter (år n ved fuld implementering)				
Fælles offentlig systemforvaltning	1,3	35/65	0,45	0,85
Drift af telemedicinsk infrastruktur	4,1	35/65	1,45	2,65
Drift af medarbejderrettet løsning	1,3	35/65	0,45	0,85
Drift af borgerrettet løsning	1,8	35/65	0,65	1,15
"On-premise" løsning	0,8	35/65	0,3	0,5
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner	9,9	50/50	4,95	4,95
Service, support og logistik (FSC)	1,5	50/50	0,75	0,75
Løbende fornyelse af devices	0,6	35/65	0,2	0,4
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	0,2	65/35	0,15	0,05
Løbende undervisning af nye borgere	0,3	100/0	0,3	0
<b>Total</b>	<b>21,8</b>		<b>9,65</b>	<b>12,15</b>





# Fælles driftsøkonomi - budget Midtjylland

## - udgifter der kan placeres i en fælles driftsøkonomi

Samlede estimerede omkostninger i Landsdelsprogram Midtjylland (i mio. kr.)		
Omkostning	Kommuner samlet i mio. kr.	Herning kommune (i hele tal)
Telemedicinsk infrastruktur	1,2	79.000
Nationalt Gennemførelsesprojekt	0,75	50.000
Medarbejderrettet it-løsning	0,55	36.000
Borgerrettet it-løsning	0,35	23.000
"On-premise" driftsløsning	0,45	30.000
Snitflade/integration til EPJ mm. (engangsudgift)	0	0
Snitflader/integrationer EOJ mm. (engangsudgift)	2	130.000
Udvikling af fælles tværsektoriel forløbsplan (engangsudgift)	1,5	100.000
Indkøb af XDS arkiv for Landsdel Midtjylland	2	130.000
Indkøb af udstyr/devices	2,1	138.000
<b>Total</b>	<b>10,9</b>	<b>716.000</b>
Implementeringsomkostninger (drift)		
Implementeringsressourcer region	0	0
Implementeringsressourcer kommuner	10,4	685.000
Programsekretariat	1	65.000
Undervisning af borgere med KOL	1	65.000
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	1,3	85.000
Øvrige udgifter til kompetenceudvikling, e-læring mm.	0,5	33.000
<b>Total</b>	<b>14,2</b>	<b>933.000</b>
Løbende årlige driftsudgifter (år n ved fuld implementering)		
Fælles offentlig systemforvaltning	0,45	30.000
Drift af telemedicinsk infrastruktur	1,45	95.000
Drift af medarbejderrettet løsning	0,45	30.000
Drift af borgerrettet løsning	0,65	43.000
"On-premise" løsning	0,3	20.000
Udgifter til monitorerings- og rådgivningsfunktioner	4,95	325.000
Service, support og logistik (FSC)	0,75	50.000
Løbende fornyelse af devices	0,2	13.000
Kurser for sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU'er, læger og terapeuter)	0,15	10.000
Løbende undervisning af nye borgere	0,3	20.000
<b>Total</b>	<b>9,65</b>	<b>636.000</b>

Som eksempel vil **Herning kommune** skulle betale 937.000 kr. til de fælles driftsudgifter som de er sat op.



# Evaluering af TeleKOL i Midtjylland

Besluttet af SSG ifbm. godkendelse af organiseringen (23. maj 2018)

Fokus på den af organiseringen som er anderledes end den oprindelig model i TeleCare Nord - altså mulighed for monitorering og rådgivning 24/7

Et ønske om at opnå viden om hvad organisering betyder for borgere, sundhedsprofessionelle og aktiviteten hos sundhedsvæsnets aktører.

Hvad vil organiseringen betyde for implementering af TeleHjerte (ØA2021)

Anslået pris for det foreslåede koncept er samlet ca. 900.000 kr.

Evalueringkonceptet indeholder i den nuværende form:

- **Kvantitativt kohortestudie** til evaluering af de sundhedsøkonomiske gevinster
- **Kvalitativt eksplorativt studie** baseret på interviews til evaluering af de organisatoriske effekter
- **Et multimetodestudie** bestående af spørgeskema og interviews til evaluering af de borgernære effekter

Hvilken ramme for evaluering(indhold og økonomi) vil der være opbakning til?

