



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	
	Antibiotika – pumpe 24 timers infusion	<u>Piperacillin/Tazobactam</u> (pumpe)	0 min (løber ind over 24 timer, kun tid til opsætning)	1	0	5
	EVT <u>bolus</u> som ny mulighed og alternativ til korttidsinfusion af nogle præparater ****	<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	?

* 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

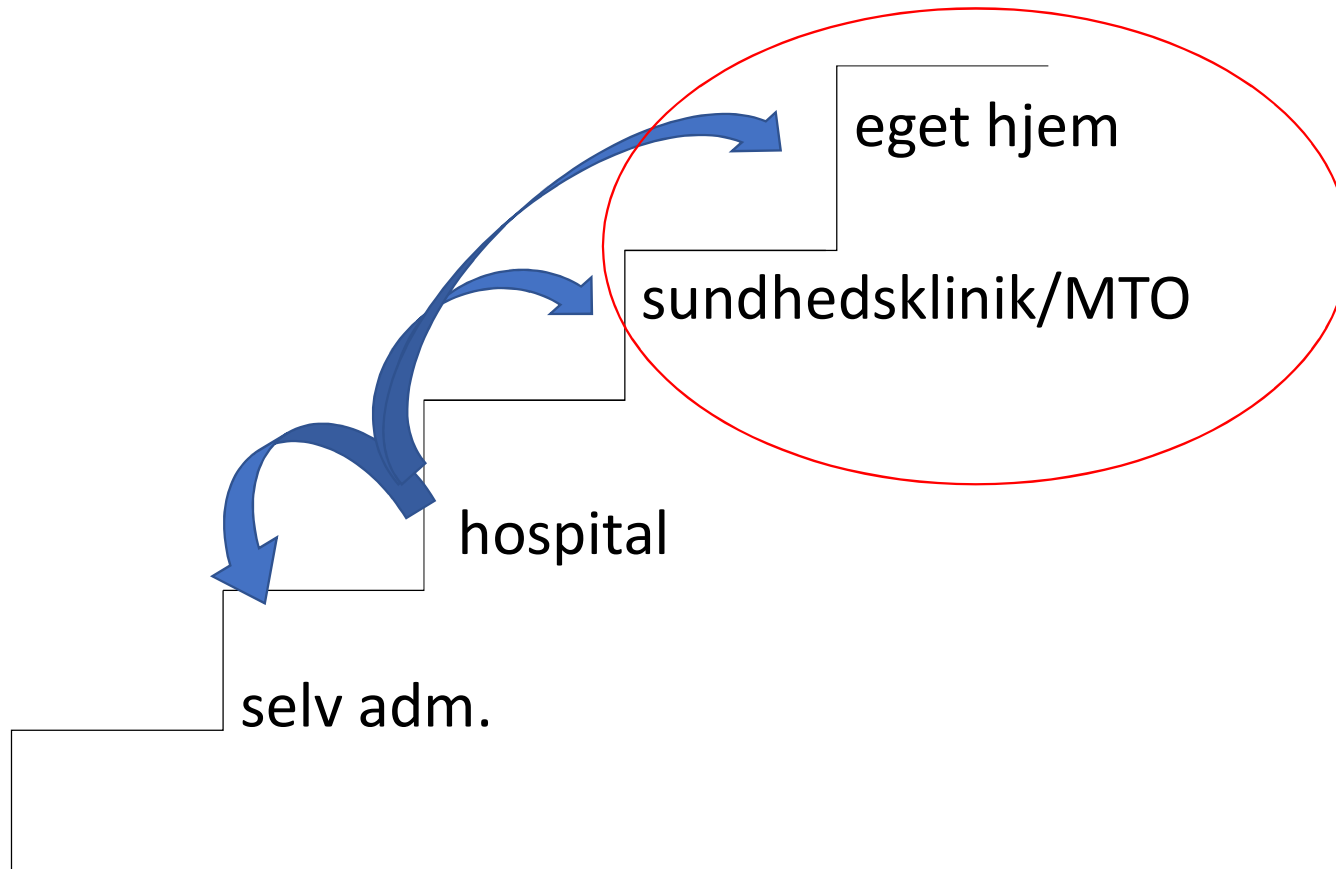
** OBS at en begrænsning til max 3 indgifte pr. dag vil reducere målgruppen markant, hvis optimal behandling skal overholdes. En del antibiotika skal jf. retningslinje¹ gives 4x pr. dag, da det medfører bedre effekt og mindre resistens. Et af de præparater (Piperacillin/Tazobactam), der kræver 4x pr. 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

¹ 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

	Timepriser v. 70/30	Pris pr. forløb (3 x indgift i gennemsnitligt 3 dage)	Dagstakst for forløb fra dag 7 og frem	Pris for gennemsnit 3 dage på pumpe og isoton væske (kun et dagligt besøg)
		Udgør 58 %	Udgør 17%	Udgør 25%
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

Forslag til samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse

Chefforum 15. januar 2020

v. Marianne Merring

Visitations- og myndighedschef Ikast-Brande Kommune,
kommunal formand for arbejdsgruppen vedr. den gode udskrivelse



- Nedsat af Sundhedsstyregruppen
- Udarbejde forslag til principper/hensyn for at sikre den gode udskrivelse
 - hvor de faste tidsfrister for, hvornår kommunerne skal varsles om udskrivelse fjernes
 - Arbejdet tager afsæt i eksisterende dokumenter/retningslinjer om den gode udskrivelse



- Sundhedsaftale 2011-2014: *instruksbaseret*
- Sundhedsaftale 2015-2018: *værdibaseret*
- Sundhedsaftale 2019-2023: *bygger videre på en værdibaseret tilgang*

Medlemmer af arbejdsgruppen

Vestklyngen:

- Marianne Merring, visitations- og myndighedschef, Ikast-Brande Kommune (formand)
- Gunna Estrid Andersen, konsulent for det tværsektorielle samarbejde, HE Vest

Randersklyngen:

- Charlotte Larsen, oversygeplejerske i Medicinsk afdeling, RH Randers (formand)
- Karina Kreutzfeldt, leder for Visitation og Hjælpemidler, Norddjurs Kommune

Aarhusklyngen:

- Hanne Linnemann, leder for Sundhedsstrategi og Forebyggelse, Aarhus Kommune
- Kirsten Rahbek, oversygeplejerske i Ældresygdomme, AUH

Midtklyngen:

- Henrik Ravn, leder for Visitation Sundhed og Omsorg, Viborg Kommune
- Ulla Primdahl Veng, oversygeplejerske i Neurologisk afdeling, HE Midt

Horsensklyngen:

- Tove Norre Andersen, afdelingsleder for Visitation og Hjælpemidler, Skanderborg Kommune
- Caroline Riis Mågård, afdelingssygeplejerske i Kirurgisk afdeling, RH Horsens

- Ambitionen: at sikre, at borgerne oplever gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivesforløb
- Udgangspunkt i en værdibaseret tilgang og i sundhedsaftalens fire overordnede visioner
- De rigide tidsfrister fjernes med forventning om, at det giver mere smidige forløb
 - Hospitalet har bedre mulighed for at give kommunen besked om en realistisk udskrivesdato
 - Fokus flyttes fra et fast antal forberedelsesdage til funktionsevnen hos borgeren med udgangspunkt i spørgsmålet: *hvad skal der til for, at borgeren kan komme hjem med det funktionsniveau, som borgeren har?*
- Forberedelse er stadig helt central og afgørende for at sikre gode indlæggelse og udskrivesforløb!

Tre delelementer:

- Seks principper for samarbejdet ml kommuner, hospitaler og almen praksis
- Flowchart – kommunikation og samarbejde vedr. det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb
- Opfølgning og implementering af aftalen

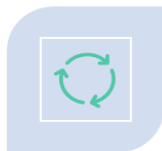




**INDDRAGELSE AF
BORGEREN OG DE
PÅRØRENDE**



**ET FÆLLES ANSVAR AT
SIKRE DET GODE
SAMMENHÆNGENDE
INDLÆGGELSES- OG
UDSKRIVELSESFORLØB
FOR BORGEREN**



**DEN GODE UDSKRIVELSE
STARTER VED
INDLÆGGELSEN**



**VIDENDELING OG SIKRE
OPLYSNINGER**

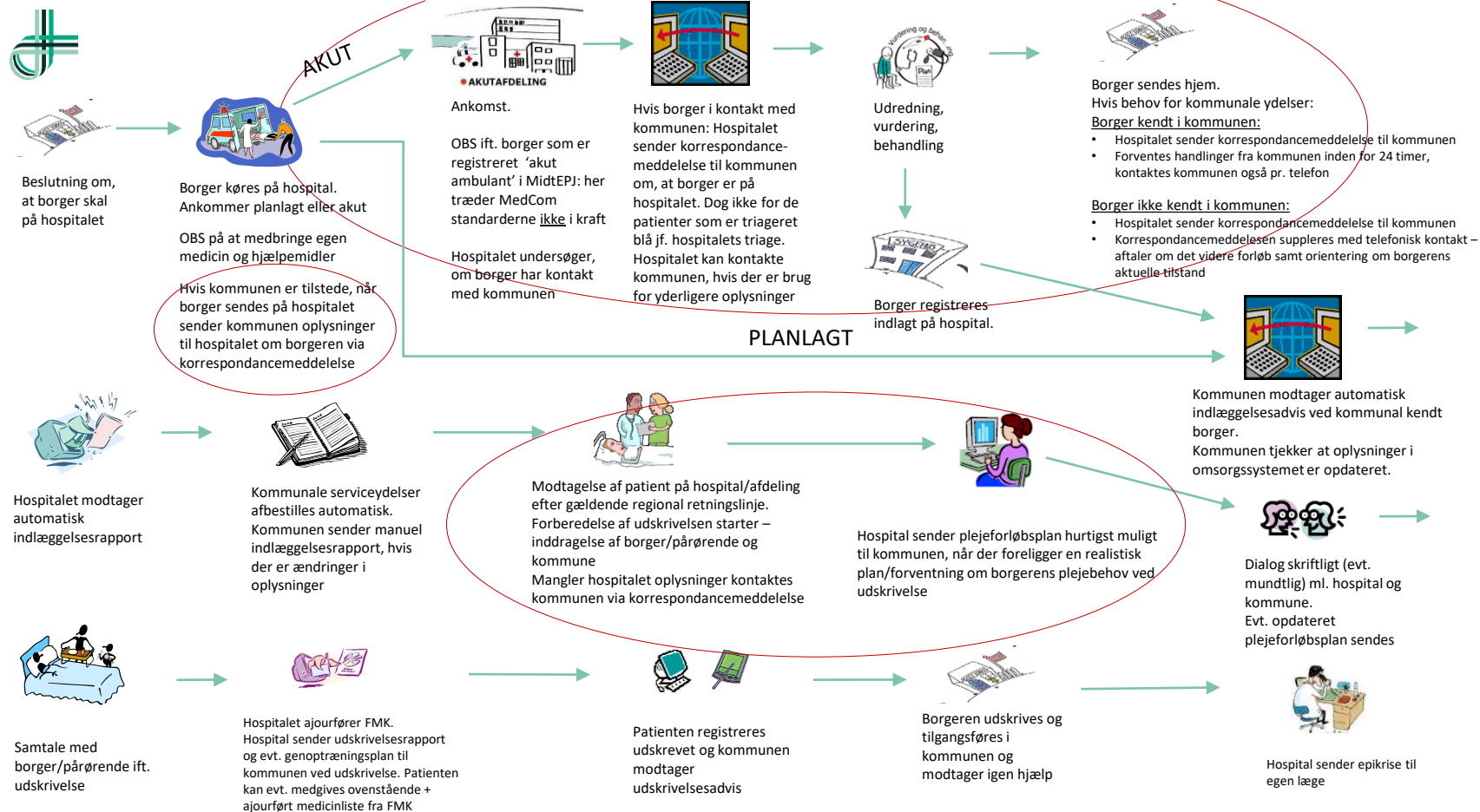


**RELATIONSDANNELSE,
GENSIDIG TILLID OG
DIALOG**



**FÆLLES
FORBEREDELSESTID**

Flowchart: Kommunikation og samarbejde vedr. det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb



- Kræver høj grad af ledelsesfokus og ledelsesunderstøttelse af frontpersonalet at arbejde værdibaseret
- Risiko for, at hospitalsafdelinger begynder at udskrive patienter hurtigere, når tidsfristerne fjernes. Derfor vigtigt at have fokus på princippet om det fælles ansvar samt den fælles forberedelsestid
- Forslag til samarbejdsaftale griber ind i mange aftaler, som kræver gennemgang og evt. revidering fx:
 - Medcom rammeaftale
 - Samarbejdsaftale om anvendelse af korrespondancebrev - der står at det ikke finder anvendelse ved forløb under 24 timer

- Hvad er Jeres umiddelbare tanker?
- Hvordan sikrer vi, at aftalen implementeres?
 - Er der behov for at understøtte dette med fælles materiale?