

Evaluering af IV-aftalen

Indhold

1. Baggrund	2
1.2 Midtvejsevaluering	2
2. Formål med evalueringen	2
3. Data i evalueringen	2
4. Resumé	3
5. Resultater	4
5.1 Tilbage melding fra borgere/pårørende	4
5.1.2 Borgerinterviews	4
5.2 Aktivitet i IV-aftalen	4
5.2.1 Aktivitetsudvikling	4
5.2.2 Økonomi i IV-aftalen	5
5.2.3 Oplevelse af anvendelse af aftalen	6
5.3 Afregning og registrering	7
5.4 Kvalitet	7
5.5 Brug af CADD og elastomeriske pumper	8
5.6 Kommunikation og overlevering af forløb	8
5.6.1 Kontakt til behandlingsansvarlige læge	9
5.7 Borgere behandlet i andre regioner	9
6. Anbefalinger	10
6.1 Anbefalinger til ændringer i aftaleteksten:	10
6.2 Anbefalinger til implementering og brug af aftalen:	10

1. Baggrund

Den nordjyske aftale om intravenøs (IV) behandling i kommunalt regi blev opstartet i de første nordjyske kommuner d. 1. april 2020 og i de resterende d. 1. juni 2020.

Baggrunden for aftalen beskrives i rammeaftalen:

”Intravenøs (IV) behandling er som udgangspunkt en regional opgave, som foregår på hospitaler under indlæggelse eller som ambulant behandling, hvor borgere møder ind på hospitalet til planlagt infusion (i nogle tilfælde flere gange i døgn). For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen ved flere daglige fremmøder på hospitalet. De fleste foretrækker derfor at modtage behandlingen i eget hjem eller tættere på eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som i hospitalsregi.”

IV-behandling i eget hjem har således til formål at højne borgerens livskvalitet og forebygge tab af funktionsevner og hospitalserhvervede infektioner under indlæggelse. Samtidig reduceres antallet af indlæggelsesdage.

1.2 Midtvejsevaluering

Der blev i 2021 foretaget en midtvejsevaluering af aftalen, som hovedsageligt frembød positive erfaringer med aftalen fra de adspurgte parter. Den viste ligeledes, at aktiviteten i aftalen var stigende, men fortsat lå under den estimerede forventning til aktivitet. Kvaliteten af forløbene og tilbagemeldinger fra borgere syntes udelukkende positive. Følgende justeringer blev lavet med baggrund i viden fra evalueringen:

- Afregningen for de mest tidstunge forløb blev ændret.
- Infusionspumper blev inkluderet i aftalen.
- Målgrupperne for anvendelse af aftalen blev beskrevet mere fleksibelt.
- En ny målgruppe blev tilføjet; patienter i langvarig IV-behandling med nedsat lungefunktion grundet Alfa 1 antitrypsin mangel.
- Et pilotprojekt med medicinlevering blev istandsat.

2. Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er at afdække den oplevede kvalitet og eventuelle udfordringer med aftalen. Aktivitetsniveau og anvendelse af aftalen undersøges ligeledes ved brug af kvantitative data fra region og kommuner, ligesom økonomien belyses herigennem.

Evalueringen skal indgå som en del af beslutningsgrundlaget for en eventuel videreførelse af aftalen. Resultaterne af evalueringen er med til at kvalificere og justere samarbejdsaftale og rammeaftale samt bidrage med forslag til den videre implementering af nye eller ændrede tiltag i aftalen.

3. Data i evalueringen

De to hospitaler i Region Nordjylland, Aalborg UH og Regionshospitalet Nordjylland, samt de 11 nordjyske kommuner har svaret på spørgsmål vedrørende deres oplevelser, udfordringer og erfaringer med den nuværende aftale. Spørgsmålene omhandlede den generelle erfaring med aftalen, hvordan kommunikation og samarbejde fungerer på tværs af sektorerne, kvaliteten af forløbene (opleves der fx genindlæggelser, komplikationer, utilsigtede hændelser eller manglende kompetencer), brugen af infusionspumper, fremadrettede forventninger til aftalen og den generelle læring.

Midtvejsevalueringen og løbende tilbagemeldinger har vist, at der generelt er gode erfaringer og få problemstillinger med aftalen. Hospitaler og kommuner er blevet spurgt ind til deres erfaringer med kvaliteten af forløbene, men der er ikke indhentet yderligere data på de enkelte forløb herunder fx genindlæggelser, komplikationer, utilsigtede hændelser eller manglende kompetencer o. lign.

Den borgeroplevede kvalitet af aftalen er afdækket ved enkelte interviews og spørgsmål/besvarelser via mail fra borgere, der har modtaget IV-behandling i kommunalt regi. Afdækningen af den borgeroplevede kvalitet bygger altså ikke på en generel brugerundersøgelse om tilfredshed med aftalen (fx PRO).

Regionale og kommunale kvantitative data er indhentet for at afdække økonomi og aktivitet i aftalen.

4. Resumé

Overordnet er der gode erfaringer og oplevelser med IV-aftalen. I et patientperspektiv er aftalen til stor gavn for patienterne. Patienterne er trygge og glade for at kunne modtage behandlingen i eget hjem. Patientforløbene er generelt gode og velykkede. Der opleves kun sjældent patientsikkerhedsmæssige problemer (fx utilsigtede hændelser).

Hospitaler og kommuner har generelt et godt samarbejde og kommunikation ved brug af aftalen.

Overordnet beskriver kommunerne, at de har gode oplevelser med IV-aftalen. I det store hele har de ikke kapacitets- eller kompetencemæssige udfordringer. Fra kommunal side er der tilfredshed med den undervisning og det informationsmateriale, som hospitalerne har leveret i forbindelse med kompetenceudvikling af kommunale sygeplejersker. Der ses behov for at forbedre håndteringen af afregning i aftalen, ligesom der i nogle tilfælde er behov for forbedret kommunikation omkring patientforløb.

Begge hospitaler, Regionshospitalet og Aalborg UH, er også generelt tilfredse med aftalen. De oplever, at der er et godt samarbejde med kommunerne, der sikrer gode forløb for patienterne, hvor kvaliteten også er i orden. Der er fra hospitalernes side ikke bekymringer for kvaliteten af forløbene, når patienterne overtages i kommunalt regi.

Der er et ønske fra hospitalerne om, at kommunerne får mulighed for at varetage IV-behandling 4 gange i døgnet, mens kommunerne melder tilbage, at dette ikke er muligt at påtage sig som en fast opgave.

Også almen praksis (Nord-KAP og PLO) er kort spurgt ind til deres oplevelser med aftalen. De har umiddelbart ikke kendskab til negative erfaringer eller klager over aftalen fra de praktiserende læger.

Efter et første år med lavere aktivitet end forventet, steg aktiviteten i løbet af 2021 til et niveau tættere på det oprindeligt forventede (ca. 1700 forløb årligt). Langt hovedparten af væksten i forløbsantallet ligger i korte behandlingsforløb (afslutning af kemokur/seponering af kateter), hvorimod antallet af længere behandlingsforløb i 2021 faldt let. Udgiftsniveauet i aftalen er derfor ikke fulgt tilsvarende med op. Foreløbig data for 2022 tyder dog på, at faldet i antallet af længere behandlingsforløb har været midlertidigt.

På baggrund af evalueringens resultater er der afslutningsvis tilføjet anbefalinger til justeringer i aftaletekst og handlinger i forhold til brug og implementering af aftalen.

5. Resultater

5.1 Tilbage melding fra borgere/pårørende

Samtlige kommuner melder om stort set udelukkende positive tilbage meldinger fra borgere og pårørende. Borgerne er glade for at kunne komme tidligere hjem og fortsætte behandlingen i/nær hjemmet i stedet for at være indlagt på et hospital.

Hospitalet beskriver ligeledes positive tilbage meldinger fra patienterne. Det er gode forløb, hvor patienterne er trygge ved behandlingen. Det er ofte patienterne, som efterspørger muligheden for hjemmebehandling.

5.1.2 Borgerinterviews

I tillæg til de tilbage meldinger, som kommuner og hospitaler har meldt ind fra borgere, har fem borgere i alderen 65-79 år i individuelle interviews delt deres oplevelser med at modtage IV-behandling i eget hjem.

Overvejende er der meget positive tilbage meldinger fra borgerne, hvor de beskriver, at de oplever en kompetent, tryk og fleksibel behandling. Det kommunale personale beskrives bl.a. som dygtige, punktligt og gode til at kommunikere og give rådgivning.

Borgerne oplever en stor frihed ved at få behandlingen i eget hjem, hvor de samtidig i høj grad kan opretholde deres almindelige hverdag. Særligt efter en lang indlæggelse kan der for borgerne være et stort ønske om at komme hjem i kendte omgivelser. Som en del af behandlingen skal man dog vænne sig til, at der kan komme forskellige mennesker i hjemmet.

En borger følte sig enkelte gange utryk ved behandlingen i eget hjem, da det kommunale personale virkede ukendte og usikre med proceduren. Det blev dog løbende løst borger og kommunalt personale imellem, og borgeren var generelt tilfreds med at kunne modtage behandlingen i hjemmet.

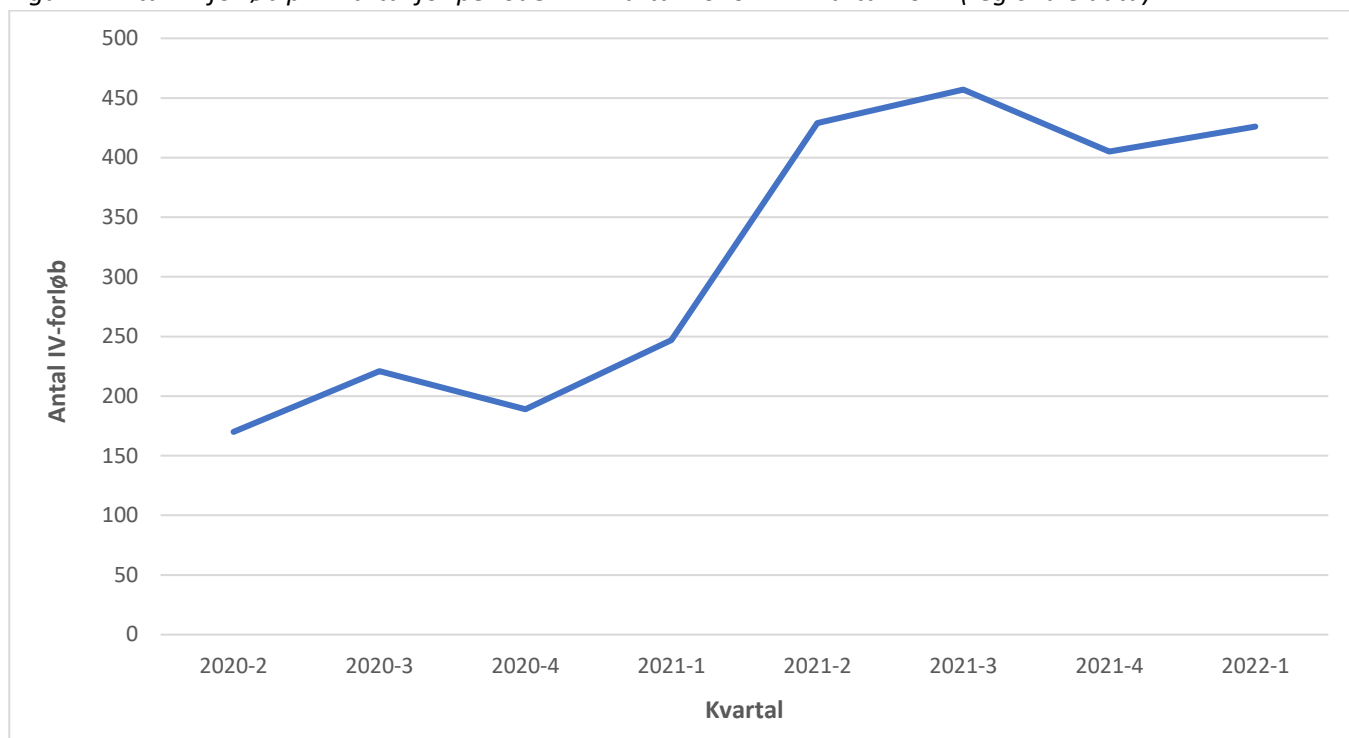
5.2 Aktivitet i IV-aftalen

5.2.1 Aktivitetsudvikling

Aftalen om IV-behandling trådte i kraft i april 2020, men først i juni 2020 havde alle kommuner taget aftalen i brug. I det første år med aftalen, hvor implementeringen i høj grad var præget af corona-pandemien, lå aktiviteten på ca. 200-250 forløb pr. kvartal (jf. figur 1). Siden 2. kvartal 2021 har aktiviteten imidlertid stabiliseret sig på et højere niveau på ca. 400-450 forløb pr. kvartal.

For perioden efter 1. kvartal 2022, hvor hospitalerne overgik til NordEPJ, er der ikke på nuværende tidspunkt fuldt dækkende data, hvorfor disse kvartaler er udeladt af opgørelsen (der arbejdes på at etablere dækkende data for perioden). Kommunale data specifikt for 3. kvartal 2022 viser dog et aktivitetsniveau meget lig niveauet i 1. kvartal 2022 i figur 1, dvs. ca. 450 forløb.

Figur 1: Antal IV-forløb pr. kvartal for perioden 2. kvartal 2020 – 1. kvartal 2022 (regionale data)



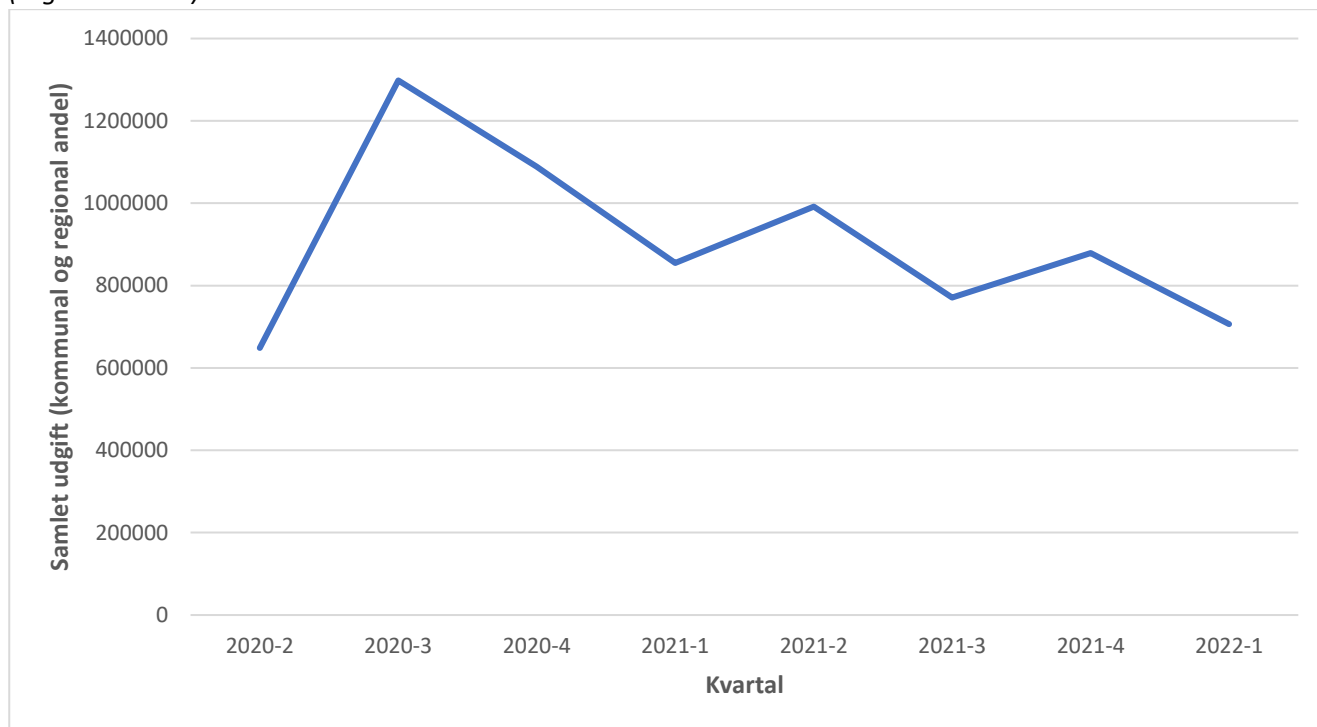
Set over perioden 2. kvartal 2020-1. kvartal 2022 er godt 3/4 af forløbene kortere forløb, hvor kommunernes opgave er at afslutte en kemokur/seponere et kateter, mens antibiotikabehandling udgør knap 20 % af forløbene. De resterende ca. 3 % af forløbene er væske- eller medicinbehandling. Det skal dog nævnes, at andelen af forløb, som omhandler afslutning af kemokur/seponering af kateter, er steget til ca. 85 % i 1. kvartal 2022.

Antallet af forløb skal ses i forhold til et oprindeligt estimat på årligt 1200-2200 forløb. I det sidste år med data (2. kvartal 2021-1.kvartal 2022) har der været lidt mere end 1700 forløb. Antallet af forløb er således indenfor det oprindelige estimat, men de helt korte forløb (afslutning af kemokur/seponering af kateter) fylder væsentligt mere end ventet i forløbsantallet; i de oprindelige aktivitetsestimater udgjorde de kun ca. 1/3 af forløbene, men som nævnt udgør de reelt 75-85 % af forløbene.

5.2.2 Økonomi i IV-aftalen

Når der ses på økonomien i aftaleperioden, så har udviklingen ikke fulgt samme udvikling som antallet af håndterede forløb. Som det fremgår af figur 2, som viser den samlede udgift (dvs. både kommunal og regional finansieringsandel), så toppede den kvartalsvise udgift i 3. kvartal 2020 med ca. 1,3 mio. kr., hvorefter udgiftsniveauet har haft en faldende tendens ned til ca. 0,8 mio. kr. pr. kvartal.

Figur 2: Samlet udgift (kommunal og regional) pr. kvartal i perioden 2. kvartal 2020 – 1. kvartal 2022 (regionale data)



Den faldende udgift, på trods af det samtidigt stigende antal forløb, skyldes, at antallet af korte behandlingsforløb har stået for hele stigningen i forløbsantallet; det er således de mindst omkostningstunge forløb, som er steget i antal. Derimod har antallet af mere behandlingskrævende (og dermed mere udgiftstunge) forløb haft en faldende tendens. Som eksempel kan nævnes, at der i 3. kvartal 2020 var en udgift på 630.000 kr. til 15 meget behandlingskrævende forløb, mens der i 1. kvartal 2022 kun var 8 behandlingsforløb i samme kategori og dermed en udgift på lidt over 330.000 kr.

Kommunale data for 3. kvartal 2022 samt foreløbige regionale data for 2.-4. kvartal 2022 tyder dog på, at antallet af mere behandlingskrævende forløb er steget tilbage til tidligere niveau.

For hele den 2-årige periode fra aftalens start i 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2022 har den samlede udgift været på ca. 7,24 mio. kr.; det første år af aftaleperioden var udgiften på knap 3,9 mio. kr. og i det andet år ca. 3,35 mio. kr.

Jf. IV-aftalen er udgiftsfordelingen 70 % til regionen og 30 % til kommunerne¹.

5.2.3 Oplevelse af anvendelse af aftalen

Kommunerne melder generelt, at de hverken kapacitets- eller kompetencemæssigt oplever problemer med at håndtere IV-behandling i kommunalt regi. Nogle kommuner oplyser, at de få gange har været presset i forhold til at håndtere alle ønskede forløb (f.eks. i aften/nattevagter), men det opleves ikke som et generelt problem, og det er dermed sjældent, at der af kapacitetsmæssige årsager må siges nej til kommunal varetagelse af en IV-behandling. Til dette beskriver Regionshospitalet ligeledes, at siden aftalen blev lavet,

¹ For de helt korte behandlingsforløb (tyngdekategori 0) er der ikke fastsat en 70/30-finansieringsfordeling, men blot fastlagt en regional finansiering på 200 kr. pr. forløb.

har de kun enkelte gange oplevet afslag på behandling i hjemmet grundet manglende kompetencer i kommunen.

Nogle kommuner melder, at de har mulighed for at varetage flere IV-forløb end hidtil, da IV-aftalen har været anvendt mindre end oprindeligt forventet. De foreslår, at der arbejdes på at udbrede kendskabet til og anvendelsen af IV-aftalen på hospitalerne. Regionshospitalet melder, at personalet på nogle afdelinger er meget opmærksomme på muligheden for hjemmebehandling, og at de har anvendt aftalen så ofte som muligt. Aalborg UH beskriver, at de gennem en audit hvert halve år bl.a. har fokus på at udvide kendskabet til og brug af IV-aftalen.

Regionshospitalet beskriver, at de i enkelte tilfælde har ønsket at udskrive patienter til IV-behandling 4 gange i døgnet, hvilket der fra kommunal side ikke har været mulighed for at varetage. Flere kommuner nævner ligeledes hospitalernes ønske, om at udskrive patienter IV-behandling 4 gange i døgnet. I nogle tilfælde har kommunen kapacitet til at varetage disse forløb, men det er vigtigt for kommunerne, at hospitalerne accepterer et afslag på kommunal varetagelse af disse forløb, da dette er i overensstemmelse med IV-aftalen. Hospitalerne er velkomne til at spørge kommunerne om de i de enkelte tilfælde har mulighed for at varetage behandling 4 gange i døgnet.

5.3 Afregning og registrering

Der opleves fortsat problemer med manglende påsætning af tyngdekategori, dvs. angivelse af forløbenes tyngde til brug for afregning. Kommunerne oplever, at tyngdekategorien mangler ved udskrivningen, og at der ved kontakt til hospitalerne mangler kendskab til kravet om at angive en tyngdekategori. Det betyder, at kommune og hospital efterfølgende skal bruge mere tid på afregningsopgaven. Hospitalerne arbejder med at gøre personalet mere opmærksomme på påsætning af tyngdekategori.

Generelt set oplever kommunerne at bruge mange ressourcer på afregningsopgaven. Der bruges tid på opgaven både internt i kommunen og efterfølgende i dialog med Region Nordjylland. Dette gælder særligt de langvarige/livsvarige behandlingsforløb, hvor afregningen er ændret, så kommunernes eget registrerede tidsforbrug ligger til grund for afregningen; dette giver en bedre sammenhæng mellem kommunernes tidsforbrug og afregningens størrelse, men det indebærer samtidig en øget administrativ opgave.

IV-aftalens afregningsmodel er som nævnt baseret på, at hospitalerne for hvert patientforløb fastsætter en tyngdekategori (og dermed afregning) ud fra det forventede tidsforbrug på IV-behandlingen. Kommunerne har leveret data for 3. kvartal 2022, der viser sammenhængen mellem den fastsatte tyngdekategori og det faktiske kommunale tidsforbrug på de enkelte IV-forløb. Dette viser, at på forløb i tyngdekategori 0 og 1, dvs. de mindst tidskrævende forløb, bruger kommunerne gennemsnitligt lidt mere tid på behandlingen end der afregnes for. Omvendt afregnes kommunerne for mere tid end der bruges på de mest behandlingskrævende forløb i tyngdekategorierne 2, 3 og 4. Resultaterne skal tages med forbehold, da data ikke dækker alle kommuner, ligesom resultaterne for særligt tyngdekategori 2-4 er baseret på meget få forløb.

5.4 Kvalitet

Generelt melder kommunerne tilbage, at der ikke eller kun meget sjældent opleves problemer med kvalitet i behandlingsforløbene (f.eks. i form af genindlæggelser, komplikationer eller utilsigtede hændelser). Det kommunale personale har de kompetencer, der skal til for at varetage forløbene, og der udtrykkes i den forbindelse tilfredshed med den oplæring og det undervisningsmateriale, som hospitalerne har leveret.

Regionshospitalet har ikke oplevet problemstillinger, patientsikkerhedsmæssige udfordringer eller bekymring for kvaliteten af IV-behandlingerne i kommunalt regi. En af afdelingerne beskriver, at de én

enkelt gang har oplevet en indlæggelse af en kompleks patient, som var i et forløb med IV-behandling i hjemmet.

Aalborg UH nævner ikke kvalitetsparametre i deres tilbagemelding, hvorfor det formodes, at de ikke oplever at der er væsentlige kvalitetsmæssige udfordringer med IV-behandling i kommunalt regi. Aalborg UH gør dog opmærksom på, at i forbindelse med IV-undervisningen for 80 hjemmesygeplejersker i efteråret 2022, var der kun én hjemmesygeplejerske, der kendte til hjemmesiden med instruktioner i tekst og video ([IV behandling i kommunalt regi \(rn.dk\)](#)); derfor anbefaler hospitalet, at viden om denne hjemmeside udbredes i kommunerne.

Almen praksis (Nord-KAP og PLO) har umiddelbart ingen klager eller negative erfaringer med aftalen. I aftalens løbetid er der ingen henvendelser fra almen praksis, der tyder på, at de oplever problemer med aftalen.

Angående utilsigtede hændelser ved brug af aftalen er der indhentet data fra regioner og kommuner. Data bekræfter, at der kun sjældent og ikke gentagne gange opleves patientsikkerhedsmæssige udfordringer.

5.5 Brug af CADD og elastomeriske pumper

IV-pumper er blevet tilføjet IV-aftalen i løbet af aftaleperioden.

Både hospitaler og kommunerne oplever anvendelsen af pumper til IV-behandling som særdeles positivt. Det er effektivt for personalet at skulle færre gange ud til borgeren, og det giver mere frihed for borgeren.

Fra kommunal side er der tilfredshed med den oplæring og vejledningsmateriale regionen har leveret omkring pumpeløsninger. Ved behov for vejledning i den enkelte situation klares dette fint over telefonen. Den telefoniske kontakt har primært omhandlet praktiske udfordringer. Der bliver færre opkald i takt med at flere kommunale sygeplejersker får erfaring med brug af pumperne. Kommunerne nævner vigtigheden af, at undervisningen opdateres, hvis der kommer nye pumper til, da brugen af forskellige typer pumper kan udfordre de kommunale sygeplejersker.

Aalborg UH melder tilbage, at de ikke har så stor erfaring med at udskrive patienter med infusionspumpe. Regionshospitalet beskriver, at det er enkelt at udskrive patienterne med CADD-pumper. At udskrive patienter med infusionspumpe kræver koordineringsarbejde, men det samarbejde, der er med Sygehusapoteket, opleves som værende godt.

Det er ikke muligt at give IV 4 gange i døgnet ved brug af en pumpe, hvorfor de patienter heller ikke kan få gavn af aftalen gennem pumpeløsningerne.

En stor udfordring ved hjemmebehandling med færdigblandet antibiotika er logistikken ift. at få leveret medicinen i patientens eget hjem. Aktuelt er det primært patienten eller dennes pårørende, som henter supplerende medicin på hospitalet i forbindelse med hjemmebehandling.

5.6 Kommunikation og overlevering af forløb

Relevant og fyldestgørende kommunikation er vigtig i sektorovergangen.

En generel betragtning ved udskrivning af patienter er, at hospitalerne kan opleve at bruge en del tid og ressourcer på, at sikre fyldestgørende information, når borgerne efterfølgende skal modtage kommunale ydelser. Specifikt i forhold til brug af IV-aftalen, melder hospitalerne tilbage, at det overvejende er enkelt at udskrive patienter til IV-hjemmebehandling, og at vejledningen i PRI er god støtte i forhold til at få kommunikeret alle forhold. Aalborg UH beskriver, at de fleste opgaveoverdragelser sker i forbindelse med

udskrivelse fra sengeafsnit. På Regionshospitalet Nordjylland har de opstartet mange patienter i ambulante regi (Lungemedicinsk Ambulatorie). Hospitalerne beskriver, at de fleste kommuner er meget lette at samarbejde med, men at der kan opstå situationer, hvor koordineringsopgaven bliver meget kompleks, og hvor der fra kommunal side efterspørges og forventes mange ekstra og uddybende informationer, hvilket vanskeliggør samarbejdet og overlevering af forløbene.

Der er på tværs af kommunerne en del variation i oplevelsen af kommunikationen og overleveringen af forløb. Generelt set melder kommunerne tilbage, at der er en god kommunikation, og at hospitalspersonalet er imødekommende ift. at løse eventuelle problemer og give eventuelle manglende oplysninger. Flere kommuner melder dog, at der i overleveringen af nogle forløb mangler relevante oplysninger om borgeren og IV-behandlingen; det drejer sig f.eks. om opdatering af FMK, oplysning om behandlingsansvarlig læge, oplysninger om varighed/afslutning af forløb, seponering af IV-adgang og borgers diagnose/årsag til IV-behandlingen. Der er således et ønske om mere fyldestgørende skriftlige oplysninger om borger og behandlingsforløb i overleveringen. Kommunerne ønsker, at udskrivningen fra hospital til kommune planlægges og varsles i god tid, så der er tid til at afklare eventuelle tvivlsspørgsmål. På den måde får kommunen de bedste forudsætninger for at videreføre behandlingen.

Regionshospitalet oplever at kommunikationen mellem kommune og hospital som værende god, og at der ikke er generelle udfordringer med overlevering af forløbene. De beskriver, at de i nogle tilfælde kan planlægge opstart af behandling i god tid (ved planlagt behandling varetaget fra ambulatorie), hvilket giver kommunerne mulighed for at planlægge og koordinere deres besøg. Hospitalspersonalet ringer derudover til hjemmesygeplejerskerne dagen forinden/på dagen for opstart af behandling for at konfirmere aftalen og afklare eventuelle spørgsmål. De understreger, også som en generel betragtning, vigtigheden af tværsektoriel sparring mellem hospitalspersonale og kommunalt personale inden opstart af eventuel nye samarbejder eller aftaler. Sparring på et praktisk niveau kan være med til at forudse og løse eventuelle udfordringer inden opstart.

5.6.1 Kontakt til behandlingsansvarlige læge

I forhold til kontakt til behandlingsansvarlig læge, så oplever kommunerne sjældent, at det er nødvendigt at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge i håndteringen af IV-forløbene. I de tilfælde, hvor kommunerne har behov for kontakt til lægen, er der forskellige oplevelser af tilgængeligheden; nogle kommuner melder om en fin og nem dialog, mens andre kommuner melder, at det i nogle tilfælde har været "kringlet" og tidskrævende at komme i kontakt med den relevante læge. Regionshospitalet melder ligeledes tilbage, at kommunerne ikke eller sjældent har haft behov for at tale med den behandlingsansvarlige læge. Kontakten varetages ofte gennem afdelingen eller den afdelingsansvarlige sygeplejerske.

5.7 Borgere behandlet i andre regioner

Flere kommuner nævner en problemstilling med afregning for borgere, som bor i Nordjylland (og dermed er omfattet af den nordjyske IV-aftale), men hvor IV-behandlingen er iværksat på et hospital udenfor regionen. Der er således ønske om, at der findes en fast model for, hvordan dette håndteres.

6. Anbefalinger

6.1 Anbefalinger til ændringer i aftaleteksten:

- Sammenhæng mellem rammeaftale og faglig samarbejdsaftale og bedre muligheder for løbende tilpasning: I løbet af den hidtidige aftaleperiode har der været behov for at tilrette aftaletekst, bl.a. for at inkludere nye målgrupper/behandlingsformer og justere afregningsmodel. Den politiske rammeaftale indeholder i sin nuværende form en del detaljer om bl.a. disse emner. Både kommuner og hospitaler har givet udtryk for, at dette gør aftalen mindre fleksibel ift. muligheden for løbende at tilpasse aftalen, ligesom det ikke gør implementering lettere, at nogle faglige aftaleelementer er delt på to aftaledokumenter. Det anbefales derfor, at dele af den politiske aftaletekst slettes eller flyttes til den faglige samarbejdsaftale. Formålet er ikke at ændre på aftalens substantielle indhold men at gøre løbende tilpasninger af detaljeret/fagligt aftaleindhold nemmere.
- Borgere behandlet i andre regioner: Der er i evalueringen fremkommet ønske om en mere klar model for håndtering af nordjyske borgere, som udskrives til IV-behandling fra et hospital i en anden region. Derfor foreslås, at en overordnet model for håndtering af disse forløb tilføjes den faglige samarbejdsaftale.
- Forenklet/forbedret afregning: Der ses behov for at forbedre og forenkle afregningsopgaven. Der er flere forskelligartede forslag til, hvordan dette kan gøres, herunder:
 - Afregning ud fra leveret tid på samtlige IV-indsatser
 - Afregning efter "bloktilskudsmodel" - hver kommune modtager et fast årligt beløb (f.eks. baseret på tidligere aktivitetsniveau).
 - Oprettelse af et skema for de tungeste forløb (tyngdekategori 4) for hvert kvartal, så der kan sendes en særskilt faktura for disse forløb.
- Mindre tilføjelse til information ved udskrivelse samt vedr. lukket medicineringsystem: I evalueringen er der fremkommet ønske om mindre tilføjelser til informationen fra hospitalerne til kommunerne ved opstart af kommunal håndtering af IV-behandlingen. Der har ligeledes været ønske om, at aftalen indeholder en klarere definition af et "lukket system" (jf. aftalen kan kun lukkede medicineringssystemer anvendes i kommunalt regi af hensyn til medarbejderes arbejdsmiljø) – der henvises i den forbindelse til PRI-dokument, som indeholder beskrivelse af lukkede systemer.

6.2 Anbefalinger til implementering og brug af aftalen:

- Undervisning: Der er forslag om, at hospitalerne inviterer få medarbejdere fra hver kommune med, når hospitalerne internt underviser i nye behandlingsredskaber – dette med henblik på at de kommunale medarbejdere efterfølgende kan sidemandsoplære i egen kommune. I samme kategori er der forslag om mulighed for "brush up"-undervisning. Der ses derudover behov for at udbrede kendskabet til hjemmesiden [IV behandling i kommunalt regi \(rn.dk\)](#) med undervisningsmateriale.
- Information/kommunikation: Der ses fra kommunal side behov for at styrke den skriftlige kommunikation i forbindelse med overlevering af en borger fra hospitalet til kommunal IV-behandling (en del af dette kan bl.a. være gennemførelsen af en audit jf. punkt nedenfor).
- Kendskab til aftalen: Evalueringen viser, at der er brug for at udbrede kendskabet til aftalen, både for at sikre, at aftalen anvendes hos de borgere, der kan have gavn af den, og for at sikre at aftalen anvendes korrekt i samarbejdet mellem hospitaler og kommuner.
- Kvalitetsaudit og løbende opfølgning: På baggrund af evalueringens resultater foreslås, at der gennemføres en kvalitetsaudit på fx 10-20 forløb, hvor hospitalspersonale og kommunalt personale i fællesskab gennemgår forløb med henblik på fælles læring. Yderligere foreslås en fast årlig opfølgning på aftalen.