

# Hjælpemidler – en analyse af udfordringer, potentialer og nye løsninger

Forvaltningsrevisionsanalyse  
2014/15



Building a better  
working world

## Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>2</b>
1.1	Baggrund	2
1.2	Formål og udbytte	2
1.3	Begrebsdefinitioner	2
1.4	Afgrænsning	2
1.5	Metode	3
<b>2</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>4</b>
2.1	Prøvehandlinger	7
2.2	Udviklingspotentialer	9
<b>3</b>	<b>Overordnet beskrivelse af området</b>	<b>12</b>
3.1	Ansvarsfordeling	12
3.2	Lovgivning på området	12
3.3	Snitfladeaktiviteter	13
3.4	Økonomisk forbrug og indkøb	14
3.5	Depot og logistik	15
3.6	It-systemer	16
<b>4</b>	<b>Generelle udfordringer på hjælpemiddelområdet - APV og personbårne</b>	<b>17</b>
4.1	APV-hjælpemidler	17
4.2	Personbårne hjælpemidler	18
<b>5</b>	<b>Observationer og forslag til prøvehandlinger - Genbrugshjælpemidler</b>	<b>19</b>
5.1	Proces og it	19
5.2	Organisation	22
5.3	Retningslinjer og politikker	24
5.4	Indkøb og logistik	27
	<b>Bilag 1 - Case - Västmanland, Sverige</b>	<b>31</b>
	<b>Bilag 2 - Dataindsamling</b>	<b>33</b>
	<b>Bilag 3 - Økonomisk forbrug af hjælpemidler</b>	<b>35</b>
	<b>Bilag 4 - Antal hjælpemidler</b>	<b>37</b>
	<b>Bilag 5 - Hjælpemiddeldepoter i Vestklyngen</b>	<b>38</b>
	<b>Bilag 6 - Lovgivning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger</b>	<b>39</b>

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund

Vestklyngen og Task Force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation har indgået et samarbejde om en analyse af udfordringer og potentialer på hjælpemiddelområdet. Baggrunden for analysen er, at både hospital og kommuner oplever hjælpemiddelområdet som 'bøvlet' - både for medarbejderne og for borgerne. Dette skyldes bl.a. en lovgivningsmæssig kompleksitet i, at området dækkes af forskellige lovgivninger og cirkulærer med hver sit fokus. Dog vurderes det, at der kan være et uindfriet potentiale for forbedringer, hvis der findes en bedre og mere smidig måde at løse opgaven på. Analysen tager afsæt i en innovationsdagsorden.

Opgaven er udarbejdet på basis af "Kommissorium for analyse af hjælpemiddelområdet - udfordringer, potentialer og nye løsninger" af 19. oktober 2014.

## 1.2 Formål og udbytte

Formålet med analysen har været:

- ▶ At afdække udfordringerne på hjælpemiddelområdet. Udfordringerne ansues fra følgende perspektiver: organisatorisk, økonomisk og fra et borgerperspektiv.
- ▶ At få afklaret, hvorvidt udfordringerne er så betydelige, at de fordrer handling.
- ▶ At få afdækket potentialer og få konkrete forslag til fremtidige prøvehandlinger på området, der gør det bedre og billigere.
- ▶ At få udarbejdet et grundlag for fremtidige beslutninger på hjælpemiddelområdet.

## 1.3 Begrebsdefinitioner

- ▶ **Genbrugshjælpemidler**, også kaldet udlånshjælpemidler. Med genbrugshjælpemidler forstås hjælpemidler, der skal leveres tilbage efter endt brug, således at de kan genanvendes, såfremt det stadig er tidssvarende og funktionsdygtigt. Genbrugshjælpemidler inkluderer eksempelvis ganghjælpemidler og kørestole.
- ▶ **APV-hjælpemidler** gælder hjælpemidler, som anvendes med det formål at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø for det personale, som skal bistå borgeren i forbindelse med personlig pleje og forflytninger.
- ▶ **Personbårne hjælpemidler**, også kaldet kropsbårne hjælpemidler, er hjælpemidler, der ikke skal leveres tilbage efter endt brug. Personbårne hjælpemidler er typisk hjælpemidler, der enten bæres på eller er i kontakt med kroppen i forbindelse med brugen heraf. Personbårne hjælpemidler omfatter eksempelvis kompressionsstrømper, inkontinenshjælpemidler og stomiposer. Der skelnes ikke i denne rapport mellem personbårne og sygeplejefaglige artikler.
- ▶ **Hospitalsenheden Vest (HE VEST)** - enhed i Region Midtjylland, som driver de regionale hospitaler/sundhedshuse/sundhedscentre, som er placeret i Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm.
- ▶ **Hjælpemiddelenheden (HME)** - enhed i HE VEST, som driver hjælpemiddeldepoterne.
- ▶ **Vestklyngen** - Tværsektorielt samarbejdsgruppe bestående af HE Vest, Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing/Skjern og Struer Kommuner.

## 1.4 Afgrænsning

Opgaven har taget afsæt i snitfladeudfordringerne på hjælpemiddelområdet, dog er den øvrige drift på hjælpemiddelområdet inddraget, hvor det findes relevant. Høreområdet har dog ikke været i indeholdt i analysen.

I forbindelse med udførelsen af den mere dybtgående analyse har denne været afgrænset til genbrugs-hjælpemidler.

Analysen afgrænser sig til HE Vest og de tre deltagende kommuner (Ringkøbing/Skjern, Lemvig, Holstebro). Enkelte steder vil data fra hele Vestklyngen være vist, hvis data har været let tilgængeligt.

## 1.5 Metode

Vores metodetilgang er baseret på tidligere succesfulde kvalitative analyser. Endvidere har vi haft fokus på, at projektet helt fra begyndelsen gennemføres i tæt samarbejde med projektgruppen. Projektets metode og faser kan ses herunder.

**Figur 1. Projektets overordnede metode og faser**



For at sikre en struktureret tilgang til analysearbejdet, herunder sikre, at afhængigheder og sammenhænge identificeres, har vi anvendt følgende analyseparametre:

- ▶ Proces og it
- ▶ Organisering
- ▶ Retningslinjer og politikker
- ▶ Indkøb og logistik.

Konkret har vi indsamlet og analyseret data, som er blevet indsamlet via interviews, eller som forelå i form af eksisterende materiale. I analysen er der blevet identificeret en række observationer, hvor de væsentligste er blevet dokumenteret og suppleret med betragtninger omkring potentialer og tilhørende prøvehandling. Potentialerne vurderes i forhold til tre perspektiver:

- ▶ Borger (kvalitet, tryghed, service osv.),
- ▶ Organisatorisk (medarbejdertilfredshed, effektivitet osv.)
- ▶ Økonomisk (ressourceforbrug, stordriftsfordele osv.).

Alle væsentlige observationer er beskrevet nærmere i afsnit 5.

Hvorvidt en observation er væsentlig eller ej er naturligvis til en vis grad et subjektivt skøn, som vi har foretaget baseret på vores erfaringer fra lignende analyser og udsagnets tyngde fra de interviewede personer. Desuden har vi vurderet observationens væsentlighed ud fra de potentialer, observationen medfører.

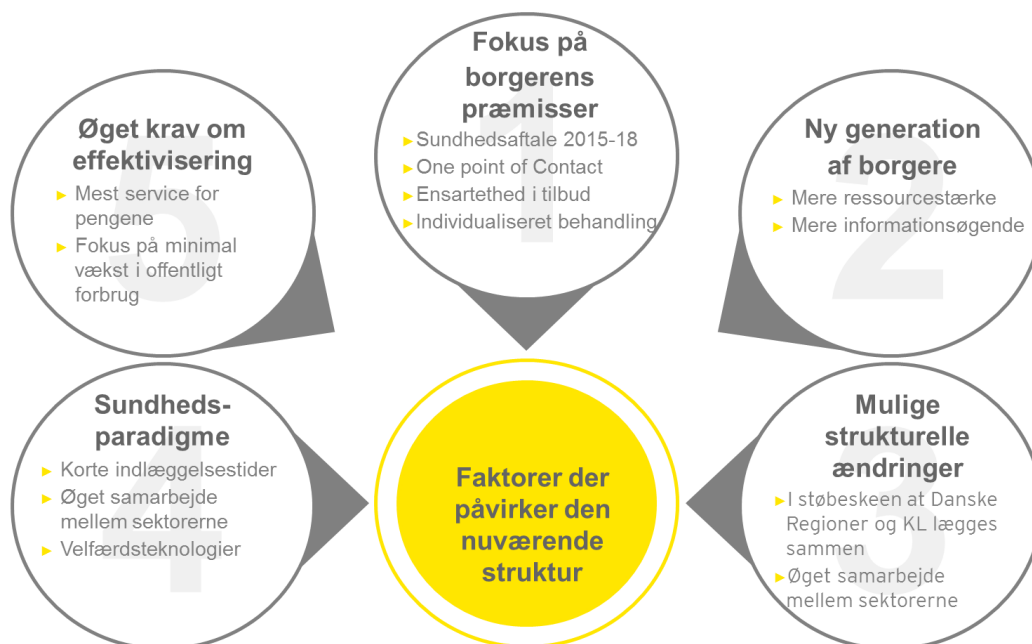
Som supplement til vores egen analyse har vi inddraget en EY-case fra hjælpemiddelområdet i Västmanland i Sverige (se Bilag 1). Formålet har været at få identificeret relevant input, som vil kunne supplere vores prøvehandling.

Yderlig info omkring projektets dataindsamling kan ses i Bilag 2.

## 2 Sammenfatning

Overordnet er det vores vurdering, at dygtige medarbejdere på området for hjælpemidler får løst de daglige opgaver i hverdagen under de givne rammer. På trods af dette har de i projektet involverede borgere og medarbejdere påpeget, at området langt fra er optimalt struktureret og præget af grænsefladeproblematikker. Samtidig er der forskellige faktorer, som i stigende grad vil påvirke den nuværende samarbejdsstruktur. Derfor bør den nuværende samarbejdsstruktur revurderes med udgangspunkt i udfordringerne og prøvehandlingerne i denne rapport. De faktorer, som i stigende grad vil påvirke den nuværende struktur, er vist i Figur 2.

Figur 2. Oversigt over faktorer, der påvirker den nuværende struktur på hjælpemiddelområdet



1. Fokus på borgerens præmisser - I den nye sundhedsaftale er det vedtaget at skabe et sundhedssystem på borgenes præmisser, herunder at sektoropdeling ikke skal skabe utryghed/uklarhed hos borgeren. Generelt skal borgerens oplevelse i forbindelse med kontakten til sundhedssystemet forbedres.
2. Ny generation af borgere - Kommende generationer vil have større viden omkring området. Samtidig må der forventes flere ressourcestærke borgere, som har muligheden for at kunne klare flere ting selv.
3. Mulige strukturelle ændringer - Der pågår drøftelser mellem KL og Danske Regioner om øget samarbejde på politisk, administrativt og udførende niveau.
4. Sundhedsparadigme - De nye sygehuse bliver baseret på mere ambulante behandling og kortere indlæggelsestider, hvilket flytter dele af behandlingen ud til kommunale tilbud eller til borgerens hjem. Samtidig er området dynamisk, idet eksisterende hjælpemidler bruges på nye områder, og velfærdsteknologier sætter nye rammer for behandling og pleje i hjemmet.
5. Øget krav om effektivisering - Der er et løbende fokus på at sikre, at de offentlige ressourcer anvendes bedst muligt.

I vores analyse har vi samtidig identificeret nogle uhensigtsmæssigheder, som bør adresseres, idet ressourceanvendelsen kan forbedres. De er beskrevet i nedenstående tabel.

Perspektiv	Udfordringer
Borger	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Borgerne er ofte ikke klar over, hvem de skal henvende sig til og har ofte dialog med terapeuter fra begge sektorer. Derudover skaber det frustration hos borgere, når kommunikation fra kommune og region ikke er konsistent grundet de lovgivningsmæssige rammer og fortolkninger.</li> <li>▶ De specifikke grænseflader mellem sektorerne er ikke tydelige for borgerne, der nogle gange oplever at komme i klemme mellem de to sektorer. Således kan en færdigbehandlet borger, der udskrives uden midlertidige hjælpemidler, have svært ved efterfølgende at få et udleveret. Kommunen udleverer ikke, da behovet ikke er varigt, og hospitalet gør det ikke heller ikke, da behandlingen er afsluttet.</li> <li>▶ Borgere kan opleve en manglende forventningsafstemning i forhold til, hvilke hjælpemidler der kan bevilges, hvornår de kan leveres samt rettidig information om frit leverandørvalg.</li> </ul>
Organisatorisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ I forbindelse med korte indlæggelser er der en udfordring i, at der ikke er tid nok til at foretage en grundig funktionsevnevurdering. Pga. af den korte tid er der risiko for, at der ikke har været involveret en hospitalsterapeut, samt at borgeren ikke har været mobiliseret korrekt. Dette medfører risiko for at borgeren får udleveret hjælpemidler af hospitalet, som ikke passer til behovet. Samtidig påvirker det, at udskrivelsesrapporterne er mangelfulde, når kommunerne modtager dem fra hospitalet. Dette skaber risiko for, at en borger får udleveret hjælpemidler af kommunen, som ikke passer til borgerens behov eller hjem.</li> <li>▶ Generelt foregår der meget ad hoc-korrespondance mellem regionen og kommunen, idet indholdet i den strukturerede og/eller systemunderstøttede kommunikation ikke altid er tilstrækkelig og entydig.</li> <li>▶ Begge sektorer kan være i dialog med borgeren, uden at denne kommunikation nødvendigvis er koordineret og konsistent. Fx kan en borger få modstridende informationer vedrørende de samme retningslinjer og lovgivning på området.</li> <li>▶ Det faktum, at der er to sektorer med hver sin pengekasse, kan bidrage til uhenigtsmæssige processer, hvor fokus er på, hvem der skal betale frem for borgerens behov.</li> </ul>
Økonomisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Et manglende fælles indkøb af hjælpemidler mellem region og kommunerne medfører en række decentrale indkøbsaftaler, der resulterer i forskellige prisniveauer for de samme hjælpemidler. I 2013 blev der sammenlagt brugt 52,4<sup>1</sup> mio. kr. på indkøb af hjælpemidler i HE Vest (HME) og de tre involverede kommuner.</li> <li>▶ Depotområdet er kendetegnet af en række decentrale aftaler vedrørende depotdrift og decentrale depoter (i dag er der i Vestklyngen ni hoveddepoter og ni akutdepoter<sup>2</sup>). Nogle af depoterne er drevet internt, mens andre er udliciteret. Regionen og kommunerne samarbejder således ikke med henblik på at optimere området ud fra en helhedsbetragtning. I 2013 blev der sammenlagt brugt 12,1<sup>3</sup> mio. kr. på depotdrift for HE Vest (HME) og de tre deltagende kommuner.</li> <li>▶ Der er ikke et strukturelt og formelt samarbejde mellem sektorerne vedrørende logistik. Der er således en risiko for dobbeltkørsel til borger i forbindelse med afhentning og levering af hjælpemidler</li> <li>▶ Borgere kan have hjælpemidler, som ikke bliver brugt eller er unødvendige, hvilket bl.a. kan skyldes de korte indlæggelser, som beskrevet tidligere.</li> </ul>

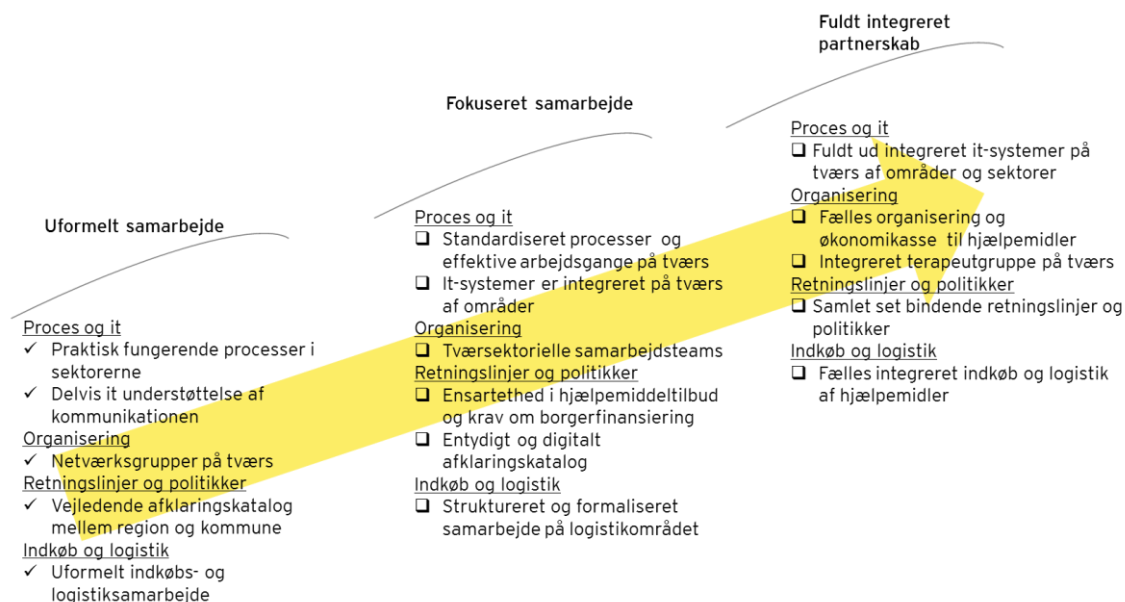
<sup>1</sup> Datagrundlaget for det økonomiske forbrug kan ses i Bilag 3. Det regionale indkøb dækker kun indkøb af hjælpemidler registreret i HME. Et samlede tal for HE Vest har ikke været tilgængeligt.

<sup>2</sup> Har typisk et mindre udvalg af hjælpemidler og er hovedsagligt placeret på kommunale plejehjem til brug på disse.

<sup>3</sup> Alle depotomkostningerne er medtaget for kommunerne, men for regionen indeholder det kun løn og transport for HME. Data har ikke været tilgængeligt for de øvrige depotomkostninger såsom husleje, forbrug, it osv. Disse omkostninger er blandet sammen med den øvrige hospitals drift.

En afgørende forudsætning for at skabe et sundhedsvæsen på borgernes præmisser er et velfungerende og gnidningsfrit samarbejde på tværs af sektorer. På den baggrund har vi udarbejdet tre overordnede modenhedsniveauer for samarbejdet mellem sektorer, som kan danne inspiration for fremtidige beslutninger på hjælpemiddelområdet. Dette ses illustreret i Figur 3.

Figur 3. Illustration af udvikling i modenhedsniveau for samarbejde <sup>4</sup>



- ▶ **Uformelt samarbejde** - kendetegnet ved, at borgeren oplever et hjælpemiddelforløb, som påvirkes af sektoropdelingen. Dele af kommunikationen omkring hjælpemidler understøttes af en fælles it-plattform. Der er skabt fundament for videndeling og erfaringsudveksling på tværs. Værktøjer er udarbejdet til at vejlede medarbejdere på området. Der er en lav grad af tværsektorielt samarbejde på indkøbs- og logistikområdet. Den nuværende situation synes at matche dette modenhedsniveau bedst.
- ▶ **Fokuseret samarbejde** - kendetegnet ved, at borgeren oplever et hjælpemiddelforløb, hvor der er større ensartethed i de regionale og kommunale servicetilbud. Ansvarsfordelingen er entydig og forståelig for medarbejderne og borgeren. Der er foretaget en tilfredsstillende systemintegration på tværs af sektorer, der minimerer ad hoc-kommunikationen. Der er et øget struktureret samarbejde på logistikområdet.
- ▶ **Fuldt integreret partnerskab** - kendetegnet ved, at borgeren oplever et samlet hjælpemiddelforløb med one point of contact, hvor der er lavet tværsektoriel organisering. Viden bliver delt og er let tilgængelig for dem, der har brug for den. Samtidig betragtes området ud fra et totaløkonomisk perspektiv, og der opstår ingen grænsefladeproblematikker. Hele indkøbs- og logistikområdet er fuldt integreret med end-to-end-systemunderstøttelse, hvor hjælpemidlet bestilles på depotet, straks efter beslutning er foretaget.

Som det ses i ovenstående figur, har sektorerne på det nuværende modenhedsniveau nogle udviklingspotentialer på såvel kort som længere sigt. En af udfordringerne på området er den lovgivningsmæssige kompleksitet ved at området dækkes af forskellige lovgivninger og cirkulærer med hver sit fokus. For at imødekomme denne kompleksitet kræver det øget samarbejde blandt sektorerne. En vigtig forudsætning for det videre arbejde er derfor enighed mellem kommunerne og regionen om, hvordan man ønsker at samarbejde på området, både politisk og administrativt.

<sup>4</sup> De forskellige modenhedsniveauer er udarbejdet med input fra interviews, workshop med projektgruppen samt inspiration fra den svenske case.

## 2.1 Prøvehandlinger

På baggrund af vores observationer har vi identificeret en række prøvehandlinger, som kan adressere en række af de identificerede udfordringer, og som dermed vil være med til at højne modenhedsniveauet for samarbejdet. Prøvehandlingerne, vi har beskrevet, er kendetegnet ved følgende: De er umiddelbart implementerbare, og en effekt vil kunne realiseres, uden at det kræver en omfattende ressourceindsats.

I nedenstående tabeller har vi således opsummeret prøvehandlingerne, således de er grupperet efter vores anvendte analyseparametre. Der henvises til de konkrete observationer, som har dannet grundlag for prøvehandlingerne. For yderligere beskrivelse af observationerne henvises til afsnit 5. De forventede gevinster er perspektiveret i forhold til: borger, organisation og økonomi.

De nævnte prøvehandlingerne understøtter flere af temaerne fra den nyligt offentliggjorte sundhedsaftale, herunder; *Hjælpe midler og behandlingsredskaber, Den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse, Udbredelse og opfølgning på brug af standarder, Deling af data på tværs af sektorer, Differentieret indsats.*

**Tabel 1 Oversigt over prøvehandlinger for Proces og it**

Observation	Prøvehandling
5.1.1 5.1.3	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Udarbejd og indfør et klassifikationssystem af udskrivelsesrapporterne baseret på, hvor hurtigt der er behov for kommunal indsats. Dette kunne fx være baseret på borgerens funktionsevne, og hvor ressourcestærk borgeren er.</li><li>▶ Udarbejd og indfør et markeringsystem i MedCom-rapporterne, som tydeliggør, hvilke områder kommunen skal tage stilling til i forbindelse med udskrivelse. Eksempler på kategorier kunne være: pleje, hjælpemidler, genoptræning og medicin.</li><li>▶ Udarbejd et fælles og fyldestgørende digitaliseret skema, som skal udfyldes i forbindelse med hospitalets anbefaling til behov for hjælpemiddel. Inkluder en systemmæssig sikring af, at alle væsentlige punkter i skemaet er blevet udfyldt, inden det videredistribueres til kommunen.</li><li>▶ Indfør en kvittering fra kommunen til hospitalet, hvor det synliggøres, at sagsbehandlingen er igangsat, samt forventet leveringstidspunkt af hjælpemidler, så denne info kan videregives til borgeren.</li><li>▶ Indfør som standard mulighed for samtykkeerklæring ved bevilling af hjælpemidler til borgere for at sikre mulighed for, at der kan sendes automatiske indlæggelsesrapporter til hospitalet.</li></ul>

**Tabel 2 Oversigt over prøvehandlinger for Organisering**

Observation	Prøvehandling
5.2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Indfør udvekslingsforløb på tværs af sektorerne, hvor relevante medarbejdere fra såvel kommune som hospitalet i kortere perioder får indsigt og forståelse for hinandens arbejde og sektorernes lovgivningsmæssige rammer. Forløbet suppleres af en fælles overordnet introduktion for alle relevante sagsbehandlere, terapeuter m.v. vedrørende de lovgivningsmæssige regelsæt, som henholdsvis regioner og kommuner arbejder under.</li></ul>



**Tabel 3 Oversigt over prøvehandling for Retningslinjer og politikker**

Observation	Prøvehandling
5.3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gør afklaringskataloget gældende og ufravigeligt. Gør det digitalt og dynamisk, og integrer det i allerede eksisterende systemer. Udarbejd en struktur, som gør kataloget let tilgængeligt og overskueligt (fx ved vejledende spørgsmål, som hjælper terapeuter med at finde rundt i kataloget ved bevilliger).</li> <li>▶ Formuler kataloget entydigt, således lokale fortolkninger minimeres.</li> <li>▶ Etabler et klart ejerskab for katalogets vedligehold, herunder en effektiv, lettilgængelig og systemunderstøttet ændringshåndteringsproces, der sikrer løbende justering og forbedring af kataloget.</li> <li>▶ Udarbejd elektronisk undervisningskursus i afklaringskataloget og gældende aftaler, og indfør, at alle relevante medarbejdere gennemfører kurset periodisk (fx halvårligt/årligt).</li> </ul>
5.3.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Få beskrevet og implementeret en tværsektoriel procedure, der sikrer rettidig kommunikation af det frie leverandørvalg til relevante<sup>5</sup> borgere.</li> <li>▶ Uddan hospitalets terapeuter i retningslinjerne for "det frie leverandørvalg", og sikr, at borgerne bliver informeret om dette allerede under indlæggelsen, såfremt det er relevant.</li> </ul>

**Tabel 4 Oversigt over prøvehandling for området Indkøb og logistik**

Observation	Prøvehandling
5.4.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Indfør et formaliseret samarbejde på logistikområdet, således at kommuner og regioner koordinerer hjælpemiddeltransporter i forhold til levering og afhentning. Samtidig skal der etableres mulighed for, at borgerne kan aflevere deres hjælpemiddel på nærmeste regionale/kommunale depot, uanset hvorfra det er bevilget.</li> </ul>

#### **Forventede effekter af prøvehandling**

Generelt vil implementeringen af overstående prøvehandling øge borgerens oplevelse af at blive mødt af "ét sundhedsvæsen". De underliggende effekter vil være et mere sammenhængende og trygt forløb, hvor der sikres en forbedret forventningsafstemning mellem borgeren og sundhedsvæsenet.

Organisatorisk og for medarbejderne vil implementeringen forbedre den tværsektorielle kommunikation, skabe mere effektive arbejdsgange og mindske behovet for ad hoc-korrespondance. Samtidig vil prøvehandlingerne være med til at skabe et bedre samarbejde som følge af øget forståelse for hinandens arbejdsmæssige rammer. Dette forventes også at skabe et forbedret arbejdsmiljø grundet færre grænsefladekonflikter.

Økonomisk set vil implementeringen af overstående prøvehandling generelt reducere behovet for ressourcekrævende processer og muliggøre en bedre udnyttelse af ressourcerne.

<sup>5</sup> Her skal der tages højde for, hvor ressourcestærk borgeren er, idet visse borgere kan være så svækkede og bare vil hjem og ikke ønsker at tage stilling til frit valg.

## 2.2 Udviklingspotentialer

Ud over de ovenstående prøvehandlinger har vi i de nedenstående tabeller beskrevet de udviklingspotentialer, som vi har identificeret på området. I denne rapport har vi defineret udviklingspotentialer som prøvehandlinger med et længere tidsmæssigt implementeringsperspektiv, grundet et behov for igangsættelse af et udviklingsforløb forud for beslutning om implementering.

De nævnte prøvehandlingerne understøtter flere af temaerne fra den nyligt offentliggjorte sundhedsaftale, herunder; *Den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse og Deling af data på tværs af sektorer.*

**Tabel 5 Oversigt over udviklingspotentialer for Proces og it**

Observation	Udviklingspotentialer	Effekter
5.1.2	<p>Gennemgå de tekniske muligheder for at få skabt integrerede grænseflader mellem de forskellige systemer på området.</p> <p>Fuld integration vil sikre, at alle relevante data kan trækkes på tværs ved indlæggelse og udskrivelse, og dobbeltindtastning samt ad hoc-korrespondance minimeres. Integrationen vil skabe mulighed for en end-to-end-systemunderstøttelse, hvor hjælpemidlet bestilles direkte på depotet, straks efter beslutningen er taget. Fx ved integration af de kommunale hjælpemiddelsystemer med omsorgssystemer, vil der således kunne sendes opdateret information omkring borgerens hjælpemidler i indlæggelsesrapporterne til hospitalet.</p> <p>Dette vil understøtte det øgede behov for hurtigere funktionsevnevurdering og efterfølgende udlevering af hjælpemidler i forhold til kortere indlæggelser.</p> <p>Sørg for at integration overholder de juridiske aspekter omkring deling af helbredsoplysning, herunder at der kun er adgang til borgers data i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, dog kan denne godt være automatiseret. Se Bilag 6 for yderlige information omkring lovgivning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger.</p>	<p><b>Borger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hurtigere afklaring og levering af hjælpemidler.</li> </ul> <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Øger videndeling og mindsker behov for ad hoc-korrespondance.</li> <li>▶ Minimerer risikoen for manuelle indtastningsfejl.</li> </ul> <p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Minimerer ressourcekrævende dobbeltregistreringer.</li> <li>▶ Besparelse af tid på dobbeltindtastning og ad hoc-korrespondance.</li> </ul>

**Tabel 6 Oversigt over udviklingspotentialer for Organisering**

Observation	Udviklingspotentialer	Effekter
5.2.1	<p>Udarbejd en organisationsform for etablering af et tværsektorielt samarbejde mellem terapeuter fra region og kommuner med henblik på tildeling af en gennemgående terapeut (evt. team) til en borger. I dette regi bør der indføres større fleksibilitet i forhold til, i hvilket tidsrum der foretages funktionsevnevurderinger, hvilket vil understøtte udskrivelser i forbindelser med weekender/helligdage.</p> <p>Dette vil sikre, at kommunikationen til borgeren er konsistent. I dette regi udarbejdes alene én funktionsevnevurdering i forbindelse med korte indlæggelser.</p>	<p><b>Borger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Et mere sammenhængende forløb og one point of contact.</li> </ul> <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bedre samarbejde via øget indsigt og forståelse på tværs af sektorer.</li> </ul> <p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bedre ressourceudnyttelse.</li> </ul>

**Tabel 7 Oversigt over udviklingspotentialer for Retningslinjer og politikker**

Observation	Udviklingspotentialer	Effekter
5.3.1	<p>Den nuværende lovgivning og ansvarsfordeling af hjælpemiddelfinansiering mellem region, kommune og borger på området er ikke gennemsigtig og er samtidig med til at skabe adfærd, som ikke er hensigtsmæssig, hvilket kan resultere i unødvendige indlæggelser.</p> <p>Kortlæg effekten af u hensigtsmæssig adfærd på området, og arbejd henimod en ansvarsfordeling på området, som skaber klarere retningslinjer og understøtter en hensigtsmæssig adfærd under gældende lovgivning. Samtidig bør der advokeres for en mere hensigtsmæssig lovgivning af området.</p>	<p><b>Borger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Klare retningslinjer for borgerfinansiering sikrer, at forventninger er afstemt.</li> </ul> <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Forbedrer arbejdsmiljøet grundet færre grænsefladekonflikter.</li> </ul> <p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Besparelse af tid som følge af mindre ad hoc-korrespondance og mindsket risiko for udlevering af forkerte hjælpemidler.</li> </ul>

**Tabel 8 Oversigt over udviklingspotentialer for Indkøb og logistik**

Observation	Udviklingspotentialer	Effekter
5.4.1	<p>Etabler en struktur, der sikrer koordineret og fælles indkøb på tværs af sektorer med henblik på at opnå de bedste priser for det samlede hjælpemiddelforbrug. I den forbindelse bør der iværksættes en indkøbsanalyse på tværs af regionen og kommunerne<sup>6</sup> med henblik på at kortlægge det samlede indkøbsbehov, varetyper, indkøbsaftaler og anvendte leverandører.</p> <p>Sørg for, at kravspecifikationen i et evt. fællesudbud lever op til de forskellige behov, evt. ved inkludering af flere leverandører og mulighed for skaffevarer.</p>	<p><b>Borger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kun ændringer i hjælpemidler, når et ændret behov påkrævede det og ikke pga. sektorskift.</li> </ul> <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Smidigere kommunikation som følge af ens hjælpemidler.</li> </ul> <p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vores erfaring med indkøbsoptimering i det offentlige viser besparelser på typisk minimum 10-15 %, hvilket der også bør forventes på hjælpemiddelområdet<sup>7</sup>.</li> </ul>
5.4.2	<p>Etabler et fælles hjælpemiddeldepot med en central funktion, der har døgnåbent, og med decentrale satellitdepoter i det omfang, der er behov for. En fælles logistikvolumen skaber grundlag for mere fleksibel levering af hjælpemidler. Dette vil understøtte udskrivelser hele døgnet rundt, såfremt der kan skabes adgang til borgerens hjem samt tilgængelighed af terapeuter.</p>	<p><b>Borger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Øge oplevelsen af "ét sundhedsvæsen".</li> <li>▶ Hurtigere levering af hjælpemidler.</li> </ul> <p><b>Organisering</b></p>

<sup>6</sup> Herunder skal ambitionsniveauet også afstemmes, fx om fællesindkøb skal gælde hele Region Midtjylland og alle kommunerne.

<sup>7</sup> Der bør foretages en indkøbsanalyse for området med henblik på at vurdere det reelle besparelspotentiale.

Observation	Udviklingspotentialer	Effekter
	<p>Der skal være et kontaktpunkt for borgeren vedrørende hjælpemidler, hvilket vil være det centrale depot. Herfra besvares spørgsmål, og kræves besøg hos borgeren, vil dette ske via kontakt fra depotet til den evt. fælles terapeutenhed.</p> <p>Udarbejd en fællesafregningsmodel, som understøtter, at alle involverede parter opfører sig solidarisk. En sådan afregningsmodel kan indeholde faste lejepriser pr. hjælpemiddel, hvor der evt. bliver taget højde for hjælpemidlets alder og stand. Samtidig kan depotet også stå for salg og levering af de hjælpemidler, som det ikke giver mening at leje ud. I udarbejdelsen af afregningsmodellen skal der tages højde for, at en øget kompleksitet skaber øget administrative omkostninger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mere effektive arbejdsprocesser (end-to-end-systemunderstøttelse).</li> </ul> <p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Besparelse på depot- og logistikområdet ved at sammenlægge volumen.</li> <li>▶ Vores erfaring med transport- og depotoptimering viser, at besparelser typisk er på 10 %, hvilket der også bør forventes på hjælpemiddelområdet<sup>8</sup>.</li> <li>▶ Fælles afregningsmodel bekæmper kassetænkning.</li> </ul>

<sup>8</sup> Der bør foretages en logistik- og transportanalyse for området med henblik på at vurdere det reelle besparelspotentiale.

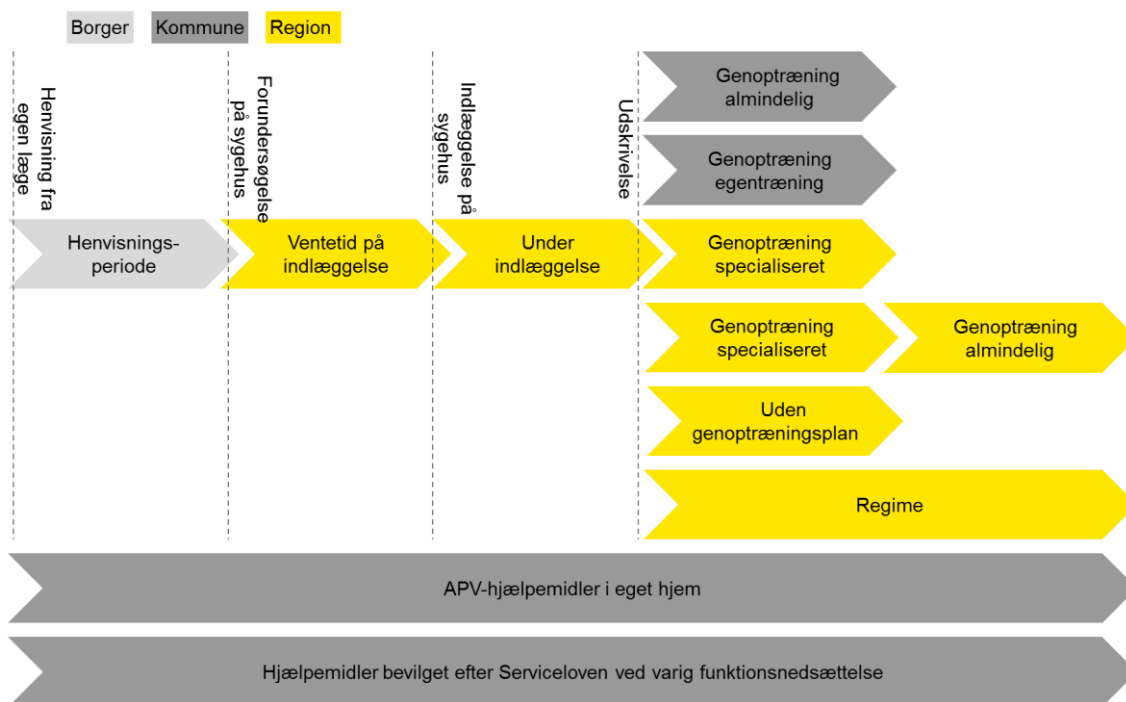
### 3 Overordnet beskrivelse af området

Herunder har vi inkluderet informationer og data på forskellige aspekter af området med den hensigt at skabe en forståelse af omfanget, og hvad der karakteriserer området.

#### 3.1 Ansvarsfordeling

Myndigheds- og finansieringsansvaret på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber er placeret i både region og kommune, således at hospitalet udlåner behandlingsredskaber, mens det påhviler kommunerne at udlåne hjælpemidler og træningsredskaber. Figur 4 viser den overordnede ansvarsfordeling på området, i forhold til hvem der har ansvaret for udlån af hjælpemidler.

Figur 4. Oversigt over ansvarsfordeling af, hvem der har ansvaret for at udlevere hjælpemidler



#### 3.2 Lovgivning på området

Den nuværende organisering er kendetegnet ved, at regionen primært bevilger hjælpemidler efter sundhedsloven, som bygger på et behandlings- og patientansvar, mens kommunerne primært bevilger efter serviceloven, som bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og fremmer den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. I understående tabel er det præciseret, hvilken lovgivning de to offentlige instanser udlåner/bevilger hjælpemidler efter.

Tabel 9 Skitsering af underliggende lovgivning

Region	Kommune
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der udlånes hjælpemidler og behandlingsredskaber efter sundhedsloven "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der bevilges varige hjælpemidler efter servicelovens § 112, § 113, § 114 og § 116.</li> <li>Der udlånes hjælpemidler og behandlingsredskaber som led i en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 140.</li> <li>Der tildeles APV-hjælpemidler efter arbejdsmiljølovens § 15.</li> </ul>

### 3.3 Snitfladeaktiviteter

For bedre at kunne belyse grænsefladeproblematikker på området er det væsentligt først lige at have et overblik over, hvilke snitfladeaktiviteter der er i hvert af de skridt, hvor borgeren kan have behov for hjælpemidler. Snitfladeaktiviteter inkluderer også aktiviteter, hvor borgeren er i kontakt med enten regionen eller kommunen.

#### *Efter henvisning og inden forundersøgelse*

- ▶ Borger kan henvende sig til enten hospitalet eller kommunen på grund af et behov for hjælpemidler (fx borger er blevet henvist til en hofteoperation og har brug for en toiletforhøjer i henvisningsperioden); begge instanser må afvise borgeren (såfremt det ikke gælder APV eller varig funktionsnedsættelse), da denne selv står for anskaffelse af hjælpemidler i henvisningsperioden, jf. ansvarsfordelingen.

#### *Ventetid på indlæggelse (efter forundersøgelse)*

- ▶ Efter forundersøgelse på hospitalet kan borgeren have brug for hjælpemidler inden indlæggelse. Hjælpemidlerne rekvireres fra den afdeling, hvor borgeren har været til undersøgelse. Borgeren afhenter derefter selv hjælpemidlet.
- ▶ Kommunen kan modtage hjælpemiddelhenvendelse fra en borger, som egentlig bør rettes til hospitalet, og derfor må kommunen videresende borgeren.

#### *Indlæggelse på hospital*

- ▶ Borger fremsender information til hospitalet i forbindelse med indlæggelse (fx indlæggelsespapirer og måleskemaer).
- ▶ Kommunen fremsender information til hospitalet i forbindelse med indlæggelse (fx indlæggelsesrapporter).
- ▶ Der er ad hoc-korrespondancen mellem kommune og region omkring borgerens tidligere funktionsevne og hjælpemidler. Korrespondance foregår enten telefonisk eller elektronisk.
- ▶ Hospitalet har dialog og træning omkring funktionsevne og behov for hjælpemidler med borgeren. Der foretages minimum én funktionsevnevurdering inden udskrivelse.

#### *Udskrivelse*

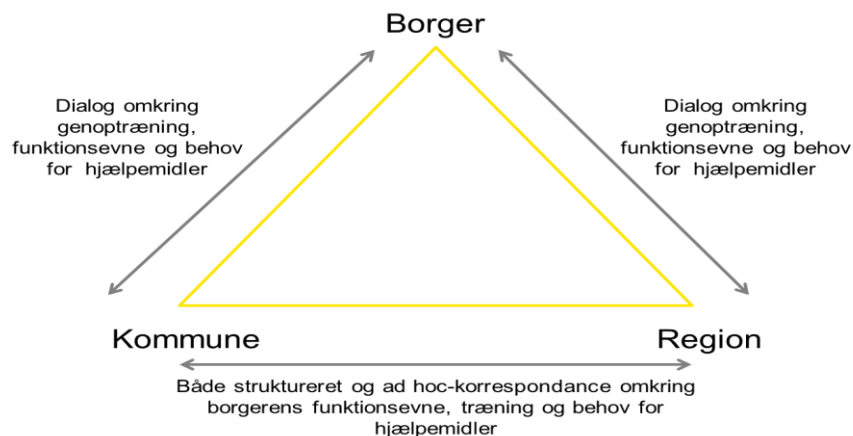
- ▶ Hospitalet fremsender information til kommunen i forbindelse med udskrivelse (fx plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling, udskrivningsrapport).
- ▶ Hospitalet bevilger eventuelle hjælpemidler til borgeren, som udleveres gennem HME.
- ▶ Der er ad hoc-korrespondancen mellem kommune og region omkring borgerens 'nye' funktionsevne og behov for hjælpemidler. Korrespondance foregår enten telefonisk eller elektronisk.
- ▶ Kommune sagsbehandler, koordinerer og planlægger hjælpemiddelleverance i forbindelse med udskrivning.
- ▶ Kommunikation med borgere fra både region og kommune vedrørende funktionsevne og hjælpemidler.

#### *Hjemme, herunder genoptræning*

- ▶ Kommunen foretager en funktionsevnevurdering efter udskrivelse og leverer og installerer hjælpemidler.
- ▶ Ad hoc-korrespondance mellem kommune og region omkring genoptræning. Korrespondance foregår enten telefonisk eller elektronisk.

En visualisering af kommunikationsflow omkring hjælpemidler er vist i Figur 5.

Figur 5. Visualisering af kommunikationsflow omkring hjælpemidler



### 3.4 Økonomisk forbrug og indkøb

I forhold til at få et samlet billede af det økonomiske forbrug på området er der visse udfordringer. Kontoplanerne er forskellige både mellem kommuner og region samt internt mellem de forskellige kommuner. I Tabel 10 har vi forsøgt at vise en oversigt over forbrug og indkøb af hjælpemidler i HE Vest (HME) og de tre deltagende kommuner. Et samlet tal for HE Vest har ikke været tilgængeligt, da visse hjælpemidler (fx stomi) bliver registreret som lægefaglige artikler på de enkelte afdelinger. Derudover har de enkelte afdelinger også mulighed for at købe egne genbrugshjælpemidler uden om HME. Tabel 11 viser, hvilke indkøbsaftale forhold der dækker området for hjælpemidler i HE Vest og de tre deltagende kommuner.

Tabel 10 Oversigt over økonomisk forbrug af hjælpemidler<sup>9</sup> (mio. kr.)

År	HE Vest (HME)	Holstebro	Lemvig	Ringkøbing/Skjern	Total
2012	2,4 <sup>10</sup>	19,6	8,5	24,0	54,5
2013	3,7 <sup>10</sup>	21,3	8,9	24,1	58,0
2014 (estimat /korr.budget)	3,9 <sup>10</sup>	20,2	7,9	20,4	52,4

Tabel 11 Oversigt over indkøbsaftaler på hjælpemiddelområdet

Type	HE Vest	Holstebro	Lemvig	Ringkøbing/Skjern
Genbrugshjælpemidler	Generelt ingen indkøbsaftaler	Aftaler via kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Aftaler via kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Aftaler uden for et indkøbsfællesskab
APV-hjælpemidler	-	Aftaler via kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Aftaler via kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Aftaler uden for et indkøbsfællesskab

<sup>9</sup> Datagrundlaget for det økonomiske forbrug kan ses i Bilag 3.

<sup>10</sup> Det regionale indkøb dækker kun indkøb af hjælpemidler registreret i HME. Et samlede tal for HE Vest har ikke været tilgængeligt.

<sup>11</sup> KomUdbud - indkøbsfællesskab for 15 kommuner.

Type	HE Vest	Holstebro	Lemvig	Ringkøbing/Skjern
Personbårne hjælpemidler	Via indkøbsfællesskab med resten af regionen	Nogle produkter dækkes via kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Nogle produkter dækkes via Kommunalt indkøbsfællesskab <sup>11</sup>	Aftaler uden for et indkøbsfællesskab

### 3.5 Depot og logistik

På depot- og logistikområdet er der variation i valg af leverancemodeller for dephåndtering i kommuner og region imellem, nogle steder er det drevet af internt ansatte medarbejdere, andre steder er det udligeret. I Tabel 12 er samlet forskellige informationer relateret til depotdriften for HE Vest (HME) samt de tre deltagende kommuner. De økonomiske tal er ikke umiddelbart sammenlignelige mellem kommunerne og regionen, idet der for HE Vest (HME) kun er medtaget løn og transport. Data har ikke været tilgængeligt for de øvrige depotomkostninger såsom husleje, forbrug, it osv. Disse omkostninger er blandet sammen med den øvrige hospitalsdrift.

**Tabel 12 Oversigt over depotdrift på hjælpemiddelområdet**

Type	HE Vest (HME)	Holstebro	Lemvig	Ringkøbing/Skjern
Type (internt /udligeret)	Internt	Udligeret <sup>12</sup> (Falck)	Udligeret <sup>13</sup> (Falck)	Internt
Antal medarbejdere (årsværk)	7,0	n/a	n/a	5,5
Udgifter til depotdrift (2013)	2,9 mio. kr. <sup>14</sup>	4,9 mio. kr. <sup>15</sup>	1,1 mio. kr. <sup>15</sup>	3,2 mio. kr. <sup>15</sup>
Totale antal estimerede kørsler pr. år	n/a	n/a	2.150	7.100
Andel i % af kørsler på ikke-normal køredag <sup>16</sup>	n/a	n/a	23 %	15 %
Totale antal genbrugshjælpemidler <sup>17</sup>	2.351	10.011	2.395	10.585
Andel i % på depot <sup>17</sup>	49 %	9 %	14 %	8 %

<sup>12</sup> Kommunen ejer selv hjælpemidlerne, udbuddet kun lavet for Holstebro Kommune.

<sup>13</sup> Kommunen ejer selv hjælpemidlerne, udbuddet lavet i samarbejde med Struer Kommune.

<sup>14</sup> Dækker kun over løn og transport. Data har ikke været tilgængeligt for de øvrige depotomkostninger såsom husleje, forbrug, it osv. Disse omkostninger er blandet sammen med den øvrige hospitalsdrift.

<sup>15</sup> Udgifterne dækker bl.a. udgifter til løn, transport, husleje, forbrug, it osv.

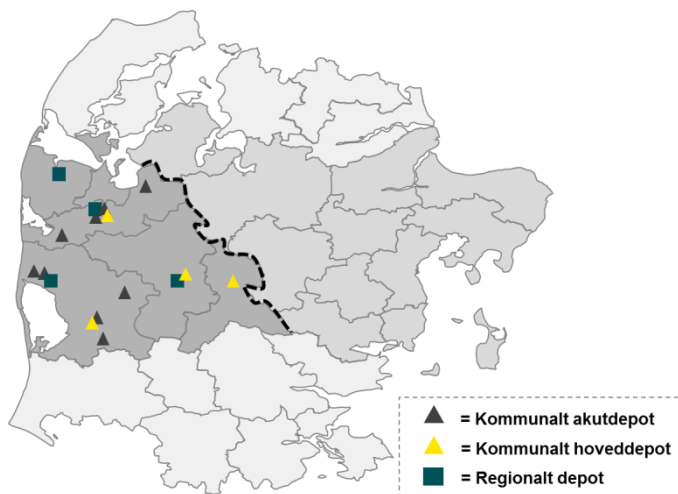
<sup>16</sup> Dvs., at kørslerne er akut, tidsbestemte eller på andre dage end normal køredag.

<sup>17</sup> For en yderligere specificering henviser vi til Bilag 4 - Oversigt over hjælpemidler.



Sammenlagt i Vestklyngen er der ni større depoter og mindst ni akutdepoter. Akutdepoterne er hovedsagligt placeret på kommunale plejehjem til brug på disse. Den geografiske placering af depoterne kan ses på kortet herunder.

Figur 6. Oversigt over hjælpemiddeldepoter i Vestklyngen<sup>18</sup>



### 3.6 It-systemer

På it-området benyttes der forskellige systemer afhængig af, hvad formålet er. Nedenstående tabel viser, hvilke systemer HE Vest samt de tre kommuner benytter sig af. Vi valgt kun at medtage dem, der umiddelbart har relevans i forhold til området for hjælpemidler. I Vestklyngen benyttes MedCom-standarderne til den tværsektorielle kommunikation.

Tabel 13 Oversigt over it-systemer på hjælpemiddelområdet

Type	HE Vest	Holstebro	Lemvig	Ringkøbing/Skjern
Hjælpemiddelsystem	DMS <sup>19</sup>	Zealand Care <sup>20</sup>	DMS <sup>19</sup>	Zealand Care <sup>20</sup>
Patient/Omsorgssystem	EPJ	Avaleo	Avaleo	Avaleo

<sup>18</sup> Adresserne på de forskellige depoter kan ses i Bilag 5.

<sup>19</sup> Medlem af Avaleo-gruppen.

<sup>20</sup> Vi har fået oplyst, at Zealand Care er ved at lægge deres hjælpemiddelsystem over i Avaleo-systemet.

## 4 Generelle udfordringer på hjælpemiddelområdet - APV og personbårne

Herunder beskrives de overordnede tværsektorielle udfordringer i forhold til APV-hjælpemidler og personbårne hjælpemidler. Udfordringerne ansues fra flere perspektiver: organisatorisk, økonomisk og fra et borgersperspektiv.

### 4.1 APV-hjælpemidler

Perspektiv	Udfordringer
Borger	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Borgeren forhindres i at blive udskrevet til eget hjem, såfremt APV-hjælpemidler ikke er nået at blive installeret i hjemmet, og borgeren må derfor enten forblive på hospitalet eller flyttes til et kommunalt akuttilbud.</li><li>▶ Borgere kan også opleve at blive udskrevet til eget hjem og må blive i sengen, indtil plejen har adgang til de fornødne hjælpemidler til at støtte borgeren.</li><li>▶ Der opstår tvister omkring borgere på BPA<sup>21</sup>-ordning. Selvom lovgivningen pålægger ansvaret for APV-hjælpemidler hos borgeren, så fungerer det ikke sådan i praksis i alle kommuner.</li></ul>
Organisatorisk	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Sektoropdelingen er med til at skabe forskellig opfattelse af, hvad der er behov for i forbindelse med udskrivningsrapporter. Hospitalspersonalet tager ikke altid hensynet til plejen med ind, når de anbefaler hjælpemidler. Dermed er kommunerne ikke altid orienteret tilstrækkeligt omkring borgerens funktionsevne til at kunne vurdere behovet for APV.</li><li>▶ Kommunes plejepersonale kan få plejekrævende borgere hjem, der udskrives efter hjælpemiddeldepoternes åbningstid. De har dermed ikke mulighed for at få de fornødne APV-redskaber bragt ud<sup>22</sup>.</li><li>▶ Hjemmebesøg fra kommunerne (inkl. APV-vurdering) kan blive en flaskehals for udskrivning. Det kan skyldes, at terapeuterne ikke er til rådighed, eller at de ikke kan få adgang til borgerens hjem, da der skal arrangeres adgang med hjælp fra evt. pårørende eller naboer<sup>22</sup>.</li></ul>
Økonomisk	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Hver gang en borger ikke kan udskrives til eget hjem pga. manglende APV-hjælpemidler, sker der en unødvendig belastning af hospitalet eller den kommunale økonomi, da borgeren enten skal forblive på hospitalet eller flyttes til akuttilbud.</li><li>▶ For at undgå forsinkede udskrivelser stiller hospitalet til tider midlertidige APV-hjælpemidler til rådighed for borgeren, indtil kommunen får foretaget APV-vurdering og leveret hjælpemidler, uden at hospitalet bliver betalt for denne service.</li><li>▶ Borgeren får til tider alt for mange hjælpemidler, som er unødvendige fra starten. Det kan bl.a. ske ved de korte indlæggelser, da der er en risiko for, at der ikke har været involveret en hospitalsterapeut, og at borgeren ikke har været mobiliseret korrekt, dermed er de udskrivelsesrapporter, som kommunerne modtager fra hospitalet mangelfulde. Dette skaber risiko for, at en borger får udleveret hjælpemidler af kommunen, som ikke passer til borgerens behov eller hjem.</li><li>▶ Plejen kan ikke bruge de gængse APV-hjælpemidler til bariatriske<sup>23</sup> borgere, som der forventes flere af. Dermed må kommunen ud at købe nye dyre APV-hjælpemidler designet til bariatriske borgere. Ved ikke at have fælles indkøb og depotdrift udnyttes der ikke indkøbsfordele og fællesbrug af hjælpemidlerne.</li></ul>

<sup>21</sup> Borgerstyret personlig assistance.

<sup>22</sup> Nuværende omfang af udfordringen vurderes ikke kritisk, men i forhold til den forventede stigning i korte indlæggelser og udskrivelser hele døgnet rundt, bør der være opmærksomhed på disse punkter i forhold til deres udvikling.

<sup>23</sup> Svært overvægtige borgere.

## 4.2 Personbårne hjælpemidler

Perspektiv	Udfordringer
Borger	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ For borgeren er der meget uklare og ikke forståelige retningslinjer for, hvem der skal betale for hjælpemidlerne. Fx et udredningsforløb af, om borgers kontinensproblemer er varige eller midlertidige, har forskellig finansiering afhængig af, om det foregår i kommunalt eller regionalt regi. Borgeren skal selv betale for hjælpemidler (fx bleer og kateter), hvis det er i kommunalt regi, men ikke hvis det foregår i regionalt regi. Da sådan et udredningsforløb godt kan tage to-tre måneder, kan det have store konsekvenser for borgeren, i hvilket regi det foregår.</li> <li>▶ Borgere oplever nogle gange, at plejeren ikke er godt nok uddannet til at håndtere hjælpemidlerne (fx ved fiksering af kateter i hjemmet), hvilket kan skabe gener for borgeren.</li> <li>▶ Det er en udfordring, at kommunen ikke altid bevilger det hjælpemiddel borgeren forventer. Dette gælder bl.a. på kontinensområdet og på proteseområder, hvor fx bandagisterne kan 'love' borgerne mere, end kommunerne kan leve op.</li> <li>▶ Da regionen og kommunen ikke har et fællesindkøb på området, tilbyder de ikke altid de samme hjælpemidler. Dette er til gene for borgeren, som skal vænne sig til at bruge et andet mærke og en anden type, når ansvaret for finansieringen skifter fra den ene sektor til den anden.</li> </ul>
Organisatorisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Området er kendetegnet ved, at regionen ofte afgiver et fagligt skøn, og kommunen bevilger og betaler. Dette gør, at der kan opstå problemer i kommunikationen mellem regionale terapeuter og kommunalt administrativt personale, hvor der stilles spørgsmål ved den faglige vurdering af valg af hjælpemiddel grundet forskellige opfattelse af lovgivningen (fx skal der bevilges efter, hvad der er bedst og billigst eller billigst og bedst?).</li> <li>▶ Hospitalets sygeplejesker udfordres af, at borgernes bevillingsskemaer til personbårne hjælpemidler er unik pr. kommunen, og der forlanges mange tidskrævende estimater af borgerens forventede behov for hjælpemidlerne fra de kommunale sagsbehandlere, hvilket sjældent er særligt præcist. Alt dette medfører meget ressourcekrævende kommunikation mellem sektorerne.</li> </ul>
Økonomisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Den lovgivningsmæssige afregningsstruktur skaber risiko for, at borgere bliver unødvendigt henvist til indlæggelse på hospital pga. et ønske om at belaste borgeren mindst muligt økonomisk (fx borger på et kommunalt akuttilbud skal selv betale for kost, bleer, medicin osv., idet kommunen ikke har hjemmel til at finansiere det, såfremt borger bliver indlagt på hospital betales disse ting af regionen).</li> <li>▶ Et manglende fællesindkøb af hjælpemidler mellem region og kommuner er med til at skabe meget skæve priser i hver sektor, hvor kommunerne reelt betaler overpris, mod at regionerne indkøber til meget lav pris. Vi er blevet orienteret om, at der er et incitament for producenter til at tilbyde meget lavere priser til hospitalerne for derimod tjene på deres produkter, når kommunerne skal indkøbe dem, da undersøgelser viser, at ca. halvdelen af borgerne bruger det mærke, som de benyttede under indlæggelsen.</li> </ul>

## 5 Observationer og forslag til prøvehandlinger - Genbrugshjælpemidler

I nedenstående beskriver vi vores væsentligste observationer suppleret med tilhørende potentialevurdering og forslag til prøvehandlinger. Observationerne er grupperet efter de anvendte analyseparametre. Nedenstående er ikke en udtømmende liste af alle vores observationer, men er alene de observationer, som synes at have en vis væsentlighedsfaktor, og/eller som flere af vores interviewpersoner har angivet som forbedringsforslag. Som udgangspunkt gælder observationerne genbrugshjælpemidler, men såfremt observationen også gælder for andre typer hjælpemidler, er dette fremhævet.

### 5.1 Proces og it

#### Observation 5.1.1 - Indlæggelseskorrespondance

Såfremt borgeren i forbindelse med indlæggelse er kendt i det kommunale omsorgssystem, vil hospitalet automatisk modtage en indlæggelsesrapport, som indeholder de data, som findes i omsorgssystemet, herunder information om borgerens funktionsevne. Det er observeret, at de data, som hospitalet modtager i rapporterne, ikke altid er opdateret og ofte mangler information omkring, hvilke hjælpemidler borgeren har fået bevilget fra kommunen. Dette skyldes bl.a., at kommunernes system til registrering af hjælpemidler ikke er integreret med omsorgssystemet og derfor ikke automatisk kan hente informationerne over i indlæggelsesrapporterne.

For borgere, der ikke er kendt af omsorgssystemet, modtager hospitalet ingen information fra kommunen.

Forholdet er med til at forøge ad hoc-korrespondancen, idet hospitalet har behov for at komme i kontakt med kommunens medarbejdere vedrørende borgerens funktionsevne inden indlæggelse. Denne information anvendes i hospitalets vurdering af, om borger i forbindelse med sin indlæggelse oplever en evt. ændring i funktionsevne, som påvirker hjælpemiddelbehovet.

#### Potentialevurdering

##### **Borger**

En øget videndeling vil give borgeren en øget oplevelse af "et sundhedsvæsen", idet borgeren vil opleve, at de to sektorer arbejder bedre sammen, og viden bliver delt på tværs.

##### **Organisering**

En øget adgang til viden omkring borgerens funktionsevne inden indlæggelse vil gøre det nemmere for hospitalets terapeuter at vurdere en evt. ændring i funktionsevne, som påvirker hjælpemiddelbehovet. Dette vil især være af værdi ved de svage borgere, som ikke har øveblik over eller evner at fortælle hospitalet om deres funktionsniveau inden indlæggelse, og hvilke hjælpemidler de måtte have i hjemmet, og det sikres, at der ikke anbefales hjælpemidler, som borgeren allerede har.

Derudover vil det mindske behovet for ad hoc-korrespondance samt manuel opdatering af omsorgssystemet med hjælpemiddelinformation, som vil frigøre tid i både kommunen og på hospitalet til udførelse af andre mere værdiskabende opgaver.

#### Forslag til prøvehandlinger

- ▶ Indfør som standard mulighed for samtykkeerklæring ved bevilling af hjælpemidler til borgere for at sikre mulighed for, at der kan sendes automatiske indlæggelsesrapporter til hospitalet.
- ▶ Integrer de kommunale hjælpemiddelsystemer med omsorgssystemer. Således vil der kunne sendes opdateret information omkring borgerens hjælpemidler i indlæggelsesrapporterne til hospitalet.

Sørg samtidig for at sikre, at der tages højde for, at informationerne fra de borgere, som ikke vil give samtykkeerklæring, ikke bliver delt med hospitalet, da dette ellers vil være et brud på retssikkerhedsloven.

#### *Juridisk input*

Udveksling af automatiske indlæggelsesrapporter må ikke ske vedrørende borgere, som alene modtager hjælpemidler fra kommunen uden samtykkeerklæring fra borgeren. Se Bilag 6 for yderligere information omkring lovgivning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger.

#### Observation 5.1.2 - Integration mellem it-systemer

Det er observeret, at de forskellige it-systemer, som medarbejderne benytter sig af på området, ikke er integreret og kan trække relevante oplysninger fra hinanden. Fx skal der indtastes funktionsevnevurdering i patientjournalssystemet EPJ, hvoraf visse registreringer manuelt skal genindtastes i MedCom-rapporterne og yderligere genindtastes i forbindelse med en evt. genoptræningsplan.

#### Potentiale vurdering

##### **Organisering**

Større integration systemerne imellem vil minimere behovet for ressourcekrævende genindtastninger/dobbeltregistreringer og dermed frigive tid til andre opgaver. Samtidig mindskes risikoen for fejl, idet de manuelle indtastninger minimeres. En øget integration vil også være med til at øge tilgængeligheden og gennemsigtigheden af opdaterede informationer på tværs af sektorerne.

##### **Økonomi**

Større integration systemerne imellem vil minimere behovet for ressourcekrævende genindtastninger/dobbeltregistreringer.

#### Forslag til prøvehandling

- ▶ Gennemgå de tekniske muligheder for at få skabt integrerede grænseflader mellem de forskellige systemer på området.

Fuld integration vil sikre, at alle relevante data kan trækkes på tværs ved indlæggelse og udskrivelse, og dobbeltindtastning samt ad hoc-korrespondance minimeres. Integrationen vil skabe mulighed for en end-to-end-systemunderstøttelse, hvor hjælpemidlet bestilles direkte på depotet, straks efter beslutningen er foretaget.

Dette vil understøtte det øgede behov for hurtigere funktionsevnevurdering og efterfølgende udlevering af hjælpemidler i forhold til kortere indlæggelser.

#### *Juridisk input*

Sørg for, at integrationen overholder de juridiske aspekter omkring deling af helbredsoplysning, herunder at der kun er adgang til borgers data i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, dog kan denne godt være automatiseret.

Se Bilag 6 for yderligere information omkring lovgivning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger.

### Observation 5.1.3 - Korrespondance ved udskrivelse

Det er observeret, at kommunerne til tider ikke modtager fyldestgørende informationer i de rapporter, der sendes fra hospitalet i forbindelse med udskrivelse. Dette er med til at øge ad hoc-korrespondancen, idet kommunen har behov for at komme i kontakt med hospitalets terapeuter i forbindelse med bevilling af hjælpemidler. Herunder er der også eksempler på, at informationer, som borger eller pårørende har udfyldt i forbindelse med indlæggelse, ikke bliver delt med kommunen ved udskrivelse (fx kan en borger inden indlæggelse have udfyldt et måleskema af hjemmet og givet det til hospitalet, men når borgeren bliver udskrevet, er der blevet leveret en kørestol fra kommunen, som er for bred i forhold til dørene i hjemmet).

På trods af at der via MedCom-standarderne bliver delt viden tværsektorielt, bliver der ikke delt information, som kan forbedre oplevelsen for borgeren. Der er ikke skabt mulighed for, at kommunerne kan give tilbagemeldinger på hospitalets advisering, herunder hvilke hjælpemidler borgeren kan forvente, og hvornår de leveres. Dette medfører, at medarbejderen på hospitalet ofte ikke kan besvare borgerens spørgsmål om, hvilke hjælpemidler denne kan forvente efter udskrivelse til frustration for både medarbejder og borger.

Derudover er det observeret, at MedCom-rapporterne ikke er klassificeret. Således kan kommunerne derfor ikke hurtigt skelne mellem, hvad der skal tages stilling til, og hvor "akut" denne stillingtagen skal være. Dette kan medføre en risiko for forkert prioritering af kommunal indsats.

### Potentiale vurdering

#### **Borger**

En forbedret korrespondance vil øge oplevelsen af "ét sundhedsvæsen", idet borgeren vil opleve, at de to sektorer arbejder bedre sammen, og viden bliver delt på tværs. Samtidig vil det kunne forbedre borgerens oplevelse og forventninger, i forhold til hvilke hjælpemidler han/hun kan få stillet i udsigt samt tidshorisont på hjælpemidlets leverance. Derudover vil borgerne opleve et hurtigt og smidigere udskrivelsesforløb, hvor tiden uden hjælpemidler bliver formindsket.

#### **Organisering**

En forbedret systemunderstøttet kommunikation mellem hospital og kommune vil medføre et mindre behov for ressourcekrævende ad hoc-afklaringer i forbindelse med bevillinger af hjælpemidler.

Øget information omkring, hvad der venter borgeren efter udskrivelse, vil medføre forbedret arbejdsmiljø, da det kan skabe ubehag for terapeuten/sygeplejersken ikke at kunne besvare borgers spørgsmål.

En klassificering af udskrivelseskorrespondancen vil hjælpe kommunerne med at prioritere deres indsats, således at de borgere, der har det mest "akutte" behov, hurtigt vil blive identificeret, og aktioner vil hurtigere kunne iværksættes.

#### **Økonomi**

Mindre ressourcekrævende ad hoc-korrespondance vil spare tid for både regionale og kommunale medarbejdere.

### Forslag til prøvehandling

- ▶ Udarbejd og indfør et klassifikationssystem af udskrivelsesrapporterne baseret på, hvor hurtigt der er behov for kommunal indsats. Dette kunne fx være baseret på borgerens funktions-ejne, og hvor ressourcestærk borgeren er.
- ▶ Udarbejd og indfør et markeringssystem i MedCom-rapporterne, som tydeliggør, hvilke områder kommunen skal tage stilling til i forbindelse med udskrivelse. Eksempler på kategorier kunne være: pleje, hjælpemidler, genoptræning og medicin.

- ▶ Udarbejd et fælles og fyldestgørende digitaliseret skema, som skal udfyldes i forbindelse med hospitalets anbefaling om behov for hjælpemiddel. Inkluder en systemmæssig sikring af, at alle væsentlige punkter i skemaet er blevet udfyldt, inden det videredistribueres til kommunen.
- ▶ Indfør en kvittering fra kommunen til hospitalet, hvor det synliggøres, at sagsbehandlingen er igangsat, samt forventet leveringsdato af hjælpemidler, så denne info kan videregives til borgeren.

#### Observation 5.1.4 - Opfølgning på brug af hjælpemidler

Det er observeret og påpeget gennem interviews, at der kan ligge både regionale og kommunale hjælpemidler, som ikke bliver brugt, ude hos borgere. Det kan bl.a. opstå ved de korte indlæggelser, da der er en risiko for, at der ikke har været involveret en hospitalsterapeut, og at borgeren ikke har været mobiliseret korrekt. Dermed kan borgeren få udleveret hjælpemidler af hospitalet, som ikke passer til behovet. Samtidig påvirker det, at udskrivelsesrapporterne, som kommunerne modtager fra hospitalet, er mangelfulde. Dette skaber risiko for at en borger får udleveret hjælpemidler af kommunen, som ikke passer til borgerens behov eller hjem.

#### Potentiale vurdering

##### **Borger**

Borger sikres kun at skulle have hjælpemidler i hjemmet, som rent faktisk bliver brugt og slipper af med unødvendige hjælpemidler.

##### **Økonomi**

En bedre udnyttelse af hjælpemiddelkapaciteten vil skabe mindre behov for indkøb

#### Forslag til prøvehandling

- ▶ Indfør en fælles kommunal og regional proces omkring en mere struktureret, formaliseret og periodisk opfølgning på borgerens fortsatte behov for udleverede hjælpemidler, således der ikke ligger uudnyttede hjælpemidler ude i borgerens hjem.

##### *Input fra case - Västmanland, Sverige*

I Västmanland er der en struktureret proces for bevillinger af hjælpemidler. Heri er der opfølgningsskridt på hjælpemiddelbehovet samt information til borgeren om, hvem der skal kontaktes såfremt hjælpemiddelbehovet ændres. Yderligere info om casen kan læses i Bilag 1.

## 5.2 Organisation

#### Observation 5.2.1 - Samarbejde på tværs og forståelse for organiseringen

Der er observeret, at der er stor forskel på, hvor meget indsigt de forskellige medarbejdere i hver sektor har til hinandens arbejdsmæssige rammer, herunder de lovgivningsmæssige regelsæt, som hver sektor arbejder under.

Den lovgivningsmæssige kompleksitet stiller store krav til medarbejderne på området i deres kommunikation med borgere i forhold til at afstemme forventninger.

Det er u hensigtsmæssigt for borgeren at skulle have kontakt med flere forskellige terapeuter på tværs af sektorerne vedrørende deres hjælpemiddelsituation. Borgeren kan opleve forskellige tolkninger af de samme retningslinjer og lovgivninger.

Udskrivelser i forbindelser med weekender/helligdage kan primært blive forsinket af to årsager; kommunale terapeuter kan ikke nå at lave funktionsevnevurdering inden for de nuværende åbningstider og/eller at hjælpemidlerne ikke kan leveres i tidsrummet.

I forbindelse med korte indlæggelser er der en udfordring i, at der ikke er tid nok til at foretage en grundig funktionsevnevurdering. Pga. af den korte tid er der risiko for, at der ikke har været involveret en hospitalsterapeut, samt at borgeren ikke har været mobiliseret korrekt. Dette medfører risiko for, at borgeren får udleveret hjælpemidler af hospitalet, som ikke passer til behovet. Samtidig påvirker det, at udskrivelsesrapporterne er mangelfulde, når kommunerne modtager dem fra hospitalet. Dette skaber risiko for, at en borger får udleveret hjælpemidler af kommunen, som ikke passer til borgerens behov eller hjem.

#### Potentiale vurdering

##### **Borger**

Set fra et borgerperspektiv vil det skabe et mere sammenhængende forløb, idet et fælles samarbejde mellem terapeuter vil kunne følge borgerens udvikling i funktionsevne. Samtidig vil det øge sandsynligheden for, at borgeren fra start får udleveret de hjælpemidler, der er behov for, og som er tilpasset borgerens hjem.

##### **Organisering**

Et øget samarbejde på tværs og forståelse for hinandens arbejdsmæssige og lovgivningsmæssige rammer vil mindske behovet for ressourcekrævende ad hoc-korrespondance.

##### **Økonomi**

Besparelse af tid pga. mindre ad hoc-korrespondance og mindsket risiko for udlevering af hjælpemidler, som ikke passer til borgerens behov eller hjem.

#### Forslag til prøvehandling

- ▶ Indfør udvekslingsforløb på tværs af sektorerne, hvor relevante medarbejdere fra såvel kommune som hospitalet i kortere perioder får indsigt og forståelse for hinandens arbejde og sektorernes lovgivningsmæssige rammer. Forløbet suppleres af fælles overordnet introduktion for alle relevante sagsbehandlere, terapeuter m.v. vedrørende de lovgivningsmæssige regelsæt, som henholdsvis regioner og kommuner arbejder under.
- ▶ Udarbejd en organisationsform for etablering af et tværsektorielt samarbejde mellem terapeuter fra region og kommuner med henblik på tildeling af en gennemgående terapeut (evt. team) til en borger. I dette regi bør der indføres større fleksibilitet i forhold til, i hvilket tidsrum der foretages funktionsevnevurderinger, hvilket vil understøtte udskrivelser i forbindelser med weekender/helligdage.

Dette vil sikre, at kommunikationen til borgeren er konsistent, og denne oplever at blive mødt af et koordineret og velinformeret terapeutteam. I dette regi udarbejdes alene én funktionsevnevurdering i forbindelse med korte indlæggelser.



## 5.3 Retningslinjer og politikker

### Observation 5.3.1 - Finansiering af hjælpemidler

For hjælpemiddelområdet er det meget svært for borgeren og medarbejdere at navigerer rundt i, hvem der skal finansiere hvad. Samtidig er de forskellige hjælpemiddeltilbud ikke med til at gøre området mere gennemsigtigt. Borgerne har samtidig svært ved at se logikken i, at man med samme lidelse ikke får udleveret de samme hjælpemidler uanset, om det er fra kommune, eller regionen. Et forhold der især gør sig gældende for de personbårne hjælpemidler.

Samtidig er der en lovgivningsmæssig kompleksitet i, at en kommune ofte er bundet af at skulle have hjemmel til at bevilge hjælpemidler.

Det faktum, at der er to sektorer organiseret med hver deres pengekasse, kan bidrage til uhenigtsmæssige processer, hvor fokus er på, hvem der skal betale, frem for på borgerens behov. Hvilket eksempelvis kan føre til unødvendige indlæggelser.

Eksempler:

*Genbrugshjælpemidler* - Samme gangredskab kan vurderes som et led i en behandling (regionalt finansiering), eller i forbindelse med almindelig genoptræning (kommunalt finansiering).

*Personbårne hjælpemidler* - Et udredningsforløb af, om borgerens kontinensproblemer er varige eller midlertidige, har forskellig finansiering afhængig af, om det foregår i kommunalt eller regional regi. Borgeren skal selv betale for hjælpemidler (fx bleer og kateter), hvis det er i kommunalt regi, men ikke hvis det foregår i regionalt regi.

*Akutplads vs. hospitalsplads* - Hvis en borger bliver indlagt på en akutplads i kommunalt regi, vil der typisk være meget større borgerfinansiering af udgifterne, end hvis selvsamme borger var blevet indlagt på hospitalet.

### Potentiale vurdering

#### **Borger**

En øget gennemsigtighed og konsistens på, hvornår noget er finansieret af borgeren selv, vil mindske konflikter og sikre en bedre forventningsafstemning mellem borgeren og medarbejderne på området.

#### **Organisering**

Medarbejdere vil opleve et forbedret arbejdsmiljø grundet færre grænsefladekonflikter.

#### **Økonomi**

En mere gennemsigtig og ensrettet finansiering af hjælpemidler vil mindske risikoen for uhenigtsmæssig adfærd.

### Forslag til prøvehandlinger

- ▶ Den nuværende lovgivning og ansvarsfordeling af hjælpemiddelfinansiering mellem region, kommune og borger på området er ikke gennemsigtig og er samtidig med til at skabe en adfærd, som ikke er hensigtsmæssig, hvilket kan resultere i unødvendige indlæggelser.
- ▶ Kortlæg effekten af uhenigtsmæssig adfærd på området, og arbejd henimod en ansvarsfordeling på området, som skaber klarere retningslinjer og understøtter en hensigtsmæssig adfærd under gældende lovgivning. Samtidig kan der advokeres for en mere hensigtsmæssig lovgivning af området.

### Observation 5.3.2 - Vejledende afklaringskatalog på området

Afklaringskataloget er udarbejdet af Det Regionale Samarbejdsråd på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber til afklaring af ansvarsfordeling og grænseflader.

Det er observeret, at katalogets retningslinjer ikke er klare og entydige. Hvorfor borgeren kan opleve forskellige beslutning vedrørende hjælpemidler grundet forskellige fortolkninger.

Der er således oplevet forskellige og modstridende tolkninger af retningslinjerne i kataloget grundet kompleksiteten.

Afklaringskataloget er det vigtigste redskab i at sikre klare retningslinjer for ansvarsfordeling og dermed betaling mellem region, kommune og borger. Dog er der observeret visse uhensigtsmæssigheder:

- ▶ Kataloget er alene vejledende, hvorfor der er eksempler på, at der er udarbejdet lokalt fortolkede retningslinjer, der fraviger fra kataloget.
- ▶ Kataloget er ikke dynamisk og ej heller digitaliseret (ligger p.t. som pdf på RM's hjemmeside). Det er heller ikke integreret i de systemer, hvor der foretages vurdering af hjælpemiddelbehov (EPJ og MedCom).
- ▶ Processen for ændringer/opdateringer til kataloget vurderes ikke effektiv, idet Det Regionale Samarbejdsråd kun har planlagt at mødes to gange om året og diskutere ændringer til kataloget.
- ▶ Afklaringskataloget kan synes uoverskueligt og er ikke entydigt formuleret, hvilket åbner for lokale fortolkninger. Bl.a. er det ikke altid entydigt i henhold til hjælpemiddel versus behandlingsredskab.

De uklare grænseflader resulterer ofte i meget ressourcekrævende ad hoc-kommunikation mellem hospitalet og kommunen. Nogle gange bliver borgeren også involveret i denne kommunikation, selvom det egentlig ikke bør have noget med borgeren at gøre, og det er kun med til at skabe usikkerhed og frustration for borgeren.

### Potentialevurdering

#### **Borger**

En mere ensrettet tolkning af lovgivningen og retningslinjer vil øge oplevelse af "ét sundhedsvæsen", idet borgeren vil opleve, at de to sektorer arbejder bedre sammen med færre konflikter og hurtigere afklaringer. Desuden vil et entydigt afklaringskatalog understøtte, at borgeren får den samme vurdering, uanset hvilken sektor/medarbejder borgeren har kontakt med.

#### **Organisering**

Et styrket afklaringskatalog vil resultere i et mindre behov for ressourcekrævende ad hoc-korrespondance og evt. forbedret tværsektorielt arbejdsmiljø grundet færre grænsefladekonflikter.

Et afklaringskatalog, som er integreret i relevante systemer, vil sikre, at samme version anvendes, og vil samtidig være lettere tilgængeligt for medarbejdere i deres bevilling af hjælpemidler. Endelig vil det også reducere incitamentet til at udarbejde og vedligeholde lokale fortolkninger, herunder 'skuffe'-retningslinjer.

#### **Økonomi**

Minimeret ressourcebehov i forbindelse med ad hoc-korrespondance og adressering af grænsefladekonflikter.

### Forslag til prøvehandling

- ▶ Gør afklaringskataloget gældende og ufravigeligt. Gør det digitalt og dynamisk, og integrer det i allerede eksisterende systemer. Udarbejd en struktur, som gør kataloget let tilgængeligt

og overskueligt (fx ved vejledende spørgsmål, som hjælper terapeuter med at finde rundt i kataloget ved bevilliger).

- ▶ Formuler kataloget entydigt, således lokale fortolkninger minimeres.
- ▶ Etabler et klart ejerskab for katalogets vedligehold, herunder en effektiv, lettilgængelig og systemunderstøttet ændringshåndteringsproces, der sikrer løbende justering og forbedring af kataloget.
- ▶ Udarbejd elektronisk undervisningskursus i afklaringskataloget og gældende aftaler, og indfør, at alle relevante medarbejdere gennemfører kurset periodisk (fx halvårligt/årligt).

#### *Input fra case - Västmanland, Sverige*

I Västmanland har gruppen, som udarbejder afklaringskataloget, ansvaret for uddannelse af alle relevante medarbejdere i de gældende retningslinjer (medarbejder kan ikke bevilge hjælpemidler, hvis uddannelsen ikke er gennemført).

Ansvarsfordelingen i Västmanland er baseret på to entydige elementer. Type hjælpemidler og borgerens boligform. I afklaringskataloget er alle hjælpemidlerne klassificeret efter type, og dermed er kataloget medvirkende til at undgå grænsefladekonflikter. Dette på trods af, at lidt under halvdelen af hjælpemidler ikke er betalt af samme som bevilger. Der skelnes ikke mellem varigt og midlertidigt behov. Yderligere info om casen kan læses i Bilag 1.

#### **Observation 5.3.3 - Kommunikation vedrørende "Frit leverandørvalg"**

I 2010 blev der gennemført en lovændring, som giver borgere med funktionsnedsættelse ret til frit valg af leverandør af alle typer af hjælpemidler. Det er blevet påpeget, at det er kommunerne, som står for kommunikationen af ordningen til borgerne, hvilket derfor typisk sker efter udskrivelse fra hospitalet.

Via vores interviews har vi erfaret, at frit leverandørvalg ofte ikke anvendes. Dette understøttes samtidig af en national kortlægning<sup>24</sup> af ordningen, som viste, at det frie leverandørvalg kun blev benyttet i ca. 1 % af alle sager om genbrugshjælpemidler.

Både rapporten og interviews påpeger, at en årsag er manglende kendskab til ordningen. Begge kilder påpeger, at det primært er de ressourcestærke borgere, som er potentielle brugere af ordningen.

#### **Potentiale vurdering**

##### **Borger**

Øget kommunikation vedrørende det frie leverandørvalg vil styrke borgerens tillid til, at borgeren får oplyst sine rettigheder fra 'systemet' rettidigt.

##### **Organisering**

At få etableret en formel procedure og ejerskab af kommunikationen af det frie leverandørvalg til borgeren vil sikre rettidig kommunikation af det frie leverandørvalg til relevante borgere.

#### **Forslag til prøvehandlinger**

- ▶ Få beskrevet og implementeret en tværsektoriel procedure, der sikrer rettidig kommunikation af det frie leverandørvalg til relevante<sup>25</sup> borgere.

<sup>24</sup> Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, 2014)

<sup>25</sup> Her skal der tages højde for, hvor ressourcestærk borgeren er, idet visse borgere kan være så svækket og bare vil hjem og ikke ønsker at tage stilling til frit valg.

- ▶ Uddan hospitalets terapeuter i retningslinjerne for "det frie leverandørvalg", og sikre at borgerne bliver informeret om dette allerede under indlæggelse, såfremt det er relevant.

#### *Juridisk input*

Bestemmelserne om frit valg giver borgeren mulighed for at vælge et andet hjælpemiddel end det, kommunen bevilger. Herudover har borgeren mulighed for at købe et dyrere produkt ved at betale prisdifferencen. Borgeren indkøber ved benyttelse af frit valg selv hjælpemidlet og får udgifterne hertil refunderet, dog højst med et beløb svarende til den pris, kommunen kunne have erhvervet hjælpemidlet til hos sin leverandør.

## 5.4 Indkøb og logistik

### Observation 5.4.1 - Forskeligt indkøb på området

I 2013 blev der sammenlagt brugt 52,4<sup>26</sup> mio. kr. på indkøb af hjælpemidler i HE Vest (HME) og de tre involverede kommuner jf. Tabel 10 afsnit 3.

Det er observeret, at der kan være væsentlig forskel på indkøbspriserne kommunerne og regionen imellem på de samme produkttyper. Dette gælder bl.a. for genbrugshjælpemidler, hvor kommunernes indkøbspriser typisk er lavere end regionens, mens det for personbårne hjælpemidler er regionen, som typisk har de laveste indløbspriser. Dette kan blandt andet skyldes, at stordriftsfordele ikke udnyttes i form af fælles indkøbsaftaler på tværs af sektorer. Pt. har kommunerne typisk udarbejdet deres egne indkøbsaftaler eller indgår i forskellige kommunale indkøbsfællesskaber. Regionen køber genbrugshjælpemidler ind pr. hospitalsenhed, mens regionen på flertallet af de personbårne hjælpemidler køber fælles ind til alle regionens hospitaler. jf. Tabel 11 i afsnit 3.

Eksempler på prisforskelle:

*Genbrugshjælpemidler - Eksempel 1: Regionen har indkøbt et hjælpemiddel til 1.500 kr. - Kommunen har via udbud indkøbt samme model til 525 kr. Eksempel 2: Regionen har indkøbt et hjælpemiddel til 25.000 kr. - Kommunen har via udbud indkøbt samme model til 13.600 kr.*

*Personbårne hjælpemidler - På kateter- og stomiområdet har vi fået oplyst, at kommunerne betaler op til flere gange prisen i forhold til regionen. Årsagen til dette er, at region og kommune ikke har fælles indkøb. Det er blevet påpeget, at undersøgelser viser, at ca. halvdelen af borgerne anvender det mærke, som de fik under indlæggelsen. Dermed skabes der et incitament for producenter til at tilbyde meget lavere priser til hospitalerne for derimod at hæve indtjening på deres produkter, når kommunerne skal indkøbe dem.*

Derudover oplever borgere i skiftet mellem det regionale og kommunale at modtage forskellige mærker hjælpemiddel, uden at der er sket en ændring i behovet, men kun fordi hver sin sektor indkøber forskellige produkttyper fra forskellige leverandører. Denne udskiftning er til gene for borgeren, da denne nu skal vænne sig til et nyt mærke. Dette er især en problematik på de personbårne hjælpemidler qua deres placering.

### Potentiale vurdering

#### **Borger**

For borgeren vil indkøb af fælles og ensartet hjælpemidler på tværs af regionen og kommunerne være med til at sikre, at borgeren bibeholder samme hjælpemiddel, selvom bevillingen skifter fra den ene sektor til den anden.

Samtidig vil borgeren kunne tilbydes flere nicheprodukter, idet fælles indkøbsaftaler vil sikre større volumen og dermed økonomi i indkøbet af disse.

<sup>26</sup> Datagrundlaget for det økonomiske forbrug kan ses i Bilag 3. Det regionale indkøb dækker kun indkøb af hjælpemidler registreret i HME. Et samlede tal for HE Vest har ikke været tilgængeligt.

### **Organisering**

Fælles indkøbsaftaler vil medføre et fælles varekatalog. Et fælles varekatalog vil effektivisere den tværsektorielle kommunikation, da alle vil have den samme referenceramme.

### **Økonomi**

Volumen kan variere meget mellem kommunerne og regionen, men ved at indgå fælles indkøbsaftaler udnyttes stordriftsfordele i prisforhandlingerne med mulige leverandører. Dette understøtter muligheden for lavere priser samt bedre leveringsbetingelser.

Vores erfaring med indkøbsoptimering i det offentlige viser, at besparelser typisk er på minimum 10-15 %, hvilket der også bør forventes på hjælpemiddelområdet<sup>27</sup>.

Derudover kan der være en effekt ved at gå over imod billigere substituerende produkter, denne effekt er dog vanskelig at estimere, da dette vil afhænge af, hvor stærke præferencerne er inden for de enkelte hjælpemiddeltyper.

### **Forslag til prøvehandling**

- ▶ Etabler en struktur, der sikrer koordineret og fælles indkøb på tværs af sektorer med henblik på at opnå de bedste priser for det samlede hjælpemiddelforbrug. I den forbindelse bør der iværksættes en indkøbsanalyse på tværs af regionen og kommunerne med henblik på at kortlægge det samlede indkøbsbehov, varettyper, indkøbsaftaler og anvendte leverandører.

Sørg for, at kravspecifikationen i et evt. fællesudbud lever op til de forskellige behov, evt. ved inkludering af flere leverandører og mulighed for skaffevarer.

I en overgangsfase vil både kommunerne og regionen være bundet af de aftaler, der er lavet, men når de er udløbet, vil det være muligt at lave et stort fællesudbud.

### **Input fra case - Västmanland, Sverige**

I Västmanland har regionen (län) og de tilhørende kommuner etableret en fælles hjælpemiddelfunktion, som bl.a. står for indkøbet af hjælpemidler til hele området. Indkøbet foretages i samarbejde med yderligere seks andre regioner, således at en tredjedel af de svenske regioner og tilhørende kommuner indkøber sammen. Dette understøtter den opfattelse, at hjælpemiddelområdet ses som kosteffektiv i deres indkøb. Yderligere info om casen kan læses i Bilag 1.

### **Observation 5.4.2 - Depotdrift og hjælpemiddellogistik**

I 2013 blev der sammenlagt brugt 12,1<sup>28</sup> mio. kr. på depotdrift for HE Vest (HME) og de tre delta-gende kommuner jf. Tabel 12 i afsnit 3.

Sammenlagt i Vestklyngen er der ni større depoter og mindst ni akutdepoter. Den geografiske placering af depoterne kan ses i Figur 6 i afsnit 3.

Der er variation i valg af leverancemodeller for deponthåndtering kommuner og region imellem. Nogle steder er det drevet internt, andre steder er det udliciteret (fx til Falck). Generelt kan man sige, at området ikke er optimeret ud fra en helhedsbetragtning, i tilfælde med udliciteringer bliver der ikke lavet fællesaftaler. Samtidig er der risiko for dobbeltkørsel til borger i forbindelse med afhentning og levering af hjælpemidler.

<sup>27</sup> Der bør foretages en indkøbsanalyse for området med henblik på at vurdere det reelle besparelspotentiale.

<sup>28</sup> Alle depotomkostningerne er medtaget for kommunerne, men for regionen indeholder det kun løn og transport for HME. Data har ikke været tilgængeligt for de øvrige depotomkostninger såsom husleje, forbrug, it osv. Disse omkostninger er blandet sammen med den øvrige hospitals drift.

Den nuværende depotstruktur, hvor der ikke altid er mulighed for levering og adgang til hjælpemidler i weekender, aftener og helligdage understøtter ikke den fremtidige udvikling med flere kortere indlæggelser, hvor borgere udskrives på alle tidspunkter af døgnet<sup>29</sup>.

På området udnytter man ikke den samlede hjælpemiddelkapacitet, idét der ikke er et formaliseret samarbejde om deling af hjælpemidler på tværs. Dette gælder selv om man evt. har hjælpemidlerne placeret fysisk det samme sted (fx udliciteret hos Falck).

Jf. Tabel 12 i afsnit 3 kan det ses, at i kommunerne er andelen af hjælpemidler på depot 8-14 %, mens i regionen er den på 49 %. Dette vil kunne forventes nedbragt, såfremt hjælpemidler blev delt som følge af bedre kapacitetsudnyttelse.

#### Potentiale vurdering

##### **Borger**

En fælles depotenhed på området vil øge borgerens oplevelse af "ét sundhedsvæsen" og skabe grundlag for hurtigere levering af hjælpemidler. En fælles logistikvolumen skaber grundlag for mere fleksibel levering af hjælpemidler, hvilket vil understøtte, at borgeren kan udskrives hele døgnet rundt<sup>29</sup>.

##### **Organisering**

En fælles depotenhed gør det også nemmere at skabe en end-to-end-systemunderstøttelse, hvor varen bestilles på depotet, straks efter beslutningen er foretaget. Samtidig vil det understøtte et samlet hjælpemiddelsystem, hvor der kan skabes oversigt over de hjælpemidler, som borgeren er bevilget, uanset hvilket regi det er gjort i. Derudover vil det skabe grundlag for mere dybde i faglighed og specialisering af depot-/logistikmedarbejderne grundet større volumen.

##### **Økonomi**

Et fællesdepot med drift og logistik for hele området på tværs af regionen og kommunerne vil muliggøre, at området kan optimeres ud fra et logistik- og depotperspektiv. Der vil kunne skabes besparelse på at sammenlægge volumen, herunder bedre udnyttelse af den samlede hjælpemiddelkapacitet. En fælles afregningsmodel ved udleje/salg af hjælpemidler fra fælles depot vil bekæmpe kassetækning.

Vores erfaring med transport- og depotoptimering i viser, at besparelser typisk er på 10 %, hvilket der også bør forventes på hjælpemiddelområdet<sup>30</sup>.

#### Forslag til prøvehandlinger

- ▶ Indfør et formaliseret samarbejde på logistikområdet, således at kommuner og regioner koordinerer hjælpemiddeltransporter i forhold til levering og afhentning. Samtidig skal der etableres mulighed for, at borgerne kan aflevere deres hjælpemiddel på nærmeste regionale/kommunale depot, uanset hvorfra det er bevilget.
- ▶ Etabler et fælles hjælpemiddeldepot med en central funktion, der har døgnåbent, og med decentrale satellitdepoter i det omfang, der er behov for. En fælles logistikvolumen skaber grundlag for mere fleksibel levering af hjælpemidler, hvilket vil understøtte udskrivelser hele døgnet rundt.

Der skal være et kontaktpunkt for borgeren vedrørende hjælpemidler, hvilket vil være det centrale depot. Herfra besvares spørgsmål, og kræves besøg hos borgeren, vil dette ske via kontakt fra depotet til den evt. fælles therapeutenhed.

<sup>29</sup> Nuværende omfang vurderes ikke kritisk, men fremadrette bør der være opmærksomhed på disse punkter i forhold til deres udvikling.

<sup>30</sup> Der bør foretages en logistik- og transportanalyse for området med henblik på at vurdere det reelle besparelspotentiale.

Udarbejd en fælles afregningsmodel, som understøtter, at alle involverede parter opfører sig solidarisk. En sådan afregningsmodel kan indeholde faste lejepriser pr. hjælpemiddel, hvor der evt. bliver taget højde for hjælpemidlets alder og stand. Samtidig kan depotet også stå for salg og levering af de hjælpemidler, som det ikke giver mening at leje ud. I udarbejdelsen af afregningsmodellen skal der tages højde for, at en øget kompleksitet skaber øget administrative omkostninger.

Ved etableringen kunne man starte med at samle alle de nuværende hjælpemidler og i takt med, at disse bliver udskiftet, vil man kunne strømline og ensrette porteføljen af hjælpemidler (dette kunne oplagt kombineres med det fælles indkøb, som er beskrevet tidligere).

*Input fra case - Västmanland, Sverige*

I Västmanland har regionen (län) og de tilhørende kommuner etableret en fælles hjælpemiddelfunktion, som blandt andet står for indkøb, lagerstyring, markedsføring, distribution, vedligeholdelse og tilpasning af hjælpemidler til borgerne. Afregningsmodellen er baseret på fælles leje/salgpriser af hjælpemidler. Yderligere info om casen kan læses i Bilag 1.

## Bilag 1 - Case - Västmanland, Sverige

I Sverige er ansvaret for sundhedsområdet også delt mellem kommunerne og region (Lansting), dog under den samme lovgivning (Hälso- och sjukvårdslag §3b og §18b). I loven er ansvarsfordelingen ikke specificeret, dette aftales indbyrdes parterne imellem, herunder omkostningsfordelingen. Der er forskellige former for samarbejde mellem kommuner og regioner, hvor den mest udbredte form er et 'Gemensam Nämnd' (GN). Et GN er et slags partnerskab (ikke juridisk enhed) med politiske repræsentanter og embedsmænd fra både kommunen og regionen. Der eksisterer i dag seks af den slags partnerskaber, herunder i Västmanland. Der er ca. 300.000 indbyggere (ca. det samme som Vestklyngen).

Ansvarsfordelingen mellem region og kommunerne i Västmanland er baseret på type hjælpemiddel samt borgerens boligform. Der skelnes ikke mellem varigt og midlertidigt behov.

Typer af hjælpemiddel:

- ▶ Niveau 1 - de dyreste og mest komplekse hjælpemidler, herunder el-kørestole og medicinske behandlingshjælpemidler (lejes af region).
- ▶ Niveau 2 - mellemniveau, kræver basal kompetence ved bevilling (fx manuelle kørestole og rullatorer) (lejes af region eller kommune).
- ▶ Niveau 3 - lavt niveau, kræver ingen teknisk kompetence (fx gribetang og sengeklodser) (sælges til region eller kommune).
- ▶ Niveau 4 - APV-hjælpemidler (fx seng og lift) (lejes af region eller kommune).

Boligform:

- ▶ Ordinært boende = Eget hjem (lejlighed eller hus).
- ▶ Særskilt boende = På bosted (fx plejehjem, opholdshjem, akuttilbud osv.).

**Tabel 14 Ansvarsfordeling for hjælpemidler i Västmanland**

Type of hjælpemiddel	Ordinært boende	Særskilt boende
Niveau 1	Region	Region
Niveau 2	Region	Kommune
Niveau 3	Region	Kommune
Niveau 4	Region	Kommune

- ▶ Partnerskabet er indgået på frivillig vis, men de vedtagne regler og tolkninger er gældende og bindende for alle medlemmer. Den overordnede ledelse af samarbejdet styres af en gruppe bestående af fuldmægtige fra både regionen og kommunerne.
- ▶ Partnerskabet har to hovedopgaver den varetager:
  1. Driften af en fælles hjælpemiddelcentral (HMC)<sup>31</sup> herunder:
    - Indkøb, lagerstyring, markedsføring, distribution, vedligeholdelse og tilpasning af hjælpemidler til borgerne (indkøb foretages i et indkøbsfælleskab sammen med seks andre regioner).
    - Support til terapeuter i forbindelse med bevilling, udvælgelsen og afprøvning af udstyr.

<sup>31</sup> P.t. varetages driften af interne medarbejdere, men der er mulighed for udlicitering, hvis dette ønskes. Organisatorisk er HMC placeret under regionen.



## 2. Tolkning af lovgivningsmæssige rammer herunder:

- Ansvarsfordelingen for hjælpemidler (se Tabel 14), herunder vedligeholdelse af afklaringskataloget, som er bindende og klart definerer, hvad der kan bevilges, inklusive klassificering af hjælpemidlerne jf. niveauerne 1-4.
  - Fastlæggelse af fælles leje-/salgspriser af hjælpemidler i afklaringskataloget (kataloget anses som det stærkeste omkostningsstyringsredskab parterne har til rådighed).
  - Analyser om omkostningsperspektivet ved indførelse af nye hjælpemidler. Fx en omkostningsanalyse viste, at bevilling af 1.000 el-kørestole ville spare regionen og kommunerne 47 mio. SEK, idet borgeren blev bedre mobiliseret og ville have mindre brug for pleje.
  - Uddannelse i retningslinjerne af alle relevante medarbejdere (medarbejder kan ikke bevilge hjælpemidler, hvis uddannelsen ikke er gennemført)
- ▶ Der er et fælles it-system, hvor alle bevillinger går igennem. Alle tværsektorielle godkendte personer (ca. 600), som kan bevilge, har adgang til dette. Systemet er koblet sammen med hjælpemiddelcentralens system, der automatisk får besked og står for leveringen af hjælpemidlet.
  - ▶ På hjælpemiddelområdet følges bevillingen og beslutningstagning ikke altid ad. Regionale, private og kommunale terapeuter kan bevilge, og betaling sker derefter i forhold til ansvarsfordelingen (se Tabel 14) - fx i Västmanland er lidt under halvdelen ikke betalt af samme instans som bevilger. Dog skaber det ikke store grænseflader konflikter grundet et klart, entydigt og gældende afklaringskatalog.

En national evaluering<sup>32</sup> af tværsektorielt samarbejde på hjælpemiddelområdet fremhæver, at partnerskaber (GN) viser tydeligere positive resultater inden for:

- ▶ Omkostningseffektivisering
- ▶ Øget lighed af pleje og omsorg
- ▶ Et mere gennemskueligt system fra et borgerperspektiv
- ▶ Forbedret beslutningskraft ved grænsefladepørgsmål

Man understøtter følgende succeskriterier som afgørende for indførelsen af velfungerende tværsektorielt partnerskab:

- ▶ Styringsmodel og ansvarsområdet skal være tydeligt defineret og afgrænset.
- ▶ Partnerskabet skal ikke blot ses som en omkostningsøvelse; det er essentielt med et borgerfokus.
- ▶ Der må ikke eksistere parallelle organisationer på området - det er vigtigt, at partnerskabet har den endelige beslutningskraft på de områder, det varetager.

De tværsektorielle partnerskaber har været en så stor succes i Sverige, at man i flere af fællesskaberne har valgt at udvide ansvarsområderne, da man også ser en positiv effekt af at betragte hjælpemiddelområdet i et helhedsperspektiv. I de relativt nystartede partnerskaber giver man dog udtryk for, at partnerskabet først skal finde sin form på det afgrænsede hjælpemiddelområde, før man betragter det som en god ide at udvide samarbejdet.

---

<sup>32</sup> Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet (Hjälpmiddelsinstitutet, 2013).

## Bilag 2 - Dataindsamling

Dataindsamlingen har haft til formål at få input og erfaringer fra medarbejdere i regionen, kommunen og borgere samt identificere eksisterende relevant baggrundsmateriale. Derudover har vi, som nævnt, haft anvendt data fra hjælpemiddelområdet i Västmanland i Sverige.

### Interviews

Der er blevet gennemført interviews med i alt 24 personer:

- ▶ 10 personer ansat i Region Midtjylland
- ▶ 8 personer ansat i de deltagende kommuner
- ▶ 5 borgere (hvor 2 samtidig var medlemmer af borgerrepræsentantsgrupper)
- ▶ 1 repræsentant fra Västmanland Hjælpedelscentrum.

Personerne er blevet udvalgt til interview ud fra følgende kriterier:

- ▶ De udvalgte personer fra region og kommune skal kunne bidrage til at skabe et overblik over processer og disses primære aktiviteter.
- ▶ De udvalgte personer besidder viden, som kan være med til at belyse området ud fra et organisatorisk og økonomisk perspektiv og/eller fra et borgerperspektiv.

### Møder

I forbindelse med projektets gennemførelse har der været nedsat en projektgruppe, med hvem der har været afholdt løbende interaktioner. Undervejs i projektet har projektgruppen afholdt følgende møder:

- ▶ Workshop omkring kortlægning af overordnede udfordringer på området.
- ▶ Midtvejsmøde med henblik på kvalitetssikring af foreløbig observationer.
- ▶ Workshop omkring input til prøvehandling.
- ▶ Udkastmøde, hvor første rapportudkast blev drøftet inden fremsendelse af tilrettet rapportudkast til styregruppen.

I vores arbejde har vi haft store glæde og gavn af projekt og styregruppen, hvor alle har været proaktive, innovative og deltagende igennem hele forløbet.

#### Projektgruppe

Dorthe Klith, projektleder (Nære Sundhedstilbud, RM)	
Rikke Bech Krogsgaard (HE Vest)	Lene G. Jensen (Lemvig Kommune)
Lone B. Sørensen (Koncernøkonomi RM)	Natascha Sørensen (Holstebro Kommune)
Else Hjortbak (HE Vest)	Per Højmark (EY)
Peter Seebach (HE Vest)	Frank Haldager (EY)
Betina B. Nielsen (Ringkøbing/Skjern Kommune)	Thomas Lorenzen (EY)

#### Styregruppe

Henning Vestergaard (HE Vest)	Lene Holm (Holstebro Kommune)
Grete Bækgaard (Lemvig Kommune)	Helle Vadmand (Koncernøkonomi RM)
John Christensen (Ringkøbing/Skjern Kommune)	Jens Damgaard (Nære Sundhedstilbud, RM)

Derudover har der været afholdt et dialogmøde med den tværsektorielle arbejdsgruppe 'Undergruppe vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber', som er nedsat i regi af sundhedsaftalen, og som bl.a. på tværs af regionen udvikler og vedligeholder afklaringskataloget for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Formålet var både at kvalitetssikre observationer og modtage input til problemstillinger og løsninger på området.

## Baggrundsmateriale

Formålet med at indsamle baggrundsmateriale tjener både som konkret analysegrundlag og som validering af konklusioner og prøvehandlinger, herunder i hvilken kontekst vi skal se potentialer. Der er indhentet relevant eksisterende materialer, såsom:

### ▶ Eksterne materialer:

- Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner (2014).
- Vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber i Region Midtjylland (December 2013).
- Guide for hjemmepleje/sygehus standarder (MedCom, 2013).
- Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, 2014).
- Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet (Hjälpmedelsinstitutet, 2013).
- Genomlysning av hjälpmedels-verksamheten i Västmanlands län (EY, 2009).

### ▶ Interne materialer:

- Kommunalt økonomisk forbrug - regnskab for hjælpemiddelkontoen (5.32.35) for 2012, 2013, samt budget for 2014.
- Regionalt indkøb af hjælpemidler i HME for 2012, 2013 samt budget for 2014.
- Hjælpemiddeldiagram - overordnede ansvarsfordeling mellem region, kommune og borger.
- Udlån af hjælpemidler fra kommunen i forbindelse med udskrivning - flowdiagram.
- Antallet af udlånte hjælpemidler og depotbeholdning regionalt og kommunalt fordelt på produktkategorier.
- Antal terapeuter beskæftiget med genbrugshjælpemiddelområdet.
- Information omkring regional og kommunal depotdrift for 2013.
- Oversigt over it-systemer, der benyttes på området.
- Overordnet oversigt over indkøbsaftaler på området.

## Bilag 3 - Økonomisk forbrug af hjælpemidler

HME				
Konto	2012	2013	2014 (Estimat)	
Hjælpe-middelenheden (Gruppering 141) - Øvrige lægelige artikler	2.386.000	3.657.000	3.905.000	
<b>Total (kr.)</b>	<b>2.386.000</b>	<b>3.657.000</b>	<b>3.905.000</b>	

HOLSTEBRO KOMMUNE				
Konto		2012	2013	2014 Korr. budget
(05.32.35) 002 Optiske synshjælpemidler		214.259	284.384	252.000
(05.32.35) 003 Arm- og benproteser		990.566	1.955.218	1.312.000
(05.32.35) 005 Ortopædiske hjælpemidler, inkl. fodtøj	001 Ortopædiske hjælpemidler	1.194.814	1.306.562	1.162.000
(05.32.35) 005 Ortopædiske hjælpemidler, inkl. fodtøj	002 Ortopædisk fodtøj og indlæg	1.264.753	1.253.970	1.685.000
(05.32.35) 005 Ortopædiske hjælpemidler, inkl. fodtøj	003 Brystproteser	333.511	300.524	343.000
(05.32.35) 005 Ortopædiske hjælpemidler, inkl. fodtøj	004 Parykker	316.480	275.021	252.000
(05.32.35) 006 Inkontinens- og stomihjælpemidler	001 Inkontinens hjælpemidler	3.344.644	3.630.183	3.128.000
(05.32.35) 006 Inkontinens- og stomihjælpemidler	002 Stomihjælpemidler	3.076.230	3.198.259	2.824.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	001 Genbrugshjælpemidler	2.073.547	1.705.231	2.018.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	004 Synshjælpemidler	97.767,20	136.419,01	252.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	005 Diabeteshjælpemidler	2.912.499	2.958.969	2.754.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	006 Øvrige hjælpemidler	56.243	59.053,92	71.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	007 Gummistrømper	554.571	575.576	656.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	008 El-køretøjer	115.913	54.495	164.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	009 El-kørestole	743.338	379.415	409.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	010 Kørestole	552.036	487.737	605.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	011 Plejesenge	106.020	79.908	101.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	012 Lifte	226.439	584.191	504.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	013 Vend let	153.829	151.603	40.000
(05.32.35) 007 Andre hjælpemidler	014 Madrasser	282.541	244.103	404.000
001 Hjælpemidler og etablering af hjælpemiddel-depoter	Varekøb til depot	945.577	1.696.707	1.282.000
<b>Total (kr.)</b>		<b>19.555.575</b>	<b>21.317.530</b>	<b>20.218.000</b>

<b>LEMVIG KOMMUNE</b>			
<b>Konto</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014 Korr. budget</b>
(05.32.35) Optiske synshjælpemidler (Servicelovens pgf. 112)	121.597	108.572	60.000
(05.32.35) Arm- og benproteser (Serv. § 112)	587.315	618.809	170.000
(05.32.35) Ortopædiske hjælpem, inkl. Sko (. § 112)	1.089.357	894.316	1.140.000
(05.32.35) Inkontinens- og stomihjælpem. (§112)	2.761.265	3.164.118	1.773.000
(05.32.35) Andre hjælpemidler (Serv. § 112)	3.849.375	3.350.130	3.914.000
(05.35.40) 001 Indkøb til depot Lemvig/Struer	101.622	722.364	798.000
(05.35.40) 001 Hjælpemidler indkøbt Lemvig Kommune	0	88.783	0
<b>Total (kr.)</b>	<b>8.510.531</b>	<b>8.947.093</b>	<b>7.855.000</b>

<b>RINGKØBING/SKJERN KOMMUNE</b>			
<b>Konto</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014 Korr. budget</b>
(05.32.35) Optiske synshjælpemidler (SEL §112)	419.550	560.383	420.000
(05.32.35) Arm- og benproteser (SEL §112)	1.254.535	1.208.504	1.323.000
(05.32.35) Inkontinens- og stomihjælpemidler (§112)	6.857.719	7.543.357	5.712.000
(05.32.35) Genbrugshjælpemidler (SEL §112)	7.772.269	7.556.163	7.295.000
(05.32.35) Øvrige hjælpemidler (SEL §112)	595.234	657.300	575.000
(05.32.35) Bandager (SEL §112)	97.851	76.991	100.000
(05.32.35) Diabetesartikler - type 1(SEL §112)	3.660.201	2.960.410	2.083.000
(05.32.35) Diabetesartikler - type 2(SEL §112)	263.447	158.045	250.000
(05.32.35) Brystproteser (SEL § 112)	368.607	241.518	350.000
(05.32.35) Ortopædiske sko (SEL § 112)	1.289.015	1.194.195	1.000.000
(05.32.35) Indlæg til ortopædiske sko (SEL § 112)	247.347	189.439	230.000
(05.32.35) Andre ortopædiske hjælpemidler (SEL §112)	55.581	67.424	60.000
(05.32.35) Kompressionsstrømper (SEL § 112)	506.003	1.051.903	450.000
(05.32.35) Armkompressionsstrømper (SEL § 112)	44.625	58.759	50.000
(05.32.35) Korsetter (SEL § 112)	117.149	147.641	111.165
(05.32.35) Parykker (SEL § 112)	127.396	118.118	130.000
Hjælpemiddeldepot - Indkøb af basishjælpemidler	299.068	301.891	300.000
<b>Total (kr.)</b>	<b>23.975.597</b>	<b>24.092.041</b>	<b>20.439.165</b>

## Bilag 4 - Antal hjælpemidler

Oktober 2014

Hjælpemiddeltype	HE VEST (HME)		Holstebro		Lemvig		RKSJ	
	Antal hos borger	Antal på depot	Antal hos borger	Antal på depot	Antal hos borger	Antal på depot	Antal hos borger	Antal på depot
Aktive kørestole	1	4	17	11	0	0	54	0
Arbejdsstole	3	16	109	11	32	8	258	12
Badebænke	550	154	893	109	227	14	1.457	26
Dørtrinsudligninger (gummi ramper)	45	150	0	0	0	0	405	0
El-kørestole	0	0	0	0	0	0	76	7
El-scooter	0	0	0	0	0	0	221	6
Forflytningshjælpemidler	28	180	1.597	137	269	57	722	74
Gangvogn	18	31	35	4	14	2	45	6
Komfort kørestole	8	9	180	33	36	13	196	59
Kørestole	165	186	491	40	161	28	622	40
Løftlift	0	0	281	22	15	6	0	0
Løse ramper	0	0	0	0	0	0	177	31
Personløfter	0	2	82	12	9	4	34	10
Plejesenge	0	6	584	12	106	5	357	26
Puder, tryksårsforb.	112	81	887	75	29	18	791	208
Rollator	117	157	1.195	45	489	17	2.076	60
Sejl	0	0	795	211	66	56	383	161
Skumdrasser	2	8	424	25	121	28	433	31
Ståløfter	0	4	55	24	10	3	18	5
Ståstøttestole	0	5	48	6	4	0	108	8
Toiletforhøjer fastmonteret	23	42	496	19	248	29	787	31
Toiletforhøjer fritstående	104	64	251	18	63	14	97	22
Toiletstol	20	54	273	38	72	5	183	29
Toiletstol med kip	1	1	143	4	15	4	41	14
Toiletstole med hejs	0	0	10	0	1	0	26	1
Vekseltrykmadrasser	0	0	275	34	80	17	125	26
<b>Total</b>	<b>1.197</b>	<b>1.154</b>	<b>9.121</b>	<b>890</b>	<b>2.067</b>	<b>328</b>	<b>9.692</b>	<b>893</b>

## Bilag 5 - Hjælpemiddeldepoter i Vestklyngen

Enhed	Type depot	Adresse
HE Vest	Regionalt depot	Lægårdvej 12, 7500 Holstebro
HE Vest	Regionalt depot	Gl. Landevej 61, 7400 Herning
HE Vest	Regionalt depot	Østergade 30, 7620 Lemvig
HE Vest	Regionalt depot	Nørreport 9, 6950 Ringkøbing
Herning	Hoveddepot	Wedellsborgvej 8, Tjørring, 7400 Herning
Holstebro	Akut depot	Holmegade 35, 6990 Ulfborg
Holstebro	Akut depot	Grønningen 1, 7830 Vinderup
Holstebro	Akut depot	Parkvej 88, 7500 Holstebro
Holstebro	Akut depot	Birkehøj, 7500 Holstebro
Holstebro	Hoveddepot	Fabersvej 110, 7500 Holstebro
Ikast-Brande	Hoveddepot	Grøddevej 27b, 7430 Ikast
Lemvig/Struer	Hoveddepot	Fabersvej 110, 7500 Holstebro
Ringkøbing/Skjern	Akut depot	Klostervej 39, Kloster, 6950 Ringkøbing
Ringkøbing/Skjern	Akut depot	Noerregade 9, 6950 Ringkøbing
Ringkøbing/Skjern	Akut depot	Centerparken 1, 6920 Videbæk
Ringkøbing/Skjern	Akut depot	Bredgade 49, 6900 Skjern
Ringkøbing/Skjern	Akut depot	Torvegade 20, 6880 Tarm
Ringkøbing/Skjern	Hoveddepot	Jaegervej 13, 6900 Skjern

## Bilag 6 - Lovgivning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger

### Samtykke ved advis-udveksling

Udveksling af indlæggelses og udskrivelsesadviser mellem kommune og sygehus kan ske uden borgernes samtykke, jf. retssikkerhedsloven § 12c, såfremt en borger modtager hjemmehjælp, sygepleje, forebyggende hjemmebesøg, træning, madservice eller sygedagpenge. Udveksling af adviser må ikke ske vedr. borgere, som alene modtager hjælpemidler fra kommunen.

### Samtykke ved udveksling af hjemmepleje-sygehus standarder

Udveksling af borgerens helbredsoplysninger mellem kommune og sygehus i form af indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport kræver som udgangspunkt, at borgeren giver sit samtykke, jf. lovgivning om videregivelse af helbredsoplysninger, kap. 9 i Sundhedsloven.

Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt.

Grundlæggende skelnes i Sundhedslovens kapitel 9 mellem, om der er tale om indhentning af oplysninger eller videregivelse af oplysninger. I forhold til hjemmeplejesygehus standarderne er der tale om videregivelse af oplysninger. Derudover skelnes mellem, om der er tale om udveksling af oplysninger i forbindelse med et behandlingsforløb, eller om der er tale om videregivelse af oplysninger til andre formål.

Ved anvendelse af hjemmeplejesygehus standarderne kan der være eksempler, hvor der er brug for udveksling af oplysninger, uden at der er tale om, at en behandling foregår på tværs af sektorer. F.eks. hvis en borger i kommunen modtager hjemmehjælp til personlig pleje og praktisk bistand efter Serviceloven, men i øvrigt ikke modtager nogen form for behandling eller sygepleje i kommunen og heller ikke skal gøre det, efter endt behandling på sygehuset. Her vil videregivelsen af oplysninger ikke ske i forhold til en fortsat behandling på tværs af sektorer, men oplysninger om borgerens behov for basal pleje er nødvendig, for at sygehuset kan varetage denne under indlæggelsen. Det samme gælder ved udskrivning af borgere, som i kommunen ikke forventes at modtage pleje og behandling ud over hjemmehjælp efter Serviceloven.

Når der er tale om videregivelse af helbredsoplysninger i et behandlingsforløb på sundhedsområdet, er det Sundhedslovens § 41, der skal anvendes. Når der er tale om videregivelse af oplysninger til andre formål, er det Sundhedslovens § 43, der gælder.

### Videregivelse af oplysninger uden borgerens samtykke

Videregivelse af oplysninger ved både behandlingsforløb og videregivelse til andre formål kan ske uden borgerens samtykke såfremt:

- ▶ (§ 41) Det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov.
- ▶ (§ 43) Det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.
- ▶ (§ 43) Videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Borgeren har ret til at frabede sig, at ovenstående udveksling af oplysninger finder sted. Praksis vedr. håndtering af samtykke i forhold til den automatisk sendte indlæggelsesrapport fra kommunens EOJ-system, vil således håndteres som en videregivelse uden borgerens samtykke jf. §§ 41 og 43's betingelser for dette.

*Kilde: Guide for hjemmepleje/sygehus standarder(MedCom, 2013)*