

## **Beslutningsgrundlag for fælles aftale IV-behandling i nærmiljøet**

Dette notat er beslutningsgrundlag for en fælles aftale om IV-behandling i nærmiljøet og indeholder beskrivelse af:

Dato 25-10-2017  
Mads Venø Jessen /  
Mette Byrgiel Bach

1. Baggrund
2. IV-behandling i dag
3. Målgruppen
4. Klinisk kvalitet
5. Borgeroplevet kvalitet
6. Økonomi
7. Rammer og incitamenter
8. Opfølgning
9. Aftalens omfang og ikrafttræden

1-01-72-16-14

Side 1

Udkast til aftale og faglige retningslinjer for samarbejdet er vedlagt i bilag.

### **1. Baggrund**

I sundhedsaftalen er der fokus på, at udvikle relevante indsatser i det nære sundhedsvæsen og på borgerens præmisser. Målet er at kunne levere fagligt kompetente og relevante ydelser, så tæt på borgerens hverdag som muligt.

Samtidig er det i Sundhedsstyregrupperegi valgt, at arbejdet med en fælles aftale om IV-behandling skal fungere som læring / øvebane for grænsekrydsende samarbejdsprocesser og fælles ledelse med henblik på udbredelse til øvrige områder. For at sikre dette skærpede fokus blev der udpeget en ledelsesgruppe med repræsentation på direktør-niveau fra region og kommuner.

Ønsket om en fælles aftale for IV i kommunalt regi skal ses i denne sammenhæng. Mere konkret skal aftalen:

- Medvirke til at skabe forløb på patienternes<sup>1</sup> præmisser

---

<sup>1</sup> I samarbejdsaftalen anvendes begrebet patienter. Det henviser til borgere i hospitalsbehandling og borgere, som får IV-behandling i kommunalt regi.

- Give patienten mulighed for behandling i eget hjem/nærmiljøet
- Sikre ensartet praksis på tværs af region og kommuner til gavn for patienterne

IV-behandling i nærmiljøet (herunder plejebolig, ældrebolig, eget hjem, sundhedsklinik/ akutplads/midlertidig plads i kommunen), giver mulighed for, at borgeren kan være hjemme/tæt på hjemmet og modtage behandlingen i stedet for at være indlagt på hospitalet. Borgeren får derved de bedst mulige betingelser for at fastholde sin hverdag. IV-behandling i eget hjem flygter derfor med sundhedsaftalens vision om 'Sundhedsløsninger tæt på borgeren'.

Et tæt samarbejde mellem hospital og kommune har betydet, at der de seneste år er indgået aftaler om IV-behandling mellem hospital og kommune, enten på klyngeniveau eller bilateralt mellem hospitalet og den enkelte kommune. Udfordringen er, at aftalerne om udstyr, medicin-type og IV-adgange er uens og at en række borgere bevæger sig på tværs af klyngerne. Foruden at skabe forskelsbehandling af patienterne udgør de uens aftaler en potentiel risiko for patientsikkerheden.

Der er derfor behov for en samarbejdsaftale om IV-behandling i nærmiljøet.

#### *Afgrænsning*

Aftalen omfatter kun IV-behandling i forhold til (isotone)væske og antibiotika. Denne afgrænsning er foretaget fordi det vurderes, at være de to områder som er mest relevant p.t.

For at sikre, at aftalen er relevant for borgerne og de fagprofessionelle, omfatter aftalen alle typer af antibiotika og IV-adgange og som gives op til fire gange i døgnnet, afhængigt af, hvilken antibiotika patienten udskrives med. Dette skærper kravene til faglighed blandt bl.a. de kommunale sygeplejersker.

Eksisterende eller ønskede aftaler vedrørende fx målgrupper og behandlingstilbud, der ligger ud over denne aftale, kan videreføres / indgås, men kræver, at der er / udarbejdes særskilte aftaler mellem de involverede parter. Målgruppen i yderligere aftaler er ikke en del af den "kvote", der omtales i nærværende aftale (se punkt 3, målgruppen)

Tilsvarende ændrer aftalen ikke ved, at kommuner, efter eget valg og i samarbejde med egen læge, kan starte iv-behandling i hjemmet, uden forudgående indlæggelse, med det formål at forebygge indlæggelse.

På sigt vil aftalen kunne udvides til at omfatte andre indsatsområder, som f.eks. IV-behandling af kræft i kommunalt regi. En sådan udvidelse bør kun ske efter en grundig proces, hvor de faglige, patientoplevede og økonomiske forhold er afdækket. Aftalen vil endvidere kunne revideres / udvikles på baggrund af udviklingen på området (fx medecintyper og udstyr) og alternativer til den gældende IV-behandling.

## **2. IV-behandling i dag**

Behandling med IV foregår traditionelt på sygehuset under indlæggelse eller ambulat. Nogle patienter er hjemme nogle timer mellem hver infusion. Andre modtager IV-behandling ambulat, hvor de møder ind 2-4 gange i døgnnet til planlagt infusion.

Størstedelen af de midtjyske kommuner har indgået bilaterale aftaler med hospitalerne om fortsat IV-behandling i nærmiljøet. Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, uanset om den udføres på sygehuset eller i nærmiljøet.

IV-behandling med antibiotika er ikke i udgangspunktet en rutineopgave i den kommunale sygepleje og indgår ikke i de nye standarder for kommunale akutfunktioner. Det fremgår dog af standarderne, at opgaven kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer.

Når lægen har ordineret behandling med IV-antibiotika, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere medicinbehandlingen. Flertallet af præparater fås i lukkede systemer, der blandes på sengestuen. De resterende præparater blandes under udsugning i et medicinrum. Efter blanding af medicinen, afspritning mv. jf. instruks, påbegyndes antibiotikabehandlingen. Efter endt behandling sættes prop på, og IV-adgangen gennemskylles.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige infektionsmedicinske problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold i kommunale aflastningspladser.

Eksempler på patientforløb:

- Pseudomonas infektioner (lungeinfektioner)
- Erysipel infektioner (hudinfektioner)
- UVI infektioner (urinvejsinfektioner)
- Absces behandling (bylder)
- Endocardit patienter (betændelse i hjertet)
- Ostit patienter (knoglebetændelse)

#### *Beskrivelse af et IV-forløb*

IV-behandlingen startes op på hospitalet (enten ved indlæggelse på hospitalet, ambulant behandling eller geriatrisk team) med mindst to behandlinger. Hermed er der i hospitalsregi mulighed for at observere for anafylaktisk chok, som er størst ved de to første injektioner.

Hospitalet sender patienten hjem til fortsat IV-behandling i nærmiljøet. Patienten hjemsendes med nyanlagt IV-adgang og slange. Der medsendes IV-kasse (sam-pak) med det ordinerede væske/medicin og remedier til det antal dage, det forventes, at patienten skal fortsætte behandlingen.

Patienten modtager behandling af en kommunal sygeplejerske. Den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem hospital, kommune og praktiserende læge fremgår af de faglige retningslinjer.

### **3. Målgruppen**

Udgangspunktet for aftalen er, at den omfatter IV-behandling af voksne borgere (15 år +) i Region Midtjylland, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, som bedst varetages tæt på patientens hverdag, familie og netværk.

Målgruppen er patienter over 15 år, som er:

- Patienter fra et af Region Midtjyllands hospitaler, der efter udskrivelsen skal fortsætte intravenøs behandling, og hvor det ud fra en lægefaglig vurdering findes forsvarligt og hen-

sigtsmæssigt, at behandlingen foregår i kommunalt regi (herunder plejebolig, ældrebolig, sundhedsklinik/akutplads/midlertidig plads i kommunen og eget hjem)

- Patienter som sættes i behandling af hospitalet, men hvor der ikke forud har været en indlæggelse, f.eks. via ambulatorium, geriatrisk team mv.

De to første indgifte sker i hospitalsregi.

For at kunne færdiggøre IV-behandling i patientens nærmiljø, skal patienten være stabil og vurderet lægefagligt egnet. Borgerens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en lægefaglig vurdering efter samtale mellem patient, kommunal sygeplejerske og hospital.

#### **4. Klinisk kvalitet**

Med det rette aftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at færdiggøre IV-behandlingen i nærmiljøet. Det er i den forbindelse vigtigt, at den kommunale sygeplejerske besidder de nødvendige kompetencer og er i stand til at opstarte behandling med adrenalin i tilfælde af anafylaktisk chok, som dog, hvis det forekommer, oftest sker inden for de første to injektioner.

Der er i forlængelse af aftalen udarbejdet faglige retningslinjer for behandlingen, herunder begrebsafklaring, information til patienten, planlægning af udskrivelse, opgave- og ansvarsfordeling.

For at undgå, at der på grund af afstanden gives mere medicin / i længere tid end nødvendigt, indgår det som en del af de faglige retningslinjer, at behandlingen revurderes efter tre dage. En revurdering af behandlingen med det formål at begrænse omfanget er til fordel for patienten, miljøet og de kommunale ressourcer. Af tilsvarende betydning for patienten og miljøet er den væsentligt at begrænse forbruget af bredspektret antibiotika, hvilket tages med i overvejelserne om den mest optimale behandling.

#### *Udviklingspotentialer*

Den IV-behandling, der aftales for den enkelte patient forholder sig til muligheden for at optræne patienten eller pårørende til selv at varetage behandlingen (selvadministration). Dette vurderes i forhold til behandlingens længde og den konkrete patient og beror på en samtale mellem patient og hospital. Selvadministration har været et udviklingsprojekt på Aarhus Universitetshospital (AUH) for patienter i længerevarende IV-behandling. De gode erfaringer skal spredes til de øvrige hospitalsenheder.

Den IV-behandling, der aftales for den enkelte patient forholder sig til muligheden for at anvende elastomerisk pumpe, som påfyldes én gang i døgnet. Pumpebehandling er ikke relevant ved behandling af kortere varighed. Da kun få medicintyper p.t. kan anvendes i elastomerisk pumpe på grund af præparaternes fysisk-kemiske holdbarhed, er målgruppen for behandling med pumpe begrænset. Der er et udviklingsarbejde i gang.

Tilsvarende vil der i IV-behandlingen være opmærksomhed på udviklingen inden for anvendte remedier, fx IV-adgange.

I IV-behandlingen af den enkelte patient er der opmærksom på at følge de nyeste retningslinjer for IV-behandling med antibiotika, hvoraf det fremgår, at patienterne langt hurtigere end tidligere skal skifte til behandling på tabletform.

I forhold til at vælge den ressourcemæssigt bedste løsning er der kontinuerligt fokus på udviklingen på området.

## 5. Borgeroplevet kvalitet

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient samt upåagtet af, om patienten har været indlagt før. Patientforløbene vil med overdragelsen af behandlingsopgaven blive optimeret ved korte indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem til fortsat IV-behandling.

Ved at patienten forbliver i eget hjem, eller får en relativ kort indlæggelse, vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient kan med IV-behandling i eget hjem antageligvis undgå konfusion, og samtidig vil dennes funktions- og aktivitetsniveauet ikke blive reduceret på samme måde som det kam risikeres ved en indlæggelse. Dette gælder for såvel de ældre og/eller svage patienter, der helst vil undgå indlæggelse, som for de erhvervsaktive borgere, der får mulighed for en behandling, der i højere grad kan understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

## 6. Økonomi

Aftalen omfatter ikke beslutning om ændret finansiering af indsatsen. Det er derfor den enkelte organisation, der afholder udgiften til den del af indsatsen, der varetages i eget regi.

Aftalen tager udgangspunkt i,

- at de to første IV-behandlinger varetages i hospitalsregi
- at patienterne modtager *gennemsnitligt* 16 IV-antibiotikabehandlinger i alt efter udskrivelsen fra hospitalet.
- patienten modtager behandling op til fire gange i døgnet, afhængigt af, hvilken antibiotika de udskrives med.

Ved IV-behandling i nærmiljøet har hospitalet udgifter til medicin, specifikke anvendte remedier, pumpe, diagnosticering af patienten, anlæggelse af IV-adgang og opstart af behandlingen samt rådgivning af kommunale sygeplejersker ifm behandlingen.

Ved udskrivelse til IV-behandling i nærmiljøet opnås en bedre kapacitetsudnyttelse på hospitalet og eksisterende senge kan benyttes af patienter med indlæggelsesbehov. Den umiddelbare ressourcemæssige besparelse på hospitalet er ikke omregnet, idet en række omkostninger indeholdt i gennemsnitsomkostningen ikke vil kunne kapitaliseres (forplejning, vask, behandlingstid mv.).

IV-behandling i nærmiljøet medfører øgede kommunale udgifter i form af den tid den kommunale sygeplejerske bruger på opgaven.

Kommunerne i Region Midtjylland har lavet en beregning af de kommunale udgifter til IV-behandling i nærmiljøet ved gennemsnitligt 16 behandlinger til antibiotikabehandling. Det gennemsnitlige antal behandlinger med isotone væsker vurderes at ligge lidt lavere.

Der arbejdes i beregningsmodellen for de kommunale udgifter med tre elementer: 1) mængde, 2) varighed og 3) pris.

#### *Mængde*

Med mængde menes det antal borgere, der modtager IV-behandlingen i kommunalt regi på et år. For at sikre en vis budgetsikkerhed i kommunerne er antallet af borgere i IV-behandling i kommunerne estimeret. Dette er gjort ved, at tallene for IV-behandling i 2016 og 2017 fra syv kommuner er blevet ekstrapoleret i forhold til alle 19 midtjyske kommuner.<sup>2</sup>

De ekstrapolerede tal er efterfølgende vurderet / verificeret i den enkelte kommune, som på den baggrund kan fastlægge et beregnet antal mulige patienter i egen kommune. Det udgør en form for "kvote", som kommunen kan benytte til at styre efter og følge udgifterne. Den enkelte kommune er således ikke forpligtet ud over den "kvote" der er fastlagt. Kommunernes "kvoter" vedlægges aftalen som bilag.

#### *Varighed*

Det andet element i modellen er varighed. Den kommunale sygeplejerskes tidsforbrug til den enkelte IV-behandling er i *gennemsnit* fastsat til 30 min., uafhængigt af konkrete medicintypers gennemløbshastighed og med udkørsel til patienten op til fire gange i døgnet, afhængigt af, hvilken antibiotika de udskrives med.

#### *Pris*

Det tredje element i modellen er prisen for en kommunal sygepleje-time. Der er afsat ½ time til IV-behandlingen og med udgangspunkt i kommunale beregninger, prifastsættes den tid, den kommunale sygeplejerske bruger på en IV-behandling til 425 kr. Der er tale om en bruttopris og i prisen indgår BTP-tid, overhead og kørsel.

#### *Gennemsnitsberegning*

Med udgangspunkt i, at der gives IV-behandling i nærmiljøet fire dage og med op til fire behandlinger i døgnet, og at det enkelte besøg fastsættes til at vare gennemsnitligt 30 min., vil regnestykket for et patientforløb i gennemsnit se således ud:

16 behandlinger x 425 kr. = 6.800 kr. pr. patientforløb.

Modellen giver kommunerne et estimat på økonomi og volumen og et udgangspunkt for, at der fremadrettet kan opnås et mere håndfast overblik over indsats og økonomi.

## **7. Rammer og incitamenter**

Det er afgørende for IV-aftalen er skabe incitamenter for en effektiv opgavevaretagelse.

---

<sup>2</sup> De syv kommuner er: Viborg, Aarhus, Skive, Herning, Favrskov, Skanderborg, Struer. Når tallene fra de syv kommuner ekstrapoleres til regions niveau vil der estimeret være 3.739 borgere i kommunal IV-behandling i 2017

For kommunerne udgør de afsat 30 min. pr IV-behandling et incitament, da 30 min. vurderes til at være i underkanten af den tid, der anvendes på opgaven i dag. Herved skærpes kommunernes opmærksomhed på, hvordan opgaven varetages. F.eks. vil man kunne overveje, hvorvidt flere borgere kan modtage IV-behandlingen på kommunale sundhedscentre.

Regionen medvirker til en effektiv opgavevaretagelse ved at have fokus på behandlingens varighed og overgang til tabletbehandling. Samtidig kan regionen vil understøtte udviklingen i udvikling af medicintyper, som kan tilføres via pumpe mhp. at reducere antallet af besøg og udviklingen i antal patienter, som kan udskrives til IV-behandling i nærmiljøet, hvor behandlingen varetages af patienten selv / af pårørende (selvadministration).

## **8. Opfølgning**

Kommunen følger udviklingen, så der over for hospitalet kan gøres opmærksom på en overskridelse af "kvoten" og så man i fællesskab kan vurdere, hvorvidt aftale om behandling i nærmiljøet midlertidigt skal sættes i bero.

Da der på nuværende tidspunkt ikke ligger konkret data på omfang og udsving i IV-behandling i nærmiljøet er der behov for at følge udviklingen særlig tæt i aftalens to første år. Kommunerne laver derfor opfølgning hvert kvartal med henblik på drøftelse i klyngestyregruppen. Klyngen kan efterfølgende aftale længere opfølgningsperioder.

Kommunerne følger indsatsen på følgende parametre:

- antal cpr
- antal behandlinger
- hvor behandlingen gives (eget hjem, plejecenter sundhedshus)

Data sættes i forhold til det antal patienter, der er vurderet i ekstrapoleringen

Det undersøges, om det er muligt at følge, om en andel af patienterne genindlægges efter de er udskrevet til behandling i nærmiljøet.

I forbindelse med monitorering gennemføres endvidere en undersøgelse af den borgeroplevede kvalitet, fx ved interviews / spørgeskemaer i alle deltagende kommuner, som kan afdække om de forventede patientfordele indfries.

## **9. Aftalens omfang og ikrafttræden**

Aftalen omfatter samarbejdsaftalen med bilag og tilhørende faglige retningslinjer. Økonomien er ikke en del af aftalen mellem region / hospital og kommune. Beregningsmodellen for vurdering af de kommunale udgifter er beskrevet i afsnit 6 og tages til orientering.

Aftalen principgodkendes i Regionsrådet. Aftalen får virkning for den enkelte kommune når aftalen er tiltrådt (ratificeret) i den enkelte kommunes byråd. Ved ratificeringen påtager man sig de forpligtigelser, som beskrevet i aftalekomplekset.

Aftalen kan opsiges af begge parter med tre måneders varsel.