

Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

Vejledning til udfyldelse af skemaet kan findes på www.sim.dk/frikommuneforsog-ii.

Frikommunenetværk	Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder		
Titel på forsøg	Styrket valgfrihed til borgeren gennem mulighed for tilkøbsydelser hos offentlig leverandør		
Deltagerkommuner	Esbjerg, København, Odense, Randers & Aarhus		
Faglig kontaktperson	Jakob Flou Kristensen		
	Telefon	41 85 50 61	E-mail kafja@aarhus.dk
Netværkskoordinator	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40 33 40 76	E-mail louje@esbjergkommune.dk
Dato for ansøgning	1. december 2016		

1. Beskrivelse af forsøget

Kommunerne ønsker med forsøget:

- At kunne tilbyde hjemmeboende borgere og borgere på kommunernes plejehjem og øvrige botilbud, der er visiteret til praktisk og/eller personlig støtte, hjælp og pleje, efter servicelovens § 83, mulighed for at tilkøbe ydelser hos den kommunale hjemmeplejeleverandør. Herunder muligheden for at tilbyde beboere på kommunernes plejehjem og øvrige botilbud mulighed for at tilkøbe enkelt-ydelser eller pakker sammensat af flere ydelser.

Formålet med forsøget er;

- At borgeren, der har valgt den kommunale leverandør, skal opleve fleksibilitet og sammenhæng i service, hjælp og evt. tilkøbsydelser.
- At give borgeren et reelt frit valg mellem offentlige og private leverandører, der har de samme muligheder.
- At bygge videre på og afprøve muligheder for tilkøbsydelser fra den kommunale leverandør i større skala end ved tidligere frikommuneforsøg.
- At borgere, som har svært ved at komme ud, har bedre mulighed for at modtage ydelser – enten ved at de leveres i hjemmet af kommunal leverandør eller ved, at borgerne gives mulighed for ledsagelse af kendt personale til selvstændige oplevelser o. lign. ud af huset, eksempelvis ved at kunne tilbyde en 'på-rørende vikar'.
- At give mulighed for at forbedre livskvalitet og styrke den mentale sundhed hos borgerne



Forsøget ønskes iværksat på baggrund af følgende problemstilling

Når borgere, der i dag er visiteret til praktisk og/eller personlig støtte, hjælp og pleje efter servicelovens § 83, ønsker at købe andre ydelser, kan det kun ske via private leverandører. Det betyder, at borgere som i udgangspunktet har valgt den kommunale hjemmeplejeleverandør til visiterede ydelser, skal have en anden leverandør til tilkøbsydelse. Det kan være vanskeligt og uoverskueligt for den enkelte borger, og det giver borgeren et indtryk af en usammenhængende service og unødigt bureaukrati. Derudover betyder det, at borgeren skal åbne sit hjem for flere ukendte ansigter med risiko for utryghed og bekymring til følge.

Beboere på plejehjem og i øvrige kommunale botilbud, kan også have et ønske om/behov for hjælp til andre ydelser såsom IT-kurser, kulturoplevelser, NADA-akupunktur, musikterapi o.m.a.

Af forskellige årsager kan det være svært for netop denne gruppe af borgere at opsøge og benytte sig af sådanne ydelser. Borgernes fysiske, psykiske eller kognitive tilstand kan eksempelvis gøre, at de har et behov for at være i kendte, hjemlige rammer og ikke mindst blandt kendte ansigter.

2. Mål og forventede resultater

Målet med initiativet er, at de borgere, der som led i forsøget, får mulighed for at tilkøbe ydelser fra den kommunale leverandør, oplever en større tilfredshed med hjemmeplejen generelt og i tilknytning hertil tilfredshed med de tilkøbte ydelser samt en mere sammenhængende service.

Målet er desuden at forbedre borgernes livskvalitet med muligheden for at tilkøbe ydelser, der understøtte dette.

En højere tilfredshed med den kommunale hjemmepleje generelt som følge af muligheden for tilkøb forventes at afspejle sig i en positiv udvikling i kommunernes årlige brugertilfredshedsundersøgelser på følgende parametre:

- Tryghed
- Information
- Sammenhæng i hjælp
- Praktisk hjælp
- Personlig pleje

Frikommunenetværket ønsker desuden at indgå i dialog med KORA omkring mulighederne for at følge effekterne i henhold til ovenstående mål. Dette kunne eksempelvis være i forhold til muligheden for at udvikle fælles mål for effekterne af initiativet på tværs af frikommunenetværket.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Kommunerne vurderer, at forsøget med tilkøbsydelser vil kunne etableres inden for de rammer, der følger af den aktuelle frikommunelovs § 28. Der vil derfor være behov for en tilsvarende dispensationshjemmel for dette frikommuneforsøg.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Med godkendelse af den ansøgte dispensation fra kommunalfuldmagten, vil kommunerne igangsætte arbejdet med at udvikle tilkøbsydelser til borgere, der er visiteret til praktisk og/eller personlig støtte efter servicelovens § 83. Det kræver udvikling af et katalog over tilkøbsydelser, herunder muligheden for pakker eller kombinationer af ydelser, samt prisfastsættelse af disse ydelser efter grundigt forarbejde.

Udvikling af et katalog over mulige tilkøbsydelser, vil blive fastlagt på baggrund af en nærmere undersøgelse af borgernes ønsker, samt en vurdering af forvaltningsmæssige muligheder. Undersøgelsen vil blive foretaget i de enkelte kommuner, hvorfor målgrupper og dermed også



katalogerne vil være tilpasset hver enkelt kommune, ligesom muligheden for at sammensætte eventuelle pakker ligeledes vil variere mellem kommunerne.

Når dette arbejde er afsluttet, vil de respektive tilkøbsydelse i overensstemmelse med lovgrundlagets principper blive prisfastsat.

Det endelige katalog af tilkøbsydelse stilles herefter til rådighed for borgerne i målgruppen.

Kommunerne planlægger i den forbindelse en solid kommunikationsindsats for at sikre kendskab til tiltagene. I denne indsats tænkes pårørende ind som en vigtig samarbejdspartner, da de ofte vil have et godt kendskab til den ældres ønsker.

Frikommunenetværket er desuden opmærksomme på, at evalueringen af seneste frikommuneforsøg med tilkøbsydelse har vist, at man ikke har været forberedt på den egentlige levering af tilkøbsydelse. I forhold til realiseringen af dette forsøg vil netværkskommunerne derfor være opmærksomme på, at det er vigtigt at etablere de rette organisatoriske forudsætninger for at kunne imødekomme borgernes ønsker om tilkøbsydelse.

5. Evaluering

Det forventes, at evalueringen vil baseres på både kvantitative og kvalitative data.

Data vil genereres fra:

- Årlige brugerundersøgelser
- Omsorgsjournalen
- Evt. interviews med borgere og medarbejdere.

Evalueringen vil have fokus på de opstillede resultatparametre som nævnes oven for i afsnit 2 og frikommunenetværket ser gerne, at evalueringsdesignet udformes i dialog med KORA.

-SKABELON: Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

Vejledning til udfyldelse af skemaet kan findes på www.sim.dk/frikommuneforsog-ii.

Frikommunenetværk	Odense, Esbjerg, Aarhus, Randers og København		
Titel på forsøg	<i>Plejhjemstilsyn</i> Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder		
Deltagerkommuner	København, Randers Århus, Odense og Esbjerg		
Faglig kontaktperson	Claus Syberg Henriksen		
	Telefon	3530 3724	E-mail
Netværkskoordinator	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40334076	E-mail
Dato for ansøgning	1. december og evt. senere for andet delelement		

1. Beskrivelse af forsøget

De kommunale plejhjemstilsyn

Der gennemføres et forsøg, der indeholder to delelementer:

1. De kommunale tilsyn med plejecentre foretages som anmeldte tilsyn i stedet for, som loven foreskriver, uanmeldte tilsyn. Der udvælges en del af plejecentrene i kommunen, hvor der gennemføres anmeldte tilsyn.

I Københavns Kommune kunne det gøres ved, at der foretages anmeldte tilsyn i et af de fem lokalområder, kommunen er opdelt i, mens der foretages almindelige, uanmeldte tilsyn i de øvrige plejecentre. På samme måde udvælges dele af plejecentrene i Århus og Randers til anmeldte tilsyn.

2. Konceptet for de kommunale tilsyn samtænkes med de nye risikobaserede tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, der indføres fra januar 2017

Tilsynene fra Styrelsen for patientsikkerhed (tidligere Embedslægetilsyn) og de kommunale tilsyn har indtil juli 2016 foregået som to adskilte tilsyn, der fokuserer på hhv. Sundhedsloven og Service-loven. Fremover vil Styrelsens tilsyn være baseret på en risikovurdering. Det betyder, at der ikke længere føres systematiske, årlige tilsyn med alle plejecentrene, hvilket medfører, at risikoområder som medicin, sygepleje og sundhedsfaglig dokumentation ikke længere er omfattet af systematiske, årlige tilsyn.

Hvordan det andet delelement med samtænkning af tilsynene præcis skal designes, kan først af-



gøres, når Styrelsens tilsynskoncept foreligger. Styrelsen vil muligvis gennemføre tilsynene efter en midlertidig ordning i 2017. Det foreslås derfor at der indsendes særlig ansøgning vedr. andet delelement til ansøgningsrunden 1. maj eller mere sandsynligt 1. november 2017

2. Mål og forventede resultater

Målet med forsøget i forhold til de to delelementer er:

1. Det forventes, at anmeldte tilsyn kan bidrage til øget, systematisk læring på plejecentrene. Ideen er, at plejecenterledere vil kunne forberede sig bedre på tilsynet og senere mere målrettet kunne følge op, hvis det var anmeldt.
2. Målet med anden del af forsøget kunne være dobbelt, nemlig på den ene side, at de kommunale tilsyn kommer til at omfatte sundhedsområdet og samtidig kan spille ind, når Styrelsen for patient-sikkerhed skal vurdere risikoområder.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Den første del af forsøget strider mod Servicelovens bestemmelse om, at de kommunale tilsyn skal være uanmeldte.

Lov om social service:

"§ 151. Den stedlige kommune har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83 a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 139.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v., jf. § 192,

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

1. Ved at gennemføre anmeldte tilsyn kunne man forestille sig, at en del af kontrolaspektet ved tilsynene går tabt. Imidlertid er det tanken, at det anmeldte tilsyn kunne føre til, at tilsynet anvendes mere målrettet i det løbende kvalitetsarbejde.
2. Hvis tilsynene udvides til også at omfatte Sundhedslovsområdet, vil dette område fremover være dækket af tilsyn

5. Evaluering

Der gennemføres en mindre evaluering af forsøget. Evalueringen skal for det første belyse, hvorvidt læringsaspektet er bedre ved anmeldte tilsyn og for det andet, om det er fordelagtigt at samtænke de kommunale tilsyn med tilsynene fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

Vejledning til udfyldelse af skemaet kan findes på www.sim.dk/frikommuneforsog-ii.

Frikommunenetværk	Kommunenetværk bestående af Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune under teamet ” Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder”.		
Titel på forsøg	Kommunal re-visitation til vederlagsfri fysioterapi		
Deltagerkommuner	Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune		
Faglig kontaktperson	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40 33 40 76	E-mail louje@esbjergkommune.dk
Netværkskoordinator	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40 33 40 76	E-mail louje@esbjergkommune.dk
Dato for ansøgning	1.december 2016		

1. Beskrivelse af forsøget

Dette forsøg omhandler afprøvningen af kommunal visitering til vederlagsfri fysioterapi, så det er fysioterapeuter i en visitationsfunktion i kommunen, der re-visiterer borgere til vederlagsfri fysioterapi og godkender undtagelsesredegørelser, og ikke praktiserende læger, som det er tilfældet i den nuværende praksis. Formålet er at skabe større sammenhæng for borgerne samt at give de rigtige borgere de rigtige ydelser og placere beslutningen omkring vederlagsfri fysioterapi hos dem, der afholder udgiften.

Baggrund om genoptræningsområdet

Efter strukturreformen blev implementeret i 2007, har kommunerne oprustet kraftigt på genoptræningsområdet og har blandt andet udviklet mere avancerede tilbud. Det betyder, at kommunerne løser stadig mere komplekse genoptrænings-, fysioterapeutiske- og rehabiliteringsforløb.

Ansvar og udførelsen af genoptræning og træning i fysioterapeutisk regi er i dag fordelt på forskellige aktører og på forskellige lovgivninger afhængigt af kompleksitet, og hvor i behandlingsforløbet borgeren er. Det er kommunens ansvar, at borgerne tilbydes sammenhængende og effektive træningstilbud på tværs af lovgivning og sektorer. Det gælder både indholdsmæssigt og tidsmæssigt. Der er imidlertid ikke i det nuværende system sammenhæng mellem bestiller, henviser og udfører. I forhold til vederlagsfri fysioterapi har kommunerne myndighedsansvaret og finansieringsforpligtelsen, mens det er borgerens egen læge, der henviser til vederlagsfri fysioterapi, og det er alment praktiserende fysioterapeuter eller fysioterapeuter ansat i kommunen, der leverer den vederlagsfri fysioterapi.

Den nuværende praksis for vederlagsfri fysioterapi

Den nuværende praksis for vederlagsfri fysioterapi er, at borgeren henvender sig omkring vederlagsfri fysioterapi til egen læge. Lægen giver en henvisning på baggrund af borgerens diagnose og redegør for berettigelse til vederlagsfri fysioterapi. Lægen skelner mellem to typer af diagnoser; progressive sygdomme eller svært fysisk handicap. Borgeren modtager derefter vederlagsfri fysioterapi hos en privat praktiserende fysioterapeut eller hos en kommunal fysioterapeut, og det er kommunen, der beta-

ler for behandlingen.

Henvisningsperioden er 12 måneder. Én gang årligt sender fysioterapeuten en statusredegørelse på borgerens vegne til borgerens praktiserende læge, hvis der ønskes fortsættelse af første henvisning. Det vil sige, at borgere skal re-visitere til den samme fysioterapeutiske ydelse, som de modtog året før.

Borgere med svært fysisk handicap skal have hjælpemidler og / eller hjælp til personlige opgaver for at være berettiget til vederlagsfri fysioterapi. Tilbuddet de får er enten holdtræning eller højst 20 individuelle behandlinger, som kan suppleres med eller erstattes af holdtræning. Er der behov for yderligere individuelle behandlinger til denne gruppe af borgere, skal behandlingsbehovet dokumenteres i en undtagelsesredegørelse, som er underskrevet af patienten, fysioterapeuten og lægen

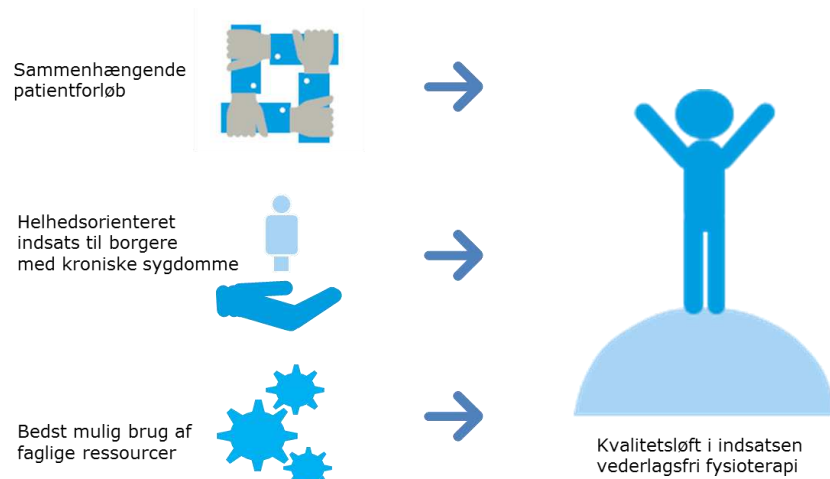
Borgere med progressive lidelser er umiddelbart berettiget til vederlagsfri fysioterapi på hold uanset funktionsevne. Der skal ligeledes en undtagelsesredegørelse til for, at borgeren kan få individuel vederlagsfri fysioterapi. Borgere med progressive lidelser overgår i løbet af deres sygdomsforløb til kategorien svært fysisk handicap, og så er de umiddelbart også berettiget til den individuelle vederlagsfri fysioterapi.

Mulighederne med frikommuneforsøg med vederlagsfri fysioterapi

Det foreslås, at gennemføre et frikommuneforsøg, hvor al re-visitering til vederlagsfri fysioterapi varetages af visiterende fysioterapeuter ansat i kommunen. Lægerne varetager den første henvisning, hvorefter kommunen overtager opgaven med de årlige re-visitationer samt godkendelse af undtagelsesredegørelser efter sundhedsloven § 140a. Kommunerne har allerede nu en myndighedsopgave, i forhold til visitation til genoptræning og vedligeholdende træning inden for Serviceloven § 86 og hverdagsrehabilitering inden for § 83a.

Rationale og argumentation for forsøget

De nationale mål for det danske sundhedsvæsen 2016 omhandler, at man gerne vil løfte kvaliteten med patienten i centrum. Dette frikommuneforsøg vedrører netop denne målsætning, og der er overordnet tre grunde til, at forsøget vil kunne løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet.



Sammenhængende patientforløb

Borgeren vil, med dette forsøg, kun have én myndighed at skulle gå til i forhold til at få hjælp og støtte til at klare sig i sit hverdagsliv. Det er pt. u hensigtsmæssigt, at mange borgere går to steder hen for at få støtte til aktiviteter i deres hverdagsliv. Dette forsøg vil afprøve, om det kan give et bedre og mere sammenhængende patientforløb ved, at der er én samlet plan for borgeren i forhold til borgerens hverdagsliv, i og med der vil være større koordinering mellem hjemmepleje, hjælpemidler og nu også vederlagsfri fysioterapi.

Helhedsorienteret indsats til borgere med kroniske sygdomme

Kommunernes visitatorer vil være fagligt velfunderet til at vurdere borgere med kroniske sygdomme og handicaps fysioterapeutiske behov ud fra hele borgerens hverdagsliv.



I kommunen vil den fysioterapeutfaglige visitator have indsigt i, hvilken situation borgeren med kronisk sygdom er i samt hvordan dagligdagen er og dermed have et mere kvalificeret grundlag end de praktiserende læger til at vurdere, hvilken hjælp/træning borgerne vil kunne drage nytte af i forhold til den vederlagsfri fysioterapi. Det forventes, at kommunen bedre vil kunne vurdere, hvilket træningsbehov borgeren med kronisk sygdom har ved den årlige re-visitator. Hvis borgeren eksempelvis har et øget behov for fysioterapi kan den kommunale visitator enkelt iværksætte og supplere tilbuddet vederlagsfri fysioterapi med f.eks. hjælpemidler/hverdagsrehabilitering. I kommunen vil den re-visitator fysioteapeut desuden være vidende om muligheder i fritidslivet i lokalområdet eksempelvis handicapidrætsforeninger og lignende, som vil kunne sammenstykke en helhedsorienteret indsats for borgeren.

Bedst muligt brug af faglige ressourcer

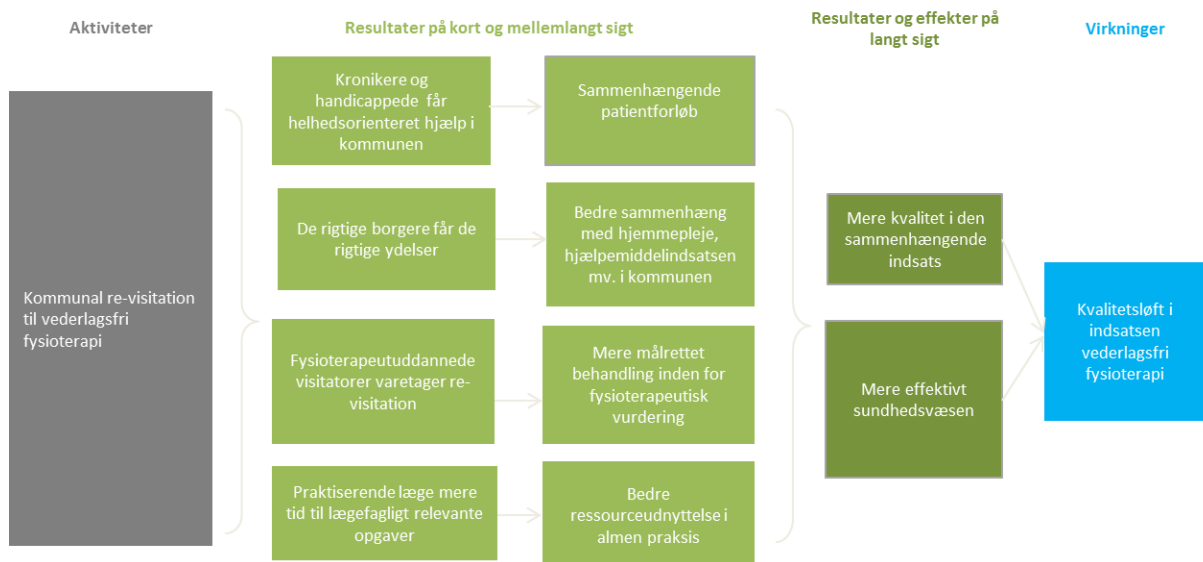
Det vil være hensigtsmæssigt og med til at skabe et mere effektivt sundhedsvæsen, at det er fysioterapeutuddannede fagpersoner, der varetager denne re-visitator til vederlagsfri fysioterapi. Det forventes, at forsøget vil kunne aflaste de praktiserende læger og frigive deres ressourcer og kompetencer til andre opgaver, hvilket især er relevant i eks. Esbjerg Kommune, hvor der er stor mangel på praktiserende læger. Samtidig forventes det, at fysioterapeutuddannede visitatorer i kommunalt regi vil have bedre indsigt end den almene praktiserende læge i fysioterapeutisk og ergoterapeutisk behandling og træning, hvilket vil være til gavn for borgernes behandling. Dermed forventes det, at vurderingen af hvilke borgere, der har brug for hvilken type vederlagsfri fysioterapi/træning vil blive mere kvalificeret. Forsøget forventes derfor at kunne bidrage til, at det i højere grad er de rigtige borgere, der får de rigtige ydelser.

2. Mål og forventede resultater

Hovedmål/leverance:

Hovedmål i forsøget er, at fysioterapeuter i visitationsfunktioner i kommunerne varetager re-visitator til vederlagsfri fysioterapi samt godkendelse af undtagelsesredegørelser.

Dette forsøg forventes at have betydning for borgere, kommunen og fagpersoner. Her er det illustreret, hvordan forsøget forventes at virke, og hvilke mulige resultater der forventes:



Effekterne for borgerne er, at de vil opleve en helhedsorienteret indsats i kraft af, at vederlagsfri fysioterapi i højere grad bliver sammenhængende med kommunernes øvrige tilbud og indsatser.

For kommunerne forventes det, at der kommer en højere kvalitet i opgaveløsningen fordi det bliver fysioterapeutfaglige visitatorer, der re-visitator til vederlagsfri fysioterapi, samt at indsatserne bliver givet til dem, der har behovet. Således at intensiteten i tilbuddet til vederlagsfri fysioterapi bedre matcher den konkrete situation, som borgeren befinder sig i. Derved bliver ressourcerne bedre udnyttet.

For fagpersonerne ventes det, at de fysioterapeutisk uddannede visitatorer vil varetage visitationen til fysioterapi med stor faglighed og indsigt i hele genoptræningsområdet. Det formodes desuden, at når re-visitatorer ikke længere varetages i almen praksis vil de alment praktiserende læger få bedre tid til mere lægefagligt relevante opgaver, hvilket ligeledes giver en bedre ressourceudnyttelse.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Kommunernes oplæg til forsøget er, at visitationskriterierne til vederlagsfri fysioterapi skal være de samme, som gør sig gældende for nuværende. Det vil altid være den praktiserende læge, der varetager den første henvisning til vederlagsfri fysioterapi og knytter den korrekte diagnose til argumentationen for henvisningen. Efterfølgende vil de årlige re-visitationer og undtagelsesredegørelser, det vil sige en vurdering hvilket behov borgeren har og hvilken type fysioterapi han/hun vil høste nytte af, kunne varetages af en kompetent fysioterapeutuddannet visitator i kommunalt regi.

For at gennemføre forsøget, søges der om undtagelse fra Sundhedsloven § 140 a, som fastsætter, at det er lægen, der skal henviser til vederlagsfri fysioterapi – undtagelsen skal gøre sig gældende for de årlige re-visitationer samt for undtagelsesredegørelser.

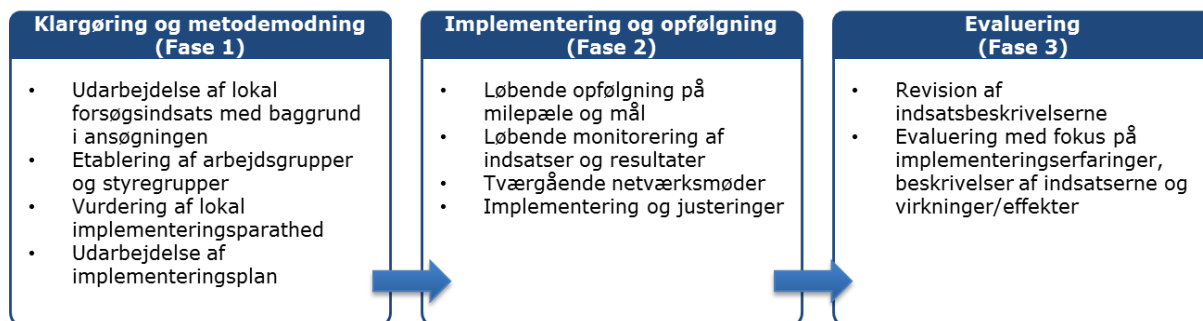
Der står i § 140 a; "Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi sning". Det er dermed det sidste ord "lægehenvi sning" der ønskes ændret til at kommunal fysioterapeut varetager evt. årlig re-visitator på baggrund af henvisningen.

De øvrige bestemmelser omkring vederlagsfri fysioterapi søges der ikke forsøgshjemler til.

Som nævnt i afsnit 1, vil undtagelsen erstattes med hjemmel til, at fagligt velfunderede fysioterapeuter re-visitatorer borgerne.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Udrulningen af forsøget vil gennemgå tre faser – se nedenstående figur.



Fase 1: Klargøring og metodemodning

I det indledende arbejde med forsøget er det vigtigt at etablere et samarbejde om forsøget mellem de involverede aktører: de kommunale visitationer og træningsenheder, de praktiserende læger og de privatpraktiserende fysioterapeuter.

De konkrete parametre der skal overvejes og klarlægges juridisk i forhold til dette frikommuneforsøg er:

- Ansvar
- Samtykke
- Tavshedspligt
- Videregivelse af patientoplysninger
- Klageinstanser mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommunen

Der vil derfor indledende i forsøget være en dialog med læger og fysioterapeuter omkring visitationen af vederlagsfri fysioterapi. Helt konkret vil man i første omgang rejse udfordringen i de kommunale kontaktudvalg for hhv. læger og fysioterapeuter. Ligeledes skal det aftales, hvordan der kommunikeres

til lægen vedrørende vederlagsfri fysioterapi således, at der sikres sammenhæng med den øvrige behandling, som borgeren modtager hos den privatpraktiserende læge. Derudover skal det sikres, at sammenhængen mellem kommunens tilbud, den vederlagsfri fysioterapi og lægens indsats allerede fra første henvisning etableres. Der vil desuden blive udarbejdet en forsøgsplan som beskriver, hvordan forsøget udrulles i kommunerne, hvordan implementeringsparat vurderes lokalt, samt hvilke milepæle og mål der opstilles. Indledende baselinemålinger og beskrivelser af indsatsen vil desuden også være en del af fase 1. Ved at have målinger ved baseline, altså før forsøget er startet op, vil man kunne sammenligne med målinger efter forsøget er startet (fase 3) og derved se på forsøgets virkninger/effekter.

Fase 2: Implementering og opfølgning

Efter indsatsen og de opridsede fokuspunkter er på plads, og kommunerne har tilpasset indsatserne til deres lokale kontekst, sættes der fokus på implementering og opfølgning. Slutevalueringen for frikommuneforsøgene I anbefaler, at der lægges vægt på implementering og organisering af forsøgene. Implementering og organisering har derfor en central rolle i dette forsøg, da det findes nødvendigt for at kunne realisere de ønskede resultater. For at sikre god implementering vil der være fokus på følgende:

- At opstille klare mål og succeskriterier for forsøget – se desuden afsnit 5 vedr. evaluering
- En realistisk tidsplan
- En klar rolle- og ansvarsfordeling internt i kommunen og på tværs af kommuner
- At der afsættes den fornødne tid og ressourcer
- Der er udarbejdet relevante procedurer/arbejdsgangs-beskrivelser undervejs i forsøget, også når der sker ændringer
- Medarbejderne gøres i stand til at varetage opgaven (både fagligt og i forhold til IT-systemer for elektronisk status og undtagelsesredegørelser)
- Der følges løbende op på fremdrift og udfordringer i forsøget

I kommunen vil det være fysioterapeut-uddannede visitorer, der vil skulle varetage visitationen til vederlagsfri fysioterapi samt godkendelse af undtagelsesredegørelser. Disse fysioterapeuter vil sidde sammen med den øvrige visitation og derfor have indsigt i hele borgerens situation og udfordringer. Forsøgskommunerne har til hensigt at sikre, at der i visitationen er et tæt tværfagligt samarbejde mellem medarbejderne.

Derudover nedsættes der arbejdsgrupper og styregrupper internt i kommunerne og på tværs af kommunerne, således at der sikres den nødvendige forankring samt fokus på, at alle ledelsesniveauer og medarbejderne får ejerskab over forsøget.

Fase 3: Evaluering:

Evalueringsfasen kommer i naturlig forlængelse af implementerings- og opfølgningsfasen og igangsættes ca. et år/ halvandet før forsøget skal være færdigevalueret. I evalueringsfasen sættes der fokus på at beskrive indsatsen grundigt og at gennemføre en implementeringsevaluering med fokus på forsøgets fidelitet, det vil sige hvor tro kommunerne har været mod grundprincipperne i forsøget samt en virkningsevaluering med fokus på forsøgets effekter. Evalueringsfasen vil blive beskrevet nærmere i afsnit 5.

Samarbejdet og organisering i frikommunenetværket

Der nedsættes en styregruppe med de 5 involverede direktører fra København, Aarhus, Odense, Randers og Esbjerg for at sikre optimale forhold for videns- og erfaringsudveksling i frikommunenetværket. Esbjerg Kommune er valgt som styregruppeformand blandt de fem direktører. Styregruppen planlægges at mødes 2 gange årligt samt løbende efter behov. For at sikre en kontinuerlig og bæredygtig mødekonstellation, planlægges styregruppemøderne afholdt i forlængelse af eksisterende direktørmøder i 6-by regi. Samarbejdet på tværs af 6-byerne har blandt andet den fordel, at direktørerne på forhånd kender hinanden og sammen har valgt at forpligte sig til at indgå i frikommunenetværket. På styregruppemøderne kan relevante emner og problemstillinger tages op og diskuteres, og der kan træffes hurtige beslutninger vedrørende dette forsøg samt vedrørende det overordnede samarbejde omkring temaet: 'Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektormråder'.

Foruden styregruppen nedsættes en arbejdsgruppe med 1-2 repræsentanter fra embedsværket i hver af de 5 kommuner. Esbjerg Kommune har påtaget sig rollen som netværksansvarlig for hele frikommunenetværket, og står således for at indkalde til fælles netværksmøder og for at sikre en fælles videns- og erfaringsudveksling på tværs af de 5 kommuner. Esbjerg Kommune har ligeledes ansvaret for kommunikationen med Social- og Indenrigsministeriet.

5. Evaluering

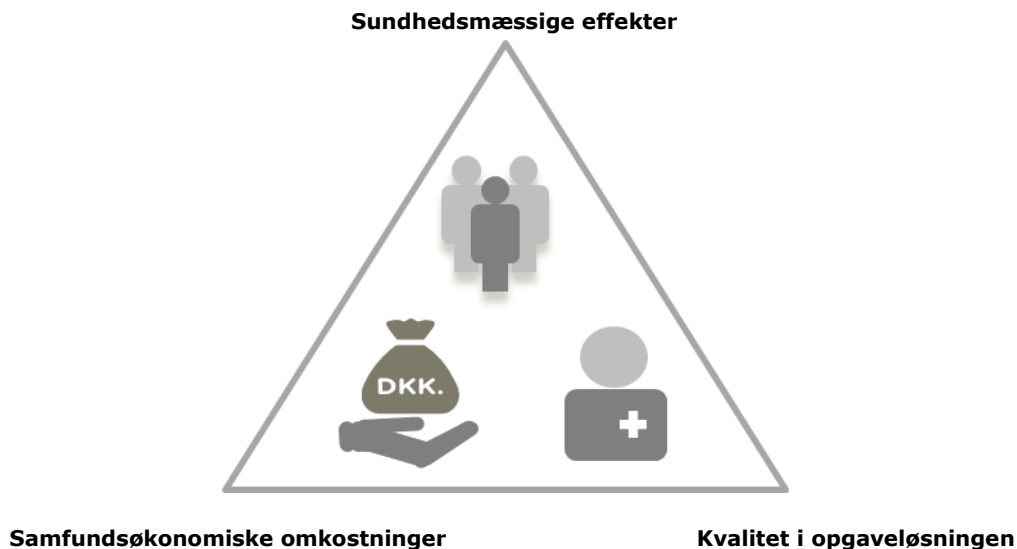
Kommunerne tilstræber at gennemføre en så ambitiøs evaluering som muligt med henblik på at kunne dokumentere forsøgets virkninger og effekter for at bidrage med ny viden om re-visitation af vederlagsfri fysioterapi varetaget af fysioterapeuter, som kan skabe endnu større værdi for borgerne. Der vil dels blive lavet en implementeringsevaluering og en virkningsevaluering.

Implementeringsevaluering

I evalueringsfasen sættes der, som nævnt, fokus på at beskrive forsøget grundigt og at gennemføre en implementeringsevaluering med fokus på forsøgets fidelitet, det vil sige hvor tro kommunerne har været mod grundprincipperne i forsøget. Her vil det være relevant at beskrive hvordan de forskelligt deltagende kommuner i forsøget har implementeret indsatsen med fysioterapeutfaglige visitatorer til re-visitering af vederlagsfri fysioterapi. Denne viden vil være til stor gavn, hvis forsøget skal udbredes efterfølgende. De forskellige kommuner i netværket har en stor volumen, men samtidig en forskellighed, der gør, at erfaringerne omkring implementering og fidelitet vil være til stor nytte i hele landet.

Virkningsevaluering

Som vist i afsnit 1 og 2 er hypotesen for dette forsøg, at dets virkninger og effekter vil kunne måles i forhold til bedre sammenhængende patientforløb, en helhedsorienteret indsats til borgere med kroniske sygdomme, samt en bedre ressourceudnyttelse af sundhedspersoners faglighed. Kommunerne vil derfor også gennemføre en virkningsevaluering. Hertil planlægges det at benytte Triple Aim-tilgangen. I Triple Aim-tilgangen er der fokus på 3 parametre, når man evaluerer resultaterne og effekterne af en sundhedsindsats. De 3 parametre i Triple Aim er de **sundhedsmæssige effekter**, **kvaliteten i opgaveløsningen** vurderet af borgere og fagfolk samt de **samfundsøkonomiske omkostninger**.



Denne tilgang er velegnet til at dokumentere frikommuneforsøget samt at forklare, hvordan det har virket, hvorved det bliver muligt at tage ved lære af forsøget og skabe grundlag for udbredelse til alle kommuner. Ud fra Triple Aim-tilgangen forslås det, at evalueringen konkret vil kunne bidrage med viden om:

1) Sundhedsmæssige effekter

Om en re-visitation varetaget af fysioterapeuter i stedet for alment praktiserende læge kan skabe bedre behandlingsresultater især for borgere med kroniske sygdomme.

Dette kunne måles ved borgerens funktionsniveau, smerteskalaer eller overordnet velbefindende ved brug af validerede skalaer.

2) Klinisk/organisatorisk og brugeroplevede kvalitet

Om opgaveløsningen bliver mere effektiv og af højere kvalitet til gavn for borgerne. Dette kan eksempelvis måles gennem en tilfredshedsmåling blandt borgere, hvor fysioterapeuter har re-visiteret dem til vederlagsfri fysioterapi sammenlignet med borgere, hvor en læge har re-visiteret til indsatsen. Man kunne også måle på en vurdering af sammenhæng i indsatsen ved samarbejde med private fysioterapeuter ved eksempelvis fokusgruppeinterviews.

3) De samfundsøkonomiske omkostninger

Om forsøget er med til at formindske omkostningerne for alle de relevante aktører. Intentionen med forsøget er, som nævnt, at løfte kvaliteten i indsatsen vederlagsfri fysioterapi, ikke at spare penge. De borgere, der har ret til vederlagsfri fysioterapi inden for den gældende lovgivning, skal fortsat have denne ydelse i dette forsøg. Som nævnt i rationale og argumentation for forsøget, forventes der en bedre ressourceudnyttelse og derfor fra et samfundsøkonomisk perspektiv en besparelse hos de praktiserende læger. Når man ser på denne besparelse er det vigtigt at opveje det med den omkostning kommunerne vil afholde ift. at have fysioterapeutfaglige visitatorer ansat, og se om der derudover er besparelser eller øgede omkostninger som følge af dette forsøg.

Tilrettelæggelse af evalueringen

Evalueringen tilrettelægges på følgende måde: I forbindelse med fase 1 hvor metoden modnes og det endelige forsøgsdesign planlægges, vil det også blive besluttet, hvilke målgrupper der skal involveres og hvilke konkrete parametre, der er relevante at måle på. For at sikre at forsøget bliver brugbart i forhold til hensigten med frikommuneordningen II, vil kommunen indgå i en dialog med Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet i forhold til hvilke elementer, som evalueringen skal afdække, med henblik på at kunne tage ved lære af forsøget samt skabe grundlag for udbredelse til alle kommuner, såfremt evalueringen viser en god effekt. Som beskrevet tidligere tilstræbes det, at evalueringen dels kommer til at omhandle en analyse af effekter og virkninger af forsøget i en Triple Aim-tilgang, men ligeledes en detaljeret beskrivelse af forsøget og de eventuelle justeringer og ændringer der er foretaget undervejs i løbet af implementeringen i kommunenetværket.

Dermed vil evalueringen være et fyldestgørende bidrag til vurderingen af frikommuneforsøgets opnåede resultater og et godt udgangspunkt for vurdering af, om frikommuneforsøget skal bidrage til fremtidige lov-/regelændringer.

Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

Vejledning til udfyldelse af skemaet kan findes på www.sim.dk/frikommuneforsog-ii.

Frikommunenetværk	Kommunenetværk bestående af Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune under temaet ” Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektor-områder”		
Titel på forsøg	Fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse		
Deltagerkommuner	Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune		
Faglig kontaktperson	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40334076	E-mail
Netværkskoordinator	Louise Torp Jensen		
	Telefon	40334076	E-mail
Dato for ansøgning	1. december 2016		

1. Beskrivelse af forsøget

Formål og indhold

Forsøget omhandler afprøvning af en model for fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse, hvor et dokumentationssystem samler sundhedsoplysningerne for kommunerne og sygehus. Forsøget indeholder følgende to elementer:

1. Mulighed for deling af data mellem kommuner og regioner i en fælles digital løsning
2. Kommunal adgang til sundhedsdata ift. analyser målrettet forebyggende indsatser

Forsøget omhandler for det første afprøvning af en model hvor det bliver muligt at læse og udveksle borgernes sundhedsoplysninger og behandlingsdata på tværs af sektorer mellem de eksisterende dokumentationssystemer i en fælles digital løsning, uanset hvor sundhedsmedarbejder kommer fra (kommune eller sygehus) til gavn for en helhedsorienteret og effektiv behandling, eks. en ældre medicinsk patient der tilses af akutsygeplejersker i kommunalt regi.

Derudover omhandler forsøget for det andet muligheden for at analysere sundhedsoplysninger på tværs af sektorerne for at målrette indsatsen til den enkelte borger samt udvalgte målgrupper af borgere, eks. kunne borgere med KOL få målrettede tilbud og oplysning fra kommunen.

Baggrund

Med en fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse vil kommuner og regioner i højere grad kunne skabe sammenhæng i behandlingen og sikre en høj faglig kvalitet for borgerne. Erfaringerne i frikommunenetværket viser, at alt for mange borgere kommer i klemme i overgangene mellem opgave-

væretagelsen mellem sektorer. Tilsvarende viser landsdækkende og regionale undersøgelser af patientoplevelser, at det ofte er i overgangene mellem primær og sekundær sektor, at borgerne oplever kvalitetsbrist. Det er afgørende, at borgere, som over et længere behandlingsforløb har brug for kontakter til både kommune og sygehus, oplever, at samspillet mellem sektorerne fungerer gnidningsfrit og koordineret.

Sundhedsstyrelsen peger i handlingsplanen "Styrket indsats for den ældre medicinske patient" 2016-2019 specifikt på, at kommunale tværsektorielle funktioner er vigtige at videreudvikle, når den ældre medicinske patient har behov for en særlig indsats, og at tværfaglighed mellem kommuner og sygehuse er vigtigt.

Fakta bokse om den ældre medicinske patient og indsatser i tværsektorielle sygeplejefunktioner

Ældre medicinske patienter er karakteriseret ved høj alder og flere af nedenstående faktorer:

- svær sygdom
- flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- forringet ernæringstilstand
- nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt
- begrænset egenomsorgskapacitet
- multimediceret (polyfarmaci)
- aleneboende og/eller svagt socialt netværk
- behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

Fra "Styrket indsats for den ældre medicinske patient". Sundhedsstyrelsen 2016.

Indsatser i tværsektorielle sygeplejefunktioner

- akut observation foretaget i borgerens hjem (fx dehydrering, infektionssygdomme m.v.)
- IV-medicin
- parenteral ernæring
- væsketerapi, inhalationsbehandling og iltterapi
- kateteranlæggelse og -pleje
- sparring med sygeplejersker i hjemmesygeplejen om borgere, der er i risiko for indlæggelse (second opinion)
- indslusningsfunktion ift. nye sygeplejefunktioner i kommunen samt praksisnær læring og undervisning i hjemme(syge)plejen.

Tværfagligt samarbejde mellem kommunerne i netværket og regioner til gavn for borgerne foregår blandt andet i dag i form af tværsektorielle sygeplejefunktioner, eks. i Esbjerg og Københavns kommuner, se beskrivelserne af indsatserne herunder. For begge sygeplejefunktioner gælder det, at det er et stort problem, at der for nuværende ikke er en fælles infrastruktur, hvorved kommunerne og regionens sygehuse kan dele data direkte.

Akutteamet i Esbjerg

Esbjerg Kommune har i samarbejde med Fælles Akut Modtagelse på Sydvestjysk Sygehus skabt muligheder for et endnu bedre patientforløb og kan forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Det nye fælles akutteam bemandet af sygeplejersker skal bygge bro mellem sygehus og hjem, så borgere i Esbjerg Kommune oplever mere sammenhængende forløb og kan få akut sygepleje i eget hjem. Sygeplejerskerne i akutteamet er ansat i Esbjerg Kommune og kommer til at få deres daglige gang både på sygehuset og i borgernes hjem. De overordnede mål for akutteamet er:

- Bidrage til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser og afkorte unødvendigt lange indlæggelser.
- Følge borgere til sygehuset og hjem fra sygehuset til egen bolig, plejecenter eller aflastningsplads og give borgerne fortsat behandling derhjemme.
- Vurdere borgere, der er i risiko for at blive indlagt, og give faglig vejledning til det øvrige plejepersonale.

For at komme omkring problemstillingen med manglende deling af data har man i Esbjerg Kommune været nødsaget til at sørge for, at Akutteamets sygeplejersker både er ansat i region Syddanmark og i Esbjerg kommune for at kunne tilgå data. Sygeplejerskerne er timelønnede på Sydvestjysk Sygehus og fastansat i kommunen. Når en sygeplejerske er hjemme hos en borger, er han/hun nødt til fysisk at have to bærbare computere med adgang til det kommunale journalsystem og det regionale journalsystem. Hvis borgeren eksempelvis skal have målt sit blodtryk og udleveret sin medicin, rådfører sygeplejersken sig indledningsvist med patienten, men har også brug for information omkring indlæggelsen fra de kliniske specialister. Denne information er tilgængelig, men adgang til data er fastlåst i den struk-

turelle sektoropdeling af helbredsoplysninger, selvom behandlingen i kommunen er en del af patientens forløb. For medarbejderens arbejdsgang betyder dette konkret at for at kunne varetage behandlingen er nødt til at logge først på sygehusets journalsystem og orientere sig for dernæst at dokumentere i kommunens journalsystem.

Tværasektoriel Udrednings- og Udskrivningsenhed (TUE)

TUE er et tværasektorielt samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital, hvor kommunale sygeplejersker dagligt er til stede på hospitalet. Formålet med TUE er at udvikle en model for det tværasektorielle samarbejde, hvor der både fokuseres på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser og den gode udskrivning for medicinske patienter over 65 år. Der skal skabes sammenhæng i borgerforløb på tværs af sektorer, hvor borgere oplever tryghed fra indlæggelse til udskrivelse, og hvor den sundhedsfaglige kvalitet vægtes højt. Der er tre overordnede mål for TUE:

- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser
- Hjemtagning af færdigbehandlede patienter og hermed reducere antallet af ventedage
- Bedst mulig ressourceudnyttelse mellem kommune og hospital (efter LEON princippet - Laveste Effektive OmkostningsNiveau).

Der arbejdes hen mod at udvikle en generisk model for det tværasektorielle samarbejde, som på sigt kan bruges andre steder.

For begge tværasektorielle sygeplejefunktioner gælder, at de lovgivningsmæssige barrierer svækker kvaliteten af funktionen, begrænser mulighederne og effektiviteten i dette samarbejde og skaber en risiko i forhold til patientsikkerheden, hvilket vil blive uddybet i afsnittet om rationale bag forsøget nedenfor.

Tværgående analyser kan understøtte en målrettet indsats

En fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse vil derudover kunne bruges til at gøre den kommunale sundhedsindsats endnu bedre og mere målrettet. Ved at kunne lave analyser ud fra de samlede sundhedsoplysninger på det somatiske område vil kommunen kunne koble information om, hvem der har en given diagnose med, hvem der benytter sig af de kommunale tilbud målrettet denne diagnose.

- Bedre dialog med borgerne om deres behov

Med adgang til sygehusdata vil en administrativ medarbejder i kommunen kunne sende materiale omkring relevante aktiviteter i kommunen og fritidslivet til borgere med en given diagnose eks. en kronisk sygdom. Borgeren vil derfor i højere grad få kendskab til aktiviteter og indsatser, der er relevante og nyttige for netop ham/hende og opleve en helhed i behandlingen, som vil kunne bidrage til at gøre livet med den kroniske sygdom nemmere.

- Målrettet indsats til borgere i udsatte nærmiljøer

Med adgang til sygehusdata vil en administrativ medarbejder kunne lave en nærmiljøanalyse i særligt udsatte områder i kommunen, hvor viden om nærmiljø og kommunale sundhedsindsatser kobles og kvalificeres ud fra oplysninger om diagnose, kontakter med sundhedsvæsenet og lignende. Derved vil kommunen kunne gøre sine tilbud og indsatser mere målrettede til særligt udsatte borgere og dermed medvirke til større grad af lighed i sundhed.

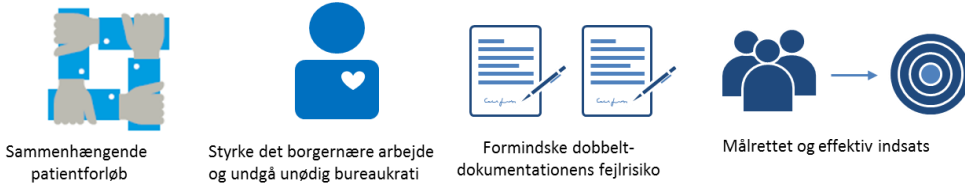
- Mere effektiv sundhedsplanlægning

Efter deltagelse i en kommunal indsats eks. Lær at leve med en kronisk sygdom, vil en kommunal administrativ medarbejder kunne gå ind og se på den enkelte borgers efterfølgende brug af sundhedsvæsenet, altså om der har været en effekt at spore i forhold til dette. Derved vil kommunerne i deres sundhedsplanlægning kunne inddrage et parameter omkring effekten af indsatserne og styrke indholdet og aktiviteterne efter dette.



Rationale og argumentation for forsøget

Med afsæt i baggrundsbeskrivelsen ovenfor er der følgende argumenter for, hvordan dette frikommuneforsøg vil skabe en værdi for borgerne:



- *Sammenhængende patientforløb*

Som det indledningsvist er beskrevet må de kommunale sygeplejefunktioner i dag skabe kreative organisatoriske løsninger med dobbelt dokumentation til følge for at skabe sammenhæng mellem behandlingen på sygehuset og i borgerens eget hjem, på plejecentre, midlertidige døgnophold m.m. En fælles infrastruktur med nem deling af viden i overgange mellem sektorer, vil kunne sikre bedre patientforløb til gavn for kvaliteten i behandlingen og borgerens tilfredshed. Eksempelvis kunne der laves en mere korrekt pleje- og behandlingsplan fra starten af borgernes forløb, hvilket vil skabe bedre kvalitet i behandlingen, højne den oplevede kvalitet af samarbejdet med borgeren/patienten i centrum og bidrage til mere tryghed for borgerne.

- *Styrke det borgernære arbejde og undgå unødigt bureaukrati*

Den nuværende lovgivning betyder at der bruges unødigt tid på dobbeltdokumentation og lokal telefonkontakt for at sikre den rette information. Tid, som kunne være brugt på behandling af borgerne. Tiden der bruges på fx at logge på et ekstra system, indtaste teksten igen og afkrydse eventuelle bokse, sikre sig at informationen er givet til rette indsats mv. kunne bruges langt mere effektivt af de kommunale sygeplejersker i de tværsektorielle funktioner på behandling af flere borgere og på at udføre sundhedsrettet arbejde.

- *Formindske dobbeltdokumentationens fejlrisiko*

Dobeltdokumentation indebærer en potentiel risiko for fejl i indtastningen; eksempelvis at forskellige oplysninger ikke registreres ens i de to systemer, dette kunne være tal for blodtryk eller temperatur. Der er også en risiko for, at ikke alle oplysninger bliver indtastet i begge systemer, og at overleveringer derfor ikke finder sted, hvilket kan være af stor skade for patientsikkerheden.

- *Målrettet og effektiv indsats*

Ved at have adgang til sundhedsoplysninger fra både kommune og sygehus vil man bedre kunne prioritere ressourcerne og målrette indsatserne, som beskrevet i indledningen. Med adgang til sygehusdata på individniveau vil kommunerne kunne skabe en bedre dialog med borgerne, om hvad de har brug for af sundhedstilbud i kommunalt regi, og hvordan de kommunale tilbud i højere grad kan kobles med de øvrige indsatser i sundhedsvæsenet. Derfor handler denne del af forsøget om at give borgerne de rette tilbud, give borgerne mere indflydelse på de tilbud, der er, og endelig om at kommunen kan målrette sin indsats, der hvor behovet er størst.

Målgruppe

Borgere, der er omfattet af forsøget, vil dels være borgere, hvor de kommunale sygeplejefunktioner spiller en rolle i borgerens forløb og dels borgere hvor kommunen gerne vil igangsætte en målrettet indsats.

Målgruppen i de tværsektorielle sygeplejefunktioner vil dels være medicinsk færdigbehandlede borgere fra sygehusene, som fortsat har behov for kompleks sygeplejefaglig indsats døgnet rundt, og dels borgere fra eget hjem med behov for midlertidig døgnsygepleje med henblik på at forebygge sygehusindlæggelse. Det afgørende for, om borgerne er omfattet af denne del af forsøget, er således, at sygeplejerskerne, på hospitalet eller over afstand, spiller en rolle i borgerens forløb.

Målgruppen for den del af forsøget, som omhandler analyse af tværgående data kan igen være grup-

pen af ældre medicinske patienter men det kan også være socialt udsatte grupper eller borgere, der bor i et lokalområde/nærmiljø, hvor der er behov for en kommunal indsats for at skabe social lighed i sundhed.

Hvilke data er der brug for?

For at indfri formålet, er der hovedsageligt behov for at samle følgende data fra begge sektorer:

- Borgerens aktuelle helbredstilstand og diagnoser – kun somatiske diagnoser.
- Aktuelle sygeplejefaglige problemstillinger.
- Kommunal hjælp i form af hjemmehjælp og sygeplejeydelser.
- Pleje og behandlingsplaner
- Antal kontakter og med hvilke afdelinger/afsnit.

2. Mål og forventede resultater

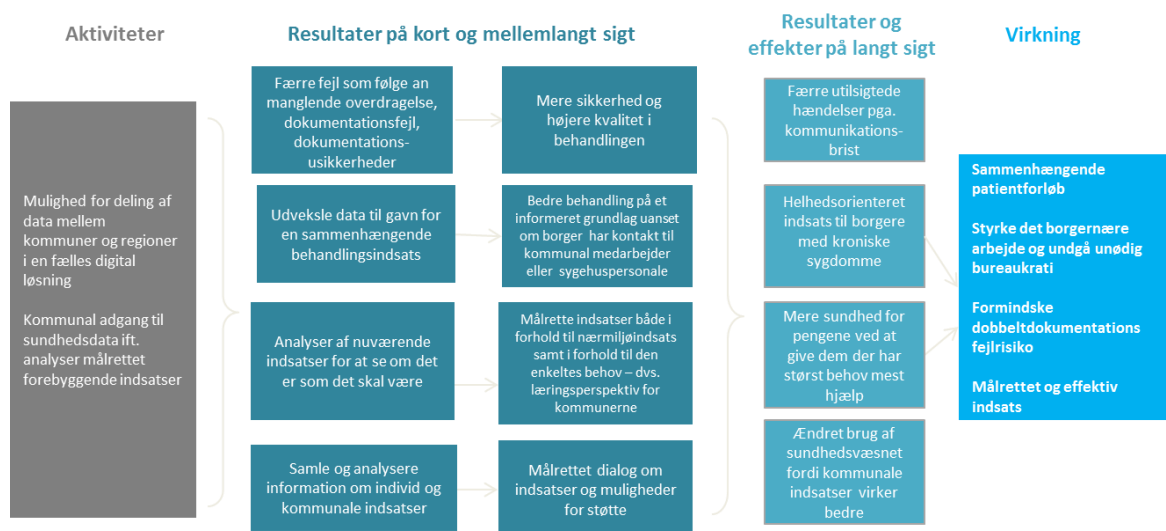
Hovedmål/leverance:

Hovedmålet med forsøget er som nævnt etablering af en fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse i form af en digital løsning, hvor relevante data fra den kommunale og regionale sektor samles. Ved hjælp af den fælles infrastruktur skal både regionale og kommunale medarbejdere behandle data fra både epj og eoj systemer. Det vil sige, at der både skal være læse- og skriveadgang i en fælles infrastruktur.

Det skal indledende afklares hvordan denne infrastruktur bedst tilvejebringes.

Forsøget forventes at kunne indfri en række mål og resultater på borger-, kommune- og samfundsniveau. I nedenstående figur er det illustreret og beskrevet hvorledes sammenhængen er med de forskellige aktiviteter og de forventede resultater og effekter.

Figur over de forventede aktiviteter og virkninger i frikommuneforsøget



De konkrete succeskriterier og hvilke indikatorer for virkninger og effekter, der skal måles på i forsøget vil blive udvalgt i den indledende fase af forsøget, som bliver beskrevet i afsnit 4.

Foreløbige succeskriterier

Følgende kunne være de foreløbige succeskriterier.

- Reduceret ventetid for borgeren ved ankomst til akutmodtagelsen på sygehuset/reduceret forberedelsestid for sygeplejersker ved borgers ankomst.
- Reduceret arbejdstid brugt på samarbejde mellem kommunale sygeplejersker og regionale medarbejdere om deling af data gennem borgerens forløb.
- Øget patientsikkerhed fx i form af et fald i antal utilsigtede hændelser (UTH), som skyldes



mangelfuldt kendskab til borgeren.

De kommunale sygeplejersker oplever, at de skaber et bedre og mere sammenhængende borgerforløb.

- Borgerne oplever et bedre og mere sammenhængende forløb. Dette kan fx være i form af, at borgeren oplever, at sygeplejersken har sat sig ind i hans/hendes situation og er opmærksom på de relevante problemstillinger.
- Borgerne oplever at de i højere grad profiterer af de kommunale sundhedsindsatser.
- Kommunerne kan måle om kommunale indsatser har betydning for borgeres sygehuskontakter/helbred.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Regeringen og Frikommunerne lægger afgørende vægt på at værne om borgernes helbredsoplysninger, hvorfor nærværende forsøg sikrer at dette hensyn ikke på noget tidspunkt bliver tilsidesat.

Det overordnede formål omkring sikkerhed i forbindelse med behandling af borgernes sundhedsoplysninger i forsøget, kan opnås ved, at:

- Det er entydigt fastlagt præcis hvilke oplysninger, der kan indhentes til den digitale løsning.
- Det er defineret, hvilke formål oplysningerne fra den digitale løsning kan videregives til – alle med henblik på sikring af den tværsektorielle overgang – f.eks. til den kommunale visitation, den kommunale hjemmepleje, den kommunale sygepleje, borgers egen læge, kommunale /regionale genoptræningsenheder, relevante sygehuse.
- Borger har ret til indsigt i hvilke oplysninger, der ligger i den digitale løsning om vedkommende, og ret til at få oplyst, hvem oplysninger er videregivet til.
- Borgeren kan frabede sig, at oplysninger fra den digitale løsning videregives.
- Der kan kun indhentes oplysninger på borgere, hvor den tværsektorielle sygeplejerskefunktion spiller en rolle i behandlingsforløbet.
- Adgang til den digitale løsning er begrænset til få, bestemte nøglemedarbejdere i forhold til analyser af data.

Disse sikkerhedsprocedurer vil blive adresseret indledende og er af gørende betydning for forsøgets gennemførelse.

Helbredsoplysninger kan indhentes og videregives efter de nuværende regler med borgerens samtykke. Dette er i mange tilfælde vanskeligt/ umuligt – særligt i forhold til målgruppen af patienter for de akutte sygeplejefunktioner (65+), hvor en del af de ældre ikke er i stand til at tage stilling til problematikken om indhentelse/videregivelse, og behovet for indhentelse/videregivelse ikke nødvendigvis er sammenfaldende med tidspunktet, hvor borgeren kan forelægges spørgsmålet og forklares behovet.

Konkret forventes det, at der i frikommuneforsøget vil være behov for at se på mulige hjemler i forhold til Sundhedsloven § 41 og 43 samt evt. persondatalovens § 7. Derudover vil Sundhedslovens § 47 samt § 46 også være konkrete love der søges hjemler til i forhold til at kunne analysere data med det formål at kvalitetssikre behandlingen og målrette indsatserne.

Videregivelse af oplysninger fra det kommunale pleje- og omsorgssystem er reguleret af persondatalovens § 7. Videregivelse af oplysninger fra patientjournaler (både regionens og kommunens) er reguleret af sundhedslovens § 41 og 43 (afhængigt af videregivelsesformålet).

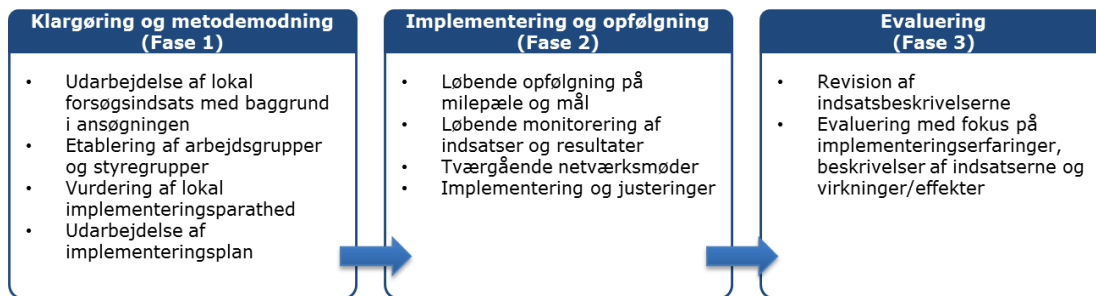
Der er ikke hjemmel til automatisk videregivelse - uden samtykke - af de nævnte sundhedsoplysninger fra kommunernes pleje- og omsorgssystem, eller fra regionernes samt kommunernes patientjournaler til en digital løsning i form af en fælles infrastruktur, hvor den tværsektorielle enhed kan planlægge/sikre borgerens overgang fra den ene sektor til den anden, herunder videregive oplysninger fra den digitale løsning til de kommunale/regionale enheder, hvor der vil være behov for kendskab til borgerens forhold.

Der søges om en hjemmel til at foretage analyser i frikommuneforsøgets regi uden forudgående godkendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Af Sundhedslovens § 47 fremgår, at oplysninger som nævnt i § 46 (oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger fra patientjournaler m.v.) kan videregives til brug for statistik eller planlægning

efter godkendelse af Styrelsen for Patientsikkerhed, som fastsætter vilkår for oplysningernes anvendelse m.v., jf. dog stk. 2. Af stk. 2 fremgår, at videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan ske uden godkendelse af Styrelsen for Patientsikkerhed, når det følger af lov, at oplysningerne skal videregives.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Udrulningen af forsøget vil gennemgå tre faser – se nedenstående figur:



Fase 1: Klargøring og metodemodning

I den indledende fase er det vigtigt at konkretisere hvordan kommunerne vil sikre at hensynet om at værne om borgernes helbredsoplysninger overholdes, overveje hvilke aktiviteter forsøget indebærer og hvordan man vil samarbejde på tværs samt endelig hvordan man sikre data til brug for en grundig og solid evaluering.

- *Sikring af hensynet om at værne om borgernes helbredsoplysninger*

Som nævnt i afsnit 3 er det vigtigst først at adressere de konkrete punkter der sikrer et vedvarende overordnet hensyn til at værne om borgerens helbredsoplysninger. Det er desuden vigtigt i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet samt Styrelsen for Patientsikkerhed at få klarlagt, om der er andre betydende punkter, der skal håndteres indledende.

- *Konkrete overvejelser om aktiviteter og samarbejde*

I det indledende arbejde med forsøget er det vigtigt at overveje og klarlægge følgende: For at skabe en fælles medicinsk infrastruktur skal der være et tæt tværfagligt samarbejde mellem It-konsulenter, administrative medarbejdere og klinikere i de involverede kommunerne og regionerne. Der vil der være en faglig vurdering og dertilhørende tilpasning af forsøget og dets aktiviteter. Det vil her også blive besluttet endeligt, hvilke målgrupper der skal involveres.

- *Datagrundlag og effekter*

Det vil blive afklaret hvilke indikatorer for effekter, der vil være relevante at måle på forhold til evalueringen. Det vil her blive overvejet hvilke indikatorer, der vil kunne indsamles ved de eksisterende fag-systemer eksempelvis antal log-on på de to dokumentationssystemer og hvilke der skal suppleres med et mindre antal supplerende indikatorer eksempelvis i form af spørgeskemaer eller andet.

Fase 2: Implementering og opfølgning

Efter klargøring og metodemodning og pilotafprøvning vil den endelige indsats være på plads og klar til at blive implementeret. Herefter implementeres den fælles infrastruktur i kommunerne og i regionerne. I løbet af forsøgsperioden vil det forventes, at der foretages småjusteringer og tilpasninger ud fra de løbende erfaringer. Det etablerede samarbejde mellem de forskellige aktører lokalt samt mellem frikommunerne vil her være udgangspunkt for at justere forsøgselementerne og tilpasse egne aktiviteter med udgangspunkt i frikommunenetværkets fælles erfaringer.

Fase 3: Evaluering

Fase 3 indeholder den opsamlende evaluering, hvor der fokuseres på dels at beskrive forsøget detaljeret og dels at beskrive forsøgets resultater og effekter. I evalueringsfasen sættes der fokus på at beskrive indsatsen grundigt og at gennemføre en implementeringsevaluering med fokus på forsøgets fidelitet samt en virkningsevaluering med fokus på forsøgets effekter. Derved vil det stå klart hvad indholdet er og hvilke justeringer i forsøget der har været samt hvordan det har virket i forhold til de hypoteser og intentioner der var med at igangsætte det. Evalueringsfasen vil blive beskrevet nærmere i afsnit 5.

Overordnet om samarbejdet og organisering i frikommunenetværket

Der nedsættes en styregruppe med de involverede direktører fra København, Aarhus, Odense, Randers og Esbjerg for at sikre optimale forhold for videns- og erfaringsudveksling i frikommunenetværket. Esbjerg Kommune er valgt som styregruppeformand blandt de fem direktører.

Styregruppen planlægges at mødes to gange årligt samt løbende efter behov. For at sikre en kontinuerlig og bæredygtig mødekonstellation, planlægges styregruppemøderne afholdt i forlængelse af eksisterende direktørmøder i 6-by regi. Samarbejdet på tværs af 6-byerne har blandt andet den fordel, at direktørerne på forhånd kender hinanden og sammen har valgt at forpligte sig til at indgå i frikommunenetværket. På styregruppemøderne kan relevante emner og problemstillinger tages op og diskuteres, og der kan træffes hurtige beslutninger vedrørende dette forsøg samt vedrørende det overordnede samarbejde omkring temaet: 'Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder'.

Foruden styregruppen nedsættes en arbejdsgruppe med 1-2 repræsentanter fra embedsværket i hver af de 5 kommuner. Esbjerg Kommune har påtaget sig rollen som netværksansvarlig for hele frikommunenetværket, og står således for at indkalde til fælles netværksmøder og for at sikre en fælles videns- og erfaringsudveksling på tværs af de 5 kommuner. Esbjerg Kommune har ligeledes ansvaret for kommunikationen med Social- og Indenrigsministeriet. Det er muligt, at tovholderrollen går på skift mellem de deltagende kommuner, men den valgte tovholder bestrider posten for minimum ét år af gangen. I det tværgående netværk for frikommunerne, vil der desuden blive oprettet emnespecifikke underarbejdsgrupper, der har til formål at sikre høj kvalitet i gennemførelsen af de enkelte forsøg, samt sikre videndeling på tværs af de involverede kommuner vedr. et eller flere specifikke emner.

5. Evaluering

Kommunerne tilstræber at gennemføre en så ambitiøs evaluering som muligt med henblik på at se på forsøgets virkninger og effekter for at bidrage med ny viden om hvordan tværfagligt samarbejde kan skabe endnu større værdi for borgerne. Der vil dels blive lavet en implementeringsevaluering og en virkningsevaluering.

Implementeringsevaluering

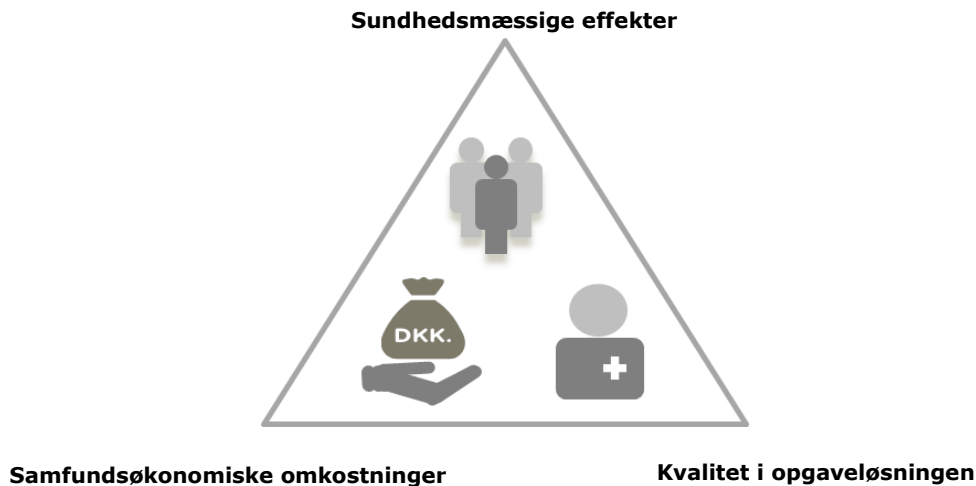
I evalueringsfasen sættes der, som nævnt, fokus på at beskrive forsøget grundigt og at gennemføre en implementeringsevaluering med fokus på forsøgets fidelitet, det vil sige hvor tro kommunerne har været mod grundprincipperne i forsøget – eksempelvis har de arbejdet i en fælles digital løsning og i så fald hvordan - samt hvordan har de analyseret data. Her vil det være relevant at beskrive hvordan de forskelligt deltagende kommuner i forsøget har implementeret den fælles infrastruktur og hvilke analyser de har lavet til hvilket konkret formål. Denne viden vil være til stor gavn, hvis forsøget skal udbredes efterfølgende. De forskellige kommuner i netværket har en stor volumen, men samtidig en forskellighed, der gør, at erfaringerne omkring implementering og fidelitet vil være til stor nytte i hele landet.

Virkningsevaluering

Som nævnt indledende forventes det at forsøget vil få betydning i forhold til sammenhængende patientforløb, vil kunne styrke det borgernære arbejde om mindske unødigt bureaukrati, mindske fejlrisiko ved dobbeltdokumentation og bidrage til en mere målrettet og effektiv indsats. For at evaluere om de nævnte virkninger er indfriet med forsøget vil kommunerne i netværket vil lave en virkningsevaluering og hertil planlægges det at benytte Triple Aim-tilgangen.

I Triple Aim-tilgangen er der fokus på 3 parametre, når man evaluerer resultaterne og effekterne af en sundhedsindsats. De 3 parametre i Triple Aim er de **sundhedsmæssige effekter**, **kvaliteten i opgaveløsningen** vurderet af borgere og fagfolk samt de **samfundsøkonomiske omkostninger**.

Figur over Triple Aim-tilgangen



Denne tilgang er derfor velegnet til at dokumentere dette frikommuneforsøg med udgangspunkt i den bagvedliggende hypotese over aktiviteterens virkning, der er illustreret i afsnit 2. Ud fra Triple Aim-tilgangen forstås det, at evalueringen af frikommuneforsøget vil kunne bidrage med viden om:

1) Sundhedsmæssige effekter, eks.:

- Bedre overgange mellem sektorerne, så borgeren oplever en helhedsorientering i indsatsen og dermed at blive sat i centrum.
- Effekter i forhold til social ulighed i sundhed eks. mål ved at spørge borgerne hvordan de oplever at mestre livet med en kronisk sygdom eller deres sundhedsadfærd.
- Patientsikkerhedsparametre så som konsekvenserne af dobbeltdokumentation/manglende dokumentation og om dette fører til indberetning af utilsigtede hændelser.

2) Klinisk/organisatorisk og brugeroplevede kvalitet, eks.:

- Hvordan opgaveløsningen bliver mere effektiv og af højere kvalitet til gavn for borgerne i sygeplejefunktionerne
- Borgernes oplevelse og tilfredshed
- Bedre tilrettelagt behandling af den enkelte borger på baggrund af analyse af sundhedsoplysning
- Bedre tilrettelagt kommunale indsatser til udvalgte grupper

3) De samfundsøkonomiske omkostninger, eks.:

- Overblik over omkostningerne for alle de relevante aktører i den nuværende praksis og se om forsøget er med til at formindske omkostningerne
- Omkostningen i tid med dobbeltdokumentation for eks. Akutteamets sygeplejersker og hvad dette koster i kroner og ører
- Administrationsomkostningerne og afledte omkostninger ved, at Akutteamets sygeplejersker er ansat i to sektorer.
- Den samfundsøkonomiske effekt at de kommunale indsatser bygger på dataanalyser i stedet for faglig vurdering: kan man målrette indsatsen til dem der har størst behov

Tilrettelæggelse af evalueringen

Som nævnt i afsnit 4, vil i den indledende fase vedrørende klargøring og metodemodning også være fokus på at tilrettelægge en ambitiøs og solid evaluering. For at sikre at forsøget bliver brugbart i forhold til hensigten med frikommuneordningen II vil kommunen indgå i en dialog med KORA, Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet i forhold til hvilke elementer, der vil være relevante at måle på og hvordan dette kunne tilrettelægges.

Data til brug for evalueringen vil blive indsamlet løbende og der vil ved forsøgets afslutning være en opsamlende evaluering indeholdende en beskrivelse af forsøget i detaljer samt forsøget resultater og effekter.

Det tilstræbes, at evalueringen dels kommer til at omhandle en analyse af effekter og virkninger af forsøget i en Triple Aim-tilgang, men ligeledes en detaljeret beskrivelse af forsøget og de eventuelle justeringer og ændringer der er foretaget undervejs i løbet af implementeringen i de deltagende kommuner.

Dermed vil evalueringen være et fyldestgørende bidrag til vurderingen af frikommuneforsøgets opnåede resultater og et godt udgangspunkt for vurdering af, om frikommuneforsøget skal bidrage til fremtidige lov-/regelændringer.