

Ansøgning til det nye frikommuneforsøg 2016-2019



ODENSE KOMMUNE



KØBENHAVNS KOMMUNE



Esbjerg
Kommune



**AARHUS
KOMMUNE**



Randers Kommune

Frikommunenetværket – deltagende kommuner og frikommuneansvarlig

6-by direktørerne inden for sundhed og omsorg (med undtagelse af Aalborg Kommune) har besluttet at ansøge om frikommunestatus som et samlet frikommunenetværk. Nærværende ansøgning er således udarbejdet i et netværk bestående af følgende kommuner:

- Esbjerg Kommune
- Københavns Kommune
- Aarhus Kommune
- Odense Kommune
- Randers Kommune

Esbjerg Kommune påtager sig rollen som netværksansvarlig frikommune og har dermed det overordnede ansvar for netværkets fælles aktiviteter samt for kontakten til Social- og Indenrigsministeriet.

Frikommunenetværket ønsker at udføre forsøg inden for temaet '**Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder**'. Det primære fokus i nærværende frikommunenetværk er sundheds- og omsorgsområdet herunder det nære sundhedsvæsen og samarbejdet med aktørerne heri – sygehusene og de praktiserende læger.

Det fælles udfordringsbillede i frikommunenetværket

Erfaringerne viser, at alt for mange borgere kommer i klemme i overgangene mellem sundhedssystemets opgavevaretagere, og landsdækkende og regionale undersøgelser af patientoplevelser peger på, 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 sundhedsvæsenet, oplever, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet spiller sammen og at samspillet fungerer gnidningsfrit og koordineret.

Den demografiske udvikling og udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme peger i retning af et sundhedsvæsen med behov for øgede indsatser i såvel praksissektor som i den kommunale del af sundhedsvæsenet. Samtidig hermed påvirker udviklingen i den sekundære sundhedssektor i høj grad indsatser og kompetencer i den primære sektor. Sygehusvæsenet har igennem flere år været kendetegnet ved en stigende specialisering og centralisering, som blandt andet medfører en løbende omlægning fra stationær til ambulat behandling, kortere indlæggelser og accelererede patientforløb. Denne udvikling har stor betydning for den rolle, kommunerne og de praktiserende læger skal spille i det samlede nære sundhedsvæsen samt for de kompetencer som efterspørges herfra.

Kommunikation og samarbejde mellem kommune, almen praksis og sygehus er helt central, hvis ønsket om bedre og mere sammenhængende borgerforløb skal lykkes. Aktuelt er forskellige it-systemer og diverse lovgivninger en stor barriere for optimal kommunikation og samarbejde mellem parterne.

De væsentligste udfordringer i det nære sundhedsvæsen kan opsummeres til følgende:

- Manglende sammenhæng i borger- og patientforløb på tværs af sektorgrænser (større fokus på forløb og ikke enkeltindsatser)

- Accelererede patientforløb, idet patienter i stigende omfang sendes tidligere hjem eller behandles ambulat
- Manglende kommunikation, herunder lovgivningsmæssige barrierer i forhold til datadeling mellem aktørerne i det nære sundhedsvæsen

Frikommunenetværket ønsker et styrket samarbejde med almen praksis og sygehusene for at sikre sammenhængende forløb for borgere på tværs af sektorer. Samarbejdet skal bygge på klart definerede opgaver og roller for de involverede aktører i forhold til blandt andet genoptræningsområdet, kommunikation (datadeling), plejehjemstilsyn, hjælpemiddelområdet og en tværsektoriel akutfunktion.

Mål for temaet *Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorområder*

Frikommunenetværket har en ambition om at opnå følgende mål inden for ovennævnte tema:

Afprøvning af Shared Care model med etablering af tværsektorielle teams:

Mål: At styrke samarbejdet og kommunikationen på tværs af sektorer ved oprettelse af forsøg med organisering af tværsektorielle teams og 'Shared Care' funktion i et samarbejde mellem kommuner og region – herunder almen praksis og sygehuse.

Organisering af tværgående akutfunktion med datadeling og fælles ledelse:

Mål: At styrke samarbejdet og kommunikationen på tværs af sektorer ved afprøvning af forsøg med oprettelse af fælles tværgående akut sygeplejefunktion med fokus på datadeling og fælles ledelse.

Sammenhæng mellem ansvar, henvisning, betaling og leverance på genoptræningsområdet:

Mål: At skabe mere sammenhængende og effektive genoptræningstilbud på tværs af lovgivning og sektorer ved afprøvning af forsøg med en bedre koordinering af visiterede genoptræningsydelse, for at sikre borgeren et mere helhedsorienteret genoptræningsforløb.

Plejehjemstilsyn:

Mål: At forenkle og forbedre kvaliteten af plejehjemstilsyn i kommunerne ved afprøvning af forsøg med ét fælles proaktivt og risikobaseret tilsyn på tværs af sundhedslov og servicelov med fokus på systematik og øget kvalitet i tilsynet.

Bevilling af hjælpemidler efter serviceloven og sundhedsloven:

Mål: At sikre borgerne en optimal bevilling af hjælpemidler ud fra deres behov ved at afprøve et forsøg, hvor rammerne for bevilling af hjælpemidler inden for serviceloven og sundhedsloven udfordres, for at skabe bedre sammenhæng mellem borgernes behov for hjælpemidler, og det de reelt modtager.

Eksempler på frikommuneforsøg

Nedenfor beskrives en række mulige eksempler på forsøg under temaet *Mere sammenhængende indsætter på tværs af sektorområder*, som frikommunenetværket påtænker at ansøge om til november 2016.

Afprøvning af Shared Care model med etablering af tværsektorielle teams:

Erfaringer fra blandt andet landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser viser desværre, at mange borgere oplever at komme i klemme i overgangene mellem hospitaler, det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis. Der har i flere år været fokus på at sikre koordinering og sammenhæng i patientforløb, men vi er ikke i mål endnu. Et frikommuneforsøg kunne tage udgangspunkt i et samarbejdsprojekt med aktører fra kommuner, region, almen praksis og forskningsinstitutioner. Forsøgets omdrejningspunkt er en samarbejdsmodel, hvor fagprofessionelle fra kommune, sygehus og almen praksis organiseres i tværsektorielle teams, der sammen står til ansvar for en koordineret og sammenhængende indsats for sårbare patienter. En sådan samarbejdsmodel vil dermed bryde med den sektoropdelte opgaveløsning og rummer således forskellige grader af fælles drift, mål og samfinansiering. Mulige målgrupper i forsøget kan fx være den ældre sårbare patient, demensramte, borgere med KOL eller multisygdom samt den sårbare etniske patient.

Som det er i dag, eksisterer der nogle lovgivningsmæssige barrierer i forhold til datadeling mellem aktørerne i det nære sundhedsvæsen. De forskellige it-systemer kommunikerer ikke sammen, hvilket medfører en del dobbeltdokumentation. I et muligt frikommuneforsøg ønskes der dispensation i forhold til adgang og deling af relevant data mellem kommune, sygehus og almen praksis.

Organisering af tværgående akutfunktion med datadeling og fælles ledelse:

Sygehuse kan være med til at styrke kvaliteten af de kommunale akutfunktioner ved, at der etableres bedre rammer for, at læger, sygeplejersker og andre autoriserede sundhedspersoner på sygehuset kan rådgive og vejlede sygeplejefagligt personale i akutfunktionen, og i højere grad samarbejde om varetagelsen af borgernes sundhed på tværs af sektorer. I et muligt frikommuneforsøg ønsker vi at udvide og videreudvikle dette samarbejde ved at etablere en fælles tværgående akut sygeplejefunktion. Omdrejningspunktet i forsøget vil være datadeling på tværs af sektorer mellem de eksisterende dokumentationssystemer. Endvidere vil der blive arbejdet hen i mod etablering af fælles ledelse.

Målgruppen i den tværgående akutte sygeplejefunktion 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. Eksempler på indsætter som kan organiseres i den tværgående akutte sygeplejefunktion, og som de forskellige aktører kommer til at samarbejde om, er: akut observation foretaget i borgerens hjem (fx dehydrering, infektionssygdomme m.v.), IV-medicin, parenteral ernæring, væske terapi, inhalationsbehandling og iltterapi, kateteranlæggelse og – pleje, sparring med sygeplejersker og medarbejdere i hjemmesygeplejen om borgere, der er i risiko for indlæggelse (second opinion), indslusningsfunktion ift. nye sygeplejeopgaver i kommunen samt praksisnær læring og undervisning i hjemme(syge)plejen.

Det essentielle i forsøget er afprøvningen af tværsektoriel datadeling og indberetninger i EPJ systemet samt samarbejdet om den fælles organisering og ledelse af akutfunktionen for at højne den oplevede kvalitet af samarbejdet med borgeren/patienten i centrum.

Sammenhæng mellem ansvar, henvisning, betaling og leverance på genoptræningsområdet:

Siden kommunalreformen i 2007 har kommunerne oprustet kraftigt på genoptræningsområdet og har blandt andet udviklet mere avancerede tilbud. Antallet af almene genoptræningsplaner har været konstant stigende, mens der har været et fald i specialiserede genoptræningsplaner. Det betyder, at kommunerne løser stadig mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

Ansaret og udførelsen af genoptræning er i dag fordelt på forskellige aktører og på forskellige lovgivninger afhængigt af kompleksitet og hvor, i behandlingsforløbet, borgeren er.

Kommunerne har myndighedsansvaret og finansieringsforpligtelsen for:

- Genoptræning til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, både almen og specialiseret genoptræning.
- Genoptræningstilbud til borgere i rehabiliteringstilbud, herunder kronisk syge, som ikke kommer direkte fra sygehuset med en genoptræningsplan.
- Vederlagsfri fysioterapi til udvalgte diagnoser og progredierende lidelser.
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning m.v. efter serviceloven.

Regionen har derimod ansvaret for specialiseret genoptræning under indlæggelse.

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 henviser, leverandør og betaler.

Henvisning

- Sygehusets læge afgør, om patienten har behov for genoptræning efter udskrivning – og om genoptræningen skal ske på sygehus eller i kommunalt regi.
- Det er borgerens egen læge, der henviser til vederlagsfri fysioterapi.
- Der kræves ikke lægehenvi sning til genoptræning efter Serviceloven.

Leverandør

- Sygehuset leverer eventuel genoptræning under indlæggelsen (kommunen finansierer udgiften 100%).
- Sygehuset leverer specialiseret genoptræning efter sygehusindlæggelse (kommunen finansierer 70% af udgiften).
- Kommunen leverer almen genoptræning efter sygehusindlæggelse og genoptræning efter serviceloven.
- Alment praktiserende fysioterapeuter (eller kommunen) leverer vederlagsfri fysioterapi.

I en række tilfælde er private leverandører købt ind til opgaven.

Det foreslås at gennemføre et frikommuneforsøg, hvor al genoptræning efter sygehusindlæggelse (eventuelt undtaget helt specielle tilfælde) varetages af kommunen i samarbejde med sygehuset, praktiserende læger og eventuelle private leverandører.

Forsøget kan have som mål at få erfaring med:

- Koordineret visitering på tværs af forskellig lovgivning, hvor der henvises til kommunal genoptræning, vederlagsfri fysioterapi og servicelovens ydelser ved samme instans. Lægerne sender henvisning, hvorefter kommunen overtager opgaven. Altså én indgang til genoptræning, hvor det er kommunen, der har udgiften.
- Hvordan der sikres en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling i forhold til specialiseret genoptræning.
- Hvordan sikres borgeren et helhedsorienteret forløb på tværs af lovgivning og uden, at der gives komplementerende ydelser.

Frikommuneforsøget omfatter både sygehus, almen praksis og kommuner.

Bevilling af hjælpemidler efter serviceloven (SEL) og sundhedsloven (SUL):

Processen med at finde det rette hjælpemiddel til borgerens behov kan tage tid og rammer ikke nødvendigvis plet første gang. Ved at borgerne selv tager aktiv del i udvælgelsen af hjælpemidlet, er det nemmere at matche borgeren med det rette hjælpemiddel fra start til stor gavn for både borger og kommune. Hvis borgerne har et større kendskab til hjælpemidlerne, fordi hjælpemidlerne eksempelvis kan besigtiges og afprøves inden endelig bevilling, øges sandsynligheden for at borgeren modtager det rette hjælpemiddel, og visitationen effektiviseres yderligere. Endvidere kunne man udfordre rammerne for, hvilken lovgivning hjælpemidlerne bevilliges efter. Formålet i et muligt frikommuneforsøg er således at matche det rette hjælpemiddel med borgerens behov – dvs. at ramme plet fra starten.

Inspirationen skal findes i et tidligere gennemført forsøg i Middelfart og Odense kommuner, som har haft fokus på at skabe en bedre sammenhæng mellem borgernes behov for hjælpemidler, og de hjælpemidler borgerne rent faktisk modtager. Begge kommuner har inviteret borgere til "tag med hjem" dage, hvor borgerne frit kunne vælge hjælpemidler, som kunne tages med hjem til afprøvning. Ingen af projekterne har dog haft fokus på, hvordan erfaringerne i projekterne kan omsættes i efterfølgende ændringer i bevillingsniveau – hvilket et nyt frikommuneprojekt kunne bygge videre på. Inspireret af erfaringerne fra hhv. Odense og Middelfart er ambitionen for et eventuelt nyt frikommuneprojekt derfor, at registrere om og i hvilket omfang lovgivning, vejledninger og kommunalt serviceniveau står i vejen for at skabe en bedre sammenhæng mellem behovet for hjælpemidler, og det borgerne faktisk modtager.

Med andre ord vil et frikommuneforsøg udfordre rammerne for, om borgernes behov for hjælpemidler vil kunne bevilges efter SEL §112 (både personlige hjælpemidler og genbrugshjælpemidler), SEL §83a og §86 hjælpemidler til træning, SUL §140 (vedr. træning jf. genoptræningsplan). Det samme gælder grænsen mellem hjælpemidler efter §112 og forbrugsgoder efter §113.

På baggrund af forsøgets eventuelle resultater kan der foreslås ændringer af den nuværende bevillingspraksis.

Det kommunale plejehjemstilsyn:

I forbindelse med, at der er indgået en politisk aftale omkring en ny tilsynspakke, hvor man blandt andet arbejder på at omlægge embedslægetilsynet, så det i højere grad bliver risikobaseret, vil det være oplagt, at der også ses nærmere på det kommunale plejehjemstilsyn.

Det kommunale tilsyn i henhold til Lov om social service § 151 skal gentænkes ud fra de samme principper og kriterier, som man arbejder med i embedslægens tilsyn. Herudover er det i dag et krav, at de kommunale tilsyn med plejecentre gennemføres som uanmeldte tilsyn. Flere plejecenterledere har imidlertid haft gode erfaringer med anmeldte tilsyn. De fremhæver muligheden for at kunne forberede sig bedre og senere mere målrettet kunne følge op på tilsynene, fordi det er muligt at planlægge efter det. Et muligt frikommuneforsøg kan derfor være en mulighed for at udfordre reglen om, at tilsynene skal være uanmeldte, således at der forud for tilsynet gennemføres et systematisk forarbejde, og at der efter tilsynet planlægges et lærende opfølgingsforløb. Endvidere kan et forsøg omhandle mulighederne for at samtænke de kommunale tilsyn på plejecentrene med Embedslægens nye risikobaserede tilsynskoncept, hvor fokus bliver på kvalitet og læring – ud fra fælles kriterier, og hvor både sundhedslovens og servicelovens krav tilgodeses i et fælles proaktivt, systematisk og risikobaseret tilsyn. Det vil samtidig sikre, at kommunerne ikke bliver udsat for to vidt forskellige slags tilsyn blot for at tilgodese lovgivningen, men at fokus i et samlet tilsyn i stedet bliver borgernært og kommer til at fokusere på kerneopgaven i et kvalitetsudviklings – og læringsperspektiv. Alternativt kunne de kommunale tilsyn gennemføres separat, men designes således, at de spiller sammen med embedslægens tilsyn. Det kunne fx ske ved, at de kommunale tilsyn fungerer som direkte input til Embedslægens risikovurdering, og ved at de kommunale tilsyn adresserer problemstillinger, der er rejst ved embedslægetilsyn.

Designet af pilotforsøget bør afvente embedslægens tilsynskoncept for 2017.

Vidensdeling og erfaringsudveksling i frikommunenetværket

For at sikre optimale forhold for videns- og erfaringsudveksling i frikommunenetværket nedsættes en styregruppe med de, i ansøgningen, 5 involverede direktører fra 6-by netværket: København, Aarhus, Odense, Randers og Esbjerg. Esbjerg Kommune er valgt som styregruppeformand blandt de fem direktører. Styregruppen mødes 2 gange årligt samt løbende efter behov. For at sikre en kontinuerlig og bæredygtig mødekonstellation, planlægges styregruppemøderne afholdt i forængelse af de eksisterende direktørmøder. 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 vedr. de enkelte forsøg samt vedr. 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.

Frikommunenetværket organiseres som følger:

