

## Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

Vejledning til udfyldelse af skemaet kan findes på [www.sim.dk/frikommuneforsog-ii](http://www.sim.dk/frikommuneforsog-ii).

<b>Frikommunenetværk</b>	Kommunenetværk bestående af Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune under temaet ” Mere sammenhængende indsatser på tværs af sektor-områder”		
<b>Titel på forsøg</b>	Fælles infrastruktur mellem kommuner og sygehuse		
<b>Deltagerkommuner</b>	Esbjerg Kommune, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune og Randers Kommune		
<b>Faglig kontaktperson</b>	Louise Torp Jensen		
	<b>Telefon</b>	40334076	<b>E-mail</b>
<b>Netværkskoordinator</b>	Louise Torp Jensen		
	<b>Telefon</b>	40334076	<b>E-mail</b>
<b>Dato for ansøgning</b>	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
- multimedicingering (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 sygeplejeopgaver 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 reduktion af 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 rationalet 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 unødige bureaukrati*

Den nuværende lovgivning betyder at der bruges unødige 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

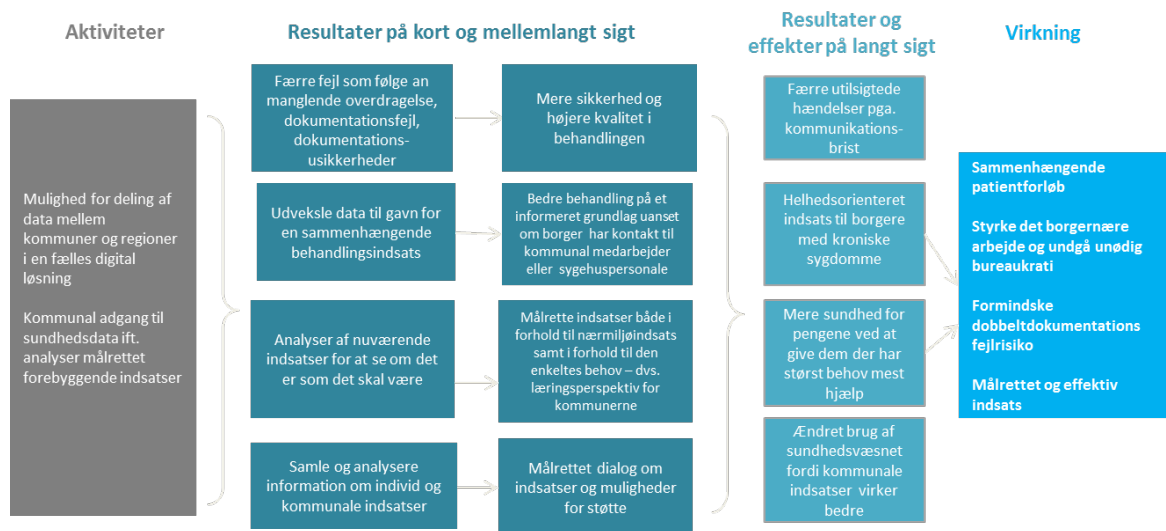
### Hovedmål/leverance:

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 klarlægning 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 mødekostellation, 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 indsats 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.

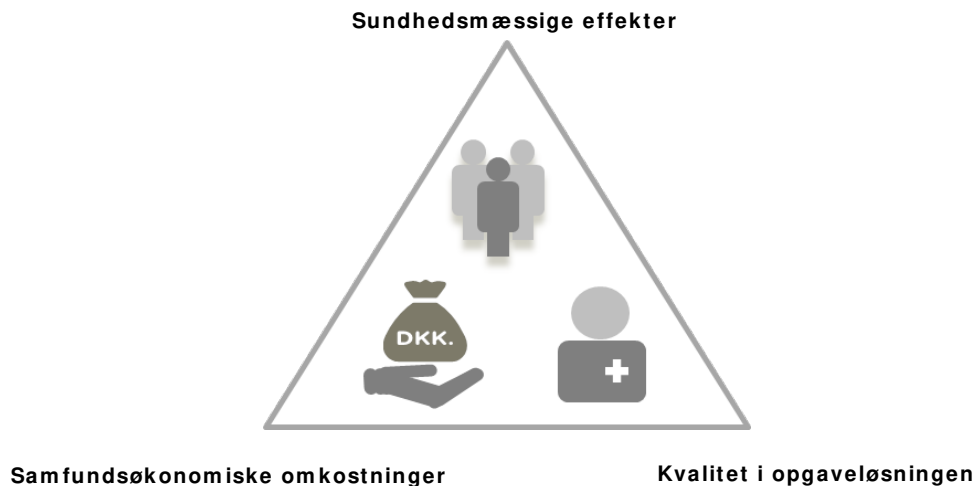
#### *Virkningsevaluering*

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.