

SKABELON: Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

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

Frikommunenetværk	Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde		
Titel på forsøg	Etablering af rammer for tværkommunale akutfunktioner		
Deltagerkommuner	Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommuner		
Faglig kontaktperson	Mette Ryle		
	Telefon	46 11 50 20	E-mail
Netværkskoordinator	Jesper Ahrensburg		
	Telefon	72 68 11 04	E-mail
Dato for ansøgning	1. maj 2017		

1. Beskrivelse af forsøget

I denne ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II adresseres en beskrivelse af det konkrete forsøg, som ønskes gennemført. Den generelle problemstilling som frikommunenetværket udfordrer, er beskrevet i ansøgningen om at blive frikommunenetværk 2016-2019.

Visionen for frikommunenetværket *Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde* er, at kommuner, praktiserende læger og hospital i et tæt tværsektorielt samarbejde lykkes med at skabe sammenhængende forløb for borgere og patienter på det somatiske akutområde. Herunder at skabe en effektiv, driftssikker og sammenhængende varetagelse af akutområdet, hvor borgerne modtager sygepleje og behandling af høj kvalitet i hjemmet eller på kommunale institutioner, så forebyggelige ind- og genindlæggelser undgås.

Formålet med frikommunenetværket er at etablere en fagligt og økonomisk bæredygtig tværkommunal akutfunktion gennem afprøvning af nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde, der:

- kan sikre et bedre tværsektorielt samarbejde om borgere og patienter og dermed både øge kvalitet og effekt af de borgerrettede indsatser, og som
- kan fremme en effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen, hvor indsatser tilbydes på rette niveau.

Den tværkommunale akutfunktion skal sikre et højt kompetenceniveau, samt driftssikkerhed hele døgnet.

Realiseringen af dette kræver, at der skabes en ny organisatorisk ramme for den tværkommunale akut-

funktion i tæt samarbejde med almen praksis, Herlev og Gentofte Hospital, og Den Præhospitale Virksomhed/1813.

Forsøget vedrører kommunernes virksomhed i forhold til at yde vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til borgere med ophold i kommunen. Området er underlagt bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen, da kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje.

I det konkrete forsøg vil opgaveporteføljen for sygeplejerskerne samt lægedækningen i forhold til behandlingsansvar i den tværkommunale akutfunktion følge anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser". Men på baggrund af de sidste fire års erfaringer med forskellige former for tværsektorielle akutteam i Planområde Midt, vil den anbefalede organisering og opgavevaretagelse blive udfordret i forhold til nedenstående forsøgshjemler:

- Sundhedsloven, § 138 (uddelegering af myndighedsudøvelsen ift visitation af sygeplejeydelser)
- Lægemedelloven § 39 (lægemedelhåndteringsvejledningen, VEJ nr. 907 af 12/02/2015, afsnit 4.1.1)

I det konkrete frikommuneforsøg bliver der ansøgt om hjemmel til at etablere en fælles tværkommunal akutfunktion, der varetager den akutte sygepleje i de fire frikommuner med reference til en fælles overordnet styregruppe bestående af kommunernes fagdirektører. Dette indebærer, at sygeplejerskerne skal kunne visitere sygeplejeydelser til borgere i akutfunktionen uanset bopælskommune. Der bliver derudover ansøgt om, at sygeplejerskerne i akutfunktionen kan opbevare og medtage få, prioriterede lægemidler til hurtig igangsættelse af udredning eller behandling.

Frikommuneforsøgsmodel

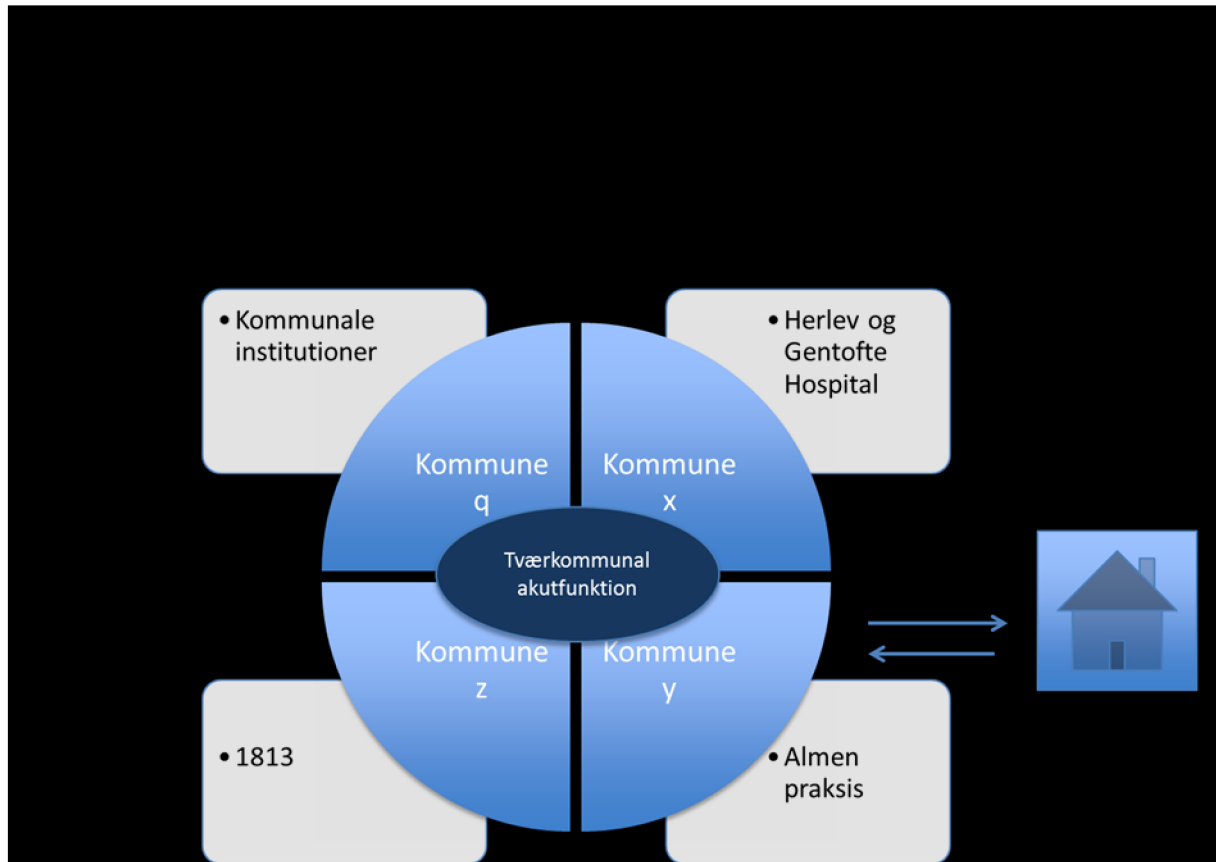
Forsøget udvikler en ramme for etablering af tværkommunale akutfunktioner, hvor den fælles akutfunktion både kan visitere og levere sygeplejeydelser til borgere i alle fire kommuner uanset patientens bopælskommune og efter henvisning fra almen praksis, hospital, og Akuttelefonen 1813. Den tværkommunale akutfunktion vil være bemandet udelukkende af sygeplejersker, der i den aktuelle behandlingssituation kan tilgå tidstro data fra de deltagende kommuners EOJ-systemer hele døgnet vedrørende den konkrete borger.

Forskelligt fra Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard kan sygeplejerskerne i den tværkommunale akutfunktion medbringe mindst fire præparater, som ikke er knyttet til et cpr-nummer i borgerens hjem, samt opbevare dette fysisk i den tværkommunale akutfunktion.

Modellen involverer almen praksis, hospital og 1813, idet den forudsætter, at der i planområdet er udarbejdet klare rammer for det lægelige behandlingsansvar for borgerne i akutfunktionen hele døgnet, samt klare samarbejdsflader til hospitalet i forhold til behandlingsansvar, udredningsopgaver og overdragelse af patientforløb til og fra den kommunale akutfunktion. Disse aftaler vil i tæt koordinering med de øvrige kommuner i planområdet blive udviklet som en del af etableringen af den tværkommunale akutfunktion, men udfordrer ikke i sig selv lovgivningen. Modellen er illustreret i nedenstående figur.



Figur 1: Model for tværkommunale akutfunktioner



2. Mål og forventede resultater

Frikommunenetværkets overordnede mål er at etablere en fagligt og økonomisk bæredygtig akutfunktion.. Det konkrete forsøgs succeskriterier og effektparametre er opstillet nedenfor. Både succeskriterier og effektparametre skal videreudvikles som led i formuleringen af forsøgets endelige evalueringsdesign. Dette sker i det igangværende samarbejde med KORA.

Succeskriterier (*foreløbige*):

Borgerrettede:

- Borgerne og deres pårørende er trygge og tilfredse med at blive behandlet akut i hjemmet af en fælles akutfunktion
- Borgerne oplever en sammenhængende og effektiv indsats af høj kvalitet ved akut sygdom
- Borgere som behandles i akutfunktionen undgår funktionstab på grund af indlæggelse

Organisatoriske:

- At der er etableret en tværkommunal akutfunktion med klare arbejdsgange til almen praksis, hospital og 1813.
- Arbejdsgangene for udredning og igangsættelse af behandling i hjemmet er entydige og effektive
- Akutfunktionens muligheder for intervention i hjemmet udnyttes og koordineres med den øvrige hjemmesygepleje i borgerens bopælskommune
- Samarbejdet tværkommunalt og tværsektorielt er styrket i forhold til en øget tryghed og øget kendskab til samarbejdspartners tilbud og handlemuligheder.



De fire præparater anvendes og kan ordineres rettidigt af sygeplejerskerne i borgerens hjem. Der forefindes den nødvendige dokumentation for den behandling og pleje, der er givet af akutfunktionen uagtet borgerens bopælskommune.

- Den enkelte sygeplejerske kan visitere fleksibelt og rettidigt uanset i hvilken af de fire kommuner borgeren har bopæl.
- Akutfunktionen er en attraktiv arbejdsplads med høj medarbejdertilfredshed.

Økonomiske:

- Antallet af forebyggelige ind- og genindlæggelser er uændret eller faldende efter implementering af akutfunktionen.
- På sigt driftsoptimering ved etablering af én tværkommunal akutfunktion fremfor etablering af fire isolerede akutfunktioner.

Effektparametre (*foreløbige*):

- Antallet af forebyggelige ind- og genindlæggelser er uændrede eller faldende efter implementering af akutfunktionen, herunder at funktionstab som følge af indlæggelse begrænses.
- Indlæggelsestiden for borgere, der kan behandles i akutfunktionen er reduceret.
- Antallet af borgere der behandles i hjemmet og undgår indlæggelse er steget.

Det er ikke muligt at vurdere forsøgets eventuelle økonomiske gevinster på nuværende tidspunkt. Men evalueringen vil indeholde en økonomisk analyse, der dels beskriver de samlede udgifter (kommune, almen praksis og region) i forbindelse med etableringen af en tværkommunal akutfunktion, og dels de enkelte parter udgifter i forsøgsperioden.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning m.v.

Frikommunenetværket ønsker med det konkrete frikommuneforsøg at udfordre gældende lov i forhold til samarbejdskonstruktion og lægemiddelhåndtering (opbevaring og medtagning af få udvalgte præparater, jf. Bilag 1). De to områder bliver præciseret i det følgende:

1. Ydelser efter sundhedslovens § 138 (her kaldet sygeplejeydelser)

Det overordnede politiske, økonomiske og juridiske ansvar for de opgaver, der bliver løst i den fælles akutfunktion ligger hos kommunalbestyrelserne i de fire frikommuner. De formelle rammer for frikommunernes samarbejde om den fælles akutfunktion bliver beskrevet i en juridisk bindende samarbejdsaftale, der adresserer de nødvendige formalia herunder retningslinjer for håndtering af eventuel uenighed, misligholdelse og opsigelse. Herudover vil der på tværs af de fire kommuner blive udarbejdet fælles, politisk vedtagne, visitationskriterier som grundlag for akutfunktionens tildeling af sygeplejeydelser til borgerne.

Forsøgshjemmel - behov

Med henblik på at etablere en tværkommunal akutfunktion er der behov for at udfordre sundhedslovens § 138 og få hjemmel til, at enhver medarbejder i akutfunktionen ud over at yde sygeplejeydelser også kan visitere (myndighedsudøvelse) sygeplejeydelser efter politisk fastsatte kriterier til alle patienter i akutfunktionen, uanset i hvilken af de fire kommuner borgeren har bopæl.

Fælles samarbejdskonstruktion

Det overordnede ledelsesansvar vil ligge i en tværkommunal styregruppe bestående af de deltagende kommuners fagdirektører, som er ansvarlige for funktionen. Denne styregruppe har på vegne af de fire kommunalbestyrelser ansvaret for

- tildeling af arbejdsgiverbeføjelser, herunder instruktionsbeføjelser for såvel ledelse som personale i den fælles akutfunktion,
- ansvar for ansættelse af fælles daglig sygeplejefaglig ledelse, jf. nedenfor samt
- sikring af et fælles grundlag for håndtering af patientsikkerheden, herunder udarbejdelse af fornød-



ne instrukser, der indeholder retningslinjer for ansvar og kompetence, retningslinjer for procedurer, der lokalt skal følges i forbindelse med opgavevaretagelsen og medicin håndteringen i den fælles akutfunktion.

Det er en forudsætning, at

- Hver af de fire kommunalbestyrelser får hjemmel til at delegerer myndighedsudøvelse i forbindelse med visitation af sygeplejeydelser til de øvrige 3 kommuner, som deltager i den tværkommunale akutfunktion.
- Det overordnede ledelsesansvar har den tværkommunale styregruppe bestående af de deltagende kommuners fagdirektører.
- Fælles, politisk vedtagne visitationskriterier vil være grundlag for akutfunktionens visitation til den enkelte borger.
- Der udarbejdes en juridisk bindende samarbejdsaftale mellem de deltagende kommuner.
- Kommunalbestyrelsen i borgerens bopælskommune bevarer det endelige myndighedsansvar.

Ansættelsesretligt, inden for gældende lovgivning

- Lederen af funktionen ansættes formelt i en af de deltagende kommuner og udlånes til akutfunktionen. De øvrige medarbejdere ansættes i de deltagende kommuner efter aftalt fordelingstal og udlånes derefter til funktionen.
- Lederen af funktionen får delegeret den daglige ledelsesret fra de deltagende kommuner via styregruppen.
- Ansættelses- og afskedigelsesretten forbliver hos ansættelseskommunen, men alle kommunerne forpligter sig til at følge de indstillinger, der kommer fra funktionens leder.
- Ved indstilling om ansættelse er det en forudsætning, at der er ledig lønsum i den pågældendes kommunes andel af finansieringen af funktionen.
- Ved indstilling om afsked fra akutfunktionen er ansættelseskommunen alene forpligtet til at flytte den pågældende medarbejder fra funktionen.
- Alle medarbejderne er som udgangspunkt dækket af ansættelseskommunens MED-, TR- og arbejdsmiljøsystem. Det er dog ikke en hensigtsmæssig løsning. Der forventes derfor at blive indgået en aftale med de relevante faglige organisationer om en konstruktion, hvorefter der i funktionen etableres et særligt MED-udvalg, som følger reglerne i lederens ansættelseskommunes MED-aftale, samt om at der vælges særskilt TR og AMR, som dækker funktionen.

Borgerens retssikkerhed

- Borgerens retssikkerhed er uændret, idet det er kommunalbestyrelsen i borgerens hjemkommune, som er ansvarlig for den behandling borgeren får i akutfunktionen

Målet er smidig og handlekraftig ledelse i forhold til såvel de øvrige kommunale hjemmesygeplejeordninger som den tværkommunale akutfunktion, hvilket der ikke kan opnås med en § 60 konstruktion, som pr. definition har sin egen selvstændige ledelse.

Ved etablering af et § 60 selskab, som er en selvstændig juridisk person, forudser vi endnu en sektorovergang og dermed udfordringer i relation til det daglige samarbejde, herunder sikring af kompetencer og erfaring mellem den tværkommunale akutfunktion og det øvrige sundhedsvæsen i den enkelte kommune.

En væsentlig begrundelse herfor er ønsket om at indsatsen i den tværkommunale akutfunktion er tæt integreret og koordineret med den øvrige hjemmesygepleje, da vi forudser, at der løbende er behov for opgavetilpasninger mellem de to funktioner, således at den enkelte kommune har direkte adgang til at koordinere den borgernære indsats.

Datalovgivningen

Den ansøgte model for en fælles, tværkommunal akutfunktion muliggør overholdelse af de gældende regler i datalovgivningen.

Frikommunenetværket er bekendt med Sundheds- og Ældreministeriets notat af 9. november 2016 om juridiske rammer for datadeling på sundhedsområdet i forbindelse med frikommuneforsøg og ønsker at gøre opmærksom på et generelt behov for at dele data mellem sektorer for at optimere sektorovergange. Fortsatte effektiviseringer af kommunale akutfunktion(er) forudsætter en smidig deling af data mellem hospital, praktiserende læge, kommune og akutfunktion.

2. Lægemiddeloven § 39

Den tværkommunale akutfunktion skal kunne agere hurtigt, og kunne udrede patienterne og iværksætte nødvendig behandling inden for få timer. Derfor er der behov for hurtig adgang til udvalgte præparater. På den baggrund bliver der ansøgt om, at sygeplejerskerne i den tværkommunale akutfunktion får mulighed for at medbringe udvalgte præparater ved besøg hos borgeren, samt mulighed for at opbevare disse i den kommunale akutfunktion uden tilknytning til et bestemt cpr-nummer.

I allerede etablerede akutfunktioner (såvel monokommunale som tværkommunale) må der ikke opbevares medicin, som ikke er knyttet til et specifikt cpr-nummer. Dette er en tidsmæssig forhindring for iværksættelsen af den akutte behandling af borgerne, idet medicinen skal hentes på et apotek.

I etableringen af en tværkommunal akutfunktion er der behov for at medbringe et begrænset omfang af receptpligtig medicin såvel som håndkøbsmedicin, når akutfunktionen kommer til borgerens hjem, så en behandling, f.eks. af en urinvejsinfektion, kan påbegyndes, når sygeplejersken er hos borgeren. Det er kun udvalgte præparater, som vil skulle indgå i akutfunktionens medicinskab, *og medicinen anvendes kun, når den er ordineret af en læge*. Bilag 1 beskriver de ønskede præparater, som de fire kommuner anser for essentielle for hurtig behandling af hyppigt forekommende lidelser.

Proceduren i borgerens hjem vil være, at den behandlingsansvarlige læge, typisk borgerens praktiserende læge, ordinerer medicinen pr. telefon, behandlingen iværksættes straks, og lægen sender en recept til apoteket med den pågældende borgers cpr-nummer.

Hvad angår rekvirering, håndtering, opbevaring og instrukser, vil der i den tværkommunale akutfunktion skulle udpeges en ansvarlig person, som har kendskab til håndtering af lægemidler, så den gældende bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehuse og andre behandlende institutioner, følges.

Det fremgår af lægemiddelhåndteringsvejledningen, VEJ nr. 907 af 12/02/2015, afsnit 4.1.1, at opbevaring af medicin, som ikke er udskrevet til en konkret patient/CPR-nr., ikke er muligt i den kommunale hjemmepleje eller på plejehjem. Det er, jr. Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner BEK nr. 1222 af 07/12/2005, kun disse, der må opbevare medicin, som ikke er udskrevet til en konkret patient.

Akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og regnes ikke for at være en behandlende institution. Det betyder, at såfremt en behandlingsansvarlig læge, f.eks. borgerens praktiserende læge, ordinerer medicin til en borger, der behandles af akutfunktionens sygeplejersker, da er der ikke mulighed for at igangsætte en behandling med det samme. Medicinen skal afhentes på et apotek. Det er heller ikke muligt at medbringe almindelig håndkøbsmedicin, som f.eks. paracetamol eller lignende.

Forsøgshjemmel - behov

Der er som følge af ovenstående behov for at udfordre lægemiddelovens § 39, og dermed lægemiddelhåndteringsvejledningen for at få hjemmel til:

- *At opbevare visse typer af receptpligtig medicin (se Bilag 1) i et aflåst medicinskab, som tilhører akutfunktionen.*
- *At medbringe visse typer af såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin (se Bilag 1), når akutfunktionen kommer til borgerens hjem.*

Den tværkommunale styregruppe vil på vegne af de fire kommunalbestyrelses ansvar sikre, at der bliver udarbejdet instrukser for det delegerede arbejde med at administrere medicinen, samt at der i akutfunktionen er de fornødne kompetencer til at sikre bl.a. forsvarlig medicinopbevaring.

Det forudsættes, at Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med medicinbehandling- og opbevaring i akutfunktionen.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Arbejdet med etablering af den fælles akutfunktion er organiseret i en projektorganisation med deltagelse af både de fire frikommuner, samt Herlev og Gentofte hospital, PLO og repræsentation fra de øvrige kommuner i planområde Midt.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner er retningsgivende for bl.a. hvilke instrumentelle sygeplejeydelser, der skal gives, men vil blive tilpasset de konkrete behov i forhold til de opnåede frihedsgrader i forsøget.

Foreløbig procesplan:

- Udarbejdelse af projektplan og evalueringsdesign (Q1 + Q2 2017).
- Etablering af driftsorganisation, herunder IT understøttelse (Q3 + Q4 2017).
- Kapacitetsopbygning (arbejdsgange, tværsektorielle samarbejdsaftaler, ansættelse af personale og kompetenceudvikling) (Q3 + Q4 2017).
- Drift (Q1 2018).

5. Evaluering

De opstillede mål og foreløbige succeskriterier og effektparametre bliver videreudviklet med henblik på løbende opfølgning på den konkrete forsøgsindsats, samt både midtvejsevalueringen og en endelig slutevaluering af forsøget.

Frikommuneforsøgets endelige evalueringsdesign er under udvikling i samarbejde med KORA og vil ligge færdigt til godkendelse i efteråret 2017.

De fire kommuner i frikommunenetværket vil derude over sikre en løbende opfølgning på den tværkommunale akutfunktions driftsaftale med de fire kommunalbestyrelser. Den løbende driftsopfølgning vil sikre, at den fælles akutfunktion lever op til kommunernes ambitioner på akutområdet, og vil kunne gennemføres sideløbende med supplerende evalueringer af afgrænsede områder.