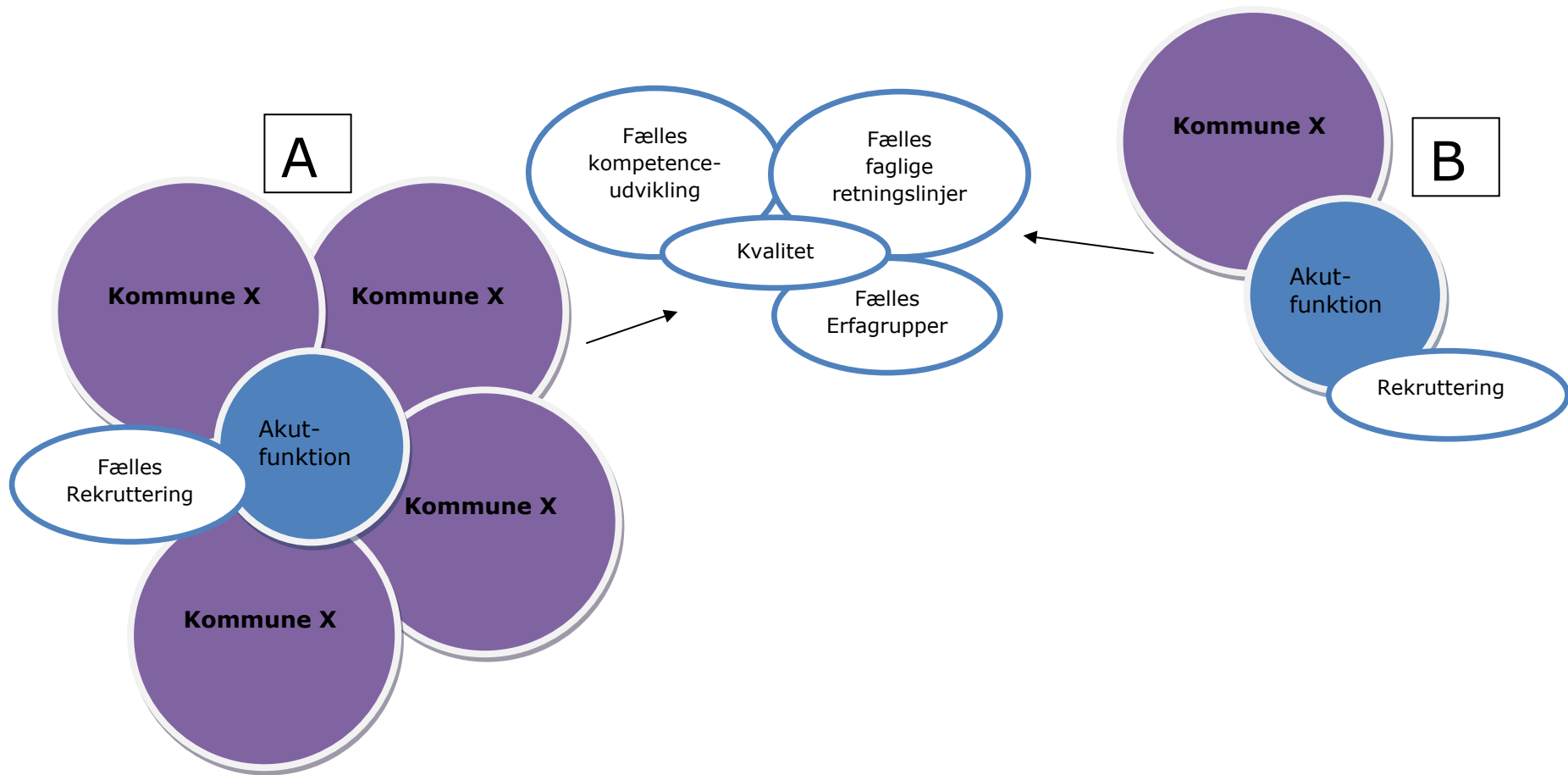


Modeller for tværkommunale samarbejder om akutfunktionen



Model A: Fælles kommunal akutfunktion

I model A indgår kommuner et tværkommunalt samarbejde om varetagelsen af opgaver i en **fælles kommunal akutfunktion**. Fælles kommunal akutfunktion betyder, at medarbejderne kører på tværs af kommunegrænser og udfører (akut)indsatser, som beskrevet i Kvalitetsstandarderne. I den fælles kommunale akutfunktion er der ansat en daglig leder, og der arbejdes ud fra fælles faglige retningslinjer for indsatserne.

Der etableres fælles erfagruppe, retningslinjer og kompetenceudvikling for alle medarbejdere ansat i kommunale akutfunktioner i Klynge Syd.

Fordelene ved at indgå i en fælles kommunal akutfunktion er, at borgergrundlaget øges, hvormed volumen af opgaver af relevans for akutfunktionen øges. Herved opnås effektiv udnyttelse af medarbejderressourcer og vedligeholdelse af de særlige kompetencer som medarbejdere ansat i kommunale akutfunktioner skal være i besiddelse af. En fælles kommunal akutfunktion med passende volumen af relevante opgaver må formodes at medvirke til flere medarbejdere, fastholdelse og lette rekrutteringen af kompetente medarbejdere. En større medarbejdergruppe sikrer mere optimal ressourceudnyttelse ved dækning af vagter, herunder aften- og natbemanding, og ved ferier. Dette kan sikre en højere kvalitet og kontinuitet i behandlingen og plejen, samt en højere patientsikkerhed, da de rette kompetencer er til stede hele døgnet.

Erfaringer fra den fælles kommunale akutfunktion i Furesø, Ballerup og Herlev Kommune (SHS Team) viser, at et passende borgergrundlag for en akutfunktion ligger på ca. 120.000 borgere. SHS-teamet har ansat 8 sygeplejersker på mellem 30-32 timer ugentligt. SHS teamet dækker dog ikke akutfunktionen om natten, hvilket de respektive kommuner selv varetager, hvorfor normeringen skal udvides yderligere ved natdækning. Som minimum kan 1 medarbejder dække den fælles akutfunktion om natten, og dette vil betyde, at der skal ansættes 2 fuldtidsstillinger til at dække den fælles akutfunktion om natten – på skift.

På nuværende tidspunkt har SHS teamet udgifter for ca. 4,5 – 5 mio. kr. pr år til drift, hvortil der så skal tillægges udgifter til natdækning. Ved opstart af akutfunktion må der dog påregnes engangsudgifter til indkøb af biler, hjertestarter og diverse udstyr, som Kvalitetsstandarderne foreskriver.

Endvidere vil den fælles kommunale akutfunktion skabe et attraktivt fagligt læringsmiljø, der kan tiltrække flere sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever. Dette skaber et fremtidigt rekrutteringspotentiale i primærsektoren.

Desuden vil udgiften til indkøb og vedligeholdelse af udstyr til den fælles kommunale akutfunktion blive delt af de kommuner, der går sammen. Større volumen af opgaver sikrer ligeledes optimal udnyttelse af udstyr til akutfunktionen.

Der er dog også nogle opmærksomhedspunkter ved at etablere en fælles kommunal akutfunktion på tværs af kommuner.

Hjemmesygeplejerskernes indgående og værdifulde kendskab til de borgere, der allerede modtager hjemmesygeplejeydelser, kan tabes, da akutfunktionen, der er placeret fysisk i en anden kommune, kan have vanskeligere ved at drage nytte af denne viden. Dette kan komplicere borgerforløb og muligvis forlænge tilknytningen til akutfunktionen. Desuden er det nødvendigt at indtænke de store geografiske afstande og planlægge besøgene mest hensigtsmæssigt. Endvidere vil en fælles akutfunktion forde skabelse af gode relationer til akutpladser, midlertidige pladser, rehabiliteringsenheder, praktiserende læger og hospitaler.

Ydermere kan beslutninger på centerchef-, direktør- og politisk niveau være udfordret af, at det skal gå igennem det antal af kommuner, der er med i den fælles kommunale akutfunktion. Dette kan imødegås af nedsættelse af følgegrupper, med fast og hyppig mødekadence,

med deltagelse af repræsentanter fra de respektive kommuner, som indgår samarbejde om fælles akutfunktion samt ved indgåelse af præcise samarbejdsaftaler.

Forudsætningerne for at indgå i en fælles kommunal akutfunktion er, at geografi og infrastruktur er befordrende for, at akutfunktionen kan levere indsatser i borgeres hjem, uden for meget køretid imellem borgerbesøgene. Der skal indgås forskellige aftaler internt og på tværs af kommuner og sektorer, bl.a.:

- Udarbejdelse af samarbejdsaftaler med kommunernes hjemmesygepleje, plejegrupper og akutfunktion, herunder afdækning af snitflader og gråzoner i opgaveløsning, ansvar, myndighed/visitation og hensigtsmæssige kommunikationsveje mhp. at sikre informationsflow af hensyn til et sammenhængende borgerforløb mm.
- Afklaring af den fysiske placering af den fælles kommunale akutfunktion, samt afklaring af hvem der skal varetage den daglige ledelse af drift, udvikling og administration
- Juridisk afklaring i forhold til adgang og tilgængelighed af personfølsomme data på tværs af kommuner
- Afdækning af muligheder og begrænsninger i forhold til kommunernes it-systemer
- Afdækning af finansieringsmodeller der kan tænkes i forhold til drift og udvikling af fælles kommunal akutfunktion

I model A etablerer kommunerne fælles kompetenceudvikling, erfagrupper og faglige retningslinjer, der vil styrke og ensarte kvaliteten i akutfunktionens indsatser til gavn for borgerne i Klynge Syd. Ligeledes vil et samarbejde med hospital og almen praksis styrkes, da akutfunktionerne i kommunerne i Klynge Syd sætter en fælles standard for leveret kvalitet i indsatserne. Det tværkommunale samarbejde omkring den faglige kvalitet og udvikling effektiviserer desuden de administrative processer f.eks. kvalitetssikring, udarbejdelse af retningslinjer herunder informationssøgning.

Model B: Egen kommunal akutfunktion med fælles kompetenceudvikling, erfaggrupper og faglige retningslinjer

I model B etablerer kommuner **egen kommunal akutfunktion - med fælles kompetenceudvikling, erfaggrupper og faglige retningslinjer**. Her kan kommunerne vælge at opkvalificere sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje til varetagelse af opgaver i akutfunktionen i rotation, eller ansætte sygeplejersker med de rette kompetencer i en særskilt akutfunktion eller enhed. På tværs af de kommunale akutfunktioner i Klynge Syd udarbejdes og deles fælles faglige retningslinjer ligesom, at der etableres erfaggrupper og fælles kompetenceudvikling, som kommunerne i model B kan deltage i.

Volumen af opgaver for den kommunale akutfunktion vil være afhængig af den enkelte kommunes størrelse og borgergrundlag. En kommune der vælger at etablere sin egen akutfunktion, må formodes at skulle håndtere et mindre volumen af opgaver og dermed ansætte en mindre medarbejdergruppe, der til gengæld skal dække akutindsatsen hele døgnet. Dette kan påvirke effektiviteten; udnyttelse af medarbejderressourcer og vedligeholdelse af de særlige kompetencer i den kommunale akutfunktion. Desuden må det formodes at være vanskeligere at fastholde medarbejderne, når omfanget af de akutte og specialiserede sygeplejeindsatser er begrænset. Endvidere vil det være nødvendigt, at anskaffe det samme udstyr, som i den fælles akutfunktion i model A, hvilket må formodes at give en højere udgift. En mindre medarbejdergruppe kan således udfordre driften og ressourcenyttelsen ved dækning af vagter, herunder aften- og natbemanding, og ved ferier.

Medarbejderne i en kommune med egen kommunal akutfunktion har færre muligheder for vedligeholdelse af kompetencer og faglig sparring med kollegaer i akutfunktionen i det daglige. Dog vil kommunen med egen kommunal akutfunktion være en del af den fælles kompetenceudvikling og deltage i udarbejdelsen af faglige retningslinjer på tværs af kommuner. Endvidere vil akutfunktionen kunne drage nytte af hjemmesygeplejerskernes viden om og kendskab til de borgere, der allerede modtager hjemmesygeplejeydelser. Dette kan betyde, at tilknytningen til akutfunktionen bliver tættere og, at de enkelte borgerforløb bliver mere enkle. Desuden reduceres køretiden mellem borgerne pga. den begrænsede geografiske afstand, hvilket må betyde, at akutfunktionen kan køre ud til flere borgere, men det skal ses op mod antallet af borgere, der har behov for akutindsatsen. Ydermere er beslutninger på centerchef-, direktør- og politisk niveau mere simpelt, da kommunen 'kun' skal håndtere egne holdninger, serviceniveau, regler mv.

Forudsætningerne for at etablere egen kommunal akutfunktion er, at borgergrundlaget er 'stort' nok. Erfaringer fra den fælles kommunale akutfunktion i Furesø, Ballerup og Herlev Kommune (SHS Team) viser, at et passende borgergrundlag for en akutfunktion ligger på ca. 120.000 borgere. SHS-teamet har ansat 8 sygeplejersker på mellem 30-32 timer ugentligt. SHS teamet dækker dog ikke akutfunktionen om natten, hvilket de respektive kommuner selv varetager, hvorfor normeringen skal udvides yderligere ved natdækning.

I model B etablerer kommunerne deres egen kommunale akutfunktion med mulighed for at deltage i fælles kompetenceudvikling, fælles erfaggrupper og bidrage ind i fælles faglige retningslinjer. Der skal udarbejdes en fordelingsnøgle til afholdelse af udgifter i forbindelse med dette. Ud fra et helheds- og nærhedsprincip kan kommuner med egen kommunal akutfunktion drage fordel af en mere simpel organisering til gavn for borgerne i egen kommune, f.eks. ved et tæt samspil med kommunens døgnpladser og praktiserende læger.