

Rapportering af 360 graders undersøgelse af Sundhed og Omsorg



Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	3
FORMÅL.....	3
LEVERANCER	4
RESULTATER	4
LEVERANCE 1 OG 2.....	4
LEVERANCE 3	9
PROJEKTORGANISERING.....	12
UDVÆLGELSE AF ARBEJDSPROCESSER TIL 360 GRADERS UNDERSØGELSEN	13
DATA I RELATION TIL DE UDVALGTE PROCESSER	15
PERSPEKTIVERING I RELATION TIL GENINDLÆGGELSER AF ÆLDRE.....	16
INTERVIEW AF BORGERE TIL 'BRUGERREJSEN'	17
WORKSHOP 1-6.....	18
KONKLUSION	25
ANBEFALINGER	25

BILAG 1-14:

- Bilag 1 Kortlægning af proces 1a: Forebyggelige diagnoser (FALD)
- Bilag 2 Udvikling af proces 1a: Forebyggelige diagnoser (FALD)
- Bilag 3 Kortlægning af proces 1b: Forebyggelige diagnoser (Generel perspektiv)
- Bilag 4 Udvikling af proces 1b: Forebyggelige diagnoser (Generel perspektiv)
- Bilag 5 Kortlægning af proces 2: Borgere, der udskrives til 'vanlig hjælp'
- Bilag 6 Udvikling af proces 2: Borgere, der udskrives til 'vanlig hjælp'
- Bilag 7 Kortlægning af proces 3: Nye borgere, der udskrives
- Bilag 8 Udvikling af proces 3: Nye borgere, der udskrives
- Bilag 9 Kortlægning af proces 4: Højt specialiserede sygeplejeopgaver
- Bilag 10 Udvikling af proces 4: Højt specialiserede sygeplejeopgaver
- Bilag 11 Kortlægning af proces 5a: Komplekse forløb med mange aktører
- Bilag 12 Udvikling af proces 5a: Komplekse forløb med mange aktører
- Bilag 13 Kortlægning af proces 5b: Komplekse forløb med mange aktører (Generel)
- Bilag 14 Udvikling af proces 5b: Komplekse forløb med mange aktører (Generel).

Center for Økonomi

Økonomi og Analyse

Kirsten Østergaard Jørgensen

kirjr@slagelse.dk

19. maj 2016

Indledning

Det overordnede tema for 360 graders undersøgelsen er 'Det nære sundhedsvæsen'.

På styregruppemødet den 9. november 2015 blev det besluttet fremadrettet i 360 graders analysen at have fokus på snitfladen mellem region og sygeplejen med følgende underemner:

- Sygeplejen
- Visitationen
- Genoptræning
- Akutteam.

Helt overordnet er den brændende platform de flere og hurtigere udskrivelser, idet Slagelse Sygehus (den medicinske afdeling B1) har det mål at få den gennemsnitlige indlæggelsestid ned fra 4,1 dag til 2,0 dage. Det betyder, at borgeren er sat i behandling efter indlæggelse men langt fra er færdigbehandlet. Det er forbundet med særlige udfordringer, når de ældste patienter bliver udskrevet markant tidligere, da det er dem, der har alle de komplekse livsstilssygdomme. Der er rigtig mange demente i aldersgruppen og generelt er det i den gruppe, at man møder den komplekse medicinske patient, der har et meget stort behov for koordination.

Det medfører, at vi som kommune skal være gearret til at tage imod en type borgere/patienter med flere udfordringer og større behov for syge- og hjemmepleje end tidligere. Samtidig lægger det et betydeligt pres på visitationen.

Etablering af akutteam belyses i 360 graders undersøgelsen, idet erfaringer fra andre kommuner (herunder som belyst i indlæg fra Høje Taastrup Kommune på workshoppet) som fx Sønderborg og Frederikssund Kommuner viser, at det er fordel for både sygeplejen og for borgeren målt i relation til færre genindlæggelser, effektivitet og tilfredshed hos borgeren. Der gennemføres inspirationsture til hhv. Frederikssund Kommune den 21. januar 2016 og til Sønderborg Kommune den 30. marts 2016.

Beslutning på styregruppemøde den 17.12.2015

Temaerne visitation og sygepleje vil være de temaer, som samlet set vil bidrage med mest værdi for organisationen og samtidig bidrage til en udviklingsproces indenfor design af 'work-flow' mellem regionens sygehuse og visitationen i Center for Sundhed og Omsorg.

360 graders undersøgelsen af Sundhed og Omsorg skal indeholde temaerne visitationen og sygeplejen, hvor fokus vil være at belyse, hvordan vi kan etablere en organisation, der kan håndtere de stigende udskrivelser.

Formål

Formålet med projektet er at sikre, at borgeren får den rette indsats fra Center for Sundhed og Omsorg efter udskrivelse fra et sygehus i Region Sjælland. Med den rette indsats forstås, at visitationen sikrer rette indsats fra syge- og/eller hjemmeplejen til borgeren, når borgeren udskrives fra sygehus. Der skal foregå et kompetent samarbejde i syge- og hjemmeplejen - med og om borgeren - om de nødvendige indsatser; eventuelt med inddragelse af Visitationen og/eller andre relevante samarbejdspartnere.

Formålet er desuden at skabe et optimeret samarbejde mellem syge- og hjemmeplejen og et ændret mindset i tilgangen til valg af kompetence til indsats til borger.

En optimeret model for 3-4 arbejdsprocesser (workflow/brugerrejser set fra borgerens vinkel) skal bidrage til grundlag for en visitationsproces, der sikrer, at borgerens behov ved udskrivelsen imødekommes rettidigt og med rette kvalitet.

Der vil være fokus på borgerperspektivet (jf. "En borger – én plan"), når snitfladen mellem regionens sygehuse og Center for Sundhed og Omsorg belyses ved borgerens "rejse" mellem sygehus og bopæl.

Leverancer

Følgende leverancer er omfattet af undersøgelsen:

1. Kortlægning af de nuværende brugerrejser for borgeren efter fx udskrivelse fra sygehus i mødet med primært visitation, syge- og hjemmepleje i Slagelse Kommune.
2. En optimeret model for 3-4 brugerrejser set fra borgerens vinkel, når borgeren møder visitation, syge- og hjemmepleje (fx når en borger udskrives fra et sygehus).
3. Et optimeret samarbejde mellem syge- og hjemmeplejen og et ændret mindset i tilgangen til valg af kompetence til indsats til borger.

Resultater

Leverance 1 og 2

Den gennemførte kortlægning og udvikling af brugerrejser for borgeren i de fem udvalgte processer viser, at der er områder, hvor der med fordel kan ske omlægning af arbejdsopgaver både indenfor et fagområde og imellem fagområder. Derudover har undersøgelsen vist, at der er tiltag i relation til snitfladen mellem kommune og sygehus i form af placering af behandleransvar som skal placeres ved opgaveglidning fra sygehus til kommune.

Endvidere er der brug for at få præciseret de krav der er i Sundhedsaftalen i relation til at borgeren skal oplyses om telefonnummer til sygepleje, der dækker hele døgnet og alle ugens dage.

Kortlægninger og udviklinger af processerne 1a-5a samt kortlægning og udvikling i generelt perspektiv for proces 1 og 5 (benævnt 1b og 5b) fremgår af vedlagte bilag 1-14.

Udviklingen af de 5 udvalgte arbejdsprocesser betyder ændringer indenfor visitationen, sygeplejen, i kommunikationen mellem faggrupper samt i kommunikationen mellem sygehus og borger, således at borgeren oplever en mere tryk udskrivningsproces.

De gennemførte interviews med borgere viste, at det især er de praktiske forhold lige omkring udskrivelsen, der kan forbedres. Borgere oplever det utrygt at blive udskrevet fra sygehus, idet der ikke ved udskrivelsen gives information om kontakt-telefonnummer til sygeplejen, og der oplyses ikke, hvornår borgeren vil få første besøg af syge- eller hjemmeplejen efter hjemkomst. Der gives endvidere ikke en skriftlig information til borger, hvorved det er vanskeligt for borgeren at formidle til pårørende efter hjemkomst.

En løsning til at imødegå udfordringen i relation til at borgere typisk ikke er færdigbehandlet ved udskrivelsen og langt fra er klar til at komme hjem er at visitere til en 'udskrivningspakke'. Heri kan ligge lige fra et telefonisk tryghedsopkald til et tryghedsbesøg eller et fremrykket besøg af sygeplejen eller hjemmeplejen. Herved undgås, at borgeren på grund af manglende information og utryghed kontakter kommunen/sygeplejen.

Visitationen

Fremskudt visitation på Slagelse Sygehus

Slagelse Kommune har fra oktober 2010 til maj 2014 haft fremskudt visitation på Slagelse Sygehus. Forud var et års projektperiode i samarbejde med Slagelse Sygehus på medicinsk inkl. geriatrisk afdeling, ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling.

Et typisk visitations-forløb ved udskrivning fra sygehus

Borger indlægges. Udskrivningsvisitator modtager PFP fra afdelingen, hvor borgers funktionsniveau er beskrevet. Udskrivningsvisitator er i dialog med afd. på sygehus herom. I særligt komplicerede forløb deltager udskrivningsvisitator i planmøder på afdelingen, hvor pårørende, plejepersonale, sygehuslæge deltager (evt. demenskonsulent eller andre relevante samarbejdspartnere). På mødet afklares borgers behov for pleje, sygepleje, hjælpemidler, madservice, nødkald etc. Evt. vejledes i opstart af ansøgning til en anden bolig.

Visitator udarbejder udskrivningsnotat i VITAE, funktionsvurdering og sender advis til relevante samarbejdspartnere. Der laves visitation på ydelser.

I plan-forløb sender sygehus løbende opdaterede plejeforløbsplaner (PFP) fra 3 og op til 10 PFP inden borger udskrives og der udarbejdes en udskrivelsesrapport.

Projektperioden 2009-2010 forløb meget tilfredsstillende og både sygehuspersonale, kommunale medarbejdere samt patienter gav udtryk for at fremskudt visitation var et kvalitetsløft ift. større flow i udskrivelserne, bedre koordinering af udskrivelser, øget tryghed hos patienterne samt bedre samarbejde omkring udskrivelser. Se projektrapport: *"Projektbeskrivelse for udskrivningsvisitator i Slagelse Kommune"*¹.

Fremskudt visitation ophørte på baggrund af en øgning i antallet plejeforløbsplaner jf. Sundhedsaftalen. Fokus var på at få sendt plejeforløbsplaner af sted for at kunne leve op til Sundhedsaftalen, og sygehuset havde samtidig et ønske om, at de to visitatorer brugte tid på gennemgang af alle patienter fra Slagelse Kommune, hvilket var for ressourcekrævende pga. den voldsomme stigning i antallet af plejeforløbsplaner og de accelererede indlæggelsesforløb.

Erfaringerne fra 2009 - 2010 og de efterfølgende år viser, at fordelene ved fremskudt visitation er et kvalitetsløft i form af bedre koordinering, øget tryghed hos patienter og pårørende, større flow i udskrivelserne samt et meget bedre samarbejde mellem kommune og sygehus.

Ved fremskudt visitation i 2016 skal visitatorer i udskrivningsteamet stadig være placeret i kommunen og samtidig komme på sygehus afdelinger på alle hverdage, og i dialog med plejepersonalet sikre en kvalificeret udskrivelse hos de patienter, der kræver særlig koordinering i forbindelse med udskrivelse herunder også dialog med patienter og pårørende jf. proces 5 Komplekse forløb, der kræver megen koordinering. Dialogen vil også kunne erstatte en del planmøder, som jf. Sundhedsaftalen burde afholdes i de komplekse forløb, men ikke bliver det, fordi det kræver for mange ressourcer af sygehuspersonalet.

Forhåbentlig vil den øgede dialog kunne minimere antallet af plejeforløbsplaner i en del forløb samtidig med at visitator får et bedre indtryk af borgers funktionsniveau, så en del af de borgere, der nu udskrives til vanlig hjælp jf. proces 2 vanlig hjælp vil blive udskrevet til den rette hjælp, fordi visitator har talt med personalet og set og talt med borgeren (patienten).

Den sygeplejefaglige udredning, sygeplejen foretager i dag, laves fremover af visitator i forbindelse med udskrivelsen og samtidig med funktionsvurderingen, hvilket giver visitator et helhedsblik og bedre grundlag for at sikre rette og kvalificerede indsatser samt en harmonisering og ensartning af visitation til sygepleje, der i dag foregår ved den enkelte sygeplejerske. Det vil spare ressourcer i sygeplejen og ikke kendte borgere i kommunen jf. proces 3 Nye borgere vil have gavn af fremskudt visitation, fordi de vil modtage rette indsats fra udskrivelsestidspunktet, da visitator kender borger fra mere end en plejefor-

¹ [Projekt Udskrivningsvisitator-endelig ver. 2009.doc](#)

løbsplan/telefonsamtale. Ydermere giver det mulighed for at udnytte personaleressourcer i borgers hjem bedre, da visitator ved samlet visitation ved om sygepleje og hjemmepleje kan kombineres i et besøg.

Fremskudt visitation giver øget mulighed for en tættere dialog, afdækning af problemer og dermed bedre plan ift. de patienter, der ofte genindlægges jf. proces 1 om forebyggelige diagnoser. Fremskudt visitation vil kræve tilførsel af ressourcer til visitationen.

Udviklingsprocesser i relation til visitationen

Udviklingsprocesserne peger på udfordringer i relation til at der er behov for en mere tæt dialog med de afdelinger på Slagelse Sygehus, hvor der sker flest udskrivelser fra. Det betyder at en fremskudt visitation på Slagelse Sygehus vil medføre nogle bedre muligheder for dialog om borgeren herunder om borgeren er parat til udskrivning.

Der sker mange udskrivelser også uden for den almindelige dagvagt fra kl. 8-15. Samlet set er antallet af borgere, der i 2015 blev udskrevet udenfor visitationens åbningstid på i alt 405 borgere svarende til 23 % (uden plejecenterbeboere).

Det sætter pres på det akutte beredskab i sygeplejen, idet det er sygeplejen, der udfører koordinationen aften/nat på hverdage og i weekender, hvilket i dagtimerne udføres af udskrivningsvisitationen. Der er pt. ikke afsat ressourcerne i sygeplejen til i weekenden og aften/nat at udføre og tage ansvar for opgaven som udskrivningsvisitator. Derfor går det udover kvaliteten i visitationen aften/nat/weekend, og det går udover de afsatte besøg hos andre borgere – og det går ud over sygeplejersken arbejdsmiljø, der bliver presset.

Sygeplejen

En væsentlig ændring i organiseringen af sygeplejen vil være etableringen af et akutteam i sygeplejen. Det anbefales at akutteamet, er en integreret del af sygeplejen.

Formålet med et akutteam er helt overordnet følgende:

- Bidrage til at reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser ved udvalgte diagnoser/lidelser
- Reducere den kommunale medfinansiering på udvalgte diagnoser
- Beredskab i forhold til accelererede udskrivelser.

Der er mange fordele ved at etablere et akutteam: Øget kvalitet i indsatsen til borgeren, bedre udnyttelse af ressourcer og kompetencer i sygeplejen herunder et bedre akutberedskab, der kan løse akutte opgaver som at fungere som udskrivningsvisitator udenfor dagvagt og forebygge indlæggelser/genindlæggelser for borgere med forebyggelige diagnoser (fx fald i hjemmet).

Akutteam i Sønderborg Kommune

Projektgruppen har besøgt dels akutteam i Frederikssund Kommune og Sønderborg Kommune. Sønderborg Kommune er bedst sammenlignelig med Slagelse Kommune i relation til størrelse og indbyggertal.

Akutteamet i Sønderborg har 10 sygeplejersker i et team sammensat af erfaringer fra sygehus og hjemmesygeplejen under hjemmesygeplejen. Akutteamet foretager en fokuseret indsats i hjemmet for at forebygge unødvendige indlæggelser samt undgå genindlæggelser efter endt sygehusophold. Borger kan være tilknyttet akutteamet i op til 48 timer. Akutteamets fokus er at hjælpe borgere ved: Blærebetændelse, væskemangel, svimmelhed, forstoppelse, lungebetændelse, underernæring KOL, faldulykker, terminal lidelse via faglig udredning.

Sygeplejefaglige udredninger

Udviklingsprocesserne viser, at der i dag sker en sygeplejefaglig udredning både af udskrivningsvisitator ved udskrivelsen, igen på Blomstergården, hvis borger indlægges på enten en midlertidig plads eller en rehabiliteringsplads, og endnu en gang sker der en sygeplejefaglig udredning af sygeplejen, når borger kommer tilbage i hjemmet.

Det anbefales, at den sygeplejefaglige udredning fremover kun foretages af visitationen i forbindelse med planlægning af udskrivningen, idet det er her dialogen er med sygehuset omkring vurdering af borgerens funktionsniveau. Herved kan der frigives ressourcer i sygeplejen - se nedenstående overslag for ressourceforbrug i sygeplejen hertil pt:

Der foretages pt. 4-8 sygeplejefaglige udredninger i gennemsnit pr. dag i Sygeplejen i Område Slagelse, og tilsvarende foretages 3-4 pr. dag i Sygeplejen i Område Korsør og 1-2 pr. dag i Sygeplejen i Område Skælskør. Til hver sygeplejefaglig udredning er afsat 30 min. Der afsættes 1/2 time pr. sygeplejefaglig udredning plus transporttid, hvilket er meget variabelt fra 5 - 10 min. i byerne og 20 min. i landområderne. Ofte er der desuden opfølgende besøg, idet det ikke kan nås på den afsatte tid. Ved beregning af 45 min pr. sygeplejefaglig udredning i gennemsnit, betyder det ressourceforbrug hertil på min. 1.560 timer og max. 2.730 timer hertil.

Ved antagelse af at der i 75 % af tilfældene må afsættes et opfølgende besøg (hvilket blev oplyst af ressourcepersoner på workshops) svarer det til et *ressourceforbrug på min. 2.730 timer og max. 4.777,5 timer om året til sygeplejefaglige udredninger i Sygeplejen i Slagelse Kommune.*

Det skal dog bemærkes, at der også kan foretages sygeplejefaglige udredninger i sygeplejen, selvom borger ikke har været indlagt, hvorved der fortsat vil være en andel tilbage i sygeplejen, selvom opgaven flyttes til udskrivningsvisitator.

Der er tale om gennemsnit og skøn over ressourceforbrug. Tallene er derfor ikke udtryk for et faktisk ressourceforbrug på baggrund af data i omsorgssystemet, men er baseret på områdeledernes skøn over antal sygeplejefaglige udredninger i hver deres område. Det vil kræve en opgørelse over det faktiske ressourceforbrug i fx 2015 for at kunne fastslå det korrekte ressourceforbrug til sygeplejefaglige udredninger i sygeplejen.

Leverance 3

Et optimeret samarbejde mellem syge- og hjemmeplejen herunder et ændret mindset'

Udviklingsprocesser for proces 1-5 samt 1b og 5b vil betyde et optimeret samarbejde mellem sygepleje og hjemmeplejen, idet flere udviklingsprocesser betyder at arbejdsopgaver kan organiseres på en ny måde fx med en øget faglig specialisering i sygeplejen ved at særligt komplicerede sygeplejeopgaver og akutopgaver løses i et akutteam i sygeplejen. Som beskrevet i de foregående afsnit er der for hver af processerne øget fokus på, hvordan sygeplejen og visitationen kan imødegå udfordringen med de hastige udskrivninger fra sygehus i hver af de 5 udvalgte processer. Opgaveglidningen mellem sygehus og den kommunale sygepleje vil også påvirke SOSU og SSA i hjemmeplejen, idet der er behov for at udnytte hver faggruppes kompetencer optimalt – og i et samarbejde – hvor der sker en stadig kompetenceudvikling til at imødegå at flere og flere opgaver i fremtiden løses i kommunalt regi.

Processen omkring at udvikle samarbejdet mellem sygeplejen og hjemmeplejen blev skudt i gang med TOBS primo 2016. Processen har været udfordret af mange faktorer, der ikke ultimo 2015 blev forudset at ville betyde så store udfordringer: Implementering af nyt omsorgssystem Vitae fra CSC samtidig med implementering af FMK (Fælles Medicin Kort) og samtidigt stop på eksternt vikar log in til SOSU og sygeplejersker fra eksterne vikarbureauer.

Status på samarbejdet mellem Hjemmeplejen og Sygeplejen efter 1. kvartal 2016

1. kvartal - Implementeringen af nyt omsorgssystem Vitae fra CSC - ekstraordinært ressourcekrævende

Vitae fungerede ikke på sygeplejerskernes tablets (Surface Pro) og sygeplejerskerne har manglet adgang til borgerdata "i marken". Løsning er fundet i april 2016 i samarbejde mellem IT CSO og CSC. Vitae er fortsat ustabil på Hjemmeplejens håndholdte (smartphones) – det er en stressfaktor for SOSU, der ikke har kontinuerlig adgang til borgerrelevante informationer "ude i marken". For at stress minimeres køres med ruter printet som "back up". Smartphones skal udskiftes i 2016. Processen er igangsat og i løsning. Kvaliteten af leverandørundervisningen var mangelfuld, og undervisningsmetoden, hvor SOSU har oplært SOSU, har forsinket brugernes fortrolighed med systemet.

En ressourcegruppe er i gang med at revurdere - og udarbejde interne - og tværsektorielle arbejdsgangsbeskrivelser. Ressourcegruppen består af ledere og medarbejderne og IT adm. fra CSO.

Januar 2016 - Samtidig implementering af Vitae og FMK (Fælles Medicin Kort) medførte stort vikarforbrug

De praktiserende læger kunne ikke ajourføre medicinlister i FMK hurtigt nok i forhold til at det gamle omsorgssystem lukkede d. 1. februar 2016. SOSU skal kunne se borgers medicinske liste for at kunne varetage den uddelegerede sundhedslovsydelse. Grundet konstaterede fejl i mange medicinlister, blev det prioriteret som en sygeplejerske-opgave at gennemgå og indtaste de medicinlister, der endnu ikke var ajourført i FMK.

1. kvartal - stop på eksternt vikar log in til SOSU og sygeplejersker fra eksterne vikarbureauer

IT-afdelingen i Slagelse Kommune henviste til persondatalov som begrundelse for manglende eksternt vikar log in ved skift af omsorgssystem. Aktuell status er, at eksterne vikarer i såvel hjemmepleje som sygepleje mangler adgang til Vitae og MED COM. Fastansatte sygeplejersker og SOSU må aktuelt påtage sig ekstra- opgaver som blandt andet at dokumentere for de eksterne vikarer. Konsekvensen af manglende eksterne vikar log in er øget risici for UTH (Utilsigtede Hændelser) i Hjemmeplejen såvel som i Sygeplejen. Der er nu udviklet en løsning på udfordringen i et samarbejde mellem IT afd., Bemandingskompagniet og CSO, så eksterne vikarer oprettes på BMK vikarnumre (kan identificeres) og får rette adgang til IT systemerne. Den fulde implementering af eksterne vikar log in forventes før sommerferien 2016. Effekten er dels kvalitetssikring af borgerservice, men også sikring af et bedre arbejdsmiljø for medarbejderne

Primo april 2016 - TOBS i decentral implementering

Daglige triagemøder vedrørende TOBS understøtter samarbejdskulturen mellem Hjemmeplejen og Sygeplejen. Triagemøderne skærper det fælles fokus på borgerne og samarbejdet herom. I forbindelse med triagering sker løbende kompetenceudvikling grundet sparring og vidensdeling SOSU imellem og med sygeplejersken (i implementeringsfasen). Den Kommunale læge skal understøtte indsatsen ved løbende deltagelse i triagemøder og undervisningsseancer målrettet borgerbehov og faggruppernes kompetencer.

Det er som forventet mindre ressourcekrævende at implementere triagemøder i driften på hjemmepleje-lokationer, hvor sygeplejerskerne også har administrative arbejdspladser. Der planlægges en medarbejderinvolveret proces for afdækning af muligheder for at Hjemmeplejen og Sygeplejen "bor sammen" alle steder (i planlægningsfasen). Processen igangsættes dog tidligst ultimo 2016, da det er vigtigt, at medarbejderne får ro til at blive tryk ved det nye omsorgssystem aktuelt.

Ledelse tæt på borgere og medarbejdere

Sygeplejens områdeledere for henholdsvis Slagelse og Skælskør har flyttet daglig arbejdsplads fra Korsør og ud til deres medarbejdere. Planlæggerne er fulgt med.

Effekten i forhold til samarbejdet i Sygeplejen har været betydelig, idet der opleves nærværende ledelse og tæt dialog om planlægningen, selvom opgaven er overgået fra basis-sygeplejersken til planlægger (driftsbesparelse).

Effekten i forhold til samarbejdet mellem Sygeplejen og Hjemmeplejen har ligeledes været betydelig, idet samarbejdet mellem områdeledelsen i Hjemmeplejens og Sygeplejen er optimeret markant allerede nu (dialog og sparring). Lederne er tæt på og understøtter triagemøder og samarbejdet mellem SOSU og sygeplejen.

Uddelegering af sundhedslovsydelser til SOSU

Der er nedsat en arbejdsgruppe i Sygeplejen og Hjemmeplejen med relevante parter (ledelse, SSA, sygeplejersker, FTR mv). Her arbejdes over flere seancer med emnet uddelegering af sundhedslovsydelser til SOSU og frigivelse af sygeplejerskeressourcer. Målsætningen er sikring af at "rette kompetence løser rette opgave" fra et borgerperspektiv (færrest muligt forskellige i hjemmet) og fra et økonomisk perspektiv (SOSU løser § 83 ydelser og ved overtagelse af uddelegerede sundhedslovsydelser spares transport såvel som tid i Sygeplejen).

Effekten af arbejdet på Sygeplejens modning til uddelegering af sundhedslovsydelser har været betydelig, idet der i 1. kvartal 2016 er uddelegeret markant flere sundhedslovsydelser, end der tidligere har været kultur for. Udfordringen er nu, at der skal rekrutteres SSA i alle hjemmeplejeområder, hvilket dog bliver nemmere, når der er sundhedslovsydelser og ikke "kun" § 83-opgaver. Hjemmeplejeområderne i Skælskør har aktuelt rekrutteringsudfordringer af SSA.

Optimering og kvalitetssikring af Hjemmeplejens ruteplanlægning og helhedsplejen

Fra marts 2016 er Hjemmeplejens planlæggere er samlet fysisk i et team med samme daglige områdeledelse. Allerede nu er arbejdsmetoderne i harmonisering, ruteplanlægningen er driftsoptimeret og samarbejdet på tværs forbedret. Planlæggerne er i dialog med SOSU og øvrige områdeledere via advis i systemet og via mobil, men de har ikke længere de mange små uhensigtsmæssige forstyrrelser, der er "tidsrøvere". Planlæggerne samarbejder tæt sammen med Sygeplejens planlæggere om uddelegering af sundhedslovsydelser (i implementeringsfasen).

Perioden 1. kvartal har handlet om risikominimering af fejl og tæt opfølgning på de driftsmæssige udfordringer og konsekvenser ovennævnte har forårsaget i relation til såvel borgerservice men også medarbejdersygefravær og tilkendegivelser af arbejdsrelateret stress.

Projektorganisering

Side 12/26

Organisering

Styregruppe, projektejer, projektleder, projektdeltagere, følgegruppe

———— Beslutningskompetent
----- Ikke beslutningskompetent

Styregruppe

Borger- og Udviklingsdirektør Lone Irene Wenzell (Projektejer)
Økonomi- og Vicekommunaldirektør Ole Kristensen
Centerchef Marianne Kristensen, CSO
Afdelingsleder Kirsten V. Jensen, Økonomi, Analyse og Data, CFØ

Projektledelse

Kirsten Østergaard Jørgensen, Budget, Analyse og Data, CFØ

Ressourcepersoner i workshop 1-6

Bo Viken Lindberg (Kommunal læge)
Tine Roland Hougaard (Udskrivningsvisitator Blomstergården)
Trine Groth Damgaard (Udskrivningsvisitator til eget hjem)
Inge Pedersen (Områdeleder i sygeplejen)
Susanne Corell (Fast visitator)
Mette Juul Jacobsen (Sygeplejen)
Ria Nielsen (SSA, Hjemmeplejen)
Gunhild Gundersen (Visitator)
Lene Theill Petersen (Risikomanager, FTR sygeplejen)
Helle Sonne Hansen (Udviklingskonsulent, CIK)
På Workshop 6:
Inger Margrethe Kildevang Pedersen (APV)
Maya Schröder (Udviklingskoordinator CSO)
Karen Jørgensen (Hjælpemiddelafd.)
Heidi Baran (Hjerneskadekoordinator)

Projektgruppe

Afdelingsleder Susanne Fagerberg, CSO
Virksomhedsleder Helle Bangsborg, Hjemmepleje, Sygepleje og Vikar, CSO
Områdeleder Sanne Hansen, Myndighed, CSO

Teamleder Linda Samsø, CSO
Leder Therese Gjerde Jensen, Sundhed og
Træning, CSO var medlem af projektgrup-
pen i fokuseringsfasen.

Udvælgelse af arbejdsprocesser til 360 graders undersøgelsen

Projektgruppen har på en workshop udvalgt de fem processer ud fra kvalitative hensyn, idet der er udvalgt forløb, der hver især rummer mange diagnoser og mange forskellige borgere.

Det har således været med udgangspunkt i de udfordringer, som opleves primært af visitationen og sygeplejen som en konsekvens af de hastige udskrivelser af borgere fra sygehuse.

Hver af processerne er således udvalgt, idet der i dag i visitationen og sygeplejen opleves store udfordringer med netop disse processer. Samtidig er processerne udvalgt, idet der netop for disse processer ses forbedringspotentialer både i relation til kvaliteten i indsatsen overfor borgeren og i en mere hensigtsmæssig organisering af delopgaver imellem faggrupper. Mange udfordringer opleves i relation til kommunikation mellem sygehus og visitationen og mellem faggrupper i Center for Sundhed og Omsorg. Kommunikation har mange udtryk lige fra vedtagne procedurer for 'advis'-er mellem visitation og sygepleje og hjemmepleje og andre faggrupper til den måde den skriftlige kommunikation opstilles helt konkret i plejeforløbsplanerne (PFP). De anvendte metoder, der pt. anvendes i kommunikationen mellem enheder og faggrupper kan optimeres.

Følgende arbejdsprocesser blev udvalgt af projektgruppen til det videre forløb i undersøgelsen:

1. Forløb med særligt forbedringspotentiale: "Forebyggelige diagnoser" (fx anæmi, astma, fraktur, KOL, diabetes, dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse, mave-tarmproblemer samt forebyggelse af fx fald)
2. Enkle forløb: "Borgere, der udskrives til vanlig hjælp" (sygepleje, hjemmepleje)
3. Enkle forløb: "Nye borgere, der udskrives" (sygepleje, hjemmepleje)
4. Komplicerede forløb: "Højt specialiserede sygeplejeopgaver" (fx dialyse, væske, forstoppelse, kemobehandling til borgere med kræft).
5. Komplekse forløb: "Mange aktører der skal koordineres indenfor meget kort tidsfrist" (fx sonde, morfinpumpe, apopleksi-patienter).

Begrundelse for valg af proces 1-5

Proces 1 er udvalgt, idet der ses et særligt forbedringspotentiale ved at udvikle arbejdsprocesser i relation til forebyggelige diagnoser. Forebyggelige diagnoser er en stor kategori af diagnoser, hvor der er behov for en større indsats i relation til forebyggelse og tidlig opsporing. Denne proces ligger derfor tæt op ad TOBS, som netop er i færd med at blive implementeret i

Center for Sundhed og Omsorg. Det er netop i denne gruppe af borgere, at der ses mange indlæggelser (og genindlæggelser) og ved tidlig opsporing ses et potentiale for at reducere disse.

Proces 2 er udvalgt, idet visitationen oplever store udfordringer, når sygehuset i forbindelse med udskrivningsprocessen i plejeforløbsplanen udskriver borgeren til 'vanlig hjælp'. Generelt har borgeren efter indlæggelse fået nedsat funktionsevnen affødt af den diagnose, som borgeren er indlagt for. Inden indlæggelsen kan borgeren have modtaget udelukkende rengøring hver 14. dag. På sygehuset fremgår det imidlertid kun af oplysninger i deres systemer, hvor mange timer borgeren har fået en indsats, men ikke til hvilken indsats timerne er anvendt (rengøring/sygepleje/hjemmepleje).

Proces 3 er udvalgt, idet det giver særlige udfordringer, når nye borgere, der ikke tidligere har modtaget syge- og hjemmepleje, udskrives fra sygehus og skal modtage syge- og/eller hjemmepleje. En særlig udfordring opleves når borgeren udskrives efter kl. 15 og i weekender, hvor udskrivningsvisitationen ikke er til stede. Her er det sygeplejen der koordinerer og iværksætter indsatsen til borgeren. Udfordringen er, at sygeplejen ikke har afsat ressourcer hertil i deres vagtplaner, hvorved det giver udfordringer at finde ressourcer hertil og presser de planlagte opgaver. Der er i forvejen et presset beredskab aften/nat og i weekender i sygeplejen.

Proces 4 er udvalgt, idet netop de højt specialiserede sygeplejeopgaver giver særlige udfordringer i relation til afklaring af behandleransvar ved behandlingsregimer, der ikke i forvejen er aftalte eller kendte. Der opleves en udvikling, hvor sygehuse og borgere i stigende grad presser på for at få sygeplejen til at give iv-behandling til borgeren i hjemmet.

Proces 5 er udvalgt, idet der især ved de komplekse forløb opleves udfordringer med, at mange aktører skal koordineres indenfor en meget kort tidsfrist. Der er meget fokus på at koordinere de mange aktører i dag, men udfordringen er blevet endnu større ved de hastige og ofte akutte udskrivelser, som for en stor del sker også efter kl. 15 og i weekender. En anden udfordring er, at der ofte i sidste øjeblik sker ændringer i planlagt udskrivningstidspunkt, hvorved der anvendes mange ressourcer i visitationen til at aflyse og genplanlægge udskrivelsesforløb mange gange for den samme borger.

Der sker mange udskrivelser også uden for den almindelige dagvagt fra kl. 8-15. Samlet set er antallet af borgere, der i 2015 blev udskrevet udenfor visitationens åbningstid på i alt 405 borgere svarende til 23 % (uden plejecenterbeboere).

Data i relation til de udvalgte processer

Data i relation til forebyggelige diagnoser

Der findes ikke en registrering af forebyggelige diagnoser på nuværende tidspunkt. Hvis det besluttes, at det fremadrettet skal registreres, kan diagnoser registreres i omsorgssystemet, og trækkes ud igen til statistik. En af de muligheder, der mangler pt., er at kunne se udviklingen i timer, ydelser over tid, så man kan se om udvalgte ydelser falder eller stiger. Der kan ud fra manuelle træk uge for uge til foretages en sammenligning, men ikke et egentligt flowdiagram.

Data i relation til antal udskrivelser i 2015 for VITAE borgere (registreret 2016) fordelt på de største aktionsdiagnosegrupper

Tabel 1: Udvalgte diagnoser på baggrund af VITAE datatræk. De valgte diagnoser repræsenterer de største grupper med fokus på forebyggelige indlæggelser.

GRUPPERET FOR VITAE BORGERE	GRUPPERET VI-TAE TOTAL	FOR HELE SLAGELSE	VITAE ANDEL (%) AF UDSKRIVELSER FOR SLAGELSE
Respiration: Pneu- moni og KOL	361	1324	27
Genoptræning	155	444	35
Uspecifik	151	1.150	13
Infektion	150	503	30
Smerter	142	1244	11
Fraktur	116	356	33
Dehydration	98	298	33
Urinretention	19	71	27

Tabel 1 viser, at andelen af borgere, der i 2015 er registreret i VITAE og dermed modtager en ydelse fra Slagelse Kommune fx i form af sygepleje/hjemmepleje/genoptræning udgør mellem 11 og 35 % af de samlede udskrivelser med de valgte diagnoser for Slagelse Kommune.

Forebyggelige diagnoser (svarende til proces 1) udgør fx 27 % for respiration (pneumoni og KOL) og fraktur udgør 33 %, dehydration udgør 33 % og urinretention udgør 27 % af VITAEs andel af udskrivelser for Slagelse Kommune. Der findes således en ret stor mængde udskrivelser, som kan forebygges jf. proces 1.

Data vedrørende fald

I årsrapporten for 2015 for utilsigtede hændelser fremgår det, at der er afsluttet 1.092 sager vedrørende patientuheld herunder bl.a. fald.

En anden måde at måle antal fald i hjemmet på er ud fra antal borgere, der har fået hjælp fra Falck eller Tryghedsplejen, efter borgeren er faldet. Data for perioden 2013 til 1. kvartal 2016 fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 2: Antal borgere i årene 2013 til 1. kvartal 2016, der fik assistance fra Falck eller Tryghedsplejen på grund af fald i hjemmet.

ÅR	ANTAL BORGERE DER FIK ASSISTANCE VED FALD	SAMLEDE UDGIFTER (KR.)
2016 1. kvartal	88	79.985,84
2015	346	320.145,94
2014	299	231.683,38
2013	326	258.491,93

Tabel 2 viser, at der har været en stigende udvikling i antal fald i perioden 2014-2016, hvor Falck eller Tryghedsplejen har ydet assistance til borgeren. Hvis udviklingen for 1 kvartal 2016 fortsætter, vil det resultere i samme niveau som i 2015 (svarende til 352 fald).

I 2015 og 2016 har Falck haft opgaven, mens det i perioden fra 01.02.2013 til 31.12.2014 var Tryghedsplejen, der havde opgaven.

Perspektivering i relation til genindlæggelser af ældre

En national undersøgelse af forholdene på plejecentre fra marts 2016 viser, at antallet af såkaldt forebyggelige indlæggelser på hospital er markant højere blandt ældre i plejebolig sammenlignet med hjemmeboende ældre: Omkring 126 per 1.000 beboere overfor 47 per 1.000 hjemmeboende. Forebyggelige indlæggelser er defineret som indlæggelser som følge af enten dehydrering (væskemangel), forstoppelse, sygdom i de nedre luftveje (lunger, m.v.), blærebetændelse, gastroenteritis (mave-tarm infektion), knoglebrud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold eller tryksår². Det er således tankevækkende at ældre i plejebolig i så høj grad bliver indlagt på grund af forebyggelige diagnoser, som i mange tilfælde kan forebygges. Det skal endvidere ses i det perspektiv, at der er tale om ældre, der døgnet rundt er i kontakt med og bliver vurderet af sygepleje og SOSU og dermed burde alle forudsætninger være til stede for en tidlig opsporing af forebyggelige diagnoser, jf. TOBS.

² [National undersøgelse af forholdene på plejecentre. København: Sundheds- og Ældreministeriet, Marts 2016](#)

[Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet. København: Ankestyrelsen, Marts 2016](#)

Interview af borgere til 'Brugerrejsen'

Der har været fokus på borgerperspektivet (jf. "En borger – én plan"), når snitfladen mellem regionens sygehus og Center for Sundhed og Omsorg blev belyst ved borgerens "rejse" mellem sygehus og bopæl.

Formålet med brugerrejsen er at identificere problemer via brugerens oplevelser, for herigennem at få nye ideer og undersøge den ideelle brugerrejse. Brugerrejsen giver adgang til en brugers oplevelser på en nem måde. Brugerens negative oplevelser kan bruges til at identificere problemer. De positive kan bruges som inspiration til nye ideer.

Projektleder har gennemført interviews med 15 borgere, der har oplevet den brugerrejse at have været indlagt på sygehus og derefter at blive udskrevet og komme hjem og modtage en indsats fra sygeplejen og/eller hjemmeplejen. Udskrivningsvisitationen i Myndighed har udvalgt borgere til brug for at belyse en borgers brugerrejse fra udskrivning fra sygehus og til borgeren er tilbage i hjemmet.

I "Fælles om bedre sundhed - Sundhedsaftale 2015-18" fremgår der dels hvilke aftaler der er indgået i relation til sygehusets ansvar og kommunens ansvar, når en borger udskrives fra sygehuset i Region Sjælland ³.

Informationer indhentet ved interviews af borgere

Når borgerne udskrives meget hurtigt fra sygehuset (og ofte inden de er klar til det) er det borgere, der er skrøbelige og utrygge, der kommer hjem. Hvis de ikke har et netværk tæt på, bliver de meget sårbare og praktiske ting som at få hentet medicin, købt ind og fundet en løsning med mad og at overskue, hvornår hjemmeplejen/sygeplejen kommer, fylder rigtig meget hos dem.

De gennemførte interviews med borgere viste, at det især er de praktiske forhold lige omkring udskrivelsen, der kan forbedres. Borgere oplever det utrygt at blive udskrevet fra sygehus, idet der ikke ved udskrivelsen gives information om kontakt-telefonnummer til sygeplejen og der oplyses ikke, hvornår borgeren vil få første besøg af syge- eller hjemmeplejen efter hjemkomst. Der gives endvidere ikke en skriftlig information til borger, hvorved det er van-

*Fælles om bedre Sundhed
Sundhedsaftalen 2015-18*

*VED UDSKRIVNING SKALSYGE-
HUSET (UDDRAG):*

*Indgår aftale med kommunen
om medicinering hos patienter,
som får dosispakket medicin
eller ikke selv kan administrere
medicinen, så der ikke sker slip
i den medicinske behandling.*

*Udleverer kort med telefon-
nummer og træffetid på kom-
munal kontaktperson.*

*Giver patienten medicin med til
førstkommende hverdag ved
udskrivning i weekender og
helligdage.*

*Udleverer udskrift fra FMK af
medicinstatus til Patienten.*

*Udleverer recept eller afsender
elektronisk recept på al ny
medicin og sikrer, at patienten
eller dennes pårørende kan få
medicinen fra apoteket. Hvis
patienten har været dosisdi-
spenseret før indlæggelsen, og
der er sket ændringer i medicin,
udskrives recept på al medicin.*

*Stiller behandlingsredskaber
og apparatur, der er led i be-
handlingen, til rådighed for
patienten.*

³ Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftale 2015-18 [Pixi_Sundhedsaftalen.pdf](#)

skeligt for borgeren at formidle til pårørende efter hjemkomst.

Interviews viser, at der er et behov for at koordinere kommunikation til borger, så Side 18/26 borger ikke får divergerende informationer fra hhv. personale på sygehus og fra den kommunale tildeling af hjælp til borger. For eksempel hvis en borger får oplyst ved udskrivning fra sygehus, at sygeplejen/hjemmeplejen vil overtage plejen, når borger kommer hjem fra sygehus, får borger en forventning om et besøg fra sygeplejen/hjemmeplejen kort tid efter hjemkomst, hvis ikke de konkret får oplyst et tidspunkt for første besøg (og ikke efter fx 1 uge). Det handler om forventningsafstemning således, at borger får konkret og korrekte oplysninger om tildeling af besøg og hjælp fra starten inden udskrivelse fra sygehus. Skriftlig info om første besøg efter hjemkomst kan give tryghed og klarhed fra starten.

Der er stor udskiftning af personale på sygehuset, hvilket understreger vigtigheden af skriftlig kommunikation til borger. For mange borgere, der har oplevet komplicerede forløb og har haft

et længere sygehusophold, betyder det rigtig meget at få klarhed over, hvad der skal ske efter hjemkomst til eget hjem efter sygehusophold. Især hvis der er tale om en ny borger, der ikke

tidligere har fået hjælp fra den kommunale sygepleje/hjemmepleje. En anden faktor, der betyder rigtig meget for borgerens oplevelse af tryghed, er det netværk, der omgiver borgeren efter hjemkomst.

Workshop 1-6

Workshop 1-6 er gennemført med kortlægning og udvikling af de 5 udvalgte arbejdsprocesser. De 5 processer er kortlagt med udgangspunkt i en case udvalgt af enten sygeplejen eller visitationen, hvilket skete på workshop 1 og 2. Herefter skete udvikling af processerne på workshop 3 og 4.

På workshop 5 blev proces 1 behandlet igen, hvor fokus var i et generelt perspektiv at se på forløb med særligt forbedringspotentiale: "Forebyggelige diagnoser".

På workshop 6 blev proces 5 ligeledes behandlet igen i et generelt perspektiv og med deltagelse på workshoppen med flere faggrupper (fagområderne APV, hjælpemidler, hjerneskadekordinator).

Processen med at udvikle nye arbejdsprocesser er gennemført ud fra 'forbedringskultur'-tankegangen med fokus på den innovative proces set fra borgerens synsvinkel. Det betyder, at der for hver af processerne er gennemført interview af borgere, der kort forinden interviewet var udskrevet fra sygehus, og som derfor har en oplevelse af mødet med den kommunale visitation, syge- og/eller hjemmepleje samt evt. andre fagområder såsom genoptræning, madservice, APV og hjælpemidler.

Serviceblueprint – redskab til afdækning af borgerens brugerrejse

På den enkelte workshop blev anvendt at kortlægge og udvikle nye processer ud fra 'serviceblueprint', hvor der tages udgangspunkt i, hvem borgeren er i kontakt med (gul bane - kunde-handlinger) og den indsats, der ydes til borgeren ses i 'onstage kontakthandlinger' (grøn ba-

ne). Sideløbende foregår koordinering og 'advis' mellem faggrupper i kommunens regi og mellem sygehus og udskrivningsvisitator, hvilket beskrives i 'backstage kontakthandlinger' (rød bane). Der, hvor borgeren fysisk er til stede (fx i borgerens hjem eller på sygehus) fremgår af 'fysiske effekter' (blå bane). Dette fremgår af bilag 1-14, hvor processerne 1-5 er kortlagt og udviklet.

Formålet med at indhente informationer om borgernes brugerrejse er at identificere problemer via brugerens oplevelser, for herigennem at få nye ideer og undersøge den ideelle brugerrejse. Brugerens negative oplevelser kan bruges til at identificere problemer. De positive kan bruges som inspiration til nye ideer.

Opsummering af input på workshop 3

Formålet med workshop 3 var at udvikle og forbedre de arbejdsgange i proces 1 og 4, som blev kortlagt på workshop 1. Ved udviklingen af proces 1 tog vi udgangspunkt i en fiktiv case – ligesom ved kortlægningen på workshop 1 - hvor en borger oplever **fald** i hjemmet.

Følgende processer blev behandlet på workshop 3:

Proces 1: Forløb med særligt forbedringspotentiale: "Forebyggelige diagnoser" (fx anæmi, astma, fraktur, KOL, diabetes, dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse, mave-tarmproblemer samt forebyggelse af fx fald)

Proces 4: Komplicerede forløb: "Højt specialiserede sygeplejeopgaver" (fx dialyse, væske, forstoppelse, kemobehandling til borgere med kræft).

Input fra workshop 3

Proces 1: Forløb med særligt forbedringspotentiale (Fald)

Faldudredning: Læring af UTH er ikke tilstrækkelig fyldestgørende. Der sker ikke en tilstrækkelig systematisk udredning og læring heraf. Der bør ske en systematisk indberetning af fald til vitæ, således at der bliver oprettet et fokusområde i omsorgssystemet for den pågældende borger.

Instruksen "stop fald" skal implementeres. Instrukser skal desuden kunne hentes på tablets. Det bør desuden føre til en ændret visitation, så der sættes 'action' på det videre forløb for borgeren fx at borgeren får lægehjælp, hvis fald skyldes fx urinvejsinfektion, svimmelhed, demens, svækkelse eller bivirkninger til medicin og / eller professionel hjælp sættes i gang ved fx fejlernæring, dehydrering og evt. misbrugsproblematikker.

Den nye proces for fald, som blev udviklet på workshop 3, anviser, at det fremover skal være et akutteam, der bliver kontaktet og kører ud til borger ved fald, og akutteamet, der udfører faldregistrering jf. "Instruks i klinisk praksis". Akutteamet foretager en konkret sundhedsfaglig vurdering af borger, når de kommer ud til fald.

I dag er det Falck, der har opgaven med at hjælpe borgeren op efter fald. De kører igen uden, at der er sket en sundhedsfaglig udredning af borger og uden, at 'tidlig opsporing' er igangsat.

Den nye proces for fald i proces 1 betyder, at sygeplejen tilkalder akutteamet i stedet for Falck. Der er tre muligheder for akutteamets handlinger hos borger: 1) Akutteam hjælper borger op (hvis borger kan mobiliseres), 2) Borger indlægges eller 3) Falck tilkaldes til at løfte borger op.

Fordelen ved den nye proces for fald er, at det er personale med sundhedsfaglige kompetencer (akutteam, der er integreret i sygeplejen), der kommer ud over yder en indsats til borgeren, der er faldet. Herved kan der sættes ind med en forebyggende indsats, hvilket vil kunne reducere antal gentagelser af fald hos samme borger og reducere antal genindlæggelser forårsaget af fald.

Proces 4: Komplicerede forløb

Samarbejde og kommunikation i syge- og hjemmeplejen er vigtigt i komplicerede forløb. Men også samarbejde og kommunikation mellem sygehus og den kommunale 'verden' er yderst vigtig.

Kommunal læge-funktion

Den kommunale læge understøtter aktuelt arbejdet på at optimere udskrivelsesforløb ved deltagelse i planmøder på sygehus og ved et tæt samarbejde med Sygeplejens områdeledelse omkring komplicerede sundhedslovsydelser. Det skal sikres, at Sygeplejen ikke udfører opgaver, der ikke er kompetence til, ligesom der skal ligge en tydelig ansvarsfordeling mellem praktiserende læge og sygehusets læger.

Har Sygeplejen de fornødne kompetencer til at udføre de sygeplejefaglige opgaver eller kan sygehuset kompetenceløfte Sygeplejens sygeplejersker hertil, forud for borgers udskrivelse betyder det samtidig, at sygehuset er forpligtet til at varetage undervisningen og én gang årligt at yde videreuddannelse til den kommunale sygeplejen indenfor netop denne særlige komplicerede sygeplejeopgave.

Den kommunale læge skal understøtte implementeringen af TOBS og samarbejdet mellem SOSU og sygeplejersker blandt andet som sparringspartner ved triagering af borgerne (daglig triagering og daglige triageringsmøder mellem SOSU og sygeplejersker er igangsat april 2016). Den kommunale læge er herudover ansvarlig for undervisningsforløb af SOSU og sygeplejersker i Hjemmeplejen, Sygeplejen og på plejecentre for at sikre et generelt kompetenceløft. I visitation er et særligt vigtigt indsatsområde undervisning af udskrivningsvisitatorerne og samarbejdet med dem i arbejdet på at optimere kvaliteten af borgerudskrivelser.

Samarbejde med afdelinger på Slagelse Sygehus

Det mest udbyggede samarbejde er med Geriatrik afdeling på Slagelse Sygehus. Det medfører bedre plejeforløbsplaner (PFP). Derudover er det især samarbejdet med Medicinsk Afdeling og Neurologisk Afdeling, der er udbygget. Dialogen med afdelingerne på Slagelse Sygehus går

'nedefra og op'. Der er også behov for at tage dialogen oppefra til sygehusets ledelse, idet det er de samme problematikker, som den kommunale læge må gentage igen og igen til de mange læger og sygeplejersker på de mange afdelinger, som udskriver borgere, der efterfølgende får behov for en indsats fra Slagelse Kommune.

Udfordringer løftes op på højere ledelsesniveau

I dag findes to forskellige ledelsesfora, hvor fælles udfordringer mellem sygehus og kommune behandles på møder heri: KKS (Kommune Sygehus Samarbejde) og TSS (Tvær Sektorielt Samarbejde). Den kommunale læge og udskrivningsvisitator på Blomstergården oplever, at der mangler en kommunikation af information omkring behandlingsansvar for udvalgte sygeplejeopgaver og for hvilke opgaver, der kan løftes i kommunen og under hvilke forudsætninger pågældende opgaver kan påtages af kommunen. De hastige og mange udskrivelser betyder, at den kommunale læge og udskrivningsvisitator langt fra kan være i dialog med alle afdelinger omkring alle patienter, der er i risiko for at blive udskrevet før patienten er klar til og før der er sikkerhed for at kommunen kan overtage behandlingen på baggrund af den praktiserende læges ansvar (borgerens egen læge).

Der er således behov for et forbedret eller et nyt samarbejdsforum, hvor disse aspekter kan kommunikeres mellem ledelsen på sygehus og ledelsen i Slagelse Kommune, således at denne kommunikation udbredes 'top-down' på Slagelse Sygehus (og andre sygehuse). Der er et stort flow i personale på et sygehus både generelt og i løbet af et døgn. Derfor må den kommunale læge igen og igen i dialog med sygehusets personale om de samme problemstillinger.

Udskrivningsnotater

Et internt forbedringsområde er at udvikle udskrivningsnotater fra sygehuset, således at udskrivningsvisitatorer fremhæver akut information øverst, så den akutte information ikke 'drukner' imellem de mange oplysninger. Der kan være et potentiale i at udvikle en model herfor, således at det er hurtigere og enklere for modtagere af udskrivningsnotater at finde og agere på information heri. En mulighed kan være at målrette en del af informationen til konkrete faggrupper (fx sygeplejen og hjemmeplejen). Herved sikres desuden at sygeplejersken kan nå at læse informationen, da der er afsat meget lidt tid hertil.

Opsummering af input på workshop 4

Formålet med workshop 4 var at udvikle og forbedre de arbejdsgange i proces 2, 3 og 5, som blev kortlagt på workshop 2.

Følgende processer blev udviklet på workshop 4:

Proces 2: Enkle forløb: "Borgere, der udskrives til vanlig hjælp" (sygepleje, hjemmepleje)

Proces 3: Enkle forløb: "Nye borgere, der udskrives" (sygepleje, hjemmepleje)

Proces 5: Komplekse forløb: "Mange aktører der skal koordineres indenfor meget kort tidsfrist" (fx sonde, morfinpumpe, apopleksi-patienter).

Input fra workshop 4

Når borgerne udskrives meget hurtigt fra sygehuset (og ofte inden de er klar til det) er det borgere, der er skrøbelige og utrygge, der kommer hjem. Hvis de ikke har et netværk tæt på, bliver de meget sårbare og praktiske ting som at få hentet medicin, købt ind og fundet en løsning med mad og at overskue, hvornår hjemmeplejen/sygeplejen kommer, fylder rigtig meget hos dem.

En mulighed kan være at visitere til en 'udskrivningspakke', når borgere bliver udskrevet fra sygehus for borgere der udskrives til 'vanlig hjælp' (proces 2). Heri kan ligge tryghedsopkald og/eller tryghedsbesøg kort efter hjemkomst fra sygehus. Det skal også ses som en erkendelse af, at der afsættes for lidt tid til den sygeplejefaglige udredning efter udskrivelsen, hvor der i dag ofte afsættes 30 min, hvilket langt fra er tilstrækkeligt. Sygeplejersken kan derfor have svært ved at nå at læse fx den sygeplejefaglige udredning, der er foretaget, da borger var på Blomstergården. Der er et potentiale for 'genbrug' og at der ikke behøver at 'startes forfra' med den sygeplejefaglige udredning, når borger kommer hjem efter ophold på Blomstergården, og at der kan arbejdes videre med udredningen derfra.

Vi talte også meget omkring, at borgeren har brug for skriftlig information ved udskrivelsen (fx en folder) med telefonnummer, de kan ringe til. Ifølge sundhedsaftalen skal sygehuset oplyse dette til borgeren, men det sker ikke. Blomstergården har udarbejdet en folder, som Slagelse Sygehus giver til borgeren ved udskrivelse dertil. Udfordringen er, at borgere i Slagelse Kommune bliver udskrevet fra mange forskellige sygehuse både i Region Sjælland og fra fx Rigshospitalet og fra Odense Universitets Hospital. Og det vil være vanskeligt for de mange afdelinger på de mange sygehuse at skulle finde rette folder til borger i den konkrete kommune.

Tilsvarende talte vi om, at borgeren ikke får information om, hvornår borgeren første gang får hjælp fra hjemmeplejen/sygeplejen/fast visitator efter hjemkomst efter udskrivelsen. Sygehuset har ikke oplysninger herom, idet de sender advis til udskrivningsvisitator. Så borgeren ved reelt ikke præcis, hvornår de får hjælp ved udskrivelsen. I det perspektiv kan man godt forstå, at borgere oplever utryghed. Samtidig har 'nye borgere', der ikke tidligere har fået hjælp fra hjemmeplejen/sygeplejen, ikke fået oplyst telefonnummer, der kan kontaktes. Vi talte om, at det bør være til en sygeplejerske efter kl. 15, men ikke til sygeplejersken, der kører ud aften og nat, da der ikke er ressourcer til det her. En mulighed kunne være at kontaktnr. bliver til akutteam i sygeplejen, hvor akutteamet er en integreret del af sygeplejen.

Et andet aspekt er muligheden for fx at tage blodprøver på Blomstergården, som kræver at egen læge giver accept og sender henvisning til AK-center ved AK-klinik ved Næstved Sygehus, og herved kan en sygeplejerske komme til Blomstergården og tage blodprøve på fx borgere med

sukkersyge til kontrol af blodsukker. Herved spares borgeren for at skulle køres med Flex-trafik til sygehus, hvilket er meget udmattende for borgeren, der afkræftet. De lange ture med Flex-trafik går ud over tiden til genoptræning, som egentlig var det, der skulle være i højsædet ved ophold på Blomstergården. En anden mulighed er at nogle praktiserende læger har sygeplejersker, der kører ud og tager blodprøver. Det kan også fungere udmærket.

Der er desuden behov for mere fleksibilitet omkring pladserne til hhv. midlertidige pladser og rehabiliteringspladser på Blomstergården, så borger ikke behøver at flytte rent fysisk, ved skift mellem 'kategori'.

Opsummering af input på Workshop 5 – kortlægning og udvikling af proces 1 i generelt perspektiv

På workshop 5 så vi på proces 1 igen, hvor fokus var at kortlægge og udvikle proces 1 i et generelt perspektiv og ud fra mange typer forebyggelige diagnoser for forløb med særligt forbedringspotentiale: "Forebyggelige diagnoser" (fx anæmi, astma, fraktur, KOL, diabetes, dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse, mave-tarm-problemer).

Input fra workshop 5:

Der er identificeret følgende udviklingsmuligheder, når sygepleje/SOSU yder en indsats hos borger i relation til forebyggelige diagnoser i et generelt perspektiv:

'Onstage' kontakthandlinger (direkte kontakt med borger):

- Bedre til at opfange ændringer i borgers tilstand (Rengøring fx hver 14. dag)
- Bedre til at opfange og registrere ændringer i borgers habituelle tilstand (Sосу/Sygepleje hos borger)
- Akutteam løser praktiske/akutte udfordringer (urinprøve, væske, undgå indlæggelser)

'Backstage kontakthandlinger'/Support processer (bagvedliggende processer mellem faggrupper i sygeplejen, hjemmeplejen, andre faggrupper):

- Sikre en generel tydelighed i sundhedsfaglige opgaver som udføres af Sosu
- Kørelister bør beskrive årsag til handling fx indtagelse af væske af dement borger
- Direkte kommunikation fra sygepleje/SOSU til visitation efter triagemøder
- Systematisk opfølgning på handleplan med ansvarsfordeling - undgå tab af viden fra dag til dag
- TOBS/Vitae: Tydeliggørelse af fokusområde
- Mere tid til Triagemøder
- Sygeplejen ansvarlig for at kontakte fx: 1) Egen læge 2) Planlægger i sygeplejen 3) Fast vis. 4) Pårørende 5) Sygehus 6) Apotek 7) Hjælpemidler.....10) Andre fagpersoner.
- VIP-adgang i tlf. til læge og apotek
- Udvikling i kommunikation mellem sygeplejen og SOSU og undgå at flaskehalse i videnflow opstår
- Systematisk kommunikation når SOSU kontakter sygepleje ved akutte besøg (ISBAR)
- ISBAR implementeres til alle faggrupper

- Bedre integration mellem Vitae og TOBS
- Sygepleje tager kontakt til relevant faggruppe 1-10 - mere 'action' på ændringer i borgers habituelle tilstand

Opsummering af input på Workshop 6 – kortlægning og udvikling af proces 5 i et generelt perspektiv.

På workshop 6 blev proces 5 behandlet ud fra et generelt perspektiv, hvor der ikke tages udgangspunkt i en konkret case – men hvor vi tegnede et mere generelt billede for proces 5.

Input fra workshop 6

Ved komplekse forløb, hvor mange aktører skal koordineres indenfor kort tidsfrist (proces 5) giver en fremskudt visitation mulighed for en mere direkte kommunikation med personale på afdelingen på Slagelse Sygehus, således at der kan ske en dialog om sygehusets vurdering af borgerens funktionsniveau til brug for planlægning af borgerens udskrivelse. Ved i højere grad at have fælles planmøder på sygehuset i komplekse forløb sikres, at der rettidigt sker advis til de mange faggrupper, der skal iværksætte indsatser i borgerens hjem forinden borgeren kommer hjem (fx APV, madservice, nødkald, nøgleboks og hjælpemidler). Den sygeplejefaglige udredning foretages fremadrettet af udskrivningsvisitator inden udskrivelsen, hvorved der frigives ressourcer i sygeplejen, der ikke per automatik foretager den sygeplejefaglige udredning igen, når borger kommer hjem fra sygehus.

Det er desuden ønskeligt, at plejeforløbsplaner bliver mere informative og ensartede og at ny information fremhæves. Der anvendes i dag mange ressourcer til at sortere og finde den information, der er aktualiseret i den nyeste fremsendte plejeforløbsplan.

I tilfælde hvor borgere udskrives akut i aften-, nat- og weekendvagter er det i dag sygeplejen, der foretager koordinering af udskrivelsen, hvilket giver udfordringer i en fyldt vagtplan. Udviklingsprocessen peger derfor på etablering af akutteam i sygeplejen, således at det er akutteam, der varetager opgaven med at koordinere udskrivelser i aften, nat- og weekendvagter og varetage de opgaver forbundet hermed svarende til opgaven i dagvagt, der foretages af udskrivningsvisitator.

I relation til hjælpemidler er der pt. ikke tilstrækkelig viden om procedurer i relation til at skaffe hjælpemidler i weekend- og aftenvagter i sygeplejen. Der er behov for formidling af vejledning herom på InSlag, hvor aftale om hjælpemidler med Slagelse Sygehus skal kunne findes. Jf. aftale med Slagelse Sygehus leverer sygehus midlertidige hjælpemidler (mindre end 3 dage) og Slagelse Kommune leverer hjælpemidler ved behov mere end 3 dage.

Oftentimes går der for lang tid efter udskrivelsen før forflytningsinstruktører kommer ud til borgeren. Det skyldes, at der er for få forflytningsinstruktører til at dække efterspørgslen.

Konklusion

Der er mange gevinster for borgeren ved implementering af de nye processer for proces 1-5.

Etablering af fremskudt visitation vil betyde at hele sygeplejevisitationen flyttes til visitationen. Det vil derfor kræve flere ressourcer med sygeplejefaglig kompetence i visitationen, idet opgaven at udføre de sygeplejefaglige udredninger flyttes fra sygeplejen til visitationen.

Fordelen ved en centraliseret visitation er, at der opnås en mere ensartet visitation og at der er fokus på at indsatsen til borgeren løses af billigst mulig kompetence. Der kan herved frigives ressourcer i sygeplejen.

De sygeplejefaglige udredninger bør foretages af visitationen inden udskrivelsen og ikke gentages på Blomstergården og igen af sygeplejen umiddelbart efter borgeren udskrives fra sygehus. Der kan frigives en del ressourcer ved at omorganisere og forenkle de sygeplejefaglige udredninger.

Etablering af akutteam, som en integreret del af sygeplejen, vil have mange fordele. Inspirationssturen til Sønderborg Kommune, som er sammenlignelig med Slagelse Kommune både i størrelse og antal indbyggere, gav nyttig information omkring deres erfaringer hermed. De mest åbenbare fordele er følgende at bidrage til at reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser ved udvalgte diagnoser/lidelser, at reducere den kommunale medfinansiering på udvalgte diagnoser og at udgøre et beredskab i forhold til accelererede udskrivelser.

Der bør frigives ressourcer til dels den fremskudte visitation og til akutteam både fra den selvejende institution Antvorskov Plejecenter samt fra de øvrige plejecentre i Slagelse Kommune, idet alle enheder vil benytte assistance og ekspertise fra akutteamet.

Etablering af akutteam og en fremskudt visitation hænger sammen. Selve etableringen af et akutteam kræver en selvstændig 'business case', hvorved der ikke i denne rapportering kan redegøres nærmere for økonomi og organisering heraf. Selvom det koster ressourcer at etablere akutteam vil det på sigt tjene sig ind på færre indlæggelser, færre genindlæggelser, bedre observation af borgerens symptomer med et optimeret syn på borgerens helbredstilstand og en hurtigere aktion herpå og endelig opnås en reduktion i den kommunale medfinansiering.

Anbefalinger

Projektgruppen har følgende anbefalinger:

- at der etableres en fremskudt visitation
- at der etableres et akutteam som en integreret del af sygeplejen
- at der forebygges genindlæggelser, som skyldes fald, ved at tage ny Proces 1a i anvendelse

- at der forebygges i relation til forebyggelige diagnoser ved at tage ny Proces 1b i anvendelse
- at der for borgere, der udskrives til 'vanlig hjælp' (proces 2) tages ny proces 2 i anvendelse for herved at have fokus på borgerens oplevelse af tryghed og med visitation til udskrivningspakke at opnå en mere planlagt indsats til denne målgruppe
- at der for 'nye borgere, der udskrives' (proces 3) tages ny proces 3 i anvendelse for herved at have fokus på at optimere forskellige aspekter ved Blomstergården (booking af plads, blodprøvetagning, ikke fysisk skift at stue ved skift mellem midlertidig plads og rehabiliteringsplads)
- at der for borgere, der udskrives med behov for højt specialiserede sygeplejeopgaver (proces 4) sker en koordinering af indsatsen mellem sygehus og akutteam forinden udskrivelsen ved et fællesmøde på sygehus med deltagelse af relevant fagpersonale.
- at der for borgere, der udskrives med komplekse forløb, hvor mange aktører skal koordineres indenfor kort tidsfrist (proces 5a og 5b) anbefales, at akutteam koordinerer indsatser udenfor dagvagt (aften, nat og weekender), at der gennemføres flere planmøder på sygehus samtidig med, at den fremskudte visitation sikrer en bedre planlægning af udskrivelsen
- at registreringer indrettes således, at det er muligt at eftervise en effekt.