

1. november.
2018

Kvalitet i det
nære sundhedsvæsen
– i et kommunalt
perspektiv

– Et oplæg til drøftelse
november 2018



Opdraget



Udviklingen af det nære sundhedsvæsen har gennem de sidste 10 år flyttet flere opgaver fra hospitalerne til kommunerne og almen praksis. Centralt i denne udvikling er etableringen af en fælles forståelse blandt aktørerne af, hvordan kvalitet skal forstås og udvikles i det nære sundhedsvæsen.

KOSU har nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med et bud på nedenstående spørgsmål:

1. Hvordan sikrer vi en kvalitetsudvikling, der giver værdi for borgerne?
2. Hvilke metoder/tilgange til kvalitetsudvikling skal man pege på som excellente, og som man derfor bør sprede?
3. Hvordan kunne man organisere et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde om kvalitetsudvikling?
4. Hvordan kan man tværkommunalt tilvejebringe data, der understøtter kvalitetsudviklingen? (herunder mulighederne for fælles databaser til monitorering)
5. Kommunale overvejelser omkring fælles kvalitetsudvikling med regionen og almen praksis i sundhedsaftalen?

De første tiltag

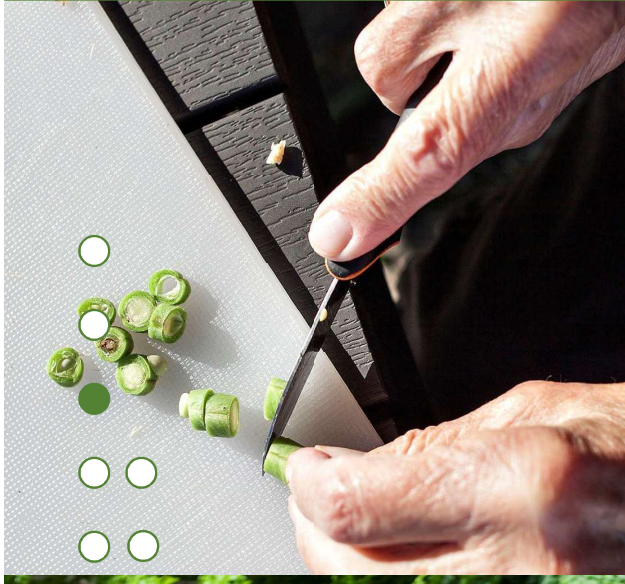


Chefforum for sundheds- og ældrecheer anbefaler, at kvalitetsudviklingen bør ske gradvist og med fokus på værdi for borgerne. Forløbsprogrammerne for KOL og diabetes beskriver indsatsen for en stor gruppe af borgere, der har behov for en god og sammenhængende indsats på tværs af sektorerne. For at kunne lykkes med dette er det vigtigt, at der findes data, som kan medvirke til at understøtte kvalitetsudviklingen af indsatserne.

Derfor anbefales det, at kommunerne i samarbejde med regionen (DEFACTUM) og alm. praksis arbejder på, at etablere kvalitetsdatabaser på KOL og diabetes med baggrund i de gode erfaringer med opgaveoverdragelsen af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitalerne til kommunerne og etableringen af HjerteKomMidt.

#1: Anbefaling

- Det kommunale perspektiv på kvalitetsarbejdet er holistisk, og formålet er først og fremmest at styrke borgernes handlekompetence, mestringsevne, fysiske funktionsevne og livskvalitet.
 - For at sikre værdi for borgerne skal der være sammenhæng på tværs af sektorerne. Ét eksempel herpå kunne være forløbsprogrammerne.
-



#2: Anbefaling



For at kunne løfte kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen er det centralt, at der dannes en fælles forståelse på tværs af kommunerne, almen praksis og hospitalerne. Dette arbejde beror dels på metodeudvikling, men også et mere kulturbærende element. For så vidt angår metoderne har der gennem flere år været arbejdet i regioner og kommuner på forskellige tiltag. I det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Midtjylland har der i regi af sundhedsaftalen været arbejdet med IHI's Triple Aim model. Sideløbende er der fra nationalt niveau skabt et nationalt kvalitetsprogram, der bl.a. indeholder fælles tværsektorielle lærings- og kvalitetsteams, der skal skabe en basis for tværsektoriel kompetenceløft i specifikke metoder til kvalitetsforbedring af patientforløb.

Videre kan der peges på Patientsikkert sygehus og "I sikre hænder", der er fælles initiativer mellem henholdsvis Danske Regioner og KL i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Sundheds- og Ældreministeriet. Centralt for disse indsatser er brugen af forbedringsmodellen. Fra et kommunalt perspektiv, er det vigtigt, at der i det videre arbejde med det tværsektorielle kvalitetsarbejde tages udgangspunkt i de eksisterende metoder, som bl.a. de ovenfor nævnte eksempler. Fælles for dem er, at de er anerkendte kvalitetsudviklingsmetoder, der i vid udstrækning er evidensbaseret. Kvalitetsarbejdet tager dermed den viden i anvendelse, der skabes gennem forskning.

Siden 2012 har der været udviklet på FSIII, der en fælles metode til registrering og håndtering af data på tværs af kommunale forvaltningsområder. FSIII bygger bl.a. på, at medarbejderne ser på borgerens funktions- og helbredstilstand. Det sker på struktureret vis og efter anerkendte klassifikationer. Det anbefales, at undersøge mulighederne for at bruge FSIII som begrebsramme i arbejdet med kvalitet i det nære sundhedsvæsen.

#3: Anbefaling



Med afsæt i anbefalingen om en gradvis udvikling af det tværsektorielle kvalitetsarbejde foreslås det, at arbejdet på centralt niveau forankres i den nuværende struktur omkring KOSU og Sundhedsstyregruppen med tilhørende sekretariater. Endvidere er det afgørende, at samarbejdet med klyngerne udvikles og styrkes også på kvalitetsområdet.



#4: anbefaling



Data er afgørende for kvalitetsudvikling. På ældre- og sundhedsområdet registrerer kommunerne allerede i dag en række data på borgerne. Disse data bliver i vid udstrækning registeret med henblik på et konkret plejeforløb eller i forbindelse med afregning af en konkret ydelse. Data er derfor ikke i udgangspunktet struktureret ud fra et kvalitetsudviklingsperspektiv. Hertil kommer, at den enkelte kommune ofte har forskellig organisering, datasystemer og kultur omkring registrering af data. Set i et tværkommunalt og -sektorielt perspektiv er der derfor behov for at arbejde med, hvordan de eksisterende data i kommunerne kan omsættes til data, der kan finde anvendelse i kvalitetsudvikling på tværs. Hertil kommer, at der kan være behov for at se på, hvordan validiteten af data kan højnes. Arbejdet med kommunale data skal sammenholdes med data fra hospitaler og alm. praksis for at få viden om kvaliteten i den sammenhængende indsats på tværs. En ambition må være, indenfor lovgivningens rammer, at kunne sammenstille data på tværs af et samlet borger/patient forløb for derved at skabe løbende information, der kan optimere den borgervendte indsats. Som anført ovenfor er første skridt udviklingen af databaser på KOL og diabetes. Derudover vil det være hensigtsmæssigt at arbejde med data i forhold til forebyggelsesindsatsen i kommunerne.

#5: anbefalinger

Det tværsektorielle kvalitetsarbejde skal forankres i sundhedsaftalen. Fra et kommunalt perspektiv kan der bl.a. være følgende dilemmaer:

- Hvordan sikrer vi en fælles udvikling af kvaliteten i de tværsektorielle borgerforløb med respekt for de enkelte kommuners og hospitalers kontekst og selvbestemmelse? (afstemning af forventninger)
- Hvordan kan man fastholde et overordnet langsigtet strategisk perspektiv i kvalitetsarbejdet, når udviklingen skal ske inkrementalistisk?
- Hospitalerne har gennem mange år arbejdet med kvalitetsudvikling - ikke mindst i form af kliniske kvalitetsdatabaser, som i dag er samlet i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram ([RKKE](#)). Det regionale kvalitetsperspektiv har et udgangspunkt i diagnoser. I kommunerne har vi et bredere perspektiv, der ikke lader sig begrænse til en diagnose. Hvordan skaber vi et fælles billede (kultur) af kvalitetsudviklingen med regionen og almen praksis?
- Hvordan tilvejebringer vi tværsektorielle data, der dels kan anvendes til forbedringer i de enkelte borgerforløb, men samtidig kan aggregeres, så det kan anvendes til kvalitetsudvikling i systemisk forstand?





Selvevaluering vedrørende anvendelse af Medicinposen

Til dig, der er kommunal kontaktperson vedrørende Medicinposen

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 30. april 2019, at Medicinposen skal udbredes i hele den midtjyske region. Efterfølgende godkendte regionsrådet og kommunerne en 1-årig forsøgsordning med opstart i 1. kvartal 2020, hvor medicinposen tages i brug på hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Regionsrådet har i den forbindelse besluttet, at der skal laves en evaluering af anvendelsen af Medicinposen, hvorfor der skal indsamles data fra de enkelte hospitaler og kommuner. Data skal bruges til at vurdere, hvordan det går med at implementere Medicinposen i Region Midtjylland og bidrage til vidensdeling på tværs.

Det er besluttet, at det er op til de enkelte hospitaler og kommuner at igangsætte de tiltag, de skønner nødvendige for at udbrede Medicinposen. For at kunne evaluere anvendelsen af Medicinposen er der dog brug for at indsamle data fra hospitalerne og kommunerne på de samme indikatorer. Til dette formål er der udarbejdet et evalueringsskema. Skemaet er inspireret af de fremdriftsrapporter, der anvendes på regionens Forbedringsvejlederuddannelse og i andet forbedringsarbejde. Skemaet rummer flere bokse, der spørger til forskellige dele af dataindsamlingen. Alle bokse skal udfyldes bedst muligt. Du bedes sørge for, at skemaet udfyldes og indsendes til **XX** tre gange i løbet af 2020:

1. indsendelse: Ultimo juni 2020 (deadline den 30. juni)
2. indsendelse: Ultimo august 2020 (deadline den 31. august)
3. indsendelse: Primo oktober 2020 (deadline den 9. oktober)

Når du indsender skemaet bedes du CC'e kontaktpersonerne fra de andre kommuner. Formålet hermed er at drage læring af hinandens processer og erfaringer undervejs. Der opfordres desuden til, at kontaktpersonerne holder kontakt og aktivt søger sparring hos hinanden.

De indsamlede skemaer bliver brugt i udarbejdelsen af en samlet evaluering af anvendelsen af Medicinposen, der udføres af **XX** i oktober/november 2020 og herefter offentliggøres.

Har du nogle spørgsmål til dataindsamlingen eller evalueringen, kan du rette henvendelse til **XX**.

Vi takker for dit bidrag til evalueringen.

Med venlig hilsen **XX**

Skema

| |
|--|
| Mål |
| <i>Her beskrives målet for den enkelte kommune.</i> |
| <i>Relater evt. målet til de to indikatorer under målinger. Det kan eksempelvis være:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Hvor mange medicinposer, der skal uddeles i 2020.</i>• <i>Hvor mange patienter med polyfarmaci, der skal introduceres til medicinposen</i> |
| <i>Beskriv også, hvilke afdelinger og aktører der indgår i udbredelsen af Medicinposen.</i> |
| Forandringstiltag |
| <i>Forandringer til afprøvning siden sidste indsendelse: Her beskrives, hvilke tiltag kommunen har afprøvet (siden indsendelsen af sidste skema), og hvad de har lært af disse afprøvninger.</i> |
| <i>Forandringer til afprøvning nu: Her beskrives, hvilke tiltag kommunen er ved at afprøve pt.</i> |
| Målinger |
| <i>Indikator 1: Hvor mange poser er udleveret til patienter?</i> |
| <i>Indikator 2: Hvor mange patienter med polyfarmaci anvender Medicinposen i eget hjem?</i> |
| <i>Data vedlægges.</i> |
| Status |
| <i>Forandringer implementeret: Her beskrives, hvilke forandringer der er implementeret.</i> |
| <i>Næste skridt: Her beskrives de næste skridt vedrørende implementeringen.</i> |
| Patientinddragelse |
| <i>Her beskrives, hvordan patientens stemme er tænkt ind i implementeringen af Medicinposen, og hvilke resultater det har givet.</i> |
| <i>Data vedlægges.</i> |
| Team |
| <i>Her beskrives, hvem der er ansvarlige for udbredelsen af Medicinposen i den enkelte kommune</i> |
| Kontaktperson |
| <i>Her indsættes navn og kontaktoplysninger på den overordnede kontaktperson i den enkelte kommune</i> |



Rammenotat Brobyggersygeplejerskefunktion

Danske Regioner har som en del af sine politiske udmeldinger i 2018 meldt ud, at regionerne fremover skal sikre bedre sammenhæng for borgerne, blandt andet gennem ansættelse af brobyggersygeplejersker. Senest har Danske Regioner spillet ud med, at Brobygger-sygeplejerskefunktionen skal finansieres via den aftale, Danske Regioner og regeringen har indgået om 1.000 flere sygeplejersker.

Dato 14.02.2020

Anne Brøcker

Tel. +45 2231 3962

anbroe@rm.dk

Sagsnr. 1-30-72-199-19

Danske Regioner arbejder på at konkretisere indholdet i Brobyggersygeplejerske-funktionen, og vil formodentlig invitere regionerne ind i et tættere samarbejde om dette.

Side 1

Derfor er der behov for at vi internt i Region Midtjylland allerede nu begynder at beskrive de rammer vi gerne ser opgaven udvikle sig indenfor.

Udvikling af nye funktioner der skal række på tværs af sektorgrænser, kræver et tæt samarbejde med vores samarbejdsparter i kommuner og almen praksis. Dette notat er således ment som et oplæg til dialog i arbejdet med at fastlægge den fælles ramme for brobygger-sygeplejersken i Region Midtjylland.

I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at der fra alle parter i regionen er meldt tilbage, at der er stor tilfredshed med samarbejdet de steder, hvor der allerede i dag er en kommunal brobyggerfunktion tilstede på hospitalet. En ny regional brobygger-funktion hverken kan eller skal erstatte den kommunale brobygningsindsats. Men supplere og understøtte denne.

Samtidig er der i de foreløbige tilbagemeldinger fra hospitalerne bred enighed om, at brobygning er en vigtig kompetence for stort set alle faggrupper og alle afdelinger på hospitalerne. Og at opgaven derfor ikke kan eller skal begrænses til enkelt figur, med risiko for, at der opstår nye flaskehalse og større organisatorisk kompleksitet. Der er dog samtidig opbakning til at nye figurer, eller tydeliggørelse og styrkelse af nye eller eksisterende brobyggende funktioner, kan medvirke til bedre samarbejde på tværs af sektorerne, og bedre sammenhæng for patienterne.

Overordnet er hospitalerne også enige om at pege på vigtigheden af, at der bliver et vist fri- rum til lokalt i den enkelte klynge at tilrettelægge det tværsektorielle samarbejde så det lokalt giver mening. Også når det gælder en regional brobyggerfunktion.

Opgaver:

En del af de funktioner, der falder ind under Danske Regioners tanker om brobyggerfunktion, har vi allerede implementeret i dag. Både i kraft af en række konkrete igangværende projekter på hospitalerne, i kommunerne og almen praksis, og i fællesskab i tværsektorielle projekter. Eller i kraft af nationale initiativer, som fx. Aktiv Patientstøtte. Men der kan også være opgaver og funktioner, som vi kan udfylde bedre med de nye ressourcer.

Eksempler på opgaver/roller der kan tænkes ind i brobyggerfunktionen kunne fx. være:

- virtuelle møder om og med borgere med henblik på at undgå indlæggelser
- telemedicinsk udskrivesamtale
- kontakttелефон efter hjemsendelse
- følgehjem-funktion
- opfølgning efter udskrivelse
- støtte til vagtlægen
- kompetenceløft/fælles skolebænk
- styrkelse af viden om muligheder og tilbud i kommunerne internt på hospitalet
- ressourceperson i afdelingen
- overblik over alle udskrivelser i afdelingen
- støtte til borgere med både psykisk og somatisk sygdom i forhold til at manøvrere i systemet
- kontaktsygeplejerske

Person eller funktion:

En mulig vej at gå i forhold til brobygning, er at arbejde med dele/kombinationsstillinger, på tværs af sektorerne.

Man kan også placere de forskellige opgaver på særligt udpegede personer.

Begge disse løsninger indebærer risiko for, at den viden der opnås, forankres snævert i organisationen. Samtidig er der risiko for, at den nye funktion bliver endnu en overgangsfigur, der forsinker den hurtige sagsgang og det ubureaukratiske samarbejde.

Flere af hospitalerne har gode erfaringer med delestillinger i forskellige sammenhænge – men påpeger også risikoen for, at den viden der opnås bliver individuel, og ikke spredes i organisationen. Et enkelt hospital har knap så gode erfaringer med delestillinger, og ser ikke dette som en mulig vej.

En anden tilgang til opgaven er at beskrive enkelt-elementerne i rollen som funktioner, der kan og skal varetages af mange forskellige personer.

Denne tilgang sikrer, at de personer der har opgaven, fortsat er tæt knyttet til den daglige kliniske praksis, og kender de patienter, der skal samarbejdes om. Men løsningen medfører samtidig risiko for, at opgaven glemmes, eller at den fornødne faglighed ikke er tilstede i forhold til opgaveløsningen.

Hospitalerne har derfor også peget på muligheden for at kombinere tilgangene: Udpege/ansætte personer med en særlig rolle i forhold til udvikling af opgaven, men også med ansvar for at vidensdele med det øvrige personale, der mere bredt indgår i varetagelse af brobygger-funktionerne.

Hvor/hvilke afdelinger:

Hospitalet vurderer i vid udstrækning, at der generelt er behov for brobyggerfunktioner /kompetencer alle steder på hospitalet. Hvis der skal peges på områder med et særligt behov kan det være: Akutafdelinger, medicinske afdelinger, hjerteafdelinger, psykiatriske afdelinger. Hvor funktionerne placeres, må også afhænge af hvordan målgruppen for indsatsen defineres – er det alle borgere? Særligt udsatte? Ældre? Multisyge? Personer med komplekse sygdomsforløb?

Hvem:

Som ovenfor vurderer hospitalet at der generelt er behov for et bredt kendskab til muligheder og tilbud på tværs af sektorerne i alle (eller de fleste) faggrupper. I forhold til at have særlige funktioner på området, har hospitalet især peget på følgende faggrupper:

- sygeplejersker
- social- og sundhedsassistenter
- terapeuter
- socialrådgivere (især i fht borgere der er tilknyttet det kommunale socialområde)

Behov for input:

Med henblik på kvalificering af rammen for brobygger-funktionen ønskes input til:

- Mulige opgaver
- Snitflader til kommuner og almen praksis – både opgaver og personale
- Snitflade til andre eksisterende ordninger
- Forankring af opgaven på hospitalet
 - Hvilke afdelinger?
 - Funktioner/personer
 - Hvem (faglighed)
- Mulighed for at følge op på implementering