



Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner

CARVE

DATAUNDERSTØTTELSE AF
KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

Carve Consulting P/S, juni 2019

UDARBEJDET AF:
Tina Juul, Chief Advisor, Healthcare

Rapporten kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

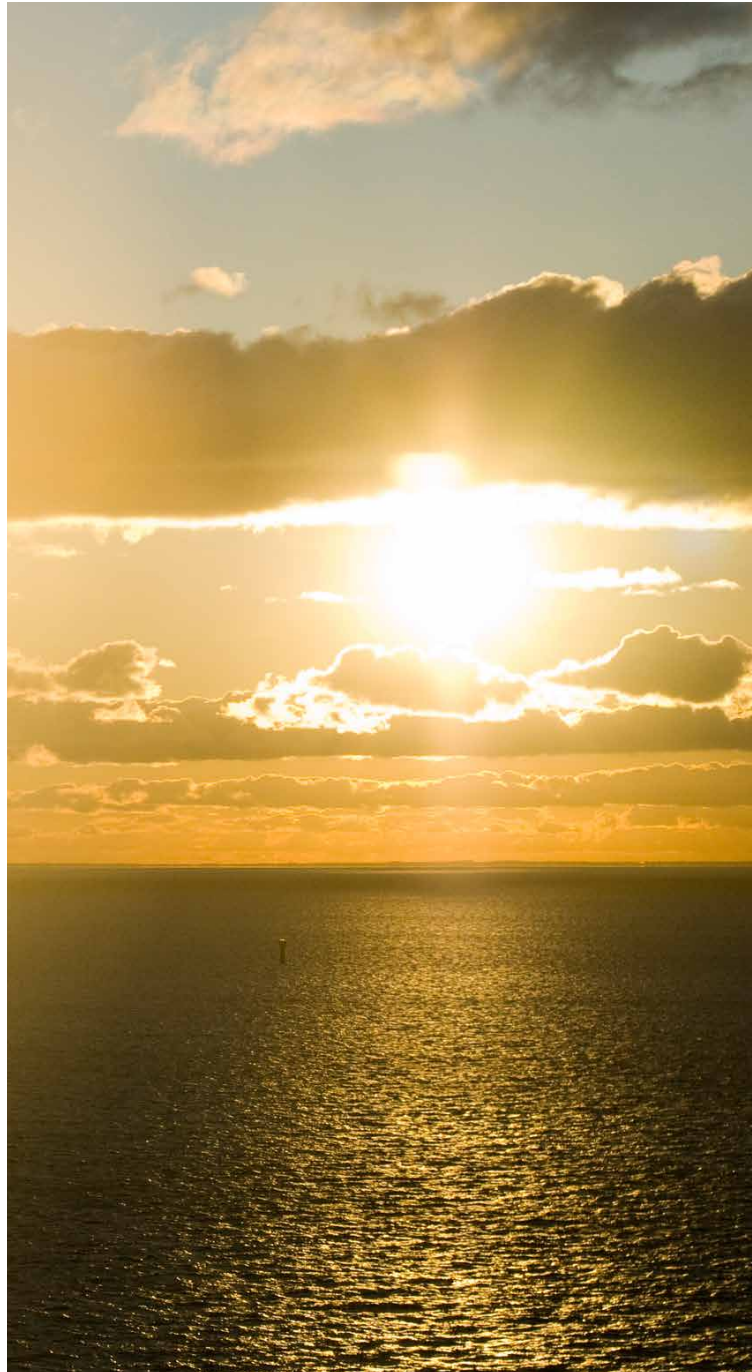
For yderligere oplysninger rettes
henvendelse til:

CARVE CONSULTING P/S
Nørre Voldgade 11, 2 og 4. sal
DK-1358 København

Henvendelser angående rapporten
bedes rettes til Tina Juul, Chief Advisor,
Healthcare på tju@carve.dk.

Nærværende analyse og rapport
er gennemført af Carve Consulting
på vegne af KL.

DESIGN
amo design/ v. Anne Mette Dion
Beyer Design



Indhold

SAMMENFATNING	2	7. SUPPLERENDE IAGTTAGELSER	27
1. BAGGRUND	4	7.1 Henvendelser	27
1.1 Sundhedsdataprogrammet	4	7.2 Samarbejde på tværs af sektorer	27
1.2 De kommunale akutfunktioner	5	7.3 Henvisningsårsager	28
2. FORMÅL MED ANALYSEN	6	7.4 Kvalitetssikring af akutfunktionen	28
2.1 Afgrænsning af opgaven	6	7.5 Second opinion, oplæring og undervisning	28
3. MÅLGRUPPE	7	8. DATAINDSAMLING	30
4. METODE	8	8.1 Dataregistrering	30
4.1 Rammesætning	8	8.2 Systemteknisk løsning	30
4.2 Dataindsamling	8	8.3 Fælles Sprog III - og behovet for dokumentation	30
4.2.1 Udvælgelse af informanter	9	8.4 Konceptuel datamodel	32
4.2.2 Gennemførelse af interviews	9	8.4.1 Uddata fra casekommunerne	33
4.3 Databehandling	9	8.5 Datakvalitet	34
4.4 Verificering af rapportens fund og anbefalinger	9	9. DATAANVENDELSE	35
5. ORGANISERING AF DE KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER	10	9.1 Sygeplejefaglig praksis	35
5.1 Esbjerg kommune	10	9.2 Ledelsesinformation	35
5.2 Holstebro kommune	12	10. OPSAMLING	36
5.3 Rudersdal, Gladsaxe og Gentofte kommune	13	11. ANBEFALINGER	37
5.4 Sønderborg kommune	14	11.1 Fælleskommunal model til opdeling af uddata	37
5.5 Odense kommune	16	12. PERSPEKTIVERING	40
5.6 Århus kommune	17	12.1 Datas sammenlignelighed på tværs af kommuner	40
5.7 Skive kommune	19	12.2 Hvordan kan avancerede analytiske modeller anvendes?	40
5.8 SHS-Akutteam (Ballerup, Herlev og Furesø kommune)	20	13. BILAG	44
5.9 Tønder kommune	21		
6. INDSATSER	24		
6.1 Instrumentelle sygeplejeindsatser	24		
6.2 Udstyr	25		

Sammenfatning

FORMÅL

Nærværende analyse har til formål at afdække, hvordan uddata fra de kommunale akutfunktioner kan afgrænses og opdeles på tværs af en række casekommuner.

Sammenligneligheden af uddata ønskes belyst på baggrund af, hvorledes casekommunernes akutfunktioner er organiseret og, hvordan de aktuelt arbejder dataunderstøttet, som en del af den daglige dokumentationspraksis. Herunder hvordan casekommunernes akutfunktioner dokumenterer og registrerer aktiviteter, indsatser mv. samt, hvordan disse data anvendes. Dette mhp. at belyse tilgængeligheden og sammenligneligheden af uddata.

På baggrund af analysen udarbejdes i nærværende rapport anbefalinger til en eller flere fælleskommunale modeller til afgrænsning og opdeling af data fra de kommunale akutfunktioner.

METODE

Der deltog i alt 8 akutfunktioner fordelt på 13 casekommuner (Tønder, Skive, Holstebro, Sønderborg, Esbjerg, Herlev, Furesø, Ballerup, Rudersdal, Gentofte, Gladsaxe, Odense og Århus). Akutfunktionerne er implementeret overvejende som en særskilt enhed, der er adskilt fra den øvrige hjemmesygepleje i kommunen(erne). To af akutfunktionerne dækker hver tre casekommuner (Herlev, Furesø og Ballerup samt Rudersdal, Gentofte og Gladsaxe). Derudover deltog Tønder kommune, som har implementeret akutindsatserne, som en del af den kommunale hjemmesygepleje.

Der blev gennemført i alt fire fokus-gruppeinterviews, mens de øvrige

interviews med casekommunerne blev gennemført enten som telefon- eller skypeinterviews. Der blev i alt interviewet 16 driftsansvarlige/ledere af akutfunktionerne og chefer for sundhedsforvaltningen med ansvar for hjemmesygeplejen – og herunder akutfunktionen. Der deltog 2-3 nøgleinformanter ved fokusgruppeinterviewene.

RESULTAT AF ANALYSEN

Organisering

De deltagende casekommuner har alle med undtagelse af Tønder kommune organiseret deres akutfunktion, som en selvstændig enhed/team. På tværs af casekommunerne er det organisatoriske ophæng forskelligartede med geografiske placeringer på henholdsvis hospitalsafdelinger, i klinikfællesskaber, i den kommunale hjemmesygepleje eller indbefatter akutpladser.

Antallet af akutsygeplejersker tilknyttet akutfunktionen varierer mellem 6-24.

På tværs af akutfunktionerne modtages flest henvendelser fra enten (vilkårlig rækkefølge): praktiserende læge, hospitalet/sygehus, vagtlægen og den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Målgruppen for akutfunktionen er hovedsageligt alle borgere i den/de respektive kommune(r) +18 med akutte og komplekse behandlingsforløb, som kræver specialiseret sygepleje.

Dataindsamling og anvendelse

Samtlige af casekommunernes EOJ-systemer har indarbejdet FSIII. For samtlige casekommuner gælder det derfor, at data kan opgøres i henhold

til gældende krav om dokumentation. Akutfunktionerne beskriver alle, at FSIII's indsatskataloger svarende til niveau 2 ikke i tilstrækkelig grad kan anvendes som dokumentation ift. at understøtte den sygeplejefaglige praksis i akutfunktionerne. Casekommunerne har derfor udviklet dokumentationsstandarder for indsatskatalogerne svarende til niveau 3.

Uddata kan for størsteparten af casekommunernes akutfunktioner adskilles fra den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje ved at koble medarbejderne, som har udført opgaverne med borgeren eller indsatsen. Dataudtræk anvendt af den enkelte casekommune kan ske enten via den respektive casekommunes EOJ-system eller fra en supplerende systemløsning.

Data indsamlet i casekommunernes akutfunktioner anvendes på henholdsvis individniveau til understøttelse af den sygeplejefaglige praksis og i aggregerede form til fx ledelsesinformation.

ANBEFALINGER

Følgende fælleskommunale modeller kan anvendes til opdeling af uddata fra akutfunktionerne:

Model 1

Uddata, svarende til de indsatskataloger, som FSIII muliggør, trækkes fra en række indsatser og tilstande, som vurderes at være særskilte for de henvendelser og opgaver, som overvejende varetages af akutfunktionen. Derved er det muligt at foretage dataudtræk fra de kommuner, som ikke har implementeret akutfunktionen som en særskilt organisatorisk enhed.

Model 2

Uddata, svarende til den strukturering og klassificering af oplysninger, som FSIII muliggør, trækkes udelukkende fra de kommuner, hvor akutfunktionen organisatorisk er en særskilt enhed. Data segmenteres via de medarbejdere, som udelukkende udfører akutsygeplejefaglige opgaver. Derved er det muligt at segmentere data som overvejende svarer til akutfunktionerne fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje.

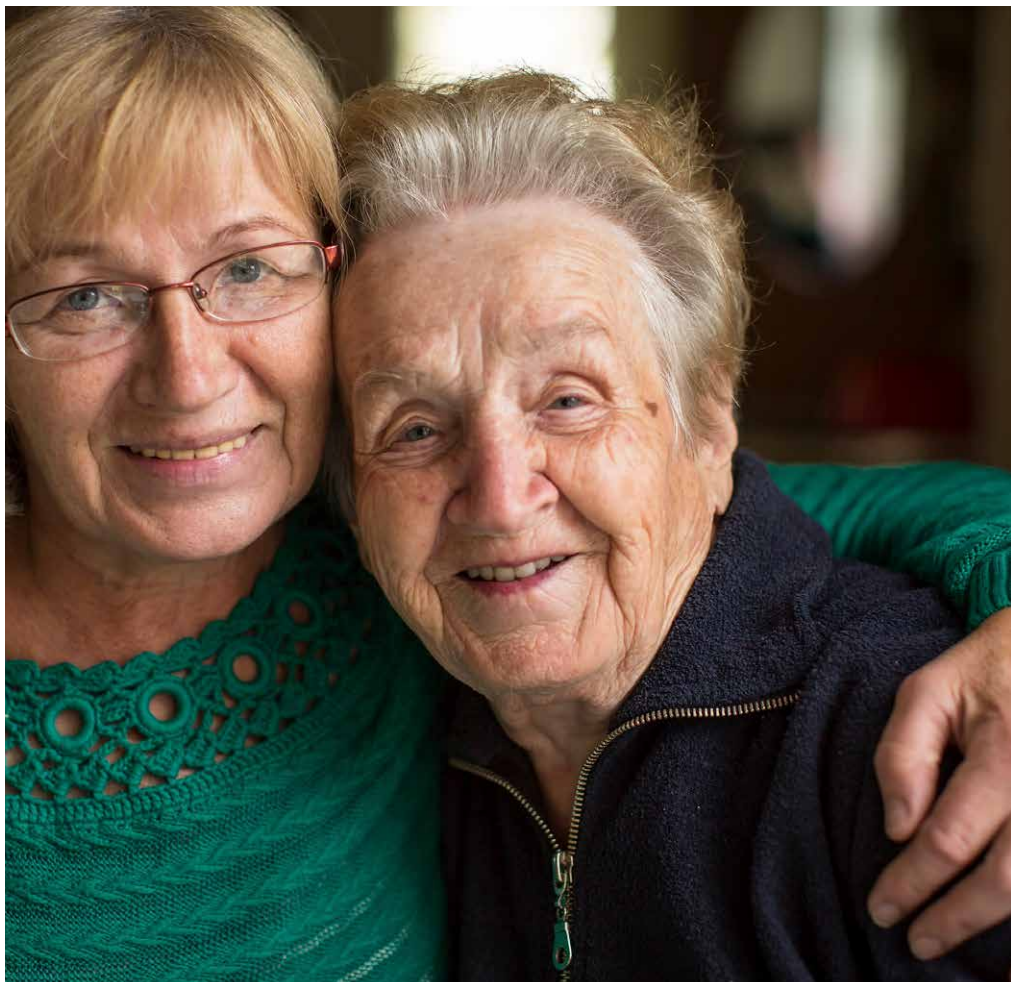
Model 3a

Er en videreudvikling af de fælleskommunale standarder for FSIII-klassifikationen svarende til indsatskataloget (sundhedslov) på niveau 2 således, at det i højere grad kan efterkomme det sygeplejefaglige behov, som efterspørges blandt akutfunktionerne i casekommunerne.

Af hensyn til gennemførligheden foreslås det, at videreudviklingen af fælleskommunale minimumsstandarder for registrering foregår casebaseret. Dette kunne eksempelvis være ved en videreudvikling af indsatsniveauet for IV-behandlinger.

Model 3b

En mindre videreudvikling af FSIII-klassifikationen er ligeledes en mulighed. Dette kan gøres ved, at der i EOJ-systemet tilføjes et registreringsfelt, som markeres, når den enkelte medarbejder i akutfunktionen vurderer, at der er tale om en akutsygeplejeindsats eller fx en borger, som vurderes at modtage akutsygepleje.



1. Baggrund

Sundheds- og Ældreministeriet lancerede i 2016 en national handlingsplan for den ældre medicinske patient¹. Handlingsplanen havde til formål at løfte den samlede indsats overfor den ældre medicinske patient gennem otte indsatsspor, hvor et af indsatsområderne var etableringen af kommunale akutfunktioner. I forlængelse heraf publicerede Sundhedsstyrelsen i 2017 kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen med en række krav og retningslinjer for varetagelsen af særlige sygeplejeindsatser² (jf. afsnit 1.2). Formålet med kvalitetsstandarderne var at understøtte en høj og ensartet kvalitet i de

kommunale akutfunktioner på tværs af landet samt at understøtte kommunens samarbejde med hospitaler og almen praksis mhp. at sikre, at de borgere henvist til de kommunale akutfunktioner får en ensartet kvalitet, indhold og kompetenceniveau².

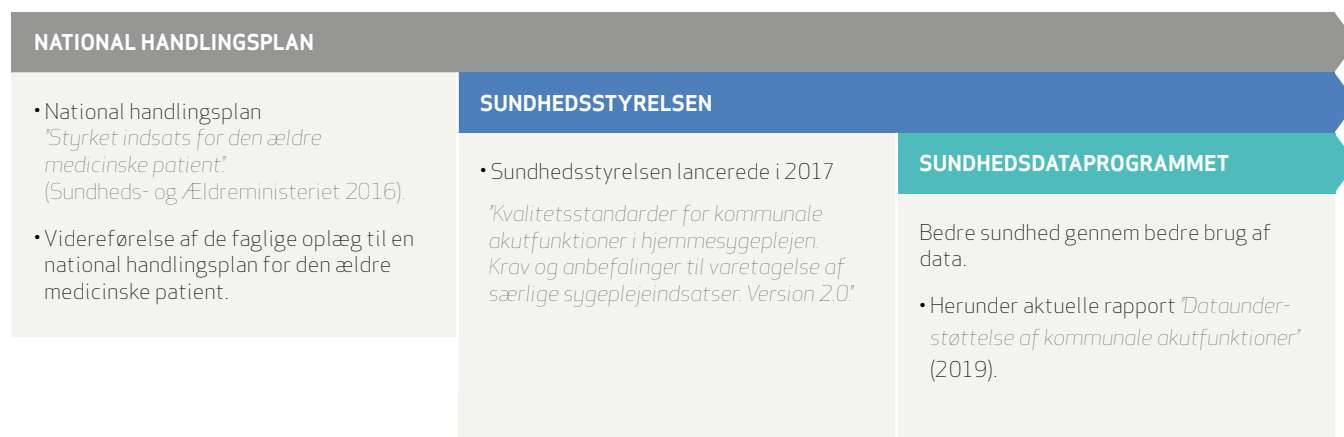
1.1 SUNDHEDSDATAPROGRAMMET

Som en del af Sundhedsdataprogrammet er der iværksat en række projekter, der skal afdække, hvordan uddata på sundheds- og ældreområdet kan gøres tilgængelige tværkommunalt. Sundhedsdataprogrammets formål er at sikre stabile og relevante nationale sundhedsdata om kvalitet, aktivitet

og økonomi til sundhedspersonale på tværs af sektorer, samt til beslutningstagere i sundhedsvæsnen. Det skal være enkelt og nemt at få adgang til sammenhængende sundhedsdata, og nationale data skal formidles ensartet og forståeligt via én brugerflade med mulighed for levering af data til digitale løsninger på tværs af sektorer³.

Nærværende analyse er et af de projekter, som er igangsat af Kommunernes Landsforening (KL), og er en del af Sundhedsdataprogrammet (figur 1).

FIGUR 1.



¹ Sundheds- og Ældreministeriet 2016. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - National handlingsplan 2016. Version 1.0.

² Sundhedsstyrelsen 2017. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser. Version 2.0.

³ Sundhedsdatastyrelsen 2015. Vision Sundhedsdataprogrammet af 8. september 2015.

FIGUR 2.
EN BORGERES KONTAKT MED AKUTFUNKTIONEN

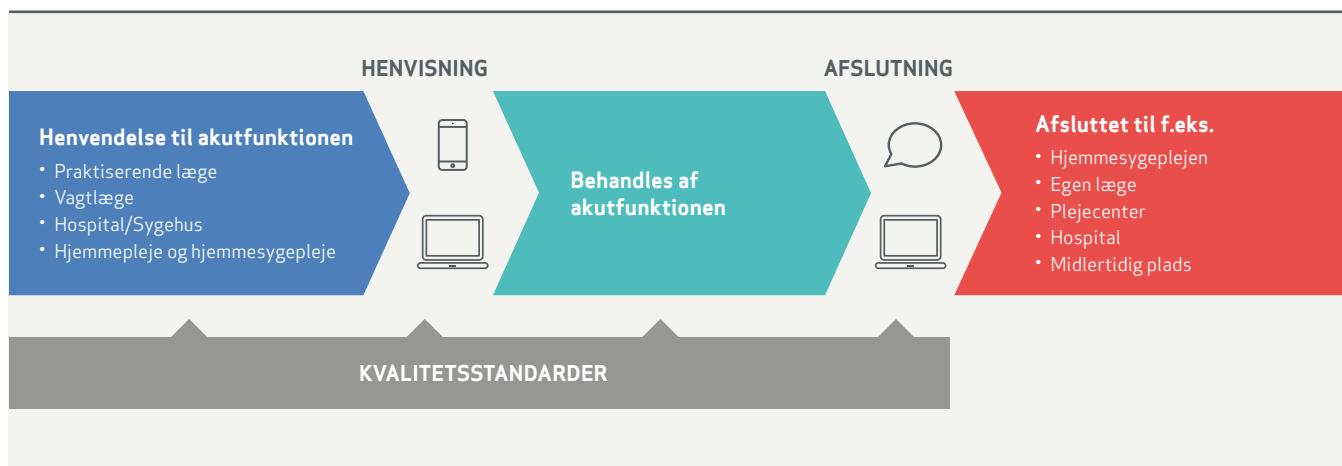


Illustration af en borgers kontakt med akutfunktionen samt, i hvilke dele af processen Sundhedsstyrelsen kvalitetsstandarder² beskriver krav og anbefalinger til, hvorledes akutfunktionen bør organiseres.

1.2 DE KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

Landets kommunale akutfunktioner er en del af kommunernes hjemmesygepleje og varetager derfor også indsatser i forbindelse hermed. Akutfunktionen er tiltænkt, som et tilbud til borgere, der ikke (længere) har behov for en hospitalsindlæggelse, men som fortsat har et særligt observations-, pleje- eller behandlingsbehov, der ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje.

Formålet med den kommunale akutfunktion er således at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en proaktiv indsats, samt opfølgning på hospitalets pleje- og behandlingsindsats, hvis borgeren efter udskrivelse fortsat har komplekse

pleje- og behandlingsbehov. Målet er at levere en indsats tæt på borgerens hverdag og lokalmiljø, som samtidig medvirker til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en hospitalsindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats.

Målgruppe for den kommunale akutfunktion er borgere med somatiske sygdomme, som er²:

- Lægehenviste borgere med forværring af kendt sygdom eller akut opstået sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse.

- Lægehenviste borgere, som efter udskrivning fra hospitalet fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer.
- Borgere henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på hjælp til vurdering eller igangsættelse af en indsats.

En borgers kontakt med akutfunktionen er illustreret i figur 2.

2. Formål med analysen

Nærværende analyse har til formål at afdække, hvordan uddata fra de kommunale akutfunktioner kan afgrænses og opdeles på tværs af en række casekommuner.

Sammenligneligheden af uddata ønskes belyst på baggrund af, hvorledes casekommunernes akutfunktioner er organiseret og, hvordan de aktuelt arbejder dataunderstøttet, som en del af den daglige dokumentationspraksis. Herunder hvordan casekommunernes akutfunktioner dokumenterer og registrerer aktiviteter, indsatser mv. samt, hvordan disse data anvendes. Dette mhp. at belyse tilgængeligheden og sammenligneligheden af uddata.

På baggrund af analysen udarbejdes i nærværende rapport anbefalinger til en eller flere fælleskommunal modeller til afgrænsning og opdeling af data fra de kommunale akutfunktioner.

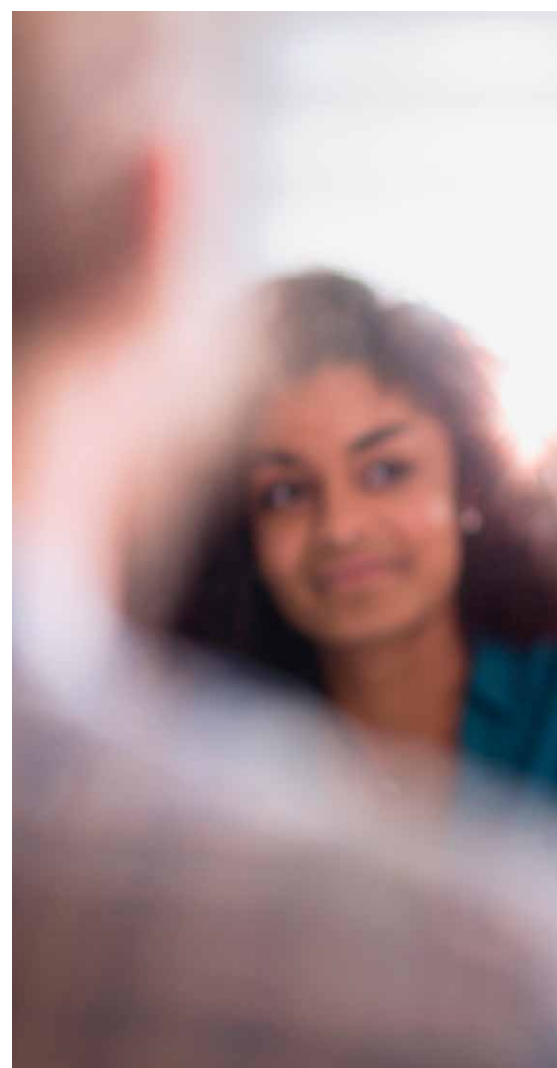
2.1. AFGRÆNSNING AF OPGAVEN

Analysen fokuserer fortrinsvist på kommuner, der har organiseret en akutfunktion, som en selvstændig, uafhængig enhed (team), der ikke er en direkte indlejret del af den øvrige

hjemmesygepleje, og som arbejder med dataunderstøttet ledelse. Analysen belyser i beskedent omfang andre fremgangsmåder til implementering af kommunale akutfunktioner eksempelvis, som en del af den primære sygepleje. Analysens resultater og anbefalinger henvender sig derfor navnlig til kommuner, der på sammenlignelig vis har etableret en særskilt akutfunktion.

Analysen er ligeledes afgrænset til at belyse problemstillingen alene fra et sundhedsfagligt perspektiv, og indeholder således ikke en gennemgang af de systemtekniske løsninger anvendt af akutfunktionerne. Analysen afdækker ikke den konkrete datavaliditet eller datakvalitet ved hjælp af dataudtræk fra akutfunktionerne, som forudsætning for at sammenligne data på tværs af kommunerne.

Disse afgrænsninger er foretaget på anvisning fra projektledelsen af projektet "Synlige kommunale sundheds- og ældredata" på baggrund af den eksisterende viden om området ved analysens igangsættelse samt projektets opdrag i form af projektets initiativbeskrivelse.



3. Målgruppe



Nærværende udgivelse retter sig primært mod KL og de deltagende organisationer i Sundhedsdata-programmets styregruppe, samt kommuner som ønsker viden om mulighederne for datadeling på tværs af de kommunale akutfunktioner.

4. Metode

I nedenstående afsnit beskrives, hvilket design og metoder, der blev anvendt til dataindsamling og databearbejdning samt udarbejdelsen af rapporten.

4.1 RAMMESÆTNING

Som et led i afgrænsningen af analysen blev relevante rapporter, handlingsplaner, nationale retningslinjer, anbefalinger m.fl. indledningsvist gennemgået (figur 1). Derudover blev centrale fagpersoner konsulteret (forskere, specialister, sundhedsfagligt personale, faglige udvalg mv.).

Organiseringen og mulighederne for brug af sundhedsdata fra de kommunale akutfunktioner blev nøje behandlet. Herunder datas brug til understøttelse af den daglige praksis (fx opfølgning på indsatser), anvendelsesmuligheder i aggregerede form (fx styringsmæssige formål) samt til kvalitetsudvikling.

FIGUR 3.
DE FIRE METODEFASER



På baggrund heraf blev analysen i samarbejde med KL rammesat. Analysen blev gennemført over fire faser (figur 3).

I det følgende afsnit beskrives, hvorledes kortlægningen af casekommuner-nes akutfunktioner blev gennemført.

4.2 DATAINDSAMLING

Dataindsamlingen blev gennemført via henholdsvis; 1) fokusgruppinterviews og 2) telefon eller skypeinterviews.

Der blev gennemført i alt fire fokusgruppinterviews, mens de øvrige interviews med casekommunerne blev gennemført enten som telefon- eller skypeinterviews. Dette skyldes dels tidsmæssige og geografiske hensyn, og dels ønsket om på bedst mulig vis at sikre en fyldestgørende afdækning af problemstillingerne vedrørende såvel organisering, tilvejebringelse og opbevaring af data som den kliniske dokumentationspraksis.

Som opfølgning på interviewet modtog informanterne et spørgeskema til afkrydsning af, hvilke instrumentelle sygeplejeindsatser den pågældende casekommunes akutfunktion varetog og, hvilket udstyr der var til rådighed for akutfunktionen. Det udfyldte spørgeskema blev efterfølgende anvendt til at beskrive indsatserne varetaget af akutfunktionerne (jf. afsnit 6.1–6.2).

Deltagende casekommuner blev ligeledes opfordret til at fremsende relevant information og dataopgørelser omhandlende akutfunktionerne udarbejdet af eller for de respektive casekommuner. Denne information varierede fra præsentationer anvendt til informationsmøder, årsberetninger, evalueringsrapporter, aktivitetsrapporter, dataopgørelse anvendt til sundhedspolitiske udvalg eller ledelsesinformation, effektopgørelser mv.

KOMMUNE(R)	REGION	INDBYGGERTAL, SAMLET FOR OPGAVEOMRÅDET (2018)	STØRRELSE, SAMLET
TØNDER	Syddanmark	37.777	Mellem
SKIVE	Midtjylland	46.599	Mellem
HOLSTEBRO	Midtjylland	58.418	Mellem
SØNDERBORG	Midtjylland	74.650	Mellem
ESBJERG	Syddanmark	116.032	Stor
HERLEV, BALLERUP, FURESØ	Hovedstaden	117.778	Stor
RUDERSDAL, GENTOFTE, GLADSAXE	Hovedstaden	201.276	Stor
ODENSE	Syddanmark	202.348	Stor
ÅRHUS	Midtjylland	340.421	Stor

Tabel 1. viser en oversigt over casekommunerne.

Størrelsen på områdeoptaget for akutfunktionen er defineret på følgende vis:

Stor >100.000, Mellem <100.000 og >25.000 og Lille <25.000.

4.2.1 UDVÆLGELSE AF INFORMANTER

De ni medvirkende casekommuner blev udvalgt på anvisning fra KL. Udvælgelsen af casekommunerne er baseret på ønsket om geografisk spredning og antallet af indbyggere i akutfunktionens optageområde. Det blev ligeledes vægtet, at casekommunen havde en veletableret akutfunktion, som overvejende var adskilt organisatorisk fra den øvrige hjemmesygepleje i casekommunen(erne) samt, at casekommunen arbejder med datadrevet ledelse. Samlet sikrede udvælgelseskriterierne en ensartethed i organiseringen af akutfunktionen blandt de deltagende casekommuner, som blev vurderet afgørende for at kunne sammenligne data på tværs af casekommunerne.

Nøgleinformanter i kommunerne blev udvalgt af kommunen selv på baggrund af faglig ekspertise indenfor etableringen, organiseringen og driften af akutfunktionen og/eller indgående kendskab til den pågældende casekommunes arbejde med sekundært brug af sundhedsdata.

I tabel 1 på side 8 gives en oversigt over de deltagende casekommuner.

4.2.2 GENNEMFØRSEL AF INTERVIEWS

Forud for gennemførelsen af fokusgruppe-interviews samt telefon- eller skypeinterviews blev der udformet en semistruktureret interviewguide. Spørgeguiden indeholdt items, der havde til formål at kortlægge akutfunktionens organisering samt, hvorledes casekommunerne indsamler og anvender data herfra.

Interviewguiden blev løbende justeret for at sikre, at den viden som blev opsamlet undervejs, blev videreført i løbet af dataindsamlingen.

FIGUR 4.
VERIFICERING AF RAPPORTENS FUND OG ANBEFALINGER

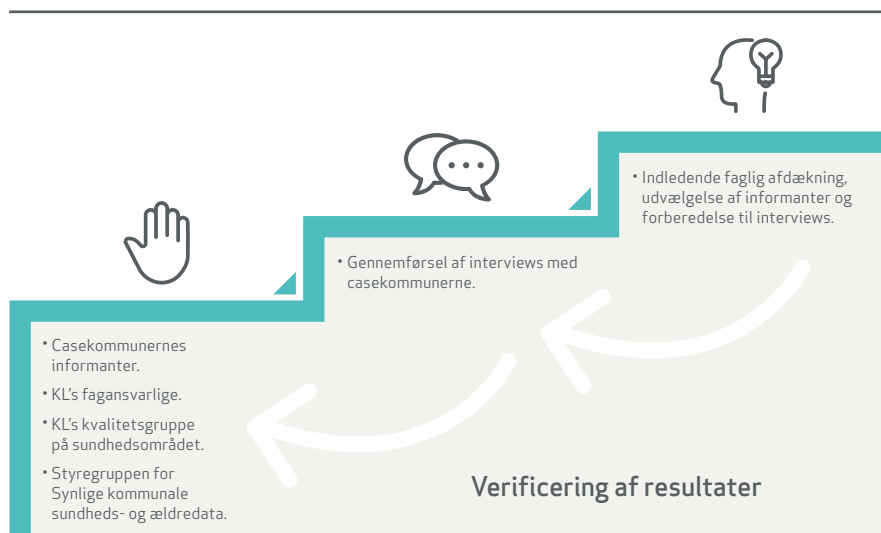


Illustration af metoden anvendt til verificering af analysens resultater og anbefalinger. Kilde: Carve Consulting 2019.

Der blev i alt interviewet 16 driftsansvarlige/ledere af akutfunktionerne og chefer for sundhedsforvaltningen med ansvar for hjemmesygeplejen – og herunder akutfunktionen. Der deltog 2-3 nøgleinformanter ved fokusgruppeinterviewene. Nøgleinformanterne havde følgende funktioner: (daglig) leder af akutteamet, projektleder, konsulent, centerleder, IT-kordinator, implementeringskonsulent, udviklingssygeplejerske, sundhedschefer, områdechef, områdeleder og distriktschef.

Interviewene blev gennemført i perioden mellem den 19. marts - 20. maj 2019. Samtlige interviews blev gennemført af den samme interviewer. Ved de fire fokusgruppeinterviews deltog en observatør fra KL.

4.3 DATABEHANDLING

Der blev udformet interviewnotater under gennemførelse af hvert enkelt interview, som blev endeligt

sammenfattet umiddelbart efter det enkelte interview. I forlængelse heraf blev informantens(ernes) udsagn organiseret i forskellige tematikker (fx Second opinion, oplæring og undervisning samt Fælles sprog III – og behovet for dokumentation).

Efter gennemførelsen og behandlingen af samtlige interviews blev datamaterialet samlet i forhold til diverse temaer, som blev sammenholdt. De tværgående tematikker i materialet blev efterfølgende identificeret. På baggrund heraf blev de endelige resultater sammenfattet i rapporten.

4.4 VERIFICERING AF RAPPORTENS FUND OG ANBEFALINGER

Analysens fund og resultater blev verificeret af informanterne fra de respektive casekommunerne samt af KL's fagansvarlige repræsentanter og styregruppen for synlige kommunale sundheds- og ældredata (jf. figur 4).

5. Organisering af de kommunale akutfunktioner

I det følgende afsnit gives en kort introduktion til, hvorledes de delta-gende casekommuner har organiseret og implementeret den pågældende kommunes akutfunktion.

5.1 ESBJERG KOMMUNE

Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus har i samarbejde etableret en tværgående akutfunktion med fælles ledelse. Akutfunktionen er forankret i en tværsektoriel projektorganisation, hvor nøglemedarbejdere og ledere på tværs af sektorer samarbejder om akutfunktionen⁴ (figur 5).

Akutfunktionen har et særligt fokus på akutte og indlæggelsestruede borgere med forankring i Esbjerg kommune og i samarbejde med Sydvestjysk Sygehus og de praktiserende læger. Akutfunktionen arbejder således i snitfladerne mellem FAM, almen praksis

og hjemmesygeplejen. Den tværgående akutfunktion er en selvstændig enhed med ansvar for opgaver, der ikke førhen blev varetaget systematisk i samspillet mellem hjemmesygeplejen, praktiserende læger og FAM⁴.

Målet for akutfunktionen er:

- Patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorer.
- Sammenhængende behandlings- og plejeforløb.
- Hurtigere og bedre udskrivelser med oplevet tryghed for borgeren/patienten.
- Forebyggelse af (gen)indlæggelser.

Der er i alt ansat 12 sygeplejersker i akutfunktionen, som tilsammen dækker tidsrummet mellem kl. 07.00-23.00. Akutsygeplejerskerne er i udgangspunktet organiseret med 4 sygeplejersker i dagvagt, 2 om aftenen samt 2 om

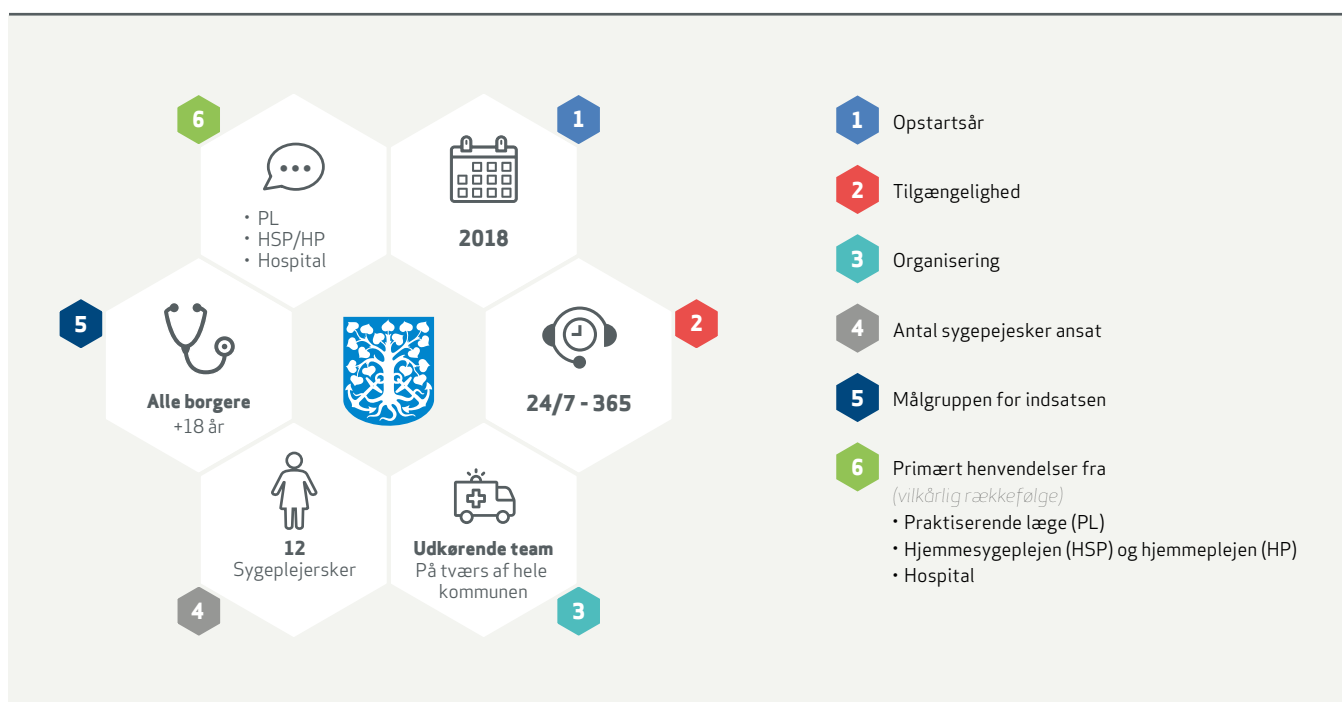
dagen i weekenderne. Om natten dækkes akutopgaverne af natsygeplejerskerne i hjemmesygeplejen. I dagvagten kører 2 af akutsygeplejerskerne ud til hjemsendte borgere, håndterer opkald fra praktiserende læge, hjemmeplejen og vagtlægen mv. De øvrige 2 akutsygeplejersker er placeret på FAM på Sydvestjysk Sygehus, hvor de i samarbejde med afdelingens øvrige personale følger borgere, som skal udskrives.

'Følg-hjem' ordning

Akutfunktionen har en 'Følg-hjem' ordning. Den består i, at de akutsygeplejersker, som har tilset borgeren på sygehuset, følger med hjem hos borgeren indenfor 1 time efter udskrivelse. Behandlingsansvarlig er lægen på FAM, som har tilset borgeren og som fastsætter borgerens behandlingsplan, der efterfølgende varetages af akutfunktionen. Akutfunktionen hjemtager ikke nye borgere om natten.

FIGUR 5.

AKUTFUNKTIONEN I ESBJERG KOMMUNE



⁴ VIVE 2019. Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus - Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi. Version 1.0.

'Følg-ind' ordning

Akutfunktionen kan rekvireres ved indlæggelsestruede borgere. Formålet er at forebygge (gen)indlæggelser og sikre rettidige indlæggelser, hvor det er relevant.

Akutfunktionen vurderer i samråd med FAM, om borgeren bør indlægges. Såfremt det vurderes relevant, kan akutsygeplejersken følge borgeren ind på FAM - og eventuelt hjem igen efter endt udredning.

Formålet er at sikre borgeren et trygt forløb samt sikre en tæt overlevering af viden ved opstart af udredningen og ved udskrivningen af borgeren fra sygehuset, som ofte sker efter få timer⁴.

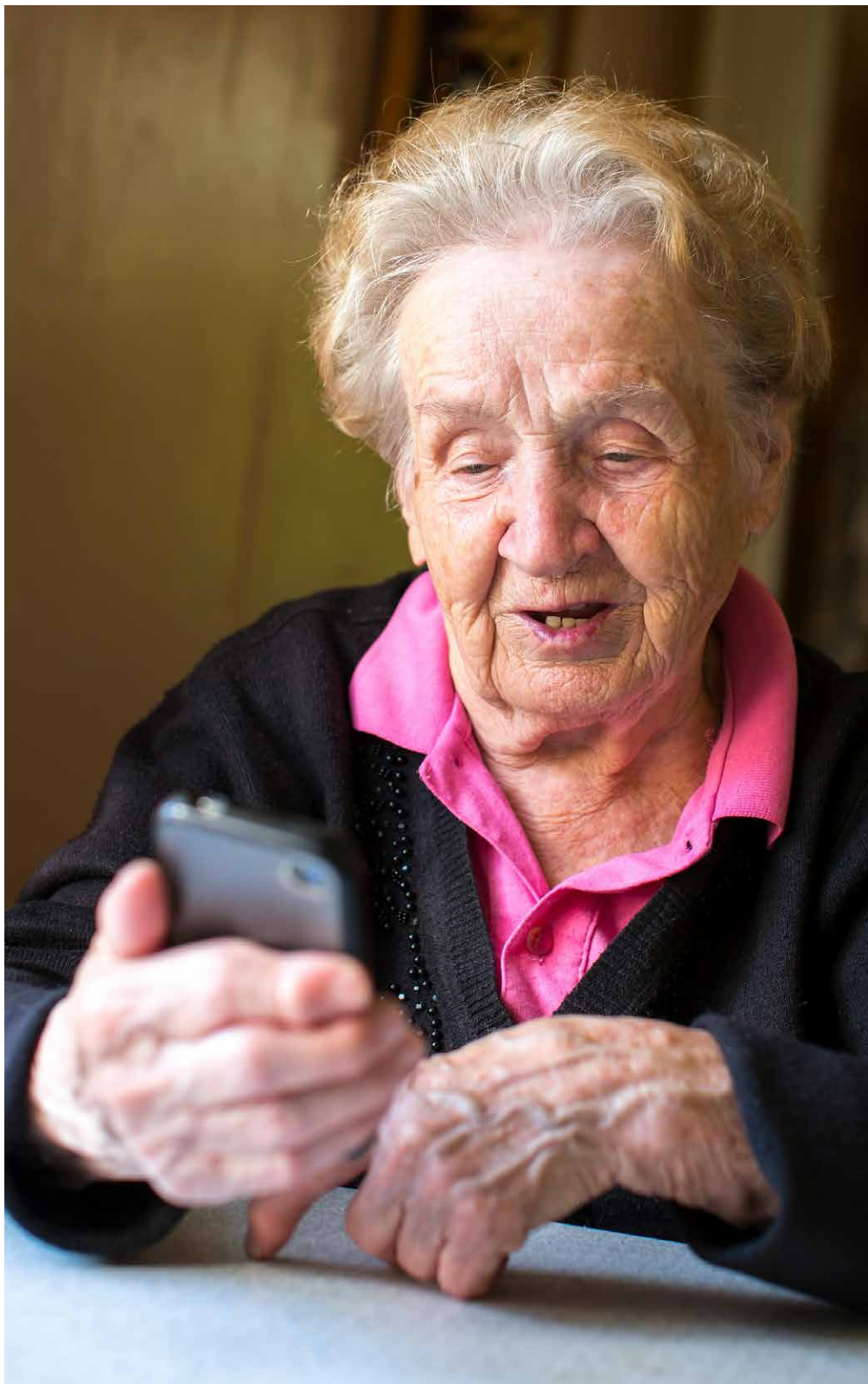
Kompetencer

Alle ansatte medarbejdere i akutfunktionen er sygeplejersker med min 5-års relevant klinisk erfaring såvel fra kommunal praksis som fra forskellige hospitalsspecialer.

Alle akutsygeplejerskerne har gennemgået en FAM-intro uddannelse, som er en specialiserede uddannelse i akutsygepleje. Derudover skal akutsygeplejerskerne gennemgået FAM-basisuddannelsen og gennemgår løbende simulationstræning for at sikre løbende vidensopdatering.

Målgruppe

Målgruppen for akutfunktionen er alle borgere +18 med akutte og komplekse behandlingsforløb, som kræver specialiseret sygepleje. Akutfunktionen har et særligt fokus på den ældre medicinske patient og borgere/patienter med demens eller delirøse patienter i risiko for (gen)indlæggelse.



5.2 HOLSTEBRO KOMMUNE

Akutfunktionen er opdelt i henholdsvis udkørende teams bestående af 5 akutsygeplejersker og i 10 akutpladser placeret på Center for Sundhed. På centeret findes yderligere 14 midlertidige pladser, som er målrettet borgere med behov for fx genoptræning efter hospitalsindlæggelse (figur 8).

Akutpladserne er forbeholdt borgere med akutoptstået sygdom eller forværing af sygdom, som ikke har behov for hospitalskrævende behandling, men som endnu er for dårlige til at kunne opholde sig i eget hjem.

Akutpladserne er fleksible pladser, hvilket betyder, at såfremt der er ledige pladser, kan disse fyldes op af 'midlertidige borgere', som ikke nødvendigvis

er akutte, men som har behov for et midlertidigt ophold uden for eget hjem. Når borgeren igen er stabil, eller har responderet positivt på behandlingen eller igangsatte tiltag, sendes borgeren eller igangsatte tiltag, sendes borgeren hjem. Opholdet er derfor tiltænkt en kort varighed.

For de udkørende akutsygeplejersker er ca. 70% af deres vagter planlagt, som udkørende vagter, hvor de tilser borgere i eget hjem, mens de den øvrige del af vagterne løser opgaver på de stationære akutpladser.

Akutfunktionen har døgndækning, som er delt mellem akutpladserne og den udkørende funktion, der i hverdagens dækker akutopgaver indtil kl. 23.00 og kl. 19.00 i weekenderne, hvor akuttelefonen og opgaverne overgår til akutpladserne.

Antallet af medarbejdere tilhørende akutfunktionen er i alt 49, heraf udgør 19 sygeplejersker, mens de øvrige medarbejdere er sosu-assistenten, som udelukkende er tilknyttet akutpladserne.

Kompetencer

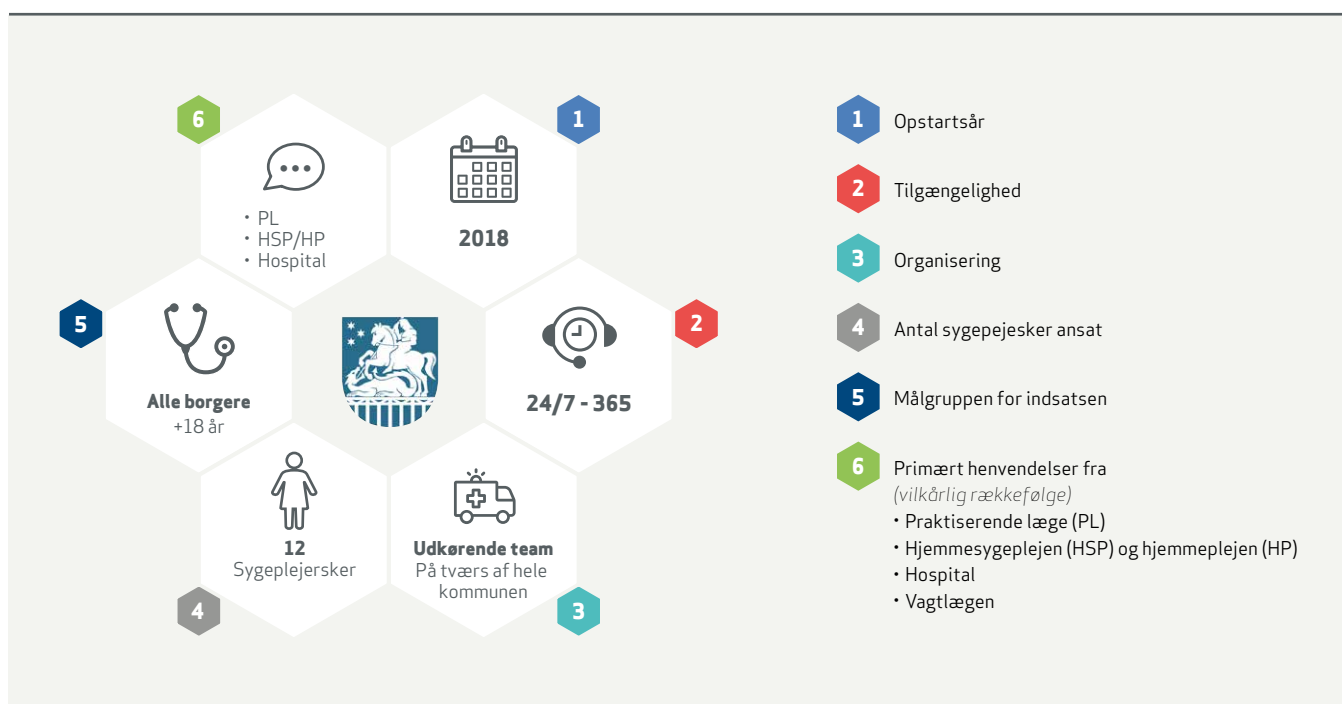
Alle akutsygeplejerskerne har min. 5 års relevant klinisk erfaring. Typisk har akutsygeplejerskerne erfaring fra hjertemedicinsk afdeling eller akutmodtagelsen på et hospital.

Målgruppe

Målgruppen for akutfunktionen er alle borgere +18 med akutte og komplekse behandlingsforløb, som kræver specialiseret sygepleje. Akutfunktionen har et særligt fokus på forebyggelige indlæggelser.

FIGUR 8.

AKUTFUNKTIONEN I HOLSTEBRO KOMMUNE



5.3 RUDERSDAL, GLADSAXE OG GENTOFTE KOMMUNE

Rudersdal, Gladsaxe og Gentofte kommune har etableret en fælles akutfunktion organiseret som akutteams (figur 9).

Akutteamet er baseret på frikommunekonceptet, hvor der er søgt om ny lovhjemmel med mulighed at medbringe og anvende bestemte typer af medicin samt lovhjemmel til at behandle borgere på tværs af kommunegrænserne.

Enheden er organiseret med en styregruppe, som er repræsenteret ved social og sundhedsdirektør for to af kommunerne og en vicekommunaldirektør fra den tredje kommune, repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og fra Herlev-Gentofte hospital. Akutfunktionen er til dagligt

lokaliseret i Gladsaxe kommune med en daglige leder, som referer til chefen for sundhed og rehabilitering i Gladsaxe kommune – men som har styregruppen som øverste ledelsesorgan.

Akutfunktionen har døgndækning. Der er typisk 5 akutsygeplejersker i dagvagt, 2-2 1/2 akutsygeplejerske om aftenen og 1 om natten, som dækker alle 3 kommuner. Der er i alt ansat 16 akutsygeplejersker.

Akutteamet er et beredskabskorps. Når akutsygeplejerskerne kaldes ud til opgaver, kører de typisk i hver deres bil. Besøger 2 akutsygeplejersker den samme borger, kører de derfor i 2 biler af hensyn til mobilitet således, at det er muligt efterfølgende at kalde den ene ud til en nye opgave.

Akutteamet har en akuttelefon, som altid er bemandedet med en akutsygeplejerske, der koordinerer de henvendelser, som løbende modtages. De udkørende akutsygeplejersker melder tilbage, når de er færdige med en opgave – og tildeles efterfølgende en ny fra koordinatoren.

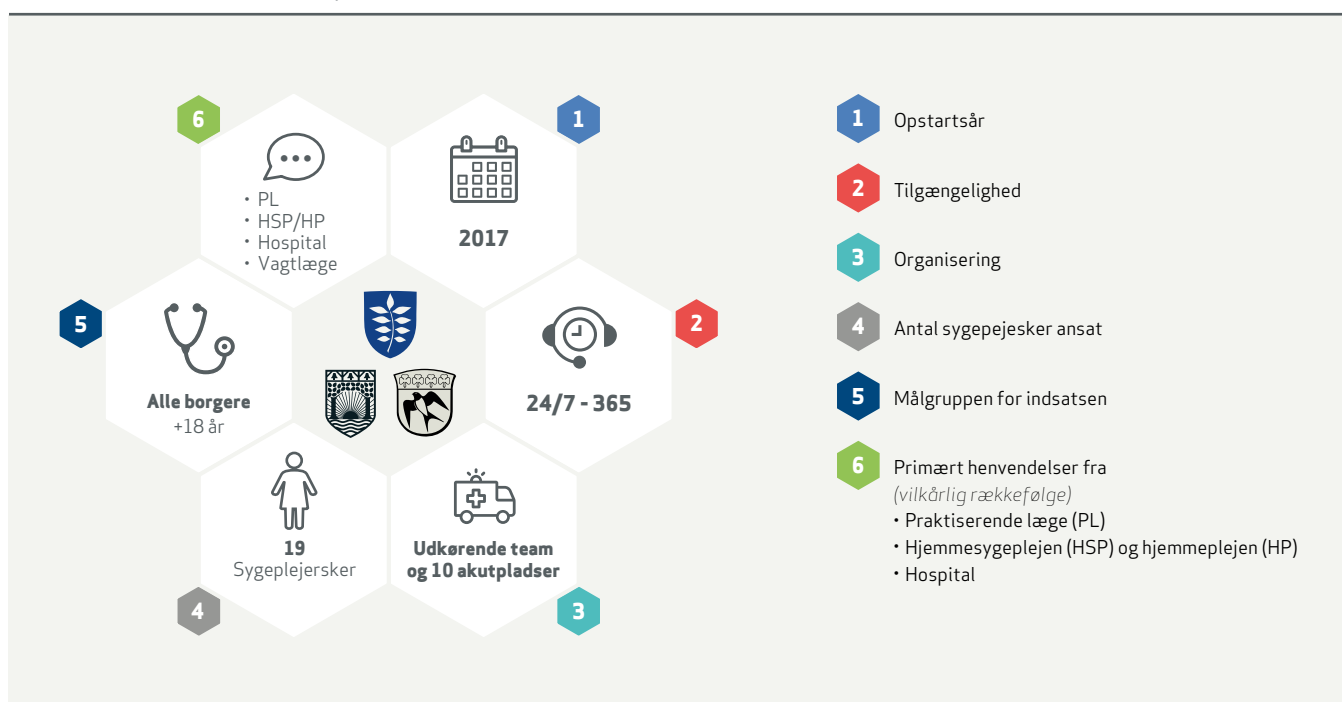
Kompetencer

Samtlige akutsygeplejersker har min. 5 års relevant klinisk erfaring fra bl.a. FAM, intensiv, kardiologisk og neurologiske afdelinger på hospitalet samt hjemmesygeplejen. Medarbejdernes sammensætning specifikt udvalgt ift. at kunne varetage opgaver inden for instrumentel sygepleje.

Målgruppe

Målgruppen er alle borgere +18 år med et særligt fokus den ældre medicinske patient – men akutteamet varetager løbende opgaver af forskellig sygeplejefaglig karakter.

FIGUR 9.
AKUTFUNKTIONEN I RUDERSDAL, GENTOFTE OG GLADSAXE KOMMUNE



5.4 SØNDERBORG KOMMUNE

I Sønderborg kommune er akutfunktionen etableret som en separat enhed (team), med i alt 13 akutsygeplejersker og en daglig leder tilknyttet. Organisatorisk hører teamet til under hjemmesygeplejen – og tilbyder døgndækning af alle kommunens borgere året rundt (figur 10).

Akutteamet er typisk organiseret med 3 akutsygeplejersker i dagvagt, 2 om aftenen og 1 om natten. Aftenvagten dækkes af en akutsygeplejerske og en sygeplejerske fra den kommunale hjemmesygepleje.

Akutfunktionen har en akuttelefon, og de koordinerer selv opgaverne imellem hinanden. Deres enhed er fysisk lokaliseret centralt i kommunen, som teamet er udkørende fra. I udgangspunktet kører akutsygeplejerske i deres egen bil, da akutfunktionen dækker et stort geografisk område, og derved kan fastholde teamets mobilitet. Akutteamet anses som en del af hjemmesygeplejen, som dog har kompetencer indenfor instrumentel sygepleje.

Der er fokus på et tæt parløb og en glidende overgang mellem akutteamet og hjemmesygeplejen. Det betyder, at

akutteamet i høj grad bør se borgerne sammen med hjemmesygeplejersken. For akutteamet er det væsentligt at have fokus på det gode borgerforløb samt fokusere på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

Kompetencer

Alle akutsygeplejersker har min. 5 års relevant klinisk erfaring, som typisk er fra akutsygeplejen.

Alle akutsygeplejersker har desuden gennemgået første FAM-diplom modul eller tilsvarende. Kommunen arbejder desuden kontinuerligt med efteruddannelse for at sikre akutsygeplejerskernes kompetencer.

FIGUR 10.
AKUTFUNKTIONEN I SØNDERBORG KOMMUNE



Målgruppe

Målgruppen er alle kommunens borgere +18 år. Det er overvejende:

- Borgere med akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom, hvor egen læge/vagtlæge vurderer at pleje og behandling bedst varetages hjemme med akutsygepleje. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutsygeplejen og egen læge/vagtlæge.
- Borger med akut sygdom, hvor fx Akutmedicinsk visitationsafsnit, AMVA, iværksætter behandling med eksempelvis IV-antibiotika. Akutteamet varetager behandling på baggrund af en behandlingsplan udarbejdet og under ansvar af AMVA.
- Borgere der efter udskrivelse fra sygehuset fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kræver særlige kompetencer i hjemmesygeplejen. Behandlingen varetages i henhold til behandlingsplan fra sygehuset.

Akutfunktionen kan efter behov varetage børn, men det sker sjældent.



5.5 ODENSE KOMMUNE

Akutteam Odense er en selvstændig enhed under Odense Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning (figur 11).

Formålet med akutteamet er at forebygge u hensigtsmæssige sygehuskontakter samt hjemtage patienter fra hospitalet mhp. færdigbehandling i eget hjem. Akutteamets mantra er "den rigtige patient i den rigtige seng", hvilket er med til at sikre, at de patienter som har behov for en sygehusindlæggelse, kommer på sygehuset.

Akutteamet har døgndækning, og består af i alt 20 akutsygeplejersker. Enheden er lokaliseret på FAM på Odense Universitetshospital (OUH), og deler således lokalisation med læger,

farmaceuter, lægesekretærer mv. Målet er derfor også, at akutteamet skal være en integreret del af akut-systemet. Lokalisationen faciliterer, at akutsygeplejerskerne kan møde patienterne på OUH inden, at de bliver hjemtaget af akutteamet, deltagelse i tavlemøder med FAM samt stuegang på hjemtagende patienter med den behandlingsansvarlige læge.

Akutteamets samarbejder med de praktiserende læger, OUH, den øvrige drift i kommunen, vagtlægerne og det præhospitale beredskab, hvilket er afgørende for, at Akutteam Odense lever op til deres formål. Den øvrige drift i kommunen som akutteamet understøtter, består af plejecentre, hjemmeplejen og hjemmesygeplejersken. Desuden dækker Akutteamet

natsygeplejen i Odense Kommune, og har derfor både akutte og almindelige sygepleje opgaver om natten.

Kompetencer

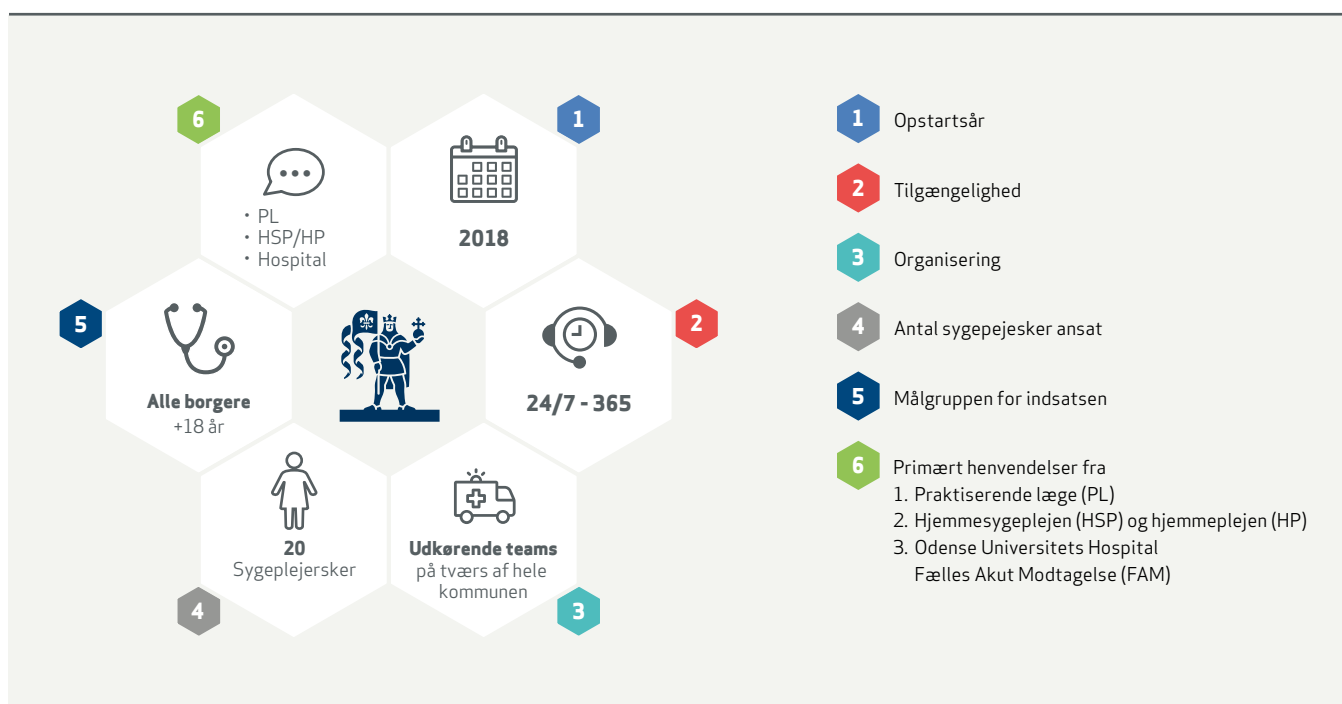
Akutteamet består udelukkende af sygeplejersker med min. 3 års relevant klinisk erfaring. Akutsygeplejerskerne har typisk erfaring fra specialer så som akutsygepleje, intensivsygepleje, kardiologi samt hjemmesygeplejen.

Målgruppen

Målgruppen er alle borgere +18 år med akutte og komplekse behandlingsforløb, der kræver specialiseret akutsygepleje. Der er særligt fokus på den ældre medicinske borger, som er i risiko for at blive (gen)indlagt.

FIGUR 11.

AKUTFUNKTIONEN I ODENSE KOMMUNE



5.6 ÅRHUS KOMMUNE

Akutfunktionen er organiseret som et akutteam, der varetager akutopgaver på tværs af kommunens 7 geografiske områder indenfor Sundhed og Omsorg. Hvert område har tilknyttet sundhedsenheder, plejehjem og hjemmepleje (figur 12).

Målet for akutteamet er at skabe et bedre tilbud til syge borgere i eget hjem, på plejecentre og botilbud, via et team med særlige kompetencer, der kan træde til i mere akutte og komplekse situationer. Dermed er formålet at forebygge u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser forårsaget af akut opstået sygdom eller forværring af en kronisk sygdom.

Akutteamet består af i alt 24 akutsygeplejersker og en dertilhørende daglige leder, som referer til chefen for akuttilbud og rehabilitering. Akutteamet

har døgndækning året rundt, og er etableret som et beredskabskorps.

Kommunen har ligeledes akutpladser til rådighed, som en del af det samlede kortidspladstilbud. Antallet af akutpladser er aktuelt ikke defineret. Der er igangsat en proces med at kortlægge behovet og præcisere tilbuddet, herunder hvor mange reelle akutpladser, der er til rådighed efter sundhedsloven.

Akutfunktionen modtager foruden borgere henvist fra praktiserende læger, vagtlægen og kommunalt personale (fra flere magistrater) primært borgere fra geriatrisk afdeling på Århus universitetshospital. I mindre omfang henvises borgere fra lungemedicinsk afdeling.

Kompetencer

Akutteamet består udelukkende af

sygeplejersker med min. 5 års klinisk erfaring. Akutsygeplejerskerne har primært erfaring fra hospitalsspecialer så som anæstesi, intensiv, akutområdet og kardiologisk afdeling mv.

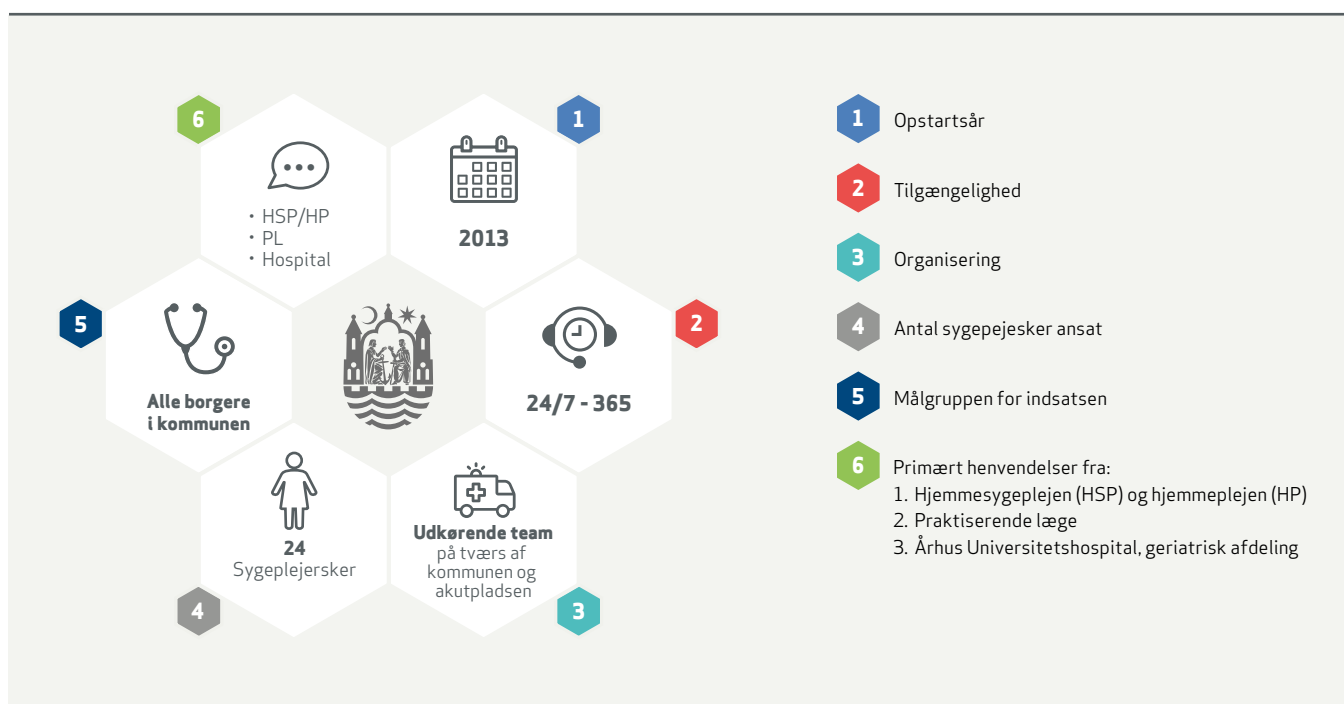
Målgruppe

Akutteamets målgruppe er alle borgere i Århus kommune. Borgere som (endnu) ikke er tilset af kommunen, indgår derved også. Det er dog særligt fokus på:

- Lægehenviste borgere med akut opstået eller forværring af kendt sygdom uden behov for hospitalsindlæggelse.
- Lægehenviste borgere, der efter udskrivning fra hospitalet fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov.
- Borgere, henvist fra øvrigt kommunalt personale, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale mhp. hjælp til vurdering eller indsats.

FIGUR 12.

AKUTFUNKTIONEN I ÅRHUS KOMMUNE





5.7 SKIVE KOMMUNE

Akutteamet i Skive kommune er en del af et klinikfællesskab, som deler sundhedshus med regions akutklinik (FAM), lægevagten og en sygeplejeklinik. Placeringen af akutteamet er således med til at understøtte et tæt samarbejde med vagtlægen og FAM. Foruden akutteamet råder kommunen over 3 akutpladser (figur 13).

Formålet med akutteamet er i højere grad at behandle borgere i nærmiljøet samt at undgå uhensigtsmæssige (gen) indlæggelser ved at skabe et mere sammenhængende borgerforløb. Samtidig fungerer Akutteamet som en støttefunktion for hjemmesygeplejerskerne i akutte situationer og ved kompliceret sygepleje.

Der er i alt 6 sygeplejersker tilknyttet akutteamet. Heraf er 3 akutsygeplejersker udelukkende ansat i akutteamet, mens 3 akutsygeplejersker er delt mellem hjemmesygeplejen og akutteamet.

Akutteamet varetager dækning i tidsrummet mellem kl. 7.15-23.00, mens akutpladserne har døgn dækning alle året dage.

Lederen af akutteamet er ansat i det samme område som hjemmeplejen – og er således også leder for hjemmeplejen. Alle akutsygeplejerskerne er ansat i den kommunale hjemmesygepleje.

Der er én akutsygeplejerske på vagt af gangen i akutteamet, som også varetager en akuttelefon med et akutnummer, der både er tilknyttet akutklinikken og akutteamet i Sundhedshuset.

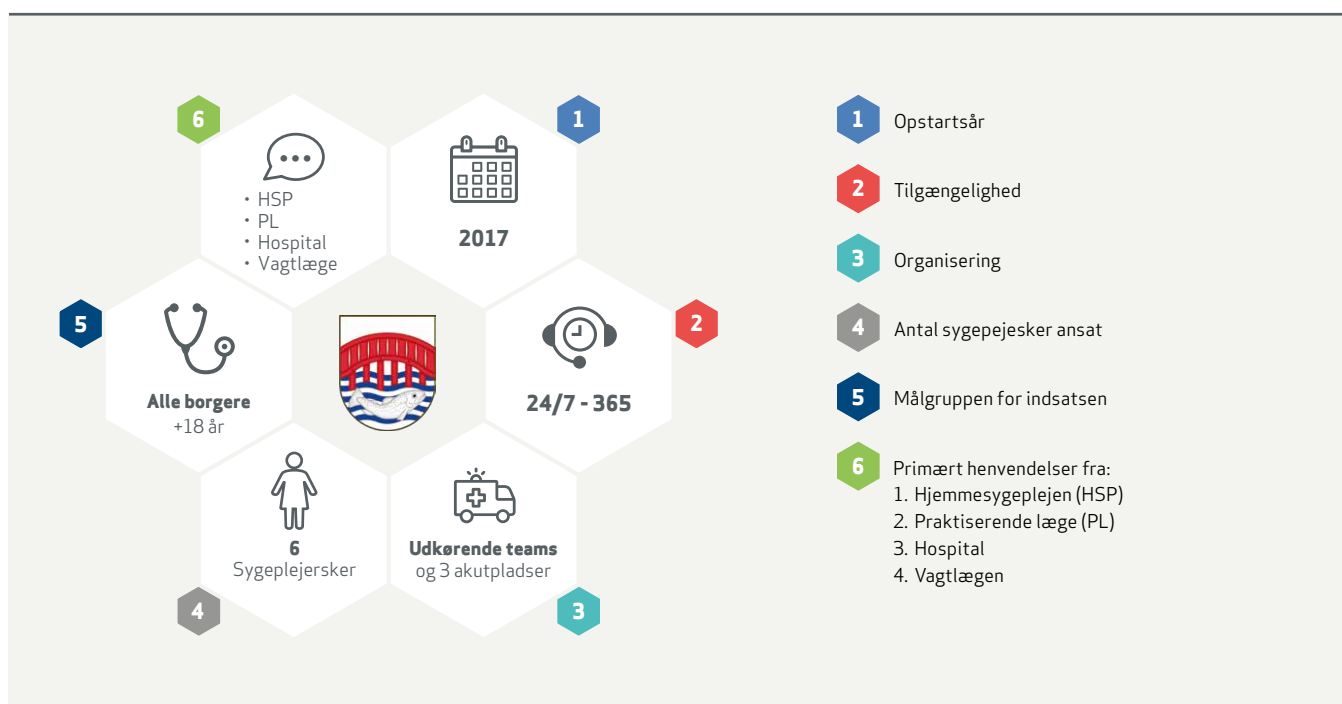
Kompetencer

Akutteamet består udelukkende af sygeplejersker med min. 3 års relevant klinisk erfaring. Akutsygeplejerskerne har er typisk erfaring fra FAM og kommunal sygepleje. Alle akutsygeplejersker har desuden gennemgået første modul af akutuddannelsen.

Målgruppe

Målgruppen er alle borgere +18 år. Akutteamet anses som en del af hjemmesygeplejen – og ikke en separat enhed, hvorfor hovedparten af borgerne også henvises herfra.

FIGUR 13.
AKUTFUNKTIONEN I SKIVE KOMMUNE



5.8 SHS-AKUTTEAM (BALLERUP, HERLEV OG FURESØ KOMMUNE)

Ballerup, Herlev og Furesø kommune er i tæt samarbejde med de praktiserende læger samt Herlev-Gentofte hospital gået sammen om at etablere et Specialiseret HjemmeSygepleje (SHS) akutteam (figur 14).

SHS-akutteamet er ikke en del af det eksisterende sygeplejetilbud i kommunerne – men et supplement til den sygepleje, der allerede eksisterer aktuelt i de tre kommuner. Der fokuseres på at levere et ensartet specialiseret sygeplejefagligt tilbud til borgeren, uanset borgerens bopæl i de tre kommuner. Der fokuseres desuden på at supplere og bistå den kommunale sygepleje med kompetencer, viden og udvikling af opgaveporteføljen, hvor der opstår et behov.

Akutteamet består af 9 akutsygeplejersker og 1 daglig leder, som er placeret hos Hjælpe midler og Visitationen i Sundhedshuset, Ballerup kommune. Lederen af SHS-akutteamet referer til en styregruppe bestående af en funktionsleder, en områdeleder og en pleje og omsorgschef samt en leder af visitationen.

Akutsygeplejerskerne er ansat i en kommune, som er juridisk forpligtet med Ballerup kommune, mens finansieringen er delt mellem alle tre kommuner.

Akutteamet har døgnbemanning med 4 akutsygeplejersker i dagvagt på hverdage og 1 i dag/aftenvagt i weekenden. Efter kl. 17.00 er der 1 akutsygeplejerske til rådighed indtil kl. 23.00. Herefter varetages akutfunktionen af den kommunale hjemmesygepleje.

I dagtimerne varetager en af akutsygeplejerskerne på skift en koordinerende funktion, som besvarer akuttelefonen og koordinerer de øvrige akutsygeplejerskers opgaver, men som efter behov kan tilse borgere.

Ved besøg hos en borger kører akutsygeplejerskerne typisk i hver deres bil af hensyn til mobiliteten.

Målet med akutteamet er at forhindre en række (gen)indlæggelser samt:

- At opnå større fokus på, at kun de borgere, der har et relevant behov for indlæggelse, bliver indlagt – og indlagt rettidigt.
- At gøre det muligt at afkorte visse indlæggelser.

FIGUR 14.

AKUTFUNKTIONEN I BALLERUP, HERLEV OG FURESØ KOMMUNE



Kompetencer

Samtlige ansatte er sygeplejersker med min. 5 års relevant klinisk erfaring. Der prioriteres en sammensætning af akutsygeplejersker med erfaring fra bl.a. akutområdet, onkologi, intensiv, neurologisk, medicinsk eller kardiologisk afdeling, som alle har opnået indgående færdigheder indenfor et specialområde.

Målgruppe

Målgruppen er alle borgere +18 år med bopælsadresse i Ballerup, Furesø eller Herlev kommune.

Akutteamet har et særligt fokus på at tilbyde specialiseret sygepleje i eget hjem til den ældre medicinske patient samt borgere med en eller flere kroniske sygdomme. I særlige tilfælde varetages også børn eller unge efter behov.

5.9 TØNDER KOMMUNE

Tønder kommune har ikke et akutteam, men har organiseret akutfunktionen som en integreret del af den kommunale sygepleje, der er fordelt over 5 distrikter. På mødestedet for de 5 sygeplejeteams mødes sygeplejerskerne med hjemmeplejen og rehab-teamet bestående af ergoterapeuter. Det er centralt ift. den tidligere opsporingsindsats herunder at forebygge indlæggelse, at de forskellige faggrupper har et fælles mødested, der er med til at understøtte den tværfaglige indsats i det fælles patientforløb (figur 15).

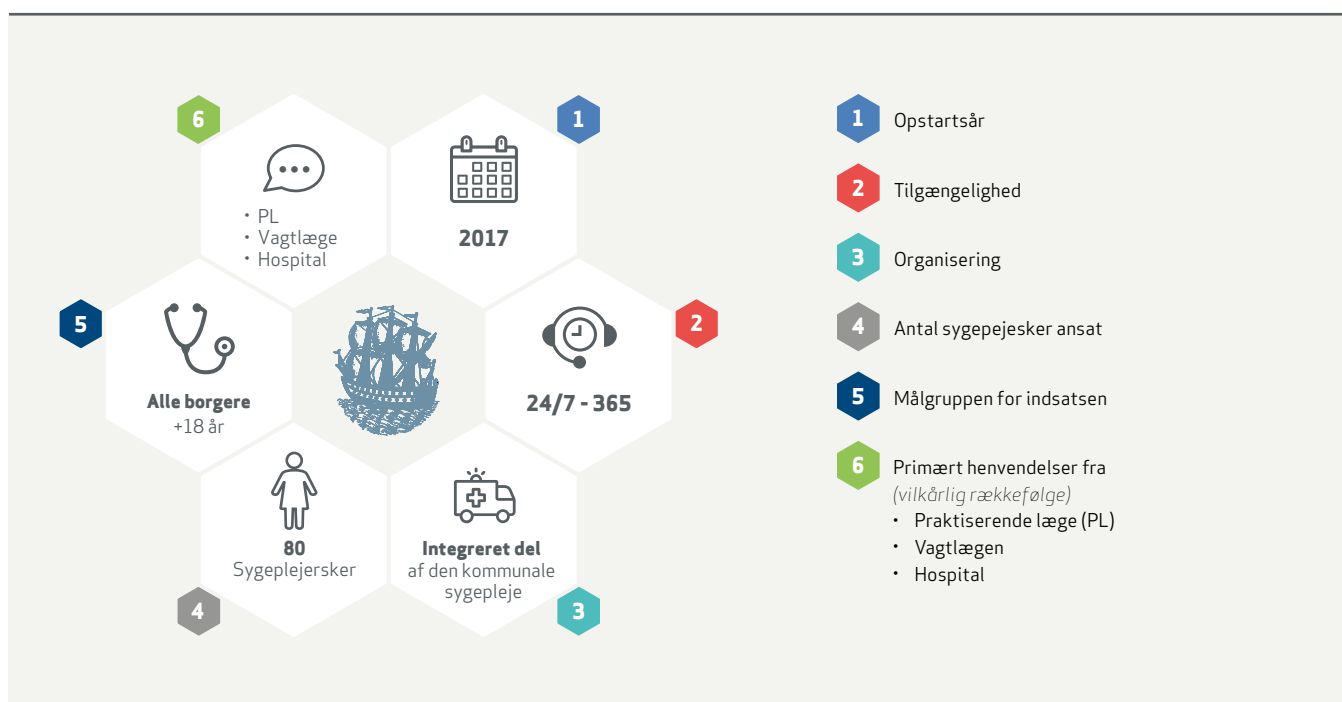
Årsagen hertil er, at kommunen har et af landets største geografiske områder, og har et lavt indbyggertal, hvilket naturlig medfører et begrænset volumen af den enkelte opgave. Patientsikkerhed, behandlingsansvar

og entydigt ledelsesansvar har desuden været vigtige begrundelser for valget samtidig med, at der skal være dækning hele døgnet alle året dage.

Sygeplejen er organisatorisk adskilt fra den øvrige kommunale hjemmepleje med 80 sygeplejersker ansat – og har et beredskab, der fungerer 365 dage om året i alle døgnets timer.

Foruden hjemmeplejen og sygeplejen råder kommunen over 5 sygeplejeklinikker, plejecentre, rehabiliterings teams, 2 korttidscentre med henholdsvis 10 og 11 pladser, som er fordelt på midlertidige, tidlig opsporingspladser og rehabiliterende pladser. På Korttidscentrene er det ansatte basispersonale social- og sundhedsassistenter. Sygeplejen og ergoterapeuterne tilkaldes efter behov.

FIGUR 15.
AKUTFUNKTIONEN I TØNDER KOMMUNE



Der er udarbejdet kompetenceprofiler for samtlige medarbejdere (sosu-assistenten, sosuhjælpere, sygeplejersker og ergoterapeuter) ansat i pleje og omsorgsforvaltningen.

Tønder kommuner har – på samme vis som andre akutfunktioner – etableret samarbejdsaftaler om intravenøs (IV) antibiotika behandling og IV-væske behandling med bl.a. Sygehus Sønderjylland. Det er volumen af en given opgave, der er afgørende for om nye opgavetyper opstartes i den kommunale sygepleje.

Kompetencer

Medarbejderne er en blanding af både nyuddannede og erfarne sygeplejersker med klinisk erfaring fra fx akutområdet, intensiv, kardiologisk, neurologisk eller lign. områder.

Kommunen har igangsat et efteruddannelsesforløb for samtlige sygeplejersker mhp. kompetenceudvikling ift. instrumentel sygepleje, som forventes afsluttet primo 2020. Uddannelsen er særligt sammensat til Tønder kommune i samarbejde med UC-SYD. Aktuelt vurderes det, hvorvidt sosu-assistenterne ligeledes skal gennemgå uddannelsen.

Målgruppen

Målgruppen er alle kommunens borgere +18 år med akut opstået sygdom eller forværring af sygdom.

Sygeplejen er opgavefokuseret, og der fokuseres ikke på, om det er et akutteam, der løser opgaven. Der behandles ligeledes børn efter behov.





6. Indsatser

I afsnittet nedenfor præsenteres en oversigt over de indsatser, som akutfunktionerne (eller tilsvarende) i de respektive casekommuner varetager. Det er væsentligt at fremhæve, at en del af disse indsatser ligeledes varetages af den kommunale hjemmesygepleje men, at de ved mere komplicerede, akutte forløb varetages af akutfunktionen. Grænsen herimellem er således en glidende overgang som afhænger af kompetencer, kompleksitet, volumen mv.

6.1. INSTRUMENTELLE SYGEPLEJEINDSATSER

I diagrammet nedenfor (figur 16) præsenteres en oversigt over de primære instrumentelle sygeplejeindsatser²,

som casekommunernes akutfunktioner (eller tilsvarende) varetager.

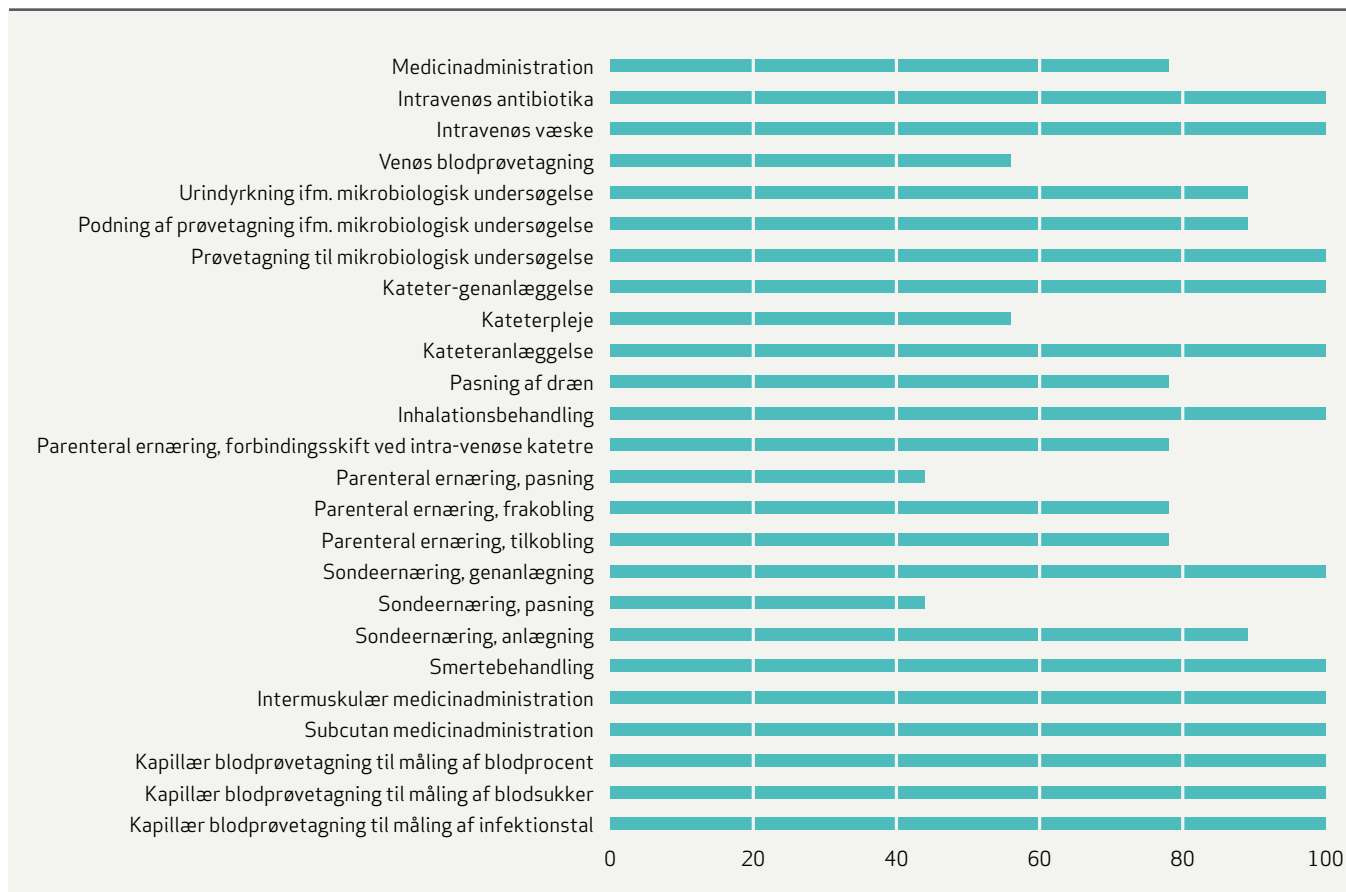
Samtlige af casekommunernes akutfunktioner (eller tilsvarende) varetager følgende indsatser:

- IV-antibiotika og væskebehandling
- Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse
- Kateteranlæggelse og genanlæggelse
- Inhalationsbehandling,
- Sondeernæring – genanlæggelse
- Smertebehandling
- Intramuskulær medicinadministration
- Subcutan medicinadministration
- Kapillær blodprøvetagning til måling af blodprocent, blodsukker og infektionstal

De øvrige instrumentelle indsatser varetages på følgende vis:

- 8 ud af 9 akutfunktioner varetager urindyrkning og podning af prøvetagning ifm. mikrobiologisk undersøgelse samt sondeernæring (anlægning).
- 7 ud af 9 akutfunktioner varetager medicinadministration, pasning af dræn, parenteral ernæring (forbindingsskift ved IV-katetre) og parenteral ernæring (til- og frakobling).
- 5 ud af 9 akutfunktioner varetager venøsbloodprøvetagning og kateterpleje.
- 4 ud af 9 akutfunktioner varetager parenteral ernæring (pasning) og sondeernæring (pasning).

FIGUR 16
INSTRUMENTELLE INDSATSER VARETAGET AF AKUTFUNKTIONEN



Procenten af casekommuner, hvor akutfunktionen varetager ovenfor nævnte instrumentelle sygeplejeindsatser.

For de akutfunktioner som ikke varetager indsatserne præsenteret ovenfor, skyldes det primært, at den kommunale hjemmesygepleje eller plejecenteret overvejende varetager indsatsen, som en del af den almindelige kommunale sygepleje.

Akutfunktionen i enkelte casekommuner varetager som følge heraf oplæring af hjemmesygesygeplejen i den pågældende indsats (fx sondeernæring - pasning). Derudover varetages indsatsen ofte såfremt, at der opstår komplikationer eller den pågældende hjemmesygeplejerske, som tilser den enkelte borger, ikke har tilstrækkelig med klinisk erfaring til at kunne udføre opgaven.

I en enkelt casekommune foregår sondeanlægning via røntgen på hospitalet samtidig med, at forekomsten er lav, hvorfor akutfunktionen ikke varetager genanlægning af nasogastriske sonder.

En del af casekommunernes akutfunktioner varetager også yderligere indsatser så som:

- Anlægning af perifert venekateter
- Blærescanninger
- Måling af INR-værdier (International Normalized Ratio)
- Vacuumbehandling af sår
- Måling af væsketal
- Måling af ketoner
- Ilt- og CPAP-behandling (Continuous Positive Airway Pressure)
- EKG-målinger (ElektroKardioGraf)
- Sugninger
- Behandling af tilstoppet nyanlagt PEG-sonde (Percutan Endoskopisk Gastrostomi) med ballon

Visse af casekommunernes akutfunktioner varetager foruden instrumentelt sygepleje lægeordineret behandling til opstart af enkelte medicinske behandlinger fx til behandling af urinvejsinfektion eller kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL).

6.2 Udstyr

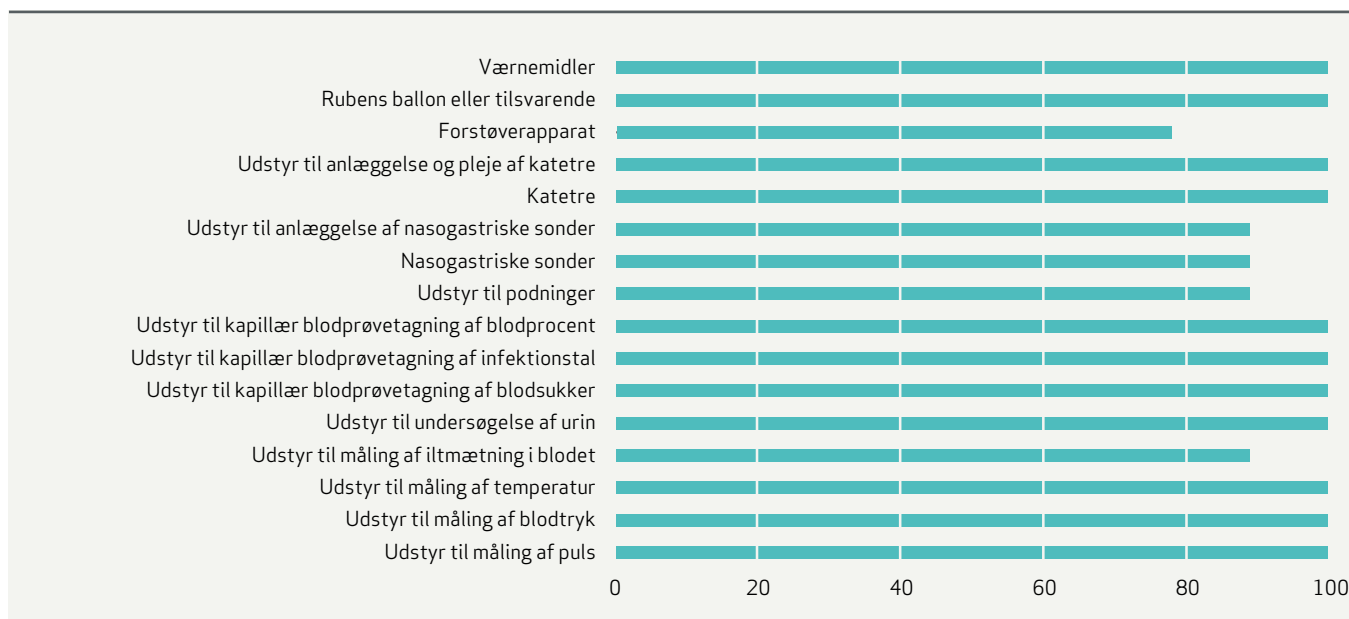
I diagrammet nedenfor (figur 17) præsenteres det primære udstyr², som er til rådighed for medarbejderne i casekommunernes akutfunktioner (eller tilsvarende).

Foruden udstyret præsenteret ovenfor har nogle af akutfunktionerne yderligere udstyr til rådighed:

- Blærescanner
- Iltkonzentrator
- Udstyr til venøs blodprøvetagning
- C-PAP
- Hjertestarter
- INR-måleapparat
- Sugapparat
- Udstyr til måling af ketoner
- EKG måler
- Forbindinger
- Udstyr til måling af væsketal
- Dropstativ

FIGUR 17

PROCENTEN AF CASEKOMMUNERNE, HVOR AKUTFUNKTIONERNE HAR NEDENFORNÆVNTE Udstyr TIL RÅDIGHED





7. Supplerende iagttagelser

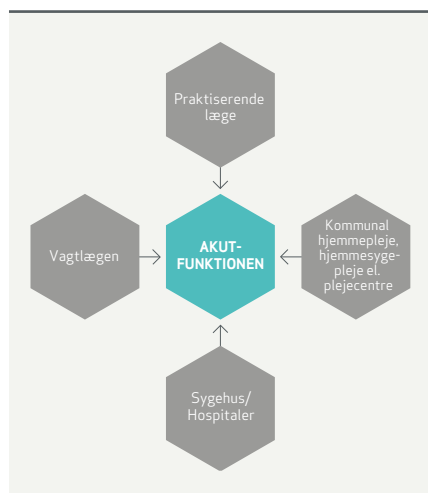
I nedenfor stående afsnit gennemgås generiske temaer identificeret, som omhandler organiseringen af casekommunernes akutfunktioner.

7.1 HENVENDELSER

Henvendelserne til casekommunernes akutfunktioner kommer overvejende fra følgende (vilkårlig rækkefølge) (figur18):

- Praktiserende læge
- Kommunal hjemmepleje, hjemmesygepleje eller plejecentre
- Sygehus/hospitaler (henvendelserne kommer typisk fra 1-2 afdelinger på 1 eller 2 sygehus/hospitaler)
- Vagtlægen

FIGUR 18
HENVENDELSER TIL CASEKOMMUNERNES AKUTFUNKTIONER



Figuren viser hvor henvendelserne til casekommunernes akutfunktioner overvejende kommer fra.

Der er variation i forhold til, hvordan fordelingen mellem ovenforstående henvendelseskilder fordeler sig på tværs af akutfunktionerne. Dette skyldes primært, at akutfunktionerne har forskelligartede organisatoriske ophæng og geografiske placeringer på henholdsvis hospitalsafdelinger, i klinikfællesskaber, i den kommunale hjemmesygepleje eller om de indbefatter akutpladser.

Akutfunktionerne har haft forskelligartede opdrag og finansiering, som har været afgørende for at tegne akutfunktionens profil - og dermed også, hvor hovedfokus er ift. at sikre tætte samarbejder. Det er ligeledes influeret af, hvorvidt akutfunktionen servicerer en eller flere kommuner.

7.2 SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF SEKTORER

For at opnå en ensartethed i indsatserne leveret af de kommunale akutfunktioner har samtlige af casekommunerne indgået skriftlige samarbejdsaftaler med de respektive samarbejdspartnere på tværs af sektoren så som hospitalsafdelinger, praktiserende læger, lægevagten mv.

Samarbejdsaftalerne indeholder specifikke beskrivelser af, hvilke fx indsatser og kompetencer samt hvilken kapacitet, den pågældende akutfunktion varetager og råder over. Samarbejdsaftalerne indeholder fx også en beskrivelse af rammebetingelserne for mundtlige aftaler forud for udskrivelsen af en borger fra hospitalet og overdragelse til praktiserende læge, som er af stor betydning for patientsikkerheden.

Endvidere beskrives klare rammer for ansvarsfordeling og opgaveoverdragelse mellem sektorer, herunder aftaler om fx sygebesøg, behandlingsansvar, adgangen til rådgivning og vejledning fra læger og andet fagpersonale samt aftaler for behandlingsplaner.

Kommunikation

Kommunikationen med fx den kommunale hjemmesygepleje eller hjemmeplejen, praktiserende læger, hospitalsafdelinger eller lægevagten foregår overvejende via en indledende telefonisk henvendelse til akutfunktionen. Efterfølgende dokumenteres korrespondancen i det Elektroniske Omsorgs- og Journal-system (EOJ) (jf. afsnit 8.2). Er henvendelsen fra hospitalet, lægevagten eller praktiserende læge sendes den skriftlige dokumentation af korrespondancen efterfølgende. Er henvendelsen fra den kommunale hjemmesygepleje eller hjemmeplejen dokumenteres korrespondancen i den pågældende kommunes EOJ-system.

I kommunikationen med lægen eller det sundhedsfaglige personale anvender samtlige af akutfunktionerne en eller flere af følgende redskaber:

- ISBAR⁵-metoden til kommunikation af observationsfund
- Måling af vitale parametre via ABCDE⁶-principperne
- Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (TOKS)⁷
- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS)⁸

⁵ Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2017. Håndbog i Sikker Mundtlig Kommunikation. Version 1.0.

⁶ Troels Thim et al. Ugeskr. Læger 172/47, 2010. ABCDE - systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom.

⁷ Center for kliniske retningslinjer 2015. Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter +16 år.

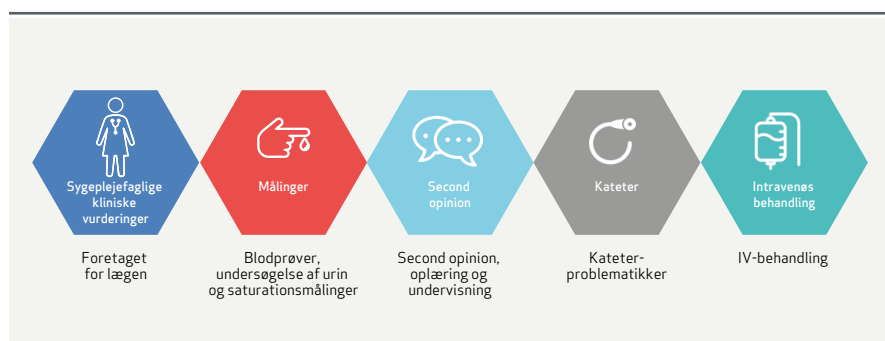
⁸ Sundhedsstyrelsen 2017. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejds gange og anvendelse af redskaber. Version 1.0.

7.3 HENVISNINGSÅRSAGER

I udgangspunktet tilbyder samtlige af casekommunernes akutfunktioner (eller tilsvarende) alle sygeplejeindsatser, men det er typisk volumen og kompleksiteten i en given opgave – herunder også borgerens tilstand og den almindelige hjemmesygeplejerskes kompetencer – der er afgørende for, om det er akutfunktionen, der varetager opgaven – eller om det er den almindelige hjemmesygepleje. Der er imidlertid indsatser der, på tværs af samtlige casekommuner, udgør en særlig stor andel af de henvisninger, som akutfunktionerne modtager.

Det drejer sig særligt om fx sygeplejefaglige kliniske vurderinger foretaget for lægen, herunder gennemførelse af en række målinger så som blodprøver (CRP, BS, Hgb og INR), undersøgelse af urin og saturationsmålinger. Derudover udgør second opinion opgaver (jf. afsnit 7.5), kateterproblematikker og IV-behandling flertallet af de henvisninger, som rettes til casekommunernes akutfunktioner (figur 19).

FIGUR 19
HENVISNINGER TIL AKUTFUNKTIONERNE



Figuren viser de indsatser, som på tværs af casekommunerne, udgør en særlig stor andel af de henvisninger, som akutfunktionerne modtager.

Flertallet af casekommunernes varetager IV-behandling i den kommunale hjemmesygepleje, men akutfunktionen er ofte involveret i komplicerede forløb eller opstarten af et forløb. I langt de fleste tilfælde overdrages behandlingen, såfremt det er et længerevarende forløb, til hjemmesygeplejen.

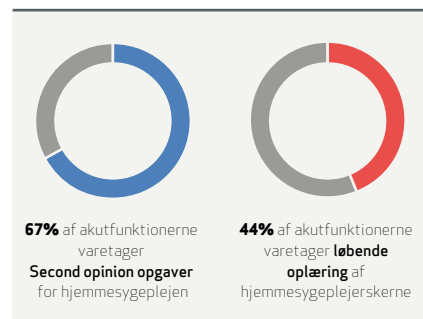
7.4 KVALITETSSIKRING AF AKUTFUNKTIONEN

Casekommunerne har udformet instruktionsbeskrivelser for størsteparten af de opgaver, som akutfunktionen varetager. Ligeledes følges der op på utilsigtede hændelser såvel på ledelsesniveau som med akutsygeplejerskerne.

Omkring halvdelen af casekommunerne gennemføre løbende journalaudits, mens de øvrige casekommuner planlægger at udarbejde og implementere processer herfor i fremtiden.

Enkelte af casekommunerne har gennemført tilfredshedsundersøgelser blandt borgere og pårørende, som er blevet interviewet om deres oplevelser med

FIGUR 20



henblik på at få feedback til at forbedre akutfunktionens håndtering af borgeren.

Casekommunerne monitorerer løbende forekomsten af (gen)indlæggelser. Derudover arbejdes aktuelt ikke med en systematisk monitorering og evaluering af relevante kvalitetsindikatorer, som det fx er kendt fra andre steder i sundhedssektoren.

7.5 SECOND OPINION, OPLÆRING OG UNDERVISNING

Foruden den instrumentelle sygepleje varetager 6 ud af 9 af casekommunernes akutfunktioner second opinion opgaver for hjemmesygeplejen (figur 20).

Second opinion er typisk i situationer, hvor hjemmesygeplejen enten via telefonisk kontakt eller ved, at akutfunktionen tilser borgeren, modtager hjælp til at håndtere særligt komplicerede borgere.

Op imod hver femte henvendelse, der kommer fra hjemmesygeplejen til akutfunktionen, er i disse kommuner mhp. at søge råd og vejledning til håndteringen af en borger.



En række af casekommunernes akutfunktioner (4 ud af 9) varetager ligeledes løbende oplæring af hjemmesygeplejerskerne (figur 20). Dette er typisk ved varetagelse af nye opgaver i hjemmesygeplejen, som i opstartsfasen varetages af akutfunktionen hvorefter, at de oplærer hjemmesygeplejerskerne til sidenhen at kunne overtage opgaven.

Det er ofte volumen af en given opgave, som afgør, hvorvidt opgaven

udelukkende varetages af akutfunktionen eller af den kommunale hjemmesygepleje. Er der fx få opgaver af en given indsats, har hjemmesygeplejen ikke den fornødne rutine og ekspertise til at kunne varetage opgaven, hvorfor akutfunktionen tilkaldes. Det sammen gør sig gældende ved fx mindre erfarne hjemmesygeplejersker, hvor akutfunktionen løbende enten sidemandsoplærer eller via holdundervisning oplærer den enkelte til at kunne varetage opgaven.

En enkelt casekommunes akutfunktion gennemfører et systematisk undervisningsprogram for kommunens sygeplejersker i hjemmesygeplejen og på plejecentrene. Undervisningsprogrammet er sammensat således, at 5 akutsygeplejersker over en periode på 8-9 uger underviser i fx anvendelsen af TOBS, ABCDE og ISBAR, injektion af glucagon og adrenalin, hvornår der bør ringes 112, kritisk syge borgere indlagt i eget hjem samt fald i hjemmet.

8. Dataindsamling

I efterstående afsnit beskrives, hvordan casekommunernes akutfunktioner arbejder dataunderstøttet. Herunder hvorledes de aktuelt indsamler data som en del af den daglige dokumentationspraksis samt, hvilke systemløsninger, der anvendes til dataopsamling og, hvordan det på baggrund heraf er muligt at skabe uddata.

8.1 DATAREGISTRERING

Akutfunktionerne oplyser alle, at deres dataindsamling understøtter den gældende lovgivning og bekendtgørelser samt krav om dokumentation af den kommunale opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet. På tværs af casekommunernes akutfunktioner er der dog forskel på, hvorledes dataindsamlingen og arbejdsgangene for den daglige dokumentationspraksis er implementeret. Årsagen hertil er dels de forskelligartede organisatoriske setup samt særlige præferencer ift., hvad den enkelte akutfunktion efterspørger af øvrige oplysninger.

Flere af akutfunktionerne har eksempelvis udarbejdet et registreringsværktøj (papir eller digitalt) med et start-/slut- eller henvendelseskema, som udfyldes henholdsvis ved opstarten og afslutningen af et borgerforløb. Herpå registreres bl.a. henvisningsårsag, tidsperioden hvor borgen behandles, henvisningssted og behandlingsansvarlig læge. Ved udfyldning af papirversionen, bliver oplysningerne sidenhen overført til EOJ-systemet eller en supplerende systemløsning (jf. afsnit 8.2).

8.2 SYSTEMTEKNIKLØSNING

Samtlige af casekommunernes akutfunktioner anvender et EOJ-system til

at foretage den daglige dokumentation (tabel 2).

Flere af akutfunktionerne anvender imidlertid ligeledes en supplerende systemløsning til løbende indsamling af data (tabel 2). Dette skyldes primært, at flere af akutfunktionerne enten er opstartet før, at casekommunerne overgik til deres nuværende EOJ-system og dels, at flere af EOJ-systemerne aktuelt ikke i tilstrækkelig grad er opsat til at kunne understøtte akutfunktionens dokumentationsbehov samt behovet for dataudtræk.

Dette har for flere af akutfunktionerne medført et behov for at udføre dobbeltdokumentation (fx på

henvisningsårsager og indsatser), da disse oplysninger ligeledes løbende skal dokumenteres i EOJ. For at kunne foretage samlet dataudtræk fra den supplerende systemløsning, er det imidlertid nødvendigt at tilføje oplysningerne i begge systemer.

Casekommunerne forventer at foretage løbende opdateringer af EOJ-systemet, som i fremtiden vil medføre, at de udelukkende kan benytte EOJ-systemet som dokumentationssystem.

8.3 FÆLLES SPROG III – OG BEHOVET FOR DOKUMENTATION

Fælles sprog III (FSIII)⁹ er den fælleskommunale dokumentationstandard

KOMMUNE(R)	EOJ-SYSTEM	SUPPLERENDE SYSTEMLØSNING
ÅRHUS	Systematic, Columna Cura	Egen udviklede pivot, der trækker data fra EOJ
ODENSE	En Plan	SurveyXact
ESBJERG	Systematic, Columna Cura	-
HOLSTEBRO	KMD Nexus	-
HERLEV, BALLERUP, FURESØ	KMD Nexus	Access
RUDERSDAL, GENTOFTE, GLADSAXE	KMD Nexus	Excel
SKIVE	KMD Nexus	Access
SØNDERBORG	DXC Vitae suite	-
TØNDER	KMD Nexus	-

Tabel 2. Overblik over de Elektroniske Omsorgs- og Journalsystemer (EOJ) og evt. supplerende systemløsninger, som anvendes af casekommunernes akutfunktioner.

⁹ For yderligere information se www.fs3.nu

for bl.a. Sundhedslovens §138 (sygeplejeindsatser) og dermed også det fælleskommunale grundlag for dokumentation af den sygepleje, som finder sted i de kommunale akutfunktioner.

Samtlige af casekommunernes EOJ-systemer har indarbejdet de fælleskommunale standarder for FSIII. For samtlige casekommuner gælder det derfor, at dokumentation pba. FSIII kan danne afsæt for fælleskommunale uddata eksempelvis vedrørende, hvorfra borgen er henvist fra, borgers tilstande (funktionsevnetilstand/helbredstilstand) samt de indsatser borgeren er tildelt (Sundhedsloven § 138 og Serviceloven §§ 83, 83a, 84 og 86).¹⁰

Indsatskataloget i FSIII-standarder er fælleskommunalt svarende til niveau 1 (paragrafområde) og niveau 2 (fælleskommunale indsatser). Kommunerne har mulighed for at oprette indsatser på niveau 3, men det er et krav, at disse 'mappes' til det fælleskommunale niveau 2 dvs., at indsatser der oprettes på niveau 3 entydigt kan knyttes til specifikke niveau 2 indsatser og dermed 'oversættes' til de fælleskommunale indsatser.

Med uddata fra akutfunktionerne er det fx muligt at opgøre antallet af borgere, som akutfunktionen har tildelt en indsats og fordelingen af indsatser blandt disse borgere på niveau 2 mv.

Akutfunktionerne beskriver imidlertid alle, at indsatskatalogerne svarende til niveau 2 er utilstrækkeligt dokumentation ift. at understøtte den sygeplejefaglige praksis, hvorfor casekommunerne

har udviklet dokumentationsstandarder svarende til niveau 3^{10,11}. Det er almindeligt forekomne, at kommunerne udvikler indsatskataloger på niveau 3 på tværs af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, og er således ikke unikt for akutfunktionerne.

Da det er valgfrit for kommunerne at dokumentere svarende til niveau 3, har hver af casekommunerne defineret deres egen ordlyd for den givne indsats tilføjet samt frit defineret antallet af niveau 3 indsatser under den pågældende indsats/ydelse.

Flere af akutfunktionerne fremhæver fx niveau 2-indsatsen IV-behandlinger, hvor det har været nødvendigt at tilføje et yderligere dokumentationsniveau sv. t. niveau 3.

Der er stor forskel på ressourceforbruget forbundet med en given IV-behandling alt efter, hvilken medicintype, der gives. Forskellene beror fx på, hvor ofte behandlingen skal gives samt gennemløbsthastigheden, hvilket registreringen aktuelt ikke afspejler.

Akutfunktionerne, som varetager second opinion-opgaver - i særdeleshed ved telefoniske henvendelser - samt oplæring og undervisning af hjemmesygeplejerskerne, peger ligeledes på, at der for indværende ikke findes en indsats på niveau 2, som dækker disse ydelser. Omend vejledning, oplæring, sundhedsfremme og forebyggelse er tiltænkt som en integreret del af enhver sygeplejefaglig indsats rettet mod den enkelte borger¹⁰, er der fx i undervisningssituationer ikke (nødvendigvis) en direkte borgerinddragelse.

EKSEMPLER PÅ INDSATSER UNDER FSIII, NIVEAU 2 (SUNDHEDSLOVEN § 138)¹⁰

- Anlæggelse og pleje af kateter
- Behandling med ortopædiske hjælpemidler
- Behandling og pleje af hudproblem
- Behandling og pleje af mave-tarmproblem
- Cirkulationsbehandling
- Dialyse
- Drænpleje
- Ernæringsindsats
- Forflytning og mobilisering
- Iltbehandling
- Inkontinensbehandling
- IV-væskebehandling
- IV-medicinsk behandling
-

Tilsvarende er det heller ikke indeholdt i O-ydelserne, hvorfor disse opgaver aktuelt ikke er indeholdt i FSIII.

Resultatet heraf er, at den enkelte casekommune enten foretager registreringen bilateralt i en supplerende systemløsning eller, at indsatsen er indeholdt i fx registreringen generel O-ydelse eller koordinering. Dette påvirker datakvaliteten, og vanskeliggør muligheden for at sammenligne O-ydelserne på tværs af casekommunerne, da det tilgrundliggende registreringsgrundlag er forskelligartet.

¹⁰ KL 2019. Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov). Version 1.6.

¹¹ KL 2019. Fælles Sprog III Indsatskatalog (servicelov). Version 1.6.

8.4 KONCEPTUEL DATAMODEL

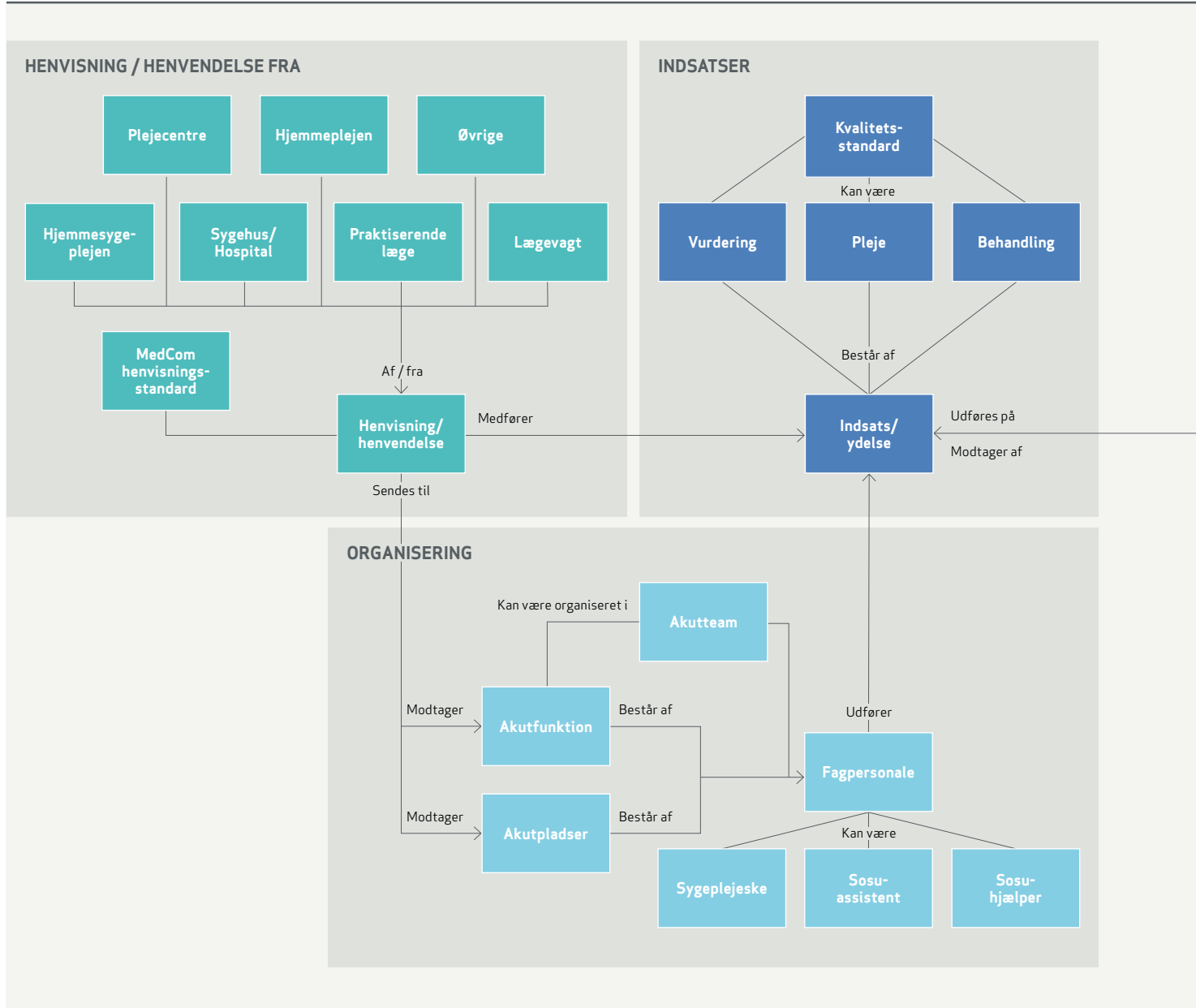
Som det fremgår af afsnit 8.3, foregår dokumentationspraksis i casekommunernes akutfunktioner pga. FSIII-standarderne, og uddata kan derfor opgøres på baggrund af de fælleskommunale standarder og kategoriseringer.

Der findes forskellige løsningsmuligheder til at segmentere akutfunktionernes uddata fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Til at skabe et overordnet overblik over, hvilke datapunkter der kan anvendes til at segmentere uddata efter, kan der udformes en konceptuel datamodel.

En konceptuel datamodel har til formål at kortlægge den overordnede struktur i data, og modellen præsenteret i figur 21 på side 32-33 illustrerer, hvorledes det via forskellige unikke datapunkter er muligt at segmentere uddata fra akutfunktionerne efter organisering, henvisning/henvendelse, indsatser eller borgeren.

FIGUR 21

KONCEPTUEL DATAMODEL - DER ILLUSTRER MULIGHEDEN FOR IDENTIFICERING AF UDDATA FRA DE KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER



Et eksempel på segmentering af uddata efter den konceptuelle datamodel er via organisering. I de tilfælde, hvor akutfunktionen er en særskilt enhed, og som følge heraf har akutsygeplejersker, der udelukkende varetager akutsygeplejefaglige opgaver, er det muligt at segmentere uddata for akutfunktionen

ved at koble data fra fx indsatser eller borgeren til akutfunktionens medarbejdere (organisering).

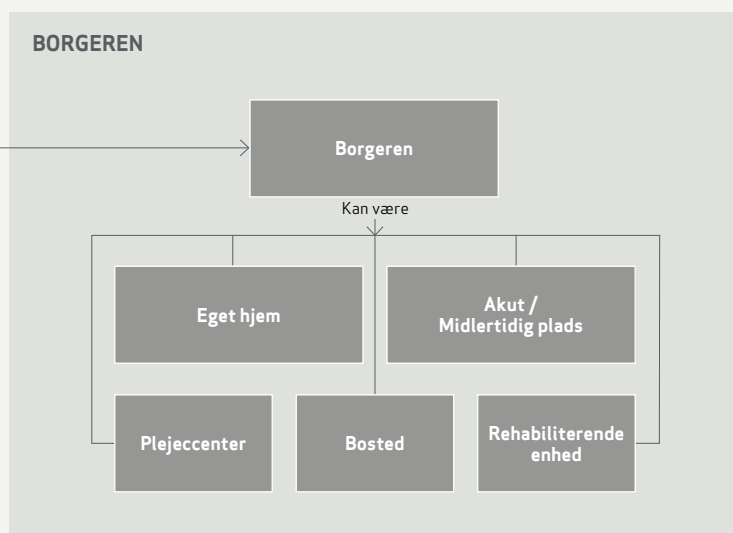
Et anden eksempel på segmentering af uddata efter den konceptuelle datamodel er via henvisningsårsag eller indsatser. Er akutsygeplejeindsatserne

en integreret del af den kommunale hjemmesygepleje, vil det således være muligt at segmentere uddata svarende overvejende til akutsygeplejeindsatserne enten på henvisningsårsager eller indsatser, som vurderes særligt, knytter sig til akutfunktionen. I dette tilfælde er indsatsen eller henvisningsårsagen det unikke datapunkt. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at fx en del af indsatserne har været varetaget af den almindelige kommunale hjemmesygepleje, da udvælgelsen af en hvilken som helst indsats beror på en subjektiv vurdering af, hvorvidt der er tale om en akutindsats. Det kan derfor heller ikke udelukkes, at et sådant dataudtræk indeholder indsatser varetaget af den almindelige kommunale hjemmesygepleje.

8.4.1 UDDATA FRA CASEKOMMUNERNE

Uddata fra akutfunktionerne kan for 7 ud af 9 casekommuner hovedparten adskilles fra den øvrige kommunale hjemmesygeplejen. Dette muliggøres ved som beskrevet ovenfor at koble den enkelte akutsygeplejerske tilknyttet akutfunktionen med fx indsatser, unikke borgere mv., hvorved det er muligt at tilvejebringe uddata for akutfunktionen (jf. figur 21). Der kan dog forekomme tilfælde, hvor akutsygeplejersken ikke udelukkende varetager akutsygeplejefaglige indsatser. Casekommunerne beskriver fx spidsbelastningsperioder i den kommunale hjemmesygepleje, hvor akutsygeplejerskerne derfor tilser borgere, som almindeligvis ikke ville være blevet tilset af akutfunktionen – men af den almindelige kommunale hjemmesygepleje. Dette vil have betydning for kompletheden af datasættet.

I en casekommune, hvis akutfunktion er en integreret del af den almindelige kommunale hjemmesygepleje, er det via indsatserne inden for instrumentel sygepleje² muligt at afgrænse borgere,



Kilde: Carve Consulting 2019

som modtager (akutte) sygeplejeindsatser, og derved muligt at undersøge eksempelvis udviklingen i forekomsten og antallet af indsatserne (jf. afsnit 9.2). Sammenholdes indsatserne med borgeren og organisationen – dvs. medarbejderne, som har leveret indsatserne (jf. figur 21), kan fx tidspunktet på dagen for henvendelsen samt, hvornår borgeren er tilset tilsvarende opgøres (jf. afsnit 9.2). Ved denne opdeling vil det imidlertid være en kombination mellem patientens tilstand, opgavens kompleksitet og karakter samt sygeplejerskens kompetencer, som er afgørende for om indsatsens vurderes som værende akut – og ikke indsatsen i sig selv – hvorfor sammenligning af data tværkommunalt på baggrund af denne opdeling er problematisk.

En af casekommunernes akutfunktioner, hvis akutfunktion er implementeret som en særskilt akutfunktion, er for indværende ikke i stand til at adskille akutfunktionens uddata fra den øvrige hjemmesygepleje. Dette beror på en begrænset mulighed for at skelne mellem almindelige hjemmesygeplejeindsatser og akutsygeplejeindsatser. I tilfælde af travlhed varetager akutsygeplejerskerne ligeledes almindelige hjemmesygeplejeindsatser, og den glidende opgaveløsning mellem akutindsatser og sygeplejeindsatser, gør det kun muligt delvist at adskille uddata.

Dette løses i den pågældende casekommune ved at anvende en supplerende systemløsning, som muliggør et separat dataudtræk for akutfunktionen.

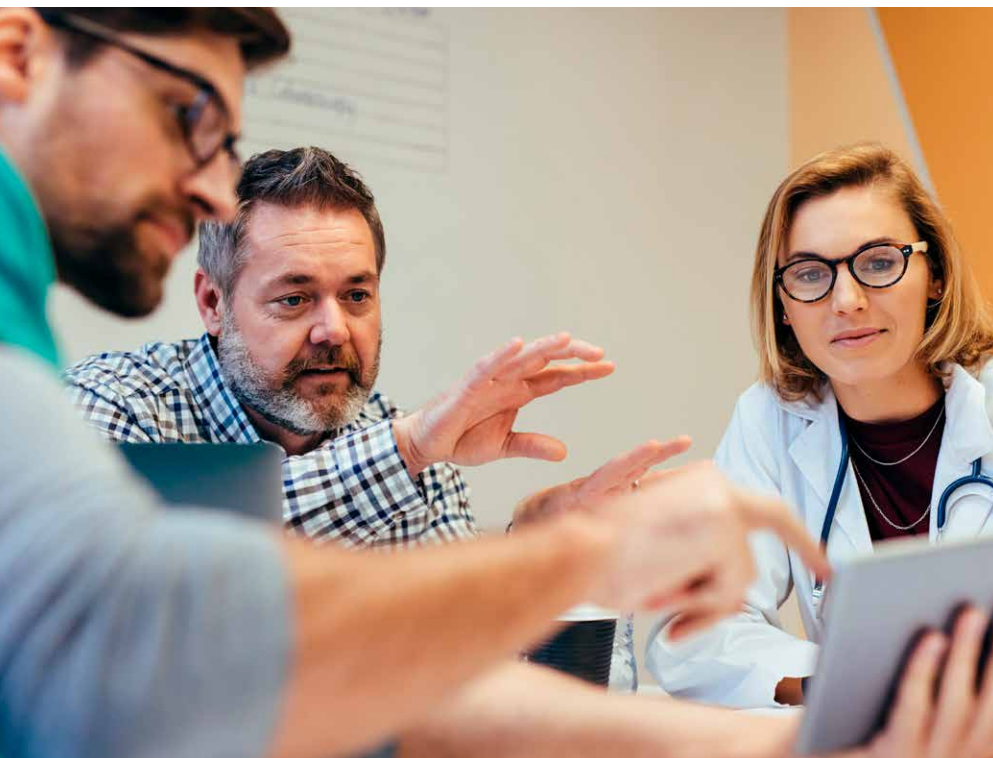
En del af casekommunerne (6 ud af 9) oplever aktuelt problemer med at foretage dataudtræk fra deres respektive EOJ-systemer. Om end EOJ-systemerne har indarbejdet FSIII, og dermed har en dokumentationspraksis, som er compliant, er det, som følge af den nylige implementering heraf, aktuelt ikke muligt for casekommunerne at foretage dataudtræk. Casekommunerne forventer at have løst udfordringerne i løbet af efteråret, hvorefter det atter vil være muligt at arbejde databaseret.

8.5 DATAKVALITET

Det forskelligartede registreringsgrundlag, som fx skildres i relation til O-ydelsesregistreringerne eller registrering af IV-behandlinger, påvirker datakvaliteten af de registrerede data (jf. afsnit 12.1).

Forskellige fortolkninger og modificerede kriterier for, hvornår en given indsats vælges eller såfremt, at registreringen dækker over flere forskelligartede indsatser, medfører tilsammen, at registreringen foretages på et forskelligartede grundlag, hvorfor datas validitet eller reproducerbarhed påvirkes. Dette vanskeliggør muligheden for at sammenligne data fra registreringerne såvel på tværs af den enkelte kommune, som på tværs af casekommunerne.

Kravene til datakvaliteten er dog afhængig af formålet med data. Er formålet mere simpel optælling, hvor ønsket er at belyse fx, antallet af unikke borgere eller IV-behandlinger gennemført over en given tidsperiode velvidende, at registreringerne dækker over en stor variationen af indsatser, er det muligt at anvende data fra den aktuelle registreringspraksis.



9. Dataanvendelse

I nedenstående afsnit beskrives, hvorledes data indsamlet i casekommunernes akutfunktioner anvendes på henholdsvis individniveau til understøttelse af den sygeplejefaglige praksis og i aggregerede form til fx ledelsesinformation.

9.1 SYGEPLEJEFAGLIG PRAKSIS

Individdata fra akutfunktionerne anvendes til understøttelse af den sygeplejefaglige praksis i håndteringen af den enkelte bøger, hvor den løbende dokumentation af fx borgerens behandlingsforløb understøtter den videre håndtering af borgeren. Herunder også i kommunikationen på tværs af sektoren med fx behandlingsansvarlig læge, ved hospitalsindlægger eller ved overdragelse af borgeren til den kommunale hjemmesygepleje.

Data anvendes ligeledes på individniveau til ressourceplanlægning og understøttelse af den enkelte medarbejder. Såfremt medarbejderne fx oplever travlhed – eller giver udtryk for, at der er indsatser, som er særligt tidskrævende, benyttes data mhp. at belyse fx frekvensen af og tidsforbruget brugt på specifikke indsatser.

9.2 LEDELSESINFORMATION

Uddata fra akutfunktionerne anvendes ligeledes i aggregerede form til ledelsesinformation primært i form af deskriptiv statistik. Det indbefatter fx dokumentering af stigninger i forekomsten af henvendelser og antallet af indsatser, som varetages af akutfunktionen.

Casekommunernes akutfunktioner anvender såvel dataudtræk fra såvel EOJ-systemerne samt data fra deres supplerende systemløsninger til at

udarbejde ledelsesinformation. Hvis data trækkes fra EOJ-systemet segmenteres data på fx indsatser og henvendelser ift. de akutsygeplejerskerne, som har udført og dokumenteret opgaven (jf. afsnit 8.4.1), hvorved det er muligt overvejende at segmentere data fra akutfunktionen.

Herunder gives eksempler på typen af ledelsesinformation, der udarbejdes for akutfunktionerne:

- Antallet af henvendelser pr. måned
- Udviklingen i henvendelseskilder (over tid)
- Udviklingen i antallet af henvendelser (over tid)
- Henvisnings-/henvendelsessårsager (over tid)
- Tidspunktet på dagen for henvendelsen
- Fordelingen af henvendelser over året
- Antallet af borgerbesøg i dag-, aften- og nattevagten
- Top-10 over indsatser leveret
- Hvortil borgeren afsluttes til efter et endt forløb
- Antallet af unikke borgere

Ledelsesinformationen anvendes til løbende styringsmæssige formål. Herunder også fx ved afrapportering til sundhedspolitiske udvalg – enten som særskilt afrapportering for akutfunktionen eller, som en del af den almindelige hjemmesygepleje.

Flere af casekommunerne er som en del af samarbejdsaftalerne også forpligtet til jævnligt at informere om akutfunktionens aktiviteter, samt at levere data ind i fx samordningsudvalg, hvor der rapporteres på elementer så som antallet af unikke borgere, indsatser leveret mv.

Data anvendes ydermere i kommunikationen internt i kommunen eller med eksterne samarbejdspartnere til at viderefordre fx hvilke sygeplejefaglige indsatser, som akutfunktionen varetager. Dette med henblik på at skabe en bedre forståelse for, hvordan akutfunktionen skaber værdi såvel for borgeren, medarbejdere som samarbejdspartnere.

Casekommunerne som anvender tidsregistrering på indsatserne leveret, anvender tidsopgørelserne til at efterse tidsforbruget og dermed ressourcetrækket for akutfunktionen. Flere casekommuner fremhæver imidlertid, at der ved fx IV-behandling er en standardtid på 30 min., hvilket ikke er retvisende ift. kompleksiteten, som medfølger mange af IV-behandlingerne. Der er imidlertid mulighed for at justere den anvendte tid på indsatsen, men dette kræver ekstra opmærksomhed fra akutsygeplejerskerne ift. den faktiske anvendte tid. Ligeledes kan der være forskel på, om tiden fx opgøres fra, at akutsygeplejersken ankommer hos borgeren eller ift. påbegyndelsen af den givne IV-behandling. Dette kan medføre store variationer ift. tidsregistreringen.

10. Opsamling

Organisering

De deltagende casekommuner har alle med undtagelse af Tønder kommune organiseret deres akutfunktion, som en selvstændig enhed/team. På tværs af casekommunerne er det organisatoriske ophæng forskelligartede med geografiske placeringer på henholdsvis hospitalsafdelinger, i klinikfællesskaber, i den kommunale hjemmesygepleje eller indbefatter akutpladser.

Akutfunktionernes bemanding er fordelt forskelligartede afhængig af organisering, antallet af medarbejdere og tilknytningen af akutpladser, men samtlige akutfunktioner tilbyder, enten isoleret eller som en del af hjemmesygeplejen, døgn dækning af borgerne 365 dage om året.

Antallet af akutsygeplejersker tilknyttet akutfunktionen varierer mellem 6-24.

På tværs af akutfunktionerne modtages flest henvendelser fra enten: vagtlægen, praktiserende læge, hospitalet/sygehus og den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje. Afhængig af den enkelte akutfunktionens fokus varierer fordelingen ift., hvorfra størsteparten af henvendelser kommer.

Akutfunktionerne har primært akutsygeplejersker ansat med min. 3-5 års relevant klinisk erfaring, overvejende fra specialområder på hospitalet.

Målgruppen for akutfunktionen er hovedsageligt alle borgere i den/de respektive kommune(r) +18 år med akutte



og komplekse behandlingsforløb, som kræver specialiseret sygepleje. Flere af casekommunerne har et særligt fokus på den ældre medicinske patient i risiko for (gen)indlæggelse.

Dataindsamling og anvendelse

Samtlige af casekommunernes EOJ-systemer har indarbejdet FSIII. For samtlige casekommuner gælder det derfor, at data kan opgøres i henhold til gældende krav om fælleskommunal dokumentation svarende til eksempelvis, hvorfra borgen er henvist/henvendelse fra, henvisnings-/henvendelsesårsag, område og tilstande (funktionsevne/helbred) samt indsatser (Sundhedsloven § 138 og Serviceloven §§ 83, 83a, 84 og 86 svarende til niveau 1 og 2).

Akutfunktionerne beskriver alle, at indsatskatalogerne svarende til niveau 2

ikke er fyldestgørende dokumentation ift. at understøtte den sygeplejefaglige praksis, hvorfor casekommunerne har udviklet dokumentationsstandarder svarende til niveau 3.

Uddata kan for størsteparten af casekommunernes akutfunktioner overvejende adskilles fra den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje ved at koble medarbejderne, som har udført opgaverne med borgeren eller indsatsen (figur 21). Dataudtræk kan ske enten via den respektive casekommunes EOJ-system.

Data indsamlet i casekommunernes akutfunktioner anvendes på henholdsvis individniveau til understøttelse af den sygeplejefaglige praksis og i aggregerede form til fx ledelsesinformation ved simpel deskriptiv statistik.

11. Anbefalinger

I afsnittet nedenfor præsenteres de anbefalinger, som er afstedkommet på baggrund af den foreliggende analyse.

Det primære formål med nærværende analyse er at afdække, hvordan uddata fra de kommunale akutfunktioner kan afgrænses og opdeles på tværs af en række casekommuner.

På baggrund af analysen udarbejdes i nærværende rapport anbefalinger til en eller flere fælleskommunal modeller til afgrænsning og opdeling af data fra de kommunale akutfunktioner.

11.1 FÆLLESKOMMUNAL MODEL TIL OPELING AF UDDATA

Analysen har vist, at det aktuelt er

muligt at opdele fælleskommunale uddata fra akutfunktionerne på baggrund af den strukturering og klassificering af oplysninger om borgeren¹², som er introduceret med de fælleskommunale dokumentationsstandarder i overensstemmelse med FSIII (figur 22).

¹² Fælles Sprog III. Metodehåndbog, Version 1.61

FIGUR 22
SEGMENTERING AF DATA TIL LØSNINGSMODEL 1-3

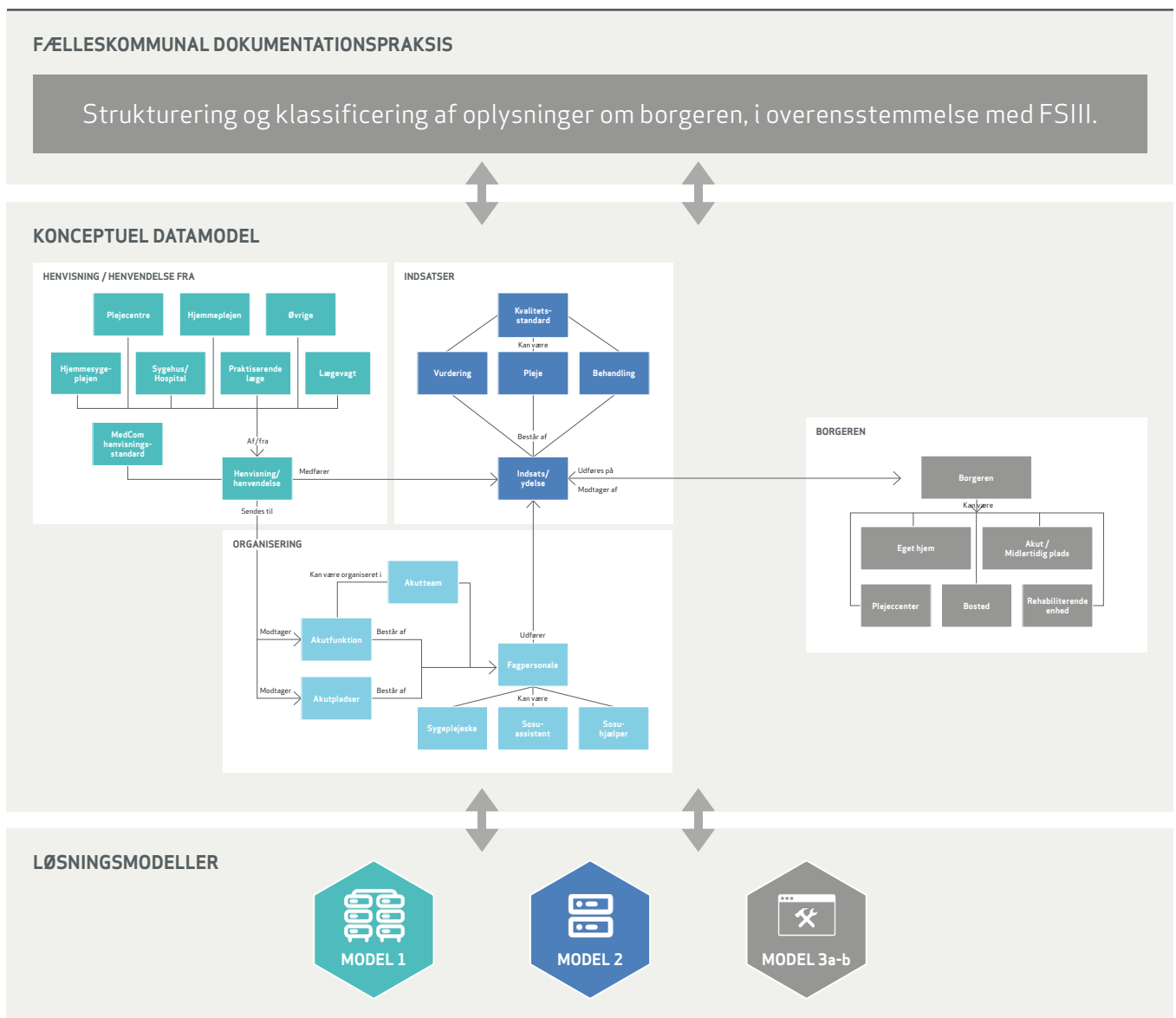


Illustration af hvorledes uddata fra akutfunktionerne - baseret på de fælleskommunale dokumentationsstandarder (FSIII) og den konceptuelle datamodel - kan segmenteres i henhold til løsningsmodel 1-3.

Analysen har desuden vist, at det er muligt overvejende at adskille uddata fra den enkelte casekommunernes akutfunktioner fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje – ved enten at koble borgeren eller indsatsen til den medarbejder, som har udført opgaven (figur 21 og 22). Dataudtræk kan foretages fra det kommunale EoJ-system eller fra de supplerende systemløsninger, såfremt data udelukkende anvendes internt i casekommunen.

De uddata som casekommunerne aktuelt anvender til fx ledelsesinformation, er data så som antallet af unikke borgere, tidsperioden for hvor længe borgeren har været behandlet af akutfunktionen, hvilke indsatser akutfunktionen har leveret samt henvendelseskilde og henvendelsesårsag.

Følgende fælleskommunale modeller kan derfor anvendes til opdeling af uddata fra akutfunktionerne (figur 21 og 22):

Model 1

Uddata, svarende til de indsatskataloger, som FSIII muliggør, trækkes fra en række indsatser og henvisningsårsager, som vurderes at være særskilte for de henvendelser og opgaver, som overvejende varetages af akutfunktionen – eller hvad der er tilsvarende til en akutfunktion (figur 23). Derved er det muligt at foretage dataudtræk fra de kommuner, som ikke har implementeret akutfunktionen som en særskilt organisatorisk enhed. For disse uddata kan det imidlertid ikke udelukkes, at de pågældende indsatser (borgere) har været varetaget af den almindelige kommunale hjemmesygepleje. Uddata kan derfor ikke adskilles fra den kommunale hjemmesygepleje.

Model 2

Uddata, svarende til den strukturering og klassificering af oplysninger, som

FSIII muliggør, trækkes udelukkende fra de kommuner, hvor akutfunktionen organisatorisk er en særskilt enhed (jf. figur 22 og 23). Data segmenteres via de medarbejdere, som udelukkende udfører akutsygeplejefaglige opgaver. Derved er det muligt at segmentere data som overvejende svarer til akutfunktionerne fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Forefindes der tilfælde, hvor akutfunktionen periodisk varetager indsatser fx på grund af travlhed på vegne af den kommunale hjemmesygepleje, kan det imidlertid hænde, at datasættet ikke udelukkende er afgrænset til akutfunktionens indsatser. En entydig organisatorisk opdeling sikre imidlertid ikke, at opgavesammensætningen, som den enkelte akutfunktion varetager, nødvendigvis er sammenlignelig på tværs af kommunerne. Dette skyldes, at opgavefordelingen mellem akutfunktionen og den kommunale hjemmesygepleje varierer på tværs af kommunerne. Ligeledes kan en forskelligartede organisering af akutfunktionen og den kommunale hjemmesygepleje på tværs af kommunerne medfører variation.

Model 3a

FSIII-klassifikationen på niveau 2 har i flere tilfælde vist sig mangelfuldt til at understøtte den sygeplejefaglige praksis, hvorfor samtlige af casekommunerne har tilføjet et yderligere dokumentationsniveau til registreringen af indsatser. Disse er dog valgfrie, hvorfor de ikke er ensartede på tværs af kommunerne, men udelukkende udviklet til den enkelte kommunes behov. Uddata fra FSIII-klassifikationerne på niveau 3 kan derfor ikke sidestilles og sammenlignes på tværs af casekommunerne. Indsatserne på niveau 3 kan mappes til niveau 2 og derved danne grundlag for uddata.

En mulig løsning herpå er fx at videreudvikle de fælleskommunale standarder for FSIII-klassifikationen svarende

til indsatskataloget (sundhedslov) på niveau 2 således, at det i højere grad kan efterkomme det sygeplejefaglige behov, som efterspørges blandt casekommunerne. Dette vil understøtte såvel den aktuelle registreringspraksis og samtidig understøtte den enkelte kommunes styringsmæssige behov.

Af hensyn til gennemførligheden foreslås det, at videreudviklingen af fælleskommunale minimumsstandarder for registrering foregår casebaseret. Dette kunne eksempelvis være ved en videreudvikling af indsatsniveauet for IV-behandlinger. Dette er et indsatsområde, der dels er udbredt blandt casekommunerne, og hvor der aktuelt beskrives et behov for en præcisering af den aktuelle dokumentationspraksis. Den casebaserede videreudvikling kan således sidenhen udvides til fx at indeholde alle de instrumentelle sygeplejeindsatser varetaget af akutfunktionerne.

Tilsvarende er det efterspurgt, at den generelle 0-ydelse videreudvikles således, at de second opinion opgaver, uddannelsesopgaver mv. som casekommunernes akutfunktioner varetager, kan være indeholdt heri.

Model 3b

En mindre videreudvikling af FSIII-klassifikationen er ligeledes en mulighed. Dette kan gøres ved, at der i EoJ-systemet tilføjes et registreringsfelt, som markeres, når den enkelte medarbejder vurderer, at der er tale om en akutsygeplejeindsats eller fx en borger, som vurderes at modtage akutsygepleje.

Lignende registreringspraksis anvendes aktuelt af akutsygeplejerskerne i mange af casekommunerne, hvor akutsygeplejerskerne (manuelt) registrerer, når de vurderer, at akutfunktionens indsats har forebygget en indlæggelse.




Registreringen vil imidlertid være forbundet med en stor grad af subjektivitet, hvilket vil påvirke datakvaliteten.

For alle modellerne gælder det, at samtlige af EOJ-systemerne har funktionalitet til at dels at foretage dataudtræk svarende til FSIII og dels understøtter en videreudviklingen af FSIII. Registreringerne opbevares i en database, og it-løsningerne har alle muligheder for at udtrække registreringerne til eksternt brug.

Det forskelligartede registreringsgrundlag som dokumentationsniveau 3 i FSIII introducerer, påvirker datakvaliteten af de registrerede data (jf. afsnit 12.1). Det bør derfor være et opmærksomhedspunkt for en hvert brug af data, at formålet med data stemmer overens med kravet til datakvaliteten, hvor det at sidestille data kræver en høj grad af datakvalitet, mens fx simple opgørelser over antallet af en given indsats kan gennemføres på baggrund af data med lavere datakvalitet.

Data indsamlet i akutfunktionerne indeholder personfølsomme oplysninger. Der er derfor en nødvendighed at kortlægge det retslige grundlag for mulighederne for samkøring af data for såvel model 1, 2 som 3a-b anvendt til andre formål end behandling af borgeren, forskning eller kvalitetsudvikling. Dette ligger imidlertid udenfor rammerne af nærværende analyse.

FIGUR 23.
ILLUSTRERER FORDELE OG ULEMPERNE VED MODEL 1, 2 OG 3a-b.

MODEL 1 	MODEL 2 	MODEL 3a 	MODEL 3b 
Uddata fra en række indsatser og henvisningsårsager, som vurderes at være særskilte for de henvendelser og opgaver, som varetages af akutfunktionen – eller hvad der er tilsvarende en akutfunktion:	Uddata svarende til FSIII's strukturering og klassificering af oplysninger, trækkes udelukkende fra de kommuner, hvor akutfunktionen organisatorisk er en særskilt enhed :	Videreudvikling af FSIII-modellen for fx indsatskatalogerne:	Videreudvikling af FSIII-modellen med et registreringsfelt , som løbende udfyldes:
+ Systemteknisk understøttet.	+ Systemteknisk understøttet.	+ Systemteknisk understøttet.	+ Systemteknisk understøttet.
+ Kommunalt udbredt.	+ Muligt overvejende at adskille data fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje.	+ Muligt overvejende at adskille data fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje.	(+) Muligt i nogen grad at adskille data fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje.
+ Simple dataopgørelser er mulige.	+ Simple dataopgørelser er mulige.	- Langsigtede løsning, der kræver udvikling af fælleskommunale minimums standarder.	(+) Mellemlangsigtede løsning, da det kræver en videreudvikling af et fælleskommunalt registreringsfelt.
(+) Mellemlangsigtede løsning, da det kræver fælleskommunal enighed om, hvilke indsatser og henvisningsårsager, der trækkes data på.	+ Kortsigtede løsning, da data forefindes og kan trækkes ud.		
- Ikke muligt at adskille uddata fra den øvrige kommunale hjemmesygepleje.	- Begrænset kommunal udbredelse.		

Kilde: Carve Consulting 2019

12. Perspektivering

Potentialet ved bedre brug af uddata fra akutfunktionerne er stort og perspektiverne mange. I afsnittet nedenfor præsenteres dels opmærksomhedspunkter ift. datas sammenlignelighed på tværs af kommunernes samt, hvorledes avancerede analytiske modeller kan anvende data fra akutfunktionerne til at udvikle fx beslutningsstøtteværktøjer mhp. at understøtte såvel håndteringen borgerne som skabe grobund for bedre ledelsesbeslutninger.

12.1 DATAS SAMMENLIGNELIGHED PÅ TVÆRS AF KOMMUNER

Håndtering og behandling af alle data, som var data lige præcise og pålidelige, kan påvirke kvaliteten af de beslutninger som træffes, på baggrund af data, negativt.

Det er derfor yderst relevant for en hvert brug af data, at formålet med data stemmer overens med kravet til datakvaliteten, hvor sammenligning og det at sidestille data kræver en høj grad af datakvalitet, mens fx simple opgørelser over antallet opgøres, kan gennemføres på baggrund af data med lavere datakvalitet.

Datakvalitet har været defineret som data, der er nøjagtige, reliable, valide og troværdige¹³. Datakvalitet er påvirkelig af adskillige faktorer, og er derfor multidimensionelt. Sikring af en høj grad af datakvalitet strækker sig over nøjagtighed (fx under indsamling) til faktorer så som tilgængelighed, relevans, aktualitet, kompleksitet og konsistens. Dertil kommer brugerens kapacitet og forventninger, omkostninger og kontekst specifik viden ift. håndtering af data¹⁴.

Det forskelligartede registreringsgrundlag som FSIII-kategoriseringen indeholder, påvirker datakvaliteten af de registrerede data. De forskellige fortolkninger og modificerede kriterier for, hvornår en given registrering vælges medfører, at registreringen foretages på et forskelligartede grundlag, hvorfor datas validitet, reproducerbarhed, kompleksitet og konsistens påvirkes. Dette vanskeliggør muligheden for at sammenligne data fra registreringerne såvel på tværs af den enkelte kommune, som på tværs af casekommunerne. Datakvaliteten vil i større eller mindre grad være påvirket for uddata fra model 1, 2 og 3a-b grundet bl.a. den begrænsede standardisering og forskellighed som registreringsgrundlaget introducerer.

12.2 HVORDAN KAN AVANCEREDE ANALYTISKE MODELLER ANVENDES?

I følgende afsnit beskrives tre løsninger som via avancerede analytiske modeller kan udvikle beslutningsstøtte værktøjer, der kan understøtte akutfunktioner; automatiseret beslutningsstøtte ved opstart i akutfunktionen, dynamisk profilering og anvendelse af fritekst felter til understøttelse af best practice, samt prædiktions af genindlæggelser ved hjælp af avanceret analyse.

Løsningerne er baseret på data fra såvel den enkelte borger indhentet på tværs af relevante sundhedsinstitutioner og fra de forskellige kommuner, hvor data fra lignende borgere giver et aggregeret risikobillede af borgere, der på forskellige vis er sammenlignelige med den aktuelle borger. Det muliggør etableringen af løsninger, der skaber et meget individualiseret billede af borgers aktuelle situation, og samtidig

giver akutfunktionen oplysninger om, hvordan andre med en tilsvarende helbredstilstand er håndteret. Mulighederne for at handle proaktivt, og i visse situationer præventivt, bliver således mulige.

Automatiseret beslutningsstøtte

Akutfunktionen modtager en borger på henvendelse fra praktiserende læge, hjemmesygeplejen, hospitalet mv. Henvisningsårsagen beror på en faglig begrundelse, men det er op til akutfunktionen at indsamle den tilstrækkelige information om borgeren til at kunne udføre den rigtige behandling. Dette er både tidskrævende og kræver klinisk erfaring.

Det er imidlertid muligt at understøtte denne proces med forskellige grader af automatisering i form af en automatiseret beslutningsstøtte.

I praksis vil akutfunktionen kunne se et felt i EOJ-systemets eksisterende skærm billede, hvor de 5 væsentligste faktorer ved netop denne borger står fremhævet. Det kunne fx være anamnesticke oplysninger om, at borgeren tidligere har været indlagt på psykiatrisk afdeling eller, at borgeren er diagnosticeret med type 2 diabetes.

En sådan virtuel assistentfunktion vil kunne forkorte sagsbehandlingstiden ved at præsentere væsentlige informationer om borgeren, som akutsygeplejersken ikke skal bruge tid på at indhente og afklare. Samtidig vil det give akutfunktionen et værktøj til at sikre en fælles standard og udveksling af viden på tværs af såvel den enkelte kommune som tværkommunalt. Den virtuelle assistentfunktion vil komme

¹³ Snee, NL, McCormick KA. The case for integrating public health informatics networks. IEEE Eng. Med. Biol. Mag. 2004, 23, 81-88.

¹⁴ Karr AF, AP Sanil, Banks DL. 2002. Technical Report Number 129. Data Quality: A Statistical Perspective.



med en række anbefalinger til, hvilke faktorer akutsygeplejersken skal være opmærksom på, som han eller hun måske ikke selv havde bemærket, men som kan være af signifikant betydning for borgeren.

Dynamisk profilering til understøttelse af best practise

Som en del af skærmbilledet kan borgerne visualiseres som et radarbillede, hvor de registreringsoplysninger der netop kendetegner den enkelte borger, indgår i et samlet billede af borgeren.

En operationel anvendelse af analyse kan ligeledes profilere forskellige kategorier af radarbillederne, og således anvendes til at kategorisere akutte borgere ud fra en generel risikovurdering af, hvilke forhold akutsygeplejerskerne

skal være opmærksomme på ved den første kontakt med borgeren. Dette kunne fx være, at en borger efter en faldulykke score højt på trivselsudfordringer eller en lav score, som indikerer en funktionsnedsættelse, tab af muskelmasse eller vertigo. Alt sammen værdifuld viden for akutfunktionen om borgeren.

Indsatskatalogerne under FSIII indeholder specifik informationsdeling og -indsamling på en række indsatser. Hver indsats registreres løbende, og kan være organiseret i såvel kategoriske data som i fritekst. Dette giver mulighed for at analysere på indsatskategorierne og ved hjælp af maskinlæring udvikle en prædiktionsmodel, der kan risikovurdere alle borgere fx ift. risikoen for genindlæggelse. Informationerne

kan anvendes proaktivt dels på den enkelte borger til at forudse, hvilke borgere, der har størst sandsynlighed for at komme i berøring med akutfunktionen, og på et aggregeret niveau til at estimere ressourcetræk, typer af akutkontakter mv.

Det er tilsvarende muligt at anvende ustrukturerede data fra såvel kommunernes EOJ-systemer som fra hospitalernes SP-journaler til, at risikoscore ældre borgere, som er i højrisiko for at blive genindlagt.

Effektiviteten ved håndteringen af en borger i kontakt med akutfunktionen kan øges, gennem en automatisk og dynamisk selektering og visualisering af de væsentligste forhold om borgeren.

Vidensdeling på tværs af kommunerne og regionerne kan understøttes gennem avancerede analysemetoder så som maskinlæring, peer group analyse mv. til automatisk at afdække, hvilke indsatser, der bør igangsættes for den enkelte borger. Dette kan fx foregå, når akutsygeplejerskerne tilser borgeren første gang, og det kan også foregå præventivt i andre funktioner såsom forebyggelsesteam, behandlingsteams etc.

Prædiktion af genindlæggelser

Der er et stort uudnyttet potentiale i at udvikle analytiske modeller, der kan give præcise vurderinger af risikoen for genindlæggelser for hvert enkelt borger. Sådanne løsninger er kendt fra udlandet, blandt andet Blue Shield i USA. En udfordring er, at hver enkelt genindlæggelse kan adskille sig fra andre genindlæggelser på forskellige områder. Det betyder fx meget for, hvilke informationer om borgeren, der videregives på tværs af sektorer, afhængig af om en genindlæggelse foretages af en hjemmesygeplejerske eller en praktiserende læge.

For at kunne lave ensartede risikovurderinger på tværs af forskellige kategorier som fx henvisningsårsagen, er det vigtigt at sikre, at de nødvendige informationer kan indeholdes i datamodellen. Aktuelt er FSIII den fælleskommunale datamodel for strukturering og kategorisering af data.

Der kan baseret på modellerne 1-3 (jf. afsnit 11) opstilles en datamodel, der understøtter forskellige prædiktive analyser for forskellige kategoriseringer af borgere. Dette kan hjælpe akutfunktionen til at prioritere ligeligt imellem borgerne – også når borgerne har forskellige dataprofiler. Perspektivet er centralt, da det åbner op for muligheden for at opbygge en prioritering med et antal subprioriteringsmodeller afhængigt af, hvad der er tilgængeligt af data for de forskellige borgergrupper. Er en borger fx henvist fra et hospital, vil det være muligt at tildele risikoscoren information fra hospitalets journal. Hvis borgeren er henvist fra hjemmesygeplejersken, vil der være andre kilder til risikoscoren. Det efterlader en risiko for, at de to borgere risikovurderes på et uens grundlag.

De forskellige risikoscenarier kan sammenlignes på tværs af kategorier ved hjælp af avanceret analyse, og dermed give akutfunktionen et samlet risikobillede af borgerne. Dermed kan der prioriteres korrekt.

Dataetiske overvejelser

Dataetisk er det afgørende at få afklaret, hvorvidt anvendelsen af en datakilde er relevant. Ligeledes er det nødvendigt at dokumentere sammenhænge imellem de data, der anvendes i analysen, og den effekt der kan måles.

En datamodel indeholder en række datavariabler. Dette kan fx være tidlige indlæggelsehistorik, demografiske oplysninger, somatiske forhold osv. Hvert af disse datavariabler bidrager med et antal points til en samlet score. En datamodel opsættes sådan, at påvirkningen fra den enkelte datavariabel kan måles på det mål, som ønskes undersøgt. Risikoen for en genindlæggelse af ældre borger vil således være en score, hvor forskellige datavariabler påvirker med forskellig vægtning.

For at kunne prædiktere en hændelse for en borger, som modtager behandling af akutfunktionen, skal det være muligt at identificere, hvilke variabler, der bidrager til forklaringen af den pågældende prædiktion. Derigennem vil akutfunktionen være i stand til at tildele hver borger en risikoscore.



13. Bilag

DEFINITIONER

Borgere

Borgere benyttes både om ældre mennesker, der bor i egen bolig, på plejecenter eller opholder sig på en akutplads.

Hjemmepleje

Den kommunale praksis er indrettet forskelligt ift. organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. I nærværende udgivelse benyttes hjemmepleje som en beskrivelse af den organisatoriske enhed, der hjælper borgeren med personlig pleje, praktiske gøremål mv. Der er primært tale om medarbejdere, som er uddannet enten social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmepleje dækker i nærværende udgivelse over såvel kommunale og private leverandører¹⁵.

Hjemmesygepleje

Hjemmesygeplejen benyttes som organisatorisk begreb til at beskrive handlinger, som primært er udført af sundhedsfagligt personale. Dette er primært medarbejdere uddannet som sygeplejersker eller eventuelt social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmesygepleje dækker i nærværende udgivelse over både kommunale og private leverandører⁵.

Plejecenter

Et plejecenter dækker fx over forskellige boformer såsom plejehjem efter serviceloven og plejeboliger efter almenboligloven⁵.

Akutfunktion

Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens, Danske Regioners og KL's fælles definition af sub-akutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser fra december 2012¹⁶.

"Akut indsats" defineres som "indsats leveret inden for få timer".

"Subakut indsats" defineres som "indsats leveret næste dag".

Der er dog udelukkende fokus på den sygeplejefaglige indsats i kommunale akutfunktioner. Den rehabiliterende indsats, der fx kan tilbydes af ergo- og fysioterapeuter i de kommunale akutfunktioner, berøres ikke i nærværende analyse.

Validitet

Validitet, også betegnet som gyldighed, korrekthed, sandhed. Inden for de empiriske og specielt eksperimentelle videnskaber stilles krav om et eksperiments, en målings eller en tests validitet, dvs. at der eksperimenteres med, måles eller testes det, man har til hensigt¹⁷.

Reproducerbarhed

Reproducerbarhed, graden af overensstemmelse mellem resultater af målinger af den samme målestørrelse udført under forskellige målebetingelser, fx med forskellige måleprincipper, målemetoder, operatører, måleinstrumenter eller under forskellige omgivelsesbetingelser¹⁸.

Fælles Akut Modtagelse

Betegnelsen "fælles akutmodtagelse" dækker over en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse. Akutmodtagelsen er bemannet med læger, sygeplejersker og andet personale¹⁹.

Forebyggelige genindlæggelser

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår²⁰.

Genindlæggelse

Genindlæggelse er defineret som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse²⁰.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen 2017. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Version 1.0.

¹⁶ Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter, KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen, 2012.

¹⁷ Mogens Hansen: validitet i Den Store Danske, Gyldendal. Hentet 4. juni 2019 fra www.denstoredanske.dk/index.php?sideId=178103.

¹⁸ Lars Nielsen: reproducerbarhed i Den Store Danske, Gyldendal. Hentet 4. juni 2019 fra www.denstoredanske.dk/index.php?sideId=150461.

¹⁹ Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2014. Faglig gennemgang af akutmodtagelserne. Version 1.0.

²⁰ Sundheds- og Ældreministeriet 2018. Beskrivelse af indikatorer - de nationale mål. Version 1.0.



OVERSIGT OVER FÆLLES SPROG III KLASSIFIKATIONER²¹

FSIII Henvendelse/henvi sning fra	FSIII Funktionsevneområder	FSIII Helbredsområder	FSIII Funktionsniveau	FSIII Udførelse	FSIII § (Retsgrundlag)	FSIII Resultat af opfølgning
Borger	Egenomsorg	Funktionsniveau	0 Ingen / ubetydelige begrænsninger	Udfører selv	SEL § 83	Fortsættes
Pårørende	Praktiske opgaver	Bevægapparat	1 Lette begrænsninger	Udfører dele af	SEL § 83A	Ændres inden for rammen
Sagsbehandler, anden forvaltning	Mobilitet	Ernæring	2 Moderate begrænsninger	Udfører ikke selv	SEL § 84 stk. 1	Afsluttes
Hjemmeplejen	Mentale funktioner	Hud og slimhinder	3 Svære begrænsninger	Ikke relevant	SEL § 84 stk. 2	Revisitation
Hjemmesygeplejen	Samfundsliv	Kommunikation	4 Totale begrænsninger		SEL § 86 stk. 1	
Træning		Psykosociale forhold	9 Ikke relevant		SEL § 86 stk. 2	
Sundhedsfremme og forebyggelse		Respiration og cirkulation			SUL § 138	
Anden kommune		Seksualitet		Oplever ikke begrænsninger		
Egen læge/vagt læge		Smerter og sanseindtryk		Oplever begrænsninger		
Speciallæge		Søvn og hvile				
Sygehus - kirurgisk		Viden og udvikling				
Sygehus - medicinsk		Udskillelse af affalds stoffer				
Sygehus - psykiatrisk						
Sygehus - akutmodtagelse						
Andre						
FSIII Funktionsevnetilstande	FSIII Servicelov indsatskatalog	FSIII Helbredstilstande	FSIII Sundhedsliv indsatskatalog	FSIII Generelle oplysninger		
Vaske sig	Koordinerende 0-ydelse	Problemer med personlig pleje	Sygeplejefaglig udredning	Mestring		
Kropspleje	Generel 0-ydelse	Problemer med daglige aktiviteter	Opfølgning	Motivation		
Af- og påklædning	Aflastningsophold uden for hjemmet	Problemer med mobilitet og bevægelse	Koordinering	Ressourcer		
Drikke	Afløsning i hjemmet	Problemer med væskeindtag	Generel 0-ydelse	Roller		
Fødeindtagelse	Ernæring	Problemer med fødeindtag	Anlæggelse og pleje af kateter	Vaner		
Spise	Genoptræning af funktionsnedsættelse	Uhensigtsmæssig vægtændring	Behandling med ortopædiske hjælpemidler	Uddannelse og job		
Varetagelse egen sundhed	Hverdagens aktiviteter	Problemer med overvægt	Behandling og pleje af hudproblem	Livshistorie		
Gå på toilet	Indkøb	Problemer med undervægt	Behandling og pleje af mave-tarmproblem	Netværk		
Lave husligt arbejde	Madservice	Problemer med kirurgisk sår	Cirkulationsbehandling	Helbredsoplysninger		
Lave mad	Midlertidig ophold	Problemer med diabetisk sår	Dialyse	Hjælpemidler		
Udføre daglige rutiner	Mobilitet	Problemer med cancersår	Dræning	Boligens indretning		
Skaffe sig varer og tjenesteydelser	Personlig hygiejne	Problemer med tryksår	Ernæringsindsats			
Læfte og bære	Praktisk hjælp efter §84	Problemer med arterielt sår	Forflytning og mobilisering			
Bevæge sig omkring	Praktiske indsatser i relation til børn i husstanden	Problemer med venøst sår	Ittbehandling			
Bruge transportmidler	Rengøring	Problemer med blandingssår	Inkontinensbehandling			
Færden i forskellige omgivelser	RH Ernæring	Problemer med traumesår	Intravenøs medicinsk behandling			
Forflytte sig	RH Hverdagens aktiviteter	Andre problemer med hud og slimhinder	Intravenøs væskebehandling			
Ændre kropsstilling	RH Indkøb	Problemer med kommunikation	Kompressionsbehandling			
Muskelstyrke	RH Mobilitet	Problemer med socialt samvær	Medicinadministration			
Gå	RH Personlig hygiejne	Emotionelle problemer	Medicin dispensering			
Udholdenhed	RH Praktiske indsatser i relation til børn i husstanden	Problemer med misbrug	Nonfarmakologisk smertelindring			
Anvende kommunikationsudstyr- og teknikker	RH Rengøring	Mentale problemer	Oplæring			
Hukommelse	RH Tilberede/anrette mad	Respirationsproblemer	Parenteral ernæring			
Orienterings evne	RH Tilsyn/omsorg	Cirkulationsproblemer	Personlig pleje			
Overordnede kognitive funktioner	RH Tøjvask	Problemer med seksualitet	Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler			
Følelsesfunktioner	RH Udskillelser	Akutte smerter	Psykiatrisk pleje			
Energi og handlekraft	Tilberede/anrette mad	Periodevise smerter	Psykisk støtte			
Tilegne sig færdigheder	Tilsyn/omsorg	Kroniske smerter	Rehabilitering			
Problemløsning	Tøjvask	Problemer med lugtesans	Respirationsbehandling			
Have lønnet beskæftigelse	Udskillelser	Problemer med følesans	Respiratorbehandling			
	Vedligehold af færdigheder	Problemer med synssans	Samarbejde med netværk			
		Problemer med hørelse	Sekretsuqning			
		Problemer med smagssans	Sondeernæring			
		Døgnrytmeproblemer	Stomipleje			
		Søvnproblemer	Støtte til ADL-aktivitet			
		Problemer med hukommelse	Subkutan væskebehandling			
		Problemer med indstøt i behandlingsformål	Supplerende udredning			
		Problemer med sygdomsindsigt	Særlig kommunikationsform			
		Kognitive problemer	Sårbehandling			
		Problemer med afføringsinkontinens	Trakeostomipleje			
		Problemer med vandladning	Undersøgelser og måling af værdier			
		Problemer med urininkontinens	Vejledning			
		Problemer med mave og tarm	Væske per os			

²¹ Fælles Sprog III Klassifikationer (hentet 20. juni, 2019 på HYPERLINK "http://www.fs3.nu/dokumenter/klassifikationer" www.fs3.nu/dokumenter/klassifikationer).

CARVE CONSULTING
Nørre Voldgade 11, 2.
DK-1358 Copenhagen K

info@carve.dk
CVR: 35 21 19 42

