

Oplæg omkring Tidlig Opsporing Social Omsorg Hedensted Kommune

I forbindelse med Social Omsorgs strategi for at nedbringe antallet af forebyggelige (gen)indlæggelser, op startes et pilotprojekt i Frit Valg Midt. Erfaringer fra pilotprojektet inddrages, når projektet tænkes implementeret i hele Social Omsorg (se vedlagte projektbeskrivelse). Handicap er inddraget og der vil blive lavet en tillempet model¹. Psykiatri er kontaktet, men vil ikke på nuværende tidspunkt indgå i projektet, men der er aftalt, at man vil mødes igen når projektet er i gang.

Hovedformål:

- 1: En reorganisering af eksisterende organisation og implementering af nye arbejdsgange, som fremmer tidlig opsporing og sammenkæder tidlig opsporing og rehabilitering.
2. Implementere en digital løsning til forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.
3. Sikre implementering af Telemedicin og videokonference.

Den digitale løsning bygger på nogle samlede værktøjer til systematiske observationer hos borgere, som er anbefalet af Sundhedsstyrelsen og Region Midt².

De første digitale værktøjer, som tænkes implementeret i 2016 og 2017, består af "Triagemodel" og "Ændringsskema". De resterende værktøjer, som f.eks. Ernæringscreening, Depressionsskala, Stole/gang test m.m. tænkes implementeret i 2018.

Hvad er Triagemodellen?

Triagebegrebet er et arbejdsredskab til at registrere og inddele borgere, således at de borgere med størst behov, får øget opmærksomhed og målrettet pleje og behandling. Hermed vil man hurtigere kunne opspore og forebygge tilstande, som på sigt medfører indlæggelse, funktionstab eller forværring af sygdom. Triage synliggør visuelt borgernes aktuelle tilstand for personalet og skærper opmærksomheden mod de borgere, hvor der er ændringer i almentilstanden.

Herved sker der hurtigere udredning og målrettede, forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Borger og kontaktperson laver sammen, evt. med borgerens netværk, et habitualskema, som ud fra hverdagsobservationer³, beskriver borgerens normale funktionsniveau.

Hvis borgeren herefter udviser begyndende tegn på ændringer i funktionstilstanden, udfylder frontmedarbejderen⁴ et ændringsskema sammen med borgeren og evt. borgerens netværk via medarbejderens telefon eller tablet. Ændringsskemaet bygger på hverdagsobservationerne i habitualskemaet.

Ud fra ændringsskemaets spørgsmål, tildeles borgeren en farvekode: **Grøn**: habitualltilstand **gul**: en eller flere ændringer **rød**: en eller flere markante ændringer.

Efter ændringsskemaet er udfyldt og gemt, registreres ændringerne og farvekoden umiddelbart digitalt på en elektronisk oversigtstavle, hvor gruppens borgere figurerer. Farveinddelingen af borgerne betyder, at personalet visuelt kan se hvilke triageniveauer borgerne befinder sig i og hos hvilke der er observeret ændringer i habitualltilstanden, som der skal handles og følges op på. Hvis borgeren scorer rødt eller ved tvivlstilfælde kontaktes sygeplejersken telefonisk ellers drøftes ændringerne på det daglige

¹ Rugmarken, Egespring og Syrenvænget inddrages, da det er bofællesskaber hvor der findes borgere med komplekse problemstillinger, som kan profitere af Tidlig Opsporing

² <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/> og 'Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger" Udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2013 <http://www.sst.dk/~media/552BAE10B18B483A890F988C9FE0DEEF.ashx>

³ Bygger på hverdagsobservationer i Hjulet som spise/drikke, socialt, medicin m.m. se fodnote 1

⁴ SOSU, SOSA, sygeplejerske, pædagog etc.

triageringsmøde (der udformes en klar kørebog for processen til personalet). Når borgerens habitualtilstand er genoprettet, flyttes borgeren tilbage til triagens grønne niveau eller habitualtilstanden justeres.

Hvad er Habitualtilstand?

Det er den almene tilstand eller det funktionsniveau, som borgeren har, inden der tilkommer eventuelle ændringer. Habitualtilstanden skal borgeren helst vende tilbage til igen efter overstået sygdom. En del af de borgere, som er inkluderet i projektet (borgere der får ydelser efter Serviceloven og Sundhedsloven) har nedsat funktionsniveau og almen tilstand på grund af kronisk sygdom eller alderdom. Habitualtilstanden vil derfor skulle vurderes og justeres løbende.

Ressourcer.

- Indkøb af licenser, vedligehold og service
- Indkøb af skærme
- Indkøb af nye telefoner og tablets
- Undervisning
- Implementering af ændrede arbejdsrutiner

Se endvidere vedlagte økonomiberegning.

Hvorfor er den digitale løsning mest hensigtsmæssig?

Projektgruppen har været i kontakt med flere kommuner, som har erfaring med ikke digital og digital løsning for tidlig opsporing. Kommunernes erfaring viser er, at den digitale løsning er den mest brugervenlige, effektive og håndterbare.⁵ KL anbefaler ligeledes en digital løsning⁶

Erfaringerne fra kommuner med ikke digital løsning:

- Der bliver en meget stor mængde papirskemaer eller skemaer i omsorgssystemet, som hæmmer overblik og implementering
- Der sker manglende registrering på tavlen, idet alle gule og røde ændringer skal telefoneres til enten sygeplejerske eller planlægger. Vedkommende skal derefter huske at registrere ændringerne på tavlen, når vedkommende kommer ind på personale kontoret.
- Registreringen på tavlen er uoverskuelig, idet der skal bruges papirlapper, magneter eller lignende
- Der sker en meget stor stigning i telefonopkald, idet alle registreringer skal telefonisk registreres hos enten sygeplejerske eller planlægger
- Manglende motivation og manglende implementering hos personalet grundet nedsat brugervenlighed

Flere af disse kommuner har valgt at indføre den digitale model.

Erfaringerne med den digitale løsning er, at:

- Registreringerne er brugervenlige, indbydende og de gemmes digitalt. Der bygges på principper, som medarbejderne kan håndtere og som de kender fra deres privatliv via Smartphones og tablets. Det har medført en god implementering

⁵ Der er indhentet erfaringer fra Allerød Kommune, Syd Djurs Kommune, Silkeborg Kommune, Horsens, Skanderborg Kommune samt fokus interviews af kommuner der bruger digital løsning foretaget af leverandør. Nuværende er der 30 kommuner der bruger den digitale løsning, men flere er undervejs.

⁶ KL notat 2013 http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_62709/cf_202/Plan_for_implementation_af_v-rkt-er.PDF

- Der sker en automatisk og umiddelbar registrering af triageringen på oversigtstavlen, som er synlig og meget visuel for personalet
- Fejl og misforståelser mellem faggrupper og vagter minimeres. Der opnås en skærpet opmærksomhed, der sker en hurtigere indsats og en forbedret tværfaglig koordinering
- Der er kun behov for telefonopkald ved røde borgere eller ved tvivlstilfælde
- Der er blevet mulighed for at have et samlet overblik over alle borgere i kommunen, som scorer gult og rødt. Dette bruges bl.a. af den vagthavende sygeplejerske, som hurtigere kan prioritere og organisere opgaverne. Endvidere kan Akut Teamet via et Call Center⁷ tage en opgave, hvorved samarbejdet mellem den vagthavende sygeplejerske og Akut Teamet kvalificeres. Det har medført en mere effektiv brug af Akut Teamets ressourcer, en effektiv måde at have overblik over indsatserne for de truede borgere og en højnet tværfaglig personaleindsats
- De digitale statistikker har givet et stringent og klart overblik over borgernes sundhedstilstand og forebyggelige indlæggelser. Ifølge Allerød Kommune, har man i nogle kommuner indført værktøjet til at gælde alle borgere i kommunen, der får en kommunal indsats. Det giver et større overblik og er et væsentligt ressourceredskab for kommunen som helhed
- En platform for telemedicin og videosamtaler

Flere kommuner har set et fald i antallet af genindlæggelser inden for gruppen af forebyggelige diagnoser, herunder Allerød Kommune. Der er en del kommuner der ikke har validerede tal endnu, men som ligeledes kan se tendenser til et fald i forebyggelige (gen)indlæggelser.

Kommunerne oplever et fagligt løft hos personalet, større tværfaglighed, forbedret faglig kommunikation og større arbejdsglæde.

Borgeren og dennes netværk inddrages mere, idet udfyldelse af habitual- og ændringsskema foregår hos borgeren. Farvekoden gør det mere overskueligt og forståeligt for borgeren og dennes netværk.

Inddragelse af borgeren og netværk.

Borgeren og dennes netværk er dem, som bedst ved, hvordan han/hun plejer at fungere og have det. Derfor er erfaringerne fra kommunerne, at det er vigtigt, at borgeren og de pårørende inddrages i projektet og samarbejder omkring de nye arbejdsgange og de faglige overvejelser, som vil ligge til grund for de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser.

Triagering af terminale.

Terminale borgere registreres og triageres også med henblik på at forebygge komplikationer og u hensigtsmæssige indlæggelser. Det tilstræbes, at borgeren scorer grønt, som for den terminale borger vil være det stabile og forudsigelige forløb og som vil gå over til en kompenserende pleje.

⁷ Call Center i den digitale løsning er, at man kan booke sig ind på en opgave og det synliggøres for samarbejdspartnere