



PROJEKTBESKRIVELSE

Partnerskabsprojekt om dokumentation af hjemmesygepleje

Den 10. Januar 2010

Ref TJJ

tjj@kl.dk

Dir 3370 3489

Weidekampsgade 10

2300 København S

Tlf 3370 3370

Fax 3370 3371

www.kl.dk

Side 1/

1. Baggrund og formål

KL gennemførte i 2010 sammen med en række kommuner et strategiprojekt om dokumentation af hjemmesygeplejen. Projektet resulterede i ny fælles viden og dokumentation for indsatsen i hjemmesygeplejen, men projektet viste også, at der er behov for, at kommunerne samarbejder om at udvikle den fremtidige dokumentation af hjemmesygeplejen.

Hvorfor udvikle dokumentation af hjemmesygepleje?

Kommunerne vil også i de kommende år opleve et betydeligt pres på hjemmesygeplejen. Der vil komme flere, nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver ud i kommunerne og det vil medføre et øget behov for at kunne arbejde strategisk og målrettet med prioritering af indsatserne. Strategiprojektet fra 2010 har vist, at den nuværende dokumentation ikke i tilstrækkelig grad kan danne baggrund for den nødvendige prioritering. Samtidig er der brug for at udvikle den kommunale dokumentation for at kunne følge og påvise, at kommunerne i stigende grad løse nye og mere komplekse opgaver.

Endelig har strategiprojektet vist, at der er brug for at udvikle en ny dokumentationspraksis som sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke "skjules" som delegeret sygepleje i hjemmeplejeydelser efter serviceloven.

Det er både nødvendigt og fagligt godt at delegerer ydelser fra hjemmesygeplejersker til andre faggrupper, men det er vigtigt, at ydelserne uanset hvem der leverer dem, forsat dokumenteres som ydelser efter sundhedsloven og ikke som i dag "skjules" i den socialfaglige indsats efter serviceloven.

Den nuværende praksis, hvor mange delegerede sygeplejeydelser bevilges som hjemmepleje bidrager endvidere til uklarhed om borgernes retssikker-

hed og uklarhed på, hvor og hvordan det sundhedsfaglige ansvar er placeret i organisationen.

Når en sygeplejeindsats efter sundhedsloven delegeres til en anden faggruppe og ved delegationen bliver til en plejeopgave efter serviceloven så er det uklart for både borger og medarbejder, at det forsat er reglerne om delegation, sundhedsfagligt ansvar og patientsikkerhed der er gældende.

Sygeplejeydelser efter sundhedsloven er omfattet af reglerne om patientsikkerhed, herunder ret til erstatning mv. og det overordnede ansvar for den sundhedsfaglige indsats er placeret hos kommunalbestyrelsen.

Ved delegation fra sygeplejersker til andre faggrupper har den sygeplejerske, der delegerer opgaven ansvaret for at tage stilling til, at det er forsvarligt at delegerer opgaven og at den der delegeres til kan magte opgaven. Kommunalbestyrelsen har det overordnede sundhedsfaglige ansvar for opgaven også når den er delegeret.

Bedre og mere struktureret anvendelse af eksisterende data.

En væsentlig forudsætning og krav til projektet vil være, at der i størst mulig omfang tages afsæt i bedre og mere systematisk dokumentation af eksisterende data, og at nye data skal kunne tilvejebringes med et minimum af ekstra tid til administration.

Erfaringerne fra det hidtidige arbejde med dokumentation af hjemmesygepleje har vist, at en stor del af de data, der er brug for at indsamle systematisk allerede findes i dag, men desværre i en form, der gør, at de ikke kan anvendes struktureret.

Hjemmesygeplejerskerne fører omfattende journaler på den enkelte borger, men journaler skrives i prosaform og prosatekst kan ikke anvendes til en struktureret opsamling af data på tværs af borgerjournaler.

I nedenstående eksempel ses, hvordan prosateksten indeholder væsentlige oplysninger om symptomer, diagnoser og indsatser – data som vi har brug for at kunne opsamle til fælles ledelsesinformation.

Eksempel på uddrag af borgerjournal

Fru Hansen søger om mere hjemmehjælp, da hun oplever, at der er flere og flere opgaver hun ikke længere magter på grund af et svigtende syn.

Fru Hansen er 65 år og har haft diabetes 1 siden sin ungdom. Fru Hansen har haft hjemmehjælp til enkelte praktiske opgaver, primært rengøring siden 2004. Fru Hansen er meget påvirket af sin diabetes sygdom som har resulteret i flere følgesygdomme.

Fru Hansen har altid haft svært ved at regulere sine blodsukre, primært fordi hun ikke har ønsket / magtet at vælge en kost, der er velegnet for diabetespatienter. Hun er meget glad for søde sager og spiser meget uregelmæssigt. Borgerens kostvaner har resulteret i en betydelig overvægt og fru Hansen vejer i dag 120 kg og hendes højde er 1.65 m.

Udover den praktiske hjælp har fru Hansen gennem flere år haft hjemmesygepleje, hjemmesygeplejen udfører med jævne mellemrum blodsukkermåling, hjælper med insulinen, yder rådgivning og vejledning samt sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til diabetes og i lange perioder ydes der endvidere sårpleje da fru Hansen tilbagevendende får sår på sine fødder og underben.

Herunder ses et konkret eksempel på, hvordan relevante data kan dokumenteres i datafelter frem for prosatekst. Med en sådan struktur for dokumentation er det muligt at genere ledelsesinformation på tværs af journaler uden, at der reelt er tale om en øget mængde af data.

Den fremtidige dokumentation baseret på datafelter:

Symptomer	Diagnoser	Målinger	Hjemmehjælp	Hjemmesygepleje
Overvægt	Diabetes 1	Kontrol af vægt	Praktisk hjælp 1 time én gang ugt. Samt lettere hjælp til indkøb og tøjvask	Pr. 010104 <ul style="list-style-type: none"> Hjælp til medicin håndtering Hjælp til insulin Hjælp til BS-måling
For høje blodsukker-værdier	Diabetiske fodsår	Beregning af BMI		100505 – 150605 Sårpleje 030407 – 081007 Sårpleje 201009 – 060509 Sårpleje
Hævede ben	Svagt syn	Blodsukkermålinger		100505 – 010806 Sundhedsfremme og forebyggelse

Hvordan kan der opnås en bedre dokumentation?

Strategiprojektet fra 2010 resulterede i konkrete anbefalinger for, hvordan kommunerne kan tilvejebringe et væsentligt bedre og validt dokumentationsgrundlag.

Anbefalingerne til bedre dokumentationspraksis retter sig både mod kommunernes behov for at udvikle, styre og prioritere indsatserne på hjemmesygeplejeområdet og det nationale behov for at kunne dokumentere udviklingen på hjemmesygeplejeområdet med fokus på vækst og tilgang i nye og mere komplekse opgaver.

Formålet med dette partnerskabsprojekt er at støtte interesserede kommuner i at implementere anbefalingerne fra strategiprojektet 2010 og samtidig løbende indsamle og analysere data fra de deltagende kommuner.

Kommunerne vil i varierende omfang have brug for at foretage organisatoriske og/eller styringsmæssige ændringer for at kunne implementere anbefalingerne. KL vil sammen med den enkelte kommune i projektet drøfte og indgå aftale om, hvilke ændringer kommunerne ønsker at gennemføre.

Projektet organiseres som et partnerskabsprojekt fordi hjemmesygeplejen og dokumentation af samme har stor bevågenhed i alle kommuner og KL's erfaringer er, at kommunerne generelt udviser stor interesse for at deltage i projekter om udvikling af hjemmesygeplejen.

Styrken ved partnerskabsmodellen er endvidere, at kommunerne i fællesskab og med støtte fra KL's konsulenter udvikler nye arbejdsgange og metoder. Dermed opnås der effektivitet i udviklingsarbejdet og rammer for løbende erfarings- og vidensdeling mellem kommuner.

Partnerskabsprojektet er endvidere kendetegnet ved at have både et politisk og et administrativt ben for at sikre såvel politisk som administrativ forankring.

Netop på hjemmesygeplejeområdet, hvor der i disse år og de kommende mange år vil ske en markant udvikling vurderer KL, at det er meget relevant at samle både politiske og administrative kræfter om udviklingsarbejdet.

Anbefalinger, der skal implementeres:

Der skal skabes et dokumentationsgrundlag der sikrer dokumentation af sammenhæng mellem:

Diagnose – henvisningsårsag – henvisningskilde - indsats

Det forudsætter at:

1. Kommunerne skal opprioritere dokumentation af sundhedsydelser, særligt hjemmesygeplejen
2. Der er behov for fælles kommunale standarder for, hvad og hvordan der skal dokumenteres på hjemmesygeplejeområdet – fælles indsatskatalog kan være én standard

3. Det sundhedsfaglige fokus skal styrkes bl.a. gennem konsekvent brug af aktionsdiagnose (den diagnose, der udløser behov for hjemmesygepleje). To ud af tre EOJ-systemer kan allerede i dag håndtere diagnoser i mindre omfang, men projektgruppen har ikke kendskab til kommuner, der anvender funktionen.
4. Der skal styr på de delegerede sygeplejeydelser. Delegerede sygeplejeydelser skal alene bevilges efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Delegerede sygeplejeydelser skal kunne genfindes og følges.
5. Styringsværktøjer skal harmoniseres mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje så opgaver kan delegeres og tilrettelægges ud fra LEON-principperne
6. Der skal indføres styringsværktøjer, der sikrer kontinuerlig overvågning med udviklingen af hjemmesygeplejen på kvantitativt og kvalitativt
7. Delegerede ydelser efter sundhedsloven bør indarbejdes i kontrakter med Frit-valgs leverandører på ældreområdet. Der vil formodentlig være forskellige ønsker og behov fra kommune til kommune og fra leverandør til leverandør, men som minimum bør leverandørerne kunne varetage enkle og ukomplicerede opgaver som fx at hjælpe borgerne med at indtage medicin eller tage kompressionsstrømper på

Som udgangspunkt forventes det, at de deltagende kommuner bidrager med implementering inden for alle anbefalinger. Der vil imidlertid være forskellige lokale behov for omfanget af implementering af de enkelte anbefalinger.

For at projektet samlet kan bidrage til det overordnede formål vil det være et krav, at alle projektkommunerne vil arbejde aktivt med implementering af anbefalingerne 1 – 4.

For anbefalingerne 5 – 7 gælder, at der kan tages individuelle hensyn til, hvor langt den enkelte kommune ønsker at bidrage med implementering.

2. Hovedresultater og forslag til succeskriterier

Resultatmål

- At projektets kommuner individuelt og samlet kan dokumentere udviklingen i hjemmesygeplejen uanset, hvor i kommunen, der leveres hjemmesygepleje
- At et nyt dokumentationsgrundlag for hjemmesygeplejens virke understøtter de kommunale beslutnings- og prioriteringsgrundlag

Forslag til succeskriterier

- At minimum 20 kommuner deltager i projektet
- At 70% af projektets kommuner har implementeret alle anbefalinger ved projektets afslutning.

3. Tids- og handleplan

Projektet organiseres som et to-årigt projekt for at skabe tilstrækkelig tid til både udvikling og erfaringsopsamling.

1. kvartal 2011	<ul style="list-style-type: none">• Udfærdigelse og godkendelse af projektbeskrivelse og rekruttering af kommuner.
2. kvartal 2011	<ul style="list-style-type: none">• Politiske og administrative opstartsmøder• Møde med eoj-leverandører om udviklingsmuligheder i eksisterende eoj-løsninger• Individuelle aftaler med de deltagende kommuner om implementeringsbehov og plan for implementering.• Indhente tilgængelige data fra kommunerne
3. kvartal 2011	<ul style="list-style-type: none">• Administrativt fællesmøde om status og udfordringer i implementeringen.• Udvikling af nye arbejdsgange og metoder i samarbejde med kommunerne og eoj-leverandørerne• Indhente tilgængelige data fra de deltagende kommuner.• Bearbejdning og analyse af

	nye data
4. kvartal 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Status og opsamling i de enkelte kommuner og plan for det videre arbejde. • Forsat udvikling af nye arbejdsgange og metoder • Politisk statusmøde • Indhente tilgængelige data fra kommunerne
1. kvartal 2012	<ul style="list-style-type: none"> • KL udfærdiger metodehåndbog som efterfølgende drøftes og godkendes i den administrative gruppe. • Individuel støtte og sparring til den lokale implementering – alle kommuner forventes at kunne leverer relevante data • Indhente tilgængelige data fra kommunerne
2. kvartal 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Indhente, analysere og bearbejde data for den enkelte kommune og for samlet for projektkommunerne • Politisk statusmøde og præsentation af foreløbige resultater.
3. kvartal 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Inddragelse af eksterne interessenter m.h.p præsentation og validering af datagrundlag • Administrativt møde med fokus på opsamling af viden og erfaringer fra de deltagende kommuner
4. kvartal 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Indhente, analysere og bearbejde data for den enkelte kommune og for samlet for projektkommunerne • Fælles politisk og administrativt seminar med præsentation af projektets resultater • Evaluering

4. Budgetestimat og ressourceforbrug

KL's konsulenter bidrager løbende i projektperioden med konsulenttydelser i form af rådgivning, vejledning, opsamling og bearbejdning af data samt udarbejdelse af div. metodeværktøjer. Kommunerne bidrager til finansiering af KL's konsulenttydelser gennem en deltagerbetaling på 40.000 kr. pr år. Deltagerbetaling dækker udover de enkelte indsatser i tids- og handleplanen også forplejning på de planlagte møder. Kommunerne afholder selv udgifter til transport til møder.

Kommunerne i projektet kan tilkøbe konsulenttydelser udover de i tids- og handleplanen beskrevne konsulentopgaver.

5. Forslag til organisering

1. Sammensætning af projektets styregruppe

I projektets styregruppe indgår to politiske og to administrative repræsentanter fra deltagerkommunerne samt KL's projektejer, projektleder er sekretær for styregruppen.

2. Projektejer

Kontorchef Peter Kjærsgaard, KL

3. Projektleder

Chefkonsulent Tina Jørgensen, KL

4. Politisk projektgruppe

Den politiske projektgruppe består af en politisk repræsentant fra hver kommune

5. Administrativ projektgruppe

Den administrative projektgruppe består af 1-2 repræsentanter fra hver kommune