

Skema 2: Beskrivelse af projektet

1. Projektets titel
Datadrevet forebyggelse sammen med borgerne og om borgerne
2. Hovedansøger
Kerteminde Kommune
3. Hvilket/hvilke tema(er) fra værdighedspolitikkerne tager projektet afsæt i? Sæt minimum ét kryds
<input checked="" type="checkbox"/> Livskvalitet <input checked="" type="checkbox"/> Selvbestemmelse <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen <input type="checkbox"/> Mad og ernæring <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> En værdig død <input type="checkbox"/> Bekæmpelse af ensomhed
4. Resumé af projektet (max 15 linjer)
<p>Med udgangspunkt i ønsket om, at borgerne i hjemmeplejen i Kerteminde Kommune skal opleve mere nærhed og omsorg, vil vi i dette projekt sætte særligt fokus på tværfaglighed, på dokumentationspraksis samt på et fornyet mind-set hos ledere og alle medarbejdere.</p> <p>Det nytænkende og innovative bliver for os, at vi tager afsæt i helt konkrete data som kobles med Borgerprofiler. Derudfra udvikler vi arbejdsprocesser og definerer opgaver med det klare formål at forbedre livskvaliteten for den enkelte borger i plejen. Vi ønsker en faktabaseret, systematisk, struktureret og kompetent tilgang i visitation, rehabilitering, og levering af hjemme- og sygeplejeydelser. Planlægningsarbejdet, samarbejdet og koordineringen på tværs bliver et særskilt fokuspunkt, og vi ser det som essentielt for opnåelse af succes med projektet. Projektet er af pædagogiske årsager planlagt som 3 forbedringsforløb (PDSA) i forlængelse af hinanden. De 3 spor dokumenteres, evalueres, justeres og effektmåles løbende og integreres/samles i slutfasen.</p> <p>Ledere og medarbejdere fra alle områder har været med til at definere projektets målsætninger, og der er bred opbakning og et stort ønske om forandring. For at sikre en blivende kulturændring, skal vi træne og implementere ude i plejen vha. 4 forbedringsteams med "spillende trænere" (forbedringskonsulenter) som facilitatorer.</p>
5. Beskriv baggrunden for projektet, herunder det udviklingsområde/den problemstilling projektet tager afsæt i samt hvilken viden / hvilke erfaringer projektet bygger på
<p>Datadrevet forebyggelse sammen med borgerne og om borgerne tager afsæt i vores strategi og vision for de næste år (jvf. bilag 1). Målet for ældreplejen er det gode og tværfaglige sammenhængende borgerforløb og en målrettet rehabiliterende tilgang som støtter borgernes egne ressourcer. I projektet vil vi arbejde med hjemmeplejen, sygeplejen og visitationen og udvikle de eksisterende og nye arbejdsgange, samarbejdsprocesser og mind-set som understøtter dette mål.</p> <p>Udviklingsområder:</p> <p>Ny data viser, at vi er bedre end gennemsnittet af kommuner til at have kontakt til borgerne, inden de kommer i plejebolig (jf. bilag 2 om Plejeboliger i Kerteminde Kommune). Vi kender vores ældre medborgere godt og støtter dem med en bred palette af forebyggende tilbud, mens de stadig bor i egen bolig. Alligevel er det vores vurdering, at livskvaliteten ikke er så god, som den kunne og burde være. Vi oplever mange ældre som mister overblikket og som ikke kan gennemskue deres livssituation; de bliver passive og afventende i større eller mindre grad, fordi forløb i ældreplejen ofte ikke er koordinerede således, at de giver mening for borgeren.</p> <p>Medarbejderne i plejen bekræfter situationen, men kan ikke umiddelbart se, hvordan det kan ændres. De er optagede af kerneopgaven, den konkrete pleje/kompenserende indsats ift. borgerne,</p>



de føler sig pressede på tid, og oplever at kommunikationen på tværs med de øvrige faggrupper ikke fungerer optimalt. Dagligdagen har ofte karakter af brandslukning. Ledelsen ønsker med dette projekt at igangsætte indsatser, så vi får en markant forbedret situation for såvel borgere, pårørende og medarbejderne i hjemmeplejen og sygeplejen.

Baseret på udfordringerne i hjemmeplejens dagligdag har vi identificeret 3 spor for projektet:

1. Ny visitations- og dokumentationspraksis
2. Tidlig opsporing og det tværgående samarbejde
3. Varslingsprofiler og datadrevet rehabilitering

Ad. 1) Ny visitations- og dokumentationspraksis

Visitation og udfører skal arbejde tættere sammen; borgerforløbene bliver generelt mere komplekse, end de var tidligere, og det medfører et øget behov for flere forskellige indsatser og mere koordinering. Målet er, at dokumentationen forenkles og gøres gennemskuelig, så den reelt kan bruges som led i den tværfaglige kommunikation.

Vi skal lave en praksis som sikrer den eksakte dokumentation så vigtig viden ikke overses. Der skal sættes nye krav og retningslinjer, så observationer og ændringer i borgerens tilstand og ydelser kan danne grundlag for indsamling og analyse af data til forebyggelse via en ny teknologi, som vi støtter forskning i og som skal være fundamentet i dette spor ("Kan rettidig omhu forebygge akutte indlæggelser af ældre patienter? – Effekten af en notifikationsalgoritme og et digitalt beslutningsstøtteværktøj" af Anders Fournaise PhD studerende)

Vi skal skabe ny praksis og arbejdsgange for midlertidig visitation og den måde, vi fortolker lovgivningens muligheder, så vi kan se nye måder at understøtte borgerens selvstændige livsførelse. Visitation og pleje skal koordineres så et dynamisk sammenhængende borgerforløb med inddragelse af borgeren og pårørende om mål, plan og opfølgning, muliggøres. Fokus bliver at sikre borgeren en selvstændig livsførelse så længe som muligt. Vi kan se at visitations- og dokumentationspraksis skal understøtte hinanden, og vi skal bruge NEXUS på en bedre måde. Vi vil inddrage dele af den PhD. forskning, som vi er en del af til at styrke datadrevet forebyggelse og sikre implementering af de arbejdsprocesser, metoder og redskaber, det kræver.

Ad. 2) Tidlig opsporing og det tværgående samarbejde

Vi ønsker at skabe en ny tværfaglig struktur i hjemme- og sygeplejen, hvor visitationen er tæt på praksis og hvor der er kontinuitet for borgerne og en tæt koordinering og en fælles faglighed i de tværfaglige teams. De tværfaglige teams skal arbejde mere med at inddrage borgerne og pårørende, så vi mere præcist kan differentiere den måde, vi møder borgerne på og den måde, vi skaber sammenhænge i deres forløb, når vi ser dem som ressourcer og hjælper dem med at tage beslutninger i eget liv.

Der er stor forskel på borgernes ressourcer, sundhedsprofil, motivation og behov, og vi ønsker, at møde den enkelte borger mere konkret og inddrage dem i langt højere grad, i de målsætninger, der skal understøtte deres livskvalitet og selvbestemmelse.

Ad. 3) Varslingsprofiler og datadrevet rehabilitering

Vi ønsker at skubbe debuten for borgerne i ældreplejen, så de i længere tid kan forblive selvstændige, i eget hjem og med en høj livskvalitet i dagligdagen.

Med en tidlig indsats og en ny tilgang til de rehabiliterende indsatser kan vi støtte og hjælpe borgerne godt videre i en selvstændig livsførelse i længere tid, end vi formår i dag. Det kræver, at vi sætter fokus på, hvilke specifikke ændringer i borgernes liv (fx en ægtefælles død eller et knoglebrud), der kan udløse en negativ udvikling, hvor borgeren bliver mindre selvhjulpne, så livskvaliteten daler. Vi kan se, at det er en stor gevinst for de borgere, der formår at blive i eget hjem i lang tid. Derfor ønsker vi at sætte endnu mere fokus på de rehabiliterende indsatser.

Vi ønsker at udvikle nye veje til tidlig indsats og den måde, vi møder borgeren på både ift. de borgere vi allerede hjælper, men også ift. de borgere og pårørende, som vi endnu ikke kender.



Med afsæt i prædefinerede Borgerprofiler (se bilag 2) og evt. en videreudvikling af disse skal vi blive klogere på, hvilke Varslingsprofiler der er afgørende for at forudse, hvornår eller optimalt inden en borger for alvor begynder at udvikle symptomer. Der skal arbejdes med rehabilitering både fysisk, psykisk og socialt for den enkelte borger, og via øget fokus på den datadrevne forebyggelse, skal vi omsætte datapunkter/observationer fra systematisk og ensartet dokumentation til Varslingsprofiler.

Vi vil, at det skal fungere anderledes i Kertemindes hjemmepleje, og vi er opmærksomme på, at det også kommer til at kræve en ny ledelsespraksis.

Vi er ambitiøse, og vi vil disse ændringer. Der er et stort behov blandt medarbejderne for, at forholdene for dem selv samt for borgere og pårørende bliver anderledes og kommer til at fungere bedre i dagligdagen.

Timingen for projektet er også perfekt ift., at vi i november sammenlægger myndighed og skaber grundlaget for et tæt samarbejde med hjemmeplejen om Midlertidig visitation (jf. spor 1).

Lederne er begejstrede, og vil gerne i gang med det samme. Det samme gælder medarbejderne som har et stort ønske om selv at komme med løsninger til en forbedret praksis som løfter fagligheden og sætter borgeren i centrum. Vi ønsker at udnytte dette forandringsmomentum, hvor strategi, ønsker og behov trækker i samme retning.

Projektet og ændringerne skal forankres i ledelsen og der lægges op til en ny ledelsespraksis, hvor ledernes rolle og opgave ændrer sig fra en primær driftsrolle til en faciliterende rolle, der sætter den fællesfaglige retning og guider holdet på perspektivet og borgernes behov og målsætninger.

Ledelsen skal være mere guidende, coachende, faciliterende og samskabende - men også baseret på flere data og facts. Det er en forandring, vi ser frem til, og vi er bevidste om, at det bliver både spændende, givende og krævende.

Konkret metodevalg og mål:

- udvikle nye metoder og arbejdsgange, der tager afsæt i PDSA-metoden som vi allerede har gode erfaringer med (jf. I sikre hænder [Om programmet](#))
- styrke forbedringsevnen og implementeringskraften i kulturen og i alles mind-set gennem ledertræning på jobbet sammen med medarbejderne og omkring borgerne
- sikre arbejdsprocesser, der skaber kontinuitet og koordinering i planlægningspraksis på tværs af faggrupper, så borgerne oplever et sammenhængende borgerforløb med én forløbsansvarlig
- finde nye samskabende samarbejdsformer, hvor de monofaglige målsætninger er koordineret i en fælles faglig forståelse og prioritering af borgernes behov og målsætninger for borgernes sundhed sammen med borgerne
- frigive faggruppernes potentiale gennem øget fælles faglighed og tid til faglig refleksion og med lederen som facilitator af de nye hold omkring borgerne.
- arbejde med samskabende processer, der bygger på PDSA metoden (Plan_Do_Study_Act) og understøtter medarbejderne til at tage et større ansvar for helhedsforløbet omkring borgerne på tværs af de faglige målsætninger.

6. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens formål om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen med afsæt i mindst ét af de syv værdighedstemaer.

Projektet skal øge borgernes og de pårørendes inddragelse som ressourcer. Vi vil omsætte data fra observationer, indsatser mm. til konkret viden og dermed handle forebyggende og med en tidlig indsats sammen med borgerne og pårørende.

Som kommune ønsker vi at arbejde endnu mere forebyggende i de sammenhængende borgerforløb, så vi kan hjælpe vores borgere med både mentalt og fysisk at opretholde deres livskvalitet endnu længere i eget hjem.

Vi ønsker at sætte en ny standard for visitation- og dokumentationspraksis, ved at inddrage borgeren i egne målsætninger sammen med familie og pårørende så vi i højere grad samarbejder med borgerens netværk og ser dem som ressourcer.

Vi tror på, at omsorg og nærvær også er at hjælpe vores borgere med at have et sammenhængende liv, når de modtager ydelser fra ældreområdet, praktiserende læger og sygehuse.



7. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens mål om at se på veje til at reducere unødvendige dokumentationskrav og optimere eksisterende dokumentationsprocesser til gavn for den enkelte ældre.

Vi kan se, at dokumentation i dag bliver forsøgt anvendt som kommunikationsmedie mellem faggrupper, men det fungerer langt fra optimalt. Dokumentationen kan ikke læses på tværs af grupperne, og den er ikke tilstrækkelig nøjagtig eller standardiseret. Det betyder, at vigtige afvigelser overses, og overblikket forsvinder, fordi for mange eller irrelevante detaljer skrives ind. Der mangler en fælles faglig forståelse, som kan danne baggrund for anvendelig dokumentation.

Vi ønsker at udvikle en ny praksis sammen med alle faggrupper omkring borgeren, hvor dokumentation, videndeling og kommunikation bliver en vigtig del af de nye arbejdsprocesser og samarbejdet om fælles målsætninger og prioriteringer af borgernes behov.

Vi ønsker at udvikle nye forebyggelsesmetoder, der hviler på forbedring af dokumentationspraksis, så vi sikrer, at observationer kan indsamles og analyseres til nye Varslingsprofiler. Nye, eksakte og forenklede dokumentationskriterier skal defineres og implementeres. Varslingsprofiler skal hjælpe med den tidlige indsats og blive et vigtigt omdrejningspunkt i de sammenhængende borgerforløb.

Med andre ord lægger vi op til en ganske anderledes måde at dokumentere på som bliver mere effektiv og anvendelig, og hvormed vi undgår, unødigt og irrelevant dokumentation.

8. Beskriv projektets metoder og processer, og hvordan de understøtter formålet om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen gennem innovative veje og skabe positiv forandring i praksis. Herunder overvejelser om inddragelse af borgere, involverede medarbejdergrupper og andre relevante parter.

Projektet bygger på samskabelse og inddragelse. Vi tager ikke ledere og medarbejdere ud af deres hverdag. Vi træner og udvikler ny praksis og adfærd i dagligdagen og med rigtige borgerforløb.

Vi har gennem de seneste år opbygget en projektorganisation, hvor vi allokerer ressourcer fra driften til at udvikle nye metoder og herefter implementerer i egen praksis. Idéen fungerer rigtig godt, men vi oplever, at vi mangler et løft i form af nye metoder og inspiration til ledelsestræning i egen praksis, så lederne får hjælp til at se og udvikle deres egne blindepletter og få inspiration, nytænkning og sparring i implementering af de fokusområder, som vi har besluttet.

Forbedringsmodellen (PDSA) skal være et mind-set hos alle ledere og medarbejdere. Arbejdet med forbedringsmodellen handler hovedsagelig om 4 områder, som skal kendetegne vores kultur:

- Forbedringerne kommer "nedefra"
- Forbedringer kan og skal måles (objektive)
- Forandret ledelsesrolle
- Borgerinvolvering

Formål: Skabe forbedringsevne og implementeringskraft gennem små skridt, feedback- og læringskultur. Arbejdet handler primært om, at en forandring skal være en forbedring. Vi skal være sikre på via data, at når der sker en ændring, så er der tale om en forbedring, og ikke kun en forandring.

Udbredelse af modellen: Forbedringsmodellen skal være det redskab, som alle medarbejdere og ledere i hjemmeplejen, sygeplejen og visitationen benytter, når der arbejdes på nye tiltag. Dette for at sikre, at forandringer altid skal skabe forbedringer af vores praksis. Forbedringsmodellen prioriteres som hovedelement i en kompetenceudviklings- og procesplan for hver enhed og foregår altid i praksis, på jobbet. Vi tager ikke medarbejdere og ledere ud til kurser, men vi tilknytter eksperter og trænere til den enkelte enhed.

Med denne innovative og metodisk nye tilgang ønsker vi at implementere midlertidig visitation, tidlig opsporing og Varslingsprofiler som noget helt nyt i hjemmeplejen i Kerteminde. Alle tiltag i samarbejde med borger.

9. Beskriv projektets potentiale ift. at skabe ny praksis og løsninger, der kan overføres til andre kommuner, herunder hvordan evt. samarbejde med andre aktører understøtter dette.



SUNDHEDSSTYRELSEN

Som en lille kommune, der arbejder innovativt, kan vi se os selv som pilot kommune, fordi vi har erfaringer at trække på i fasen fra idé til implementering. Særligt forestiller vi os, at den måde vi kommer til at udvikle og arbejde med Varslingsprofilerne ift. vores visitations- og dokumentationspraksis kan give inspiration til andre kommuner. Her ser vi at Varslingsprofiler har stor overførbarehed, fordi algoritmen kan koble sig til forskellige sundhedsplatforme.

Vores erfaringer og den evidens vi kan oparbejde gennem dette projekt betyder, at vi om et år har et redskab med afprøvede datapunkter og kryds af datapunkter, som andre kommuner vil kunne bruge direkte i praksis. Samtidig tror vi, at vores erfaringer med ny visitations- og dokumentationspraksis sammen med algoritmen kan sætte nye standarder for, hvordan vi kan arbejde mere forebyggende og med tidlig indsats på en mere inddragende måde.

Vi vil gerne stille os til rådighed med rådgivning og sparring, så de metoder og løsninger, vi udvikler og får succes med, kan komme andre kommuner til gode.

10. Beskriv overvejelser om afsatte ressourcer i projektet til løbende at indsamle og anvende viden, erfaringer og resultater til løbende evaluering og tilpasning af projektet samt understøttelse af de af Sundhedsstyrelsen planlagte aktiviteter for videndeling mellem kommuner.

Vi har gode erfaringer med at arbejde i en projektorganisation. I dette projekt vil vi os styrke organisationen med en projektleder og tre konsulentprofiler, der skal understøtte lederne og deres enheder med træning ude i praksis samt varetage løbende indsamling af og anvendelse af viden, erfaringer og resultater samt evaluering og effektmåling, både indadtil og udadtil.

Herudover vil lederne for hver enhed være en aktiv del af projektet og være omdrejningspunkt for implementering i egen enhed med støtte fra projektteamet ude i enhederne. Videndeling indenfor kommunens grænser skal m.a.o. dels foregå i den allerede eksisterende mødestruktur og derudover på workshops, forbedringsmøder, midtvejs- og afslutningsevaluering vha. frikøbt tid og vikardækning. Driftslederne deltager i og bidrager til videndeling i SST og KL.

11. Beskriv projektets:

- organisering,
- ledelsesmæssige forankring og opbakning,
- tilknyttede kompetencer og erfaring,
- tids- og milepælsplan.

Beskriv herunder overvejelser om / argumentation for gennemførbareheden af projektet i relation til disse.

Projektet er organiseret med en Projektgruppe, hvor de 3 driftsledere deltager. Projektgruppen består desuden af chef og souschef for Sundhed, Handicap og Rehabilitering samt en intern projektleder og projektleder fra konsulentvirksomhed. Projektgruppen sikrer fremdriften i projektet og kan justere projektet, hvis nødvendigt. Der etableres lokale arbejdsgrupper med driftslederen som omdrejningspunkt sammen med egne teamledere, nøglemedarbejdere og de eksterne konsulenter tilknyttet disse teams.

Kompetencer og erfaring:

Administrativ og kommunikativ projektovholder med erfaring fra ældreområdet og særlig hjemmepleje / sygepleje- altså kendt i feltet. I projektet påtænkes et samarbejde med konsulenter der har erfaring fra lignende succesfulde samarbejder, med andre kommuner, om udvikling af og implementering i praksis. Konsulentteamet skal have senior erfaring med kulturforandringer i praksis samt coaching af ledere og medarbejdere med fokus på PDSA, adfærdændringer, specialistviden og stor erfaring indenfor ældreområdet.

Tidsplan:

Dec. 2020: Inddragelse og ejerskab hos ledere og medarbejdere

Jan 2021: Udarbejde forløbsplan for hvert enkelt team sammen med lederne

Jan 2021: Kick-in for henholdsvis ledere, nøglepersoner og medarbejdere

Jan.-dec. 2021: Praksistræning i de enkelte team i de tre 100-dages forløb og med tre læringsworkshops for henholdsvis ledere, nøglemedarbejdere og medarbejdere fordelt jævnt over de 12 måneder.

Dec. 2021: Evaluering og fokusområder for 2022 for hver enhed.