

A person in a white lab coat is pointing at a document with various charts and graphs. The document includes a bar chart, a line graph, and a pie chart. The person is holding a silver pen. The background is a blurred office setting with a window showing a cityscape.

KORTLÆGNING AF KOMMUNERNES ANVENDELSE AF SUNDHEDS- OG ÆLDREDATA



**Kortlægning af kommunernes anvendelse
af sundheds- og ældredata**

© KL

1. udgave, 1. oplag 2018

Produktion: KL's Trykkeri

Design: e-Types

Foto: Colourbox

KL

Weidekampsgade 10

2300 København S

Tlf. 3370 3370

kl@kl.dk

www.kl.dk

Produktionsnr. 830413

INDHOLD

1	Introduktion	5
2	Hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet	6
	Case 1: I sikre hænder – Sønderborg Kommune	6
	Case 2: Dataunderstøttet planlægning, udvikling af indsatser og dialog med samarbejdspartnere i Odenses akutteam	10
3	Genoptræningsområdet	13
	Case 3: Anvendelse af sundhedsdata i genoptræningsindsatsen i Sorø Kommune	13
	Case 4: Hjerterehabilitering i Vordingborg Kommune.....	16
4	Forebyggelsesområdet	18
	Case 5: Hvordan data understøtter beslutninger om idriftsættelse af forebyggelsesprojekter Sønderborg Kommune	18
5	Tandplejeområdet	20
	Case 6: Dataunderstøttet arbejde i Børne- og Ungdomstandplejen i Vordingborg Kommune.....	20
	Case 7: Tandplejen i Aarhus Kommune.....	22
6	Sundhedsplejeområdet	24
	Case 8: Brugen af sundhedsdata i Odense Kommunes sundhedspleje	24
	Case 9: Dataunderstøttet arbejde i sundhedsplejen i Aarhus Kommune.....	27



01/ INTRODUKTION

Denne casesamling præsenterer ni casestudier vedrørende kommunernes brug af sundheds- og ældredata. Casestudierne er indsamlet som en del af en bredere kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata på tværs af specifikke fagområder. Disse cases omfatter følgende fagområder: hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, genoptrænings-, forebyggelses-, tandpleje- samt sundhedsplejeområdet.

Formålet med casestudierne har været gennem en mere dybdegående analyse at beskrive konkrete eksempler på hvilke typer af data, der anvendes, med hvilke formål de anvendes, hvilke konkrete resultater som er opnået på baggrund af databrugen eks. i forhold til indsatser, og praksis samt hvilke kritiske succesfaktorer og barrierer, kommunerne oplever i arbejdet med sundheds- og ældredata.

Casene er valgt på baggrund af workshops med interne specialister fra KL-huset (deltagere fra Center for Social og Sundhed, Økonomisk Sekretariat, KLK o.a.), deskresearch samt via gennemgang af besvarelser af den større spørgeskemaundersøgelse som har fundet sted i løbet af efteråret. Kortlægningen er en del af Initiativ 2 under Sundhedsdataprogrammet, og skal via en afdækning og analyse af den nuværende anvendelse af sundheds- og ældredata i kommunerne bidrage til at understøtte arbejdet med at skabe adgang til data, som kan understøtte udviklingen i det nære sundhedsvæsen i kommunerne og tværsektorielt.

I forbindelse med hver casestudie er der gennemført interviews med relevante medarbejdere fra fagområdet det være sig ledere og medarbejdere fra fagområderne, fra forvaltningen samt dataspecialister og analysemedarbejdere mv. Interviewene er endvidere i flere tilfælde blevet udbygget med relevant materiale tilsendt af kommunerne, som er brugt i arbejdet med casene.

God læselyst!

02/ HJEMMEPLEJE- OG HJEMMESYGE- PLEJEOMRÅDET

Følgende kapitel indeholder to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på hjemmepleje- og sygeplejeområdet i to kommuner.

CASE 1: I SIKRE HÆNDER – SØNDERBORG KOMMUNE

I 2013 begyndte Frederiksberg, Lolland, Sønderborg, Viborg og Thisted kommuner forbedringsarbejdet med projektet I sikre hænder. Pilotkommunerne har vist vejen for fremtidens arbejde med kvalitet og patientsikkerhed i kommunerne ved bl.a. brugen af datadrevne forbedringer.

De fem pilotkommuner har vist, at det kan lade sig gøre at udrydde tryksår og alvorlige medicinfejl, reducere fald og forbedre tandsundheden hos borgerne i ældreplejen. Samtidig har I sikre hænder intensiveret samarbejdet med borgere og pårørende, samt øget fagligheden hos personalet.

På baggrund af disse resultater har yderligere 13 kommuner taget projektets metoder i brug. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundheds- og Ældreministeriet og KL står bag projekt I sikre hænder.

I sikre hænder Sønderborg Kommune

I sikre hænder er et kvalitetsprogram, som har til formål at sikre en målrettet indsats til reduktion af unødige skader hos borgere i pri-

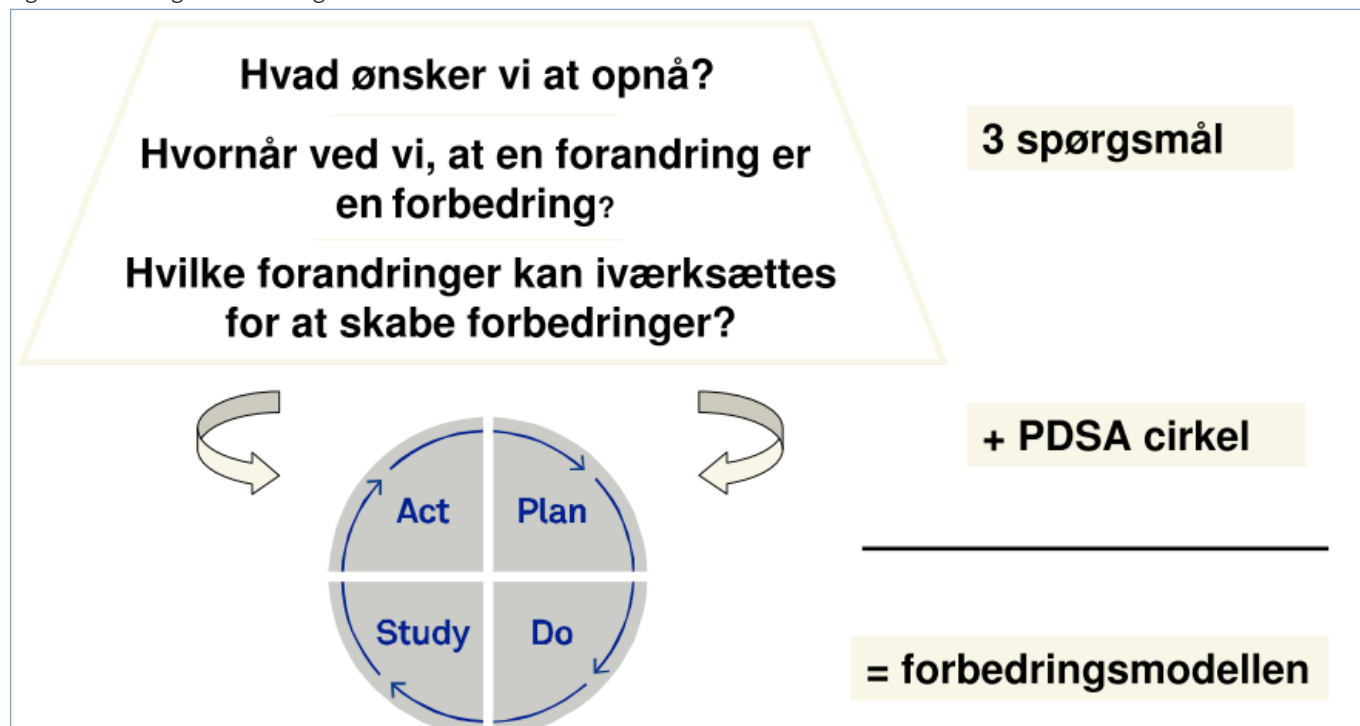
mærsektoren. Den overordnede målsætning er at understøtte, at den rette borger får den rette pleje og behandling til rette tid.

Med I sikre hænder er det hensigten, at forankringen af de gode resultater skal ske gennem en aktiv og planlagt proces, med henblik på en effektiv spredning og fastholdelse af god praksis over tid.

Det er helt centralt i arbejdet med at give borgerne den rette pleje og behandling, at personalet, som er tæt på borgerne, udvikler, afprøver og tilpasser ideer til forbedringer. Til det formål anvendes I sikre hænder "forbedringsmodellen", som er en internationalt anerkendt metode til udvikling af kvalitet. Programmet understøtter indsatsen i frontlinjen og i dagligdagen ude hos borgerne.

"Forbedringsmodellen" er en model, der via konkrete mål og afprøvninger trin for trin (plan-do-study-act), fremmer hurtig udvikling og implementering af robuste prototyper.

Figur 1 Forbedringsmodellen bag I sikre hænder



Figurnote: Figur 2: Langley et al. (2009) The Improvement Guide. Side 24

Forudsætningen for at kunne gennemføre forandringer og samtidig være sikker på, at de medfører forbedringer er, at organisationen har både viden om forbedringsmetoder og praktiske færdigheder samt erfaring med at anvende denne viden. Helt afgørende er måleerfaring og færdigheder i at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældige udsving (variation) i målingerne. Mulighederne for at skabe forbedringer forudsætter desuden viden om og erfaring med udvikling og planlægning af arbejdsgange på alle niveauer.

Programmets kliniske pakker

For at nå målet skal der implementeres kliniske pakker, som f.eks. tryksår-, medicin-, fald-, og infektionspakkerne. Pakkerne beskriver de elementer, som ifølge sundhedsfaglige eksperter er de vigtigste i forhold til pleje og behandling indenfor et afgrænset klinisk område. For hver pakke er der udarbejdet en eller flere resultatindikatorer til at dokumentere, at implementeringen har den ønskede virkning på borgerne. Derudover er der til hver pakke udarbejdet en eller flere procesindikatorer til løbende at måle pakkens implementeringsgrad.

Mål og indikatorer

Målene for programmet skal være ambitiøse og kræver, at man ændrer sine arbejdsgange, og ikke blot kan nøjes med i en periode at anstrenge sig ekstra.

En indikator er en variabel, der anvendes til at vurdere niveauet af kvalitet. I forbedringsarbejdet anvendes indikatorer til at vurdere,

hvorvidt de forventede resultater er opnået (resultatindikatorer) og hvorvidt de beskrevne processer er gennemført (procesindikatorer).

F.eks. dage mellem nye opståede tryksår (resultatindikatorer) eller andelen af borgere hvor HUSK gennemføres (procesindikatorer).

Fremgang i forbedringsarbejdet monitoreres kontinuerligt ved brug af tidstro og lokale dataopgørelser, så man har mulighed for hele tiden at justere sine processer for at opnå den ønskede kvalitet. I I sikre hænder arbejdes der således ikke kun med før- og eftermålinger, da dette ikke vil give samme mulighed for at følge og lære af processen.

Statistisk analyse af data foretages med seriediagrammer, hvor data fra hver indikator plottes løbende.

Overordnede mål for programmet

- Etablering af en varig platform for forbedringsarbejdet.
- Min. 300 dage siden seneste tryksår
- Min. 300 dage siden seneste alvorlige medicineringsfejl som kræver læge kontakt
- Reducere antallet af fald med 50 procent.
- Reducere antallet af kateterrelaterede urinvejsinfektioner med 50 procent.
- Reducere hyppigheden af lungebetændelser med 25 procent.

Spredning

I arbejdet med forbedringsmodellen afprøver pilotenhederne metoder og pakker, inden disse spredes til resten af organisationen. Forudsætningen for at kunne sprede et klinisk initiativ er, at en pilotenhed har afprøvet og implementeret en god prototype.

Konkret er en god prototype, en pakke der er implementeret med stabil høj compliance (>95 %) og som skaber forbedring af det kliniske resultat. En god prototype er effektiv under forskellige omstændigheder, uafhængig af enkelte ildsjæle og er mulig at fastholde over tid. Efter en periode på 6 måneder med stabile processer kan enheden overgå til stikprøver.

I Sønderborg Kommune har pilotenhederne udviklet og testet en prototype for tryksårspakken, medicinpakken, mund- og tandplejepakken, faldpakken og Tidlig Opsporing, som kan spredes til de øvrige enheder. Spredningsplanen med kapacitetsopbygningen er ligeledes testet i forbindelse med spredning til de første enheder. Spredning af en prototype fra et sted til et andet forudsætter, at prototypen afprøves i den modtagne enheds kontekst. Dette er en kortvarig afprøvning, og kaskadespredning kan hurtig sættes i gang. Det forudsætter kompetencer i forbedringsmetoder hos modtageren, således, at den modtagne enhed ikke genopfinder, men adopterer prototypen. Spredning af prototyper kan ske parallelt på flere enheder og bliver dermed ikke en lineær proces. Det tager tid at frembringe prototypen, men herefter kan spredningen gå meget hurtigt.

Der arbejdes også med nye pakker og tiltag, hvor de samme principper anvendes med test og afprøvning i lille skala, inden spredningen kan foretages til andre enheder. Tidlig Opsporing og forebyggelse af urinvejsinfektioner er nye pakker, som er under afprøvning og test i pilotenhederne.

Resultatindikatorer ved Tidlig Opsporing inkluderer bl.a. antallet af dage mellem forebyggelige indlæggelser, der har en kontakt med kommunen. Procesindikatorerne inkluderer andelen af borgere, som dagligt triageres, andelen af borgere, der triageres røde og som får udarbejdet en handleplan indenfor vagten eller andelen af borgere, der triageres gule og som får udarbejdet en handleplan indenfor 48 timer.

For nuværende drives arbejdet med data primært på driftsniveau, med det formål at følge udviklingen i den enkelte enhed. Her betyder det meget for den enkelte enhed at kunne følge udviklingen over tid. Data bruges dog også på et mere overordnet niveau til opfølgning på resultater på tværs af enheder. Data fra E-Sundhed kan anvendes på et mere overordnet niveau til udviklingen af mere generel ledelsesinformation.

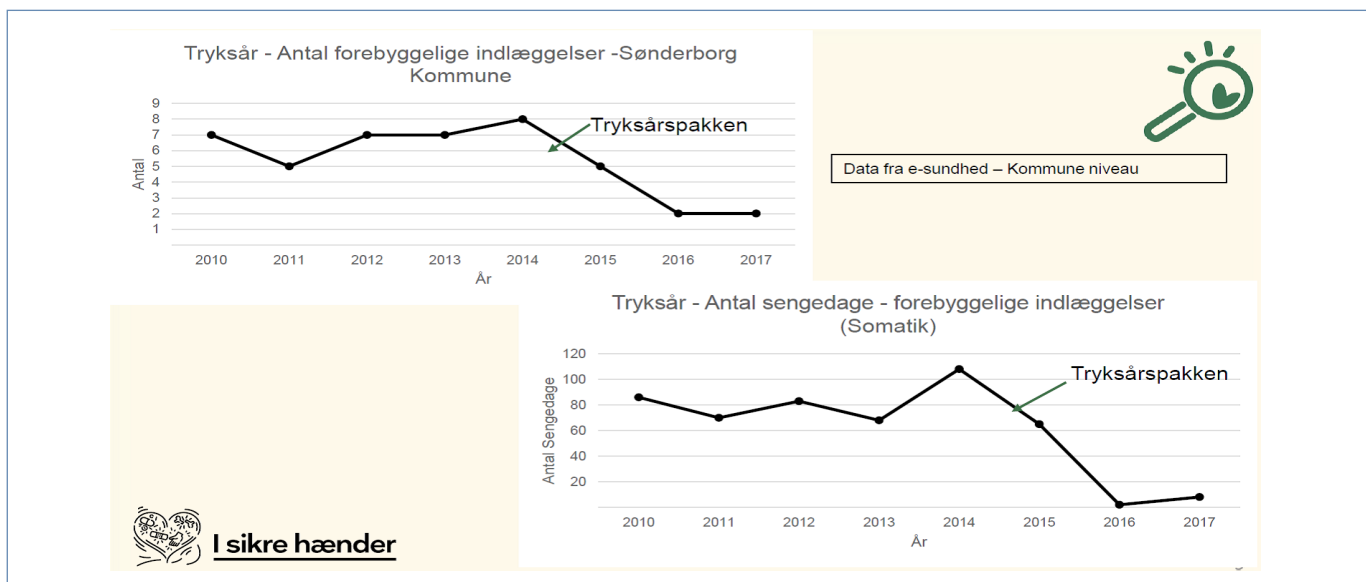
Tavler og tavlemøder

Tavler og tavlemøder spiller en central rolle i forbedringsarbejdet. Det gælder både i det daglige arbejde i forbedringsteamet og i forbindelse med ledelsesfokus, hvor tavlerne ofte er omdrejningspunkt for samtalen og brugen af data. Tavlerne er et nyt og centralt forum for forbedringsarbejdet. Et forum, der giver anledning til tværfaglig refleksion over praksis samt skaber overblik og systematik i forhold til pleje og behandling.

Konkrete resultater

Data om patientsikkerhed bruges som katalysator for forandringer og kvalitetsforbedringer. Det systematiske arbejde med forebyggelsespakkerne har medført en stigende sundhed hos borgerne manifesteret i et markant fald i antallet af tryksår og antallet af sengedage (forebyggelige indlæggelser, som illustreret nedenfor). Samtidig har indsatserne givet en økonomisk effekt, som har været vigtig for at kunne tydeliggøre og fastholde prioriteringen af de forebyggende indsatser

Figur 2: Udviklingen i fokusområder i forbindelse med indførelsen af tryksårspakken





Det gennemgående fokus på borgerne betyder for medarbejderne, at arbejdet med data gøres relevant og vedkommende for deres faglighed. Brugen af data har ikke kun været med til at udvikle den faglige kvalitet, men er også med til at forbedre samarbejdet på tværs af fagsøjler. Dataanvendelse i kombination med den strukturerede metode har givet medarbejderne et fælles sprog, der hjælper medarbejderne med at sætte ord og argumenter på, hvad de ser, og hvad der skal gøres. Tiltag som overordnet har ført til større medarbejdertilfredshed og faglig stolthed, fordi medarbejderne har kunnet se, at de gør en forskel. Endelig har det også medført, at Sønderborg Kommune har opnået bedre tilsyn med plejecentrene.

Med henblik på at sikre relevant opfølgning er et løbende fokusområde, hvordan den udviklede data om forebyggelsespakkerne bliver integreret i kommunes overordnede omsorgssystem og ikke mindst, hvordan denne data kan kombineres med FSIII-data. Dette med henblik på at data automatisk fødes ind i det overordnede ledelsesinformationssystem

Kritiske succesfaktorer og barrierer for dataunderstøttet arbejde
Udviklingen af et effektivt arbejde med data har krævet ressource- og tidsmæssige investeringer, hvor kodeordet har været medarbejderinddragelse. Det være sig i forhold til kortlægning af arbejdsgange, identifikation af indikatorer samt præsentation og

formidling af projektet og dets resultater. I denne forbindelse har det været centralt, at dataarbejdet drives af de decentrale ledere, med hjælp fra medarbejdere, som er uddannede i, kan understøtte arbejdet. Dette er vigtigt for at sikre, at dataarbejdet ikke bliver forvaltningens projekt, men noget som udføres og foregår blandt medarbejderne.

Et væsentligt element har været at bruge medarbejderne som historiefortællere, så de på den måde er med til at tage ansvar for og ejerskab til dataarbejdet. Fortællingen er den bedste læring og spredning, og data anvendes på denne måde strategisk til at skabe en kultur, hvor metoderne fra I sikre hænder bevæger sig fra at være et projekt til at blive en integreret del af kulturen og det daglige arbejde.

En anden barriere for effektivt arbejde med data er at trække relevant data ud af systemerne. Rent teknisk opstår der f.eks. en udfordring i forhold til E-sundhedsdata, idet, det kun er muligt at trække data ud på sogenniveau. Dette udfordrer brugbarheden, da det ikke er meningsfuldt i forhold til de geografiske inddelinger, som normalt bruges i planlægningen og styringen af hjemme- og sygeplejeområdet. For at omsætte data til relevante hjemmeplejedistrikter kræves derfor et gennemgribende arbejde som kan sikre, at datagrundlaget bliver mere fleksibelt og meningsfuldt.

CASE 2: DATAUNDERSTØTTET PLANLÆGNING, UDVIKLING AF INDSATSER OG DIALOG MED SAMARBEJDSPARTNERE I ODENSES AKUTTEAM

Akutteamet i Odense Kommune er en relativ ny enhed, som fra oprettelsen d. 1. januar 2018 systematisk har dataunderstøttet enhedens planlægning og udvikling af indsatser, dialogen med samarbejdspartnere samt udvikling af kompetenceudviklingstilbud for andre enheder i kommunen.

Som udgangspunkt for planlægningen har teamet haft behov for informationer om; hvor mange borgere, de behandler, hvor lange forløbene er, hvem der henviser borgerne til akutteamet, tidspunkt for henvisningen, hvilke problemstillinger borgerne behandles for, type af behandling, samt hvordan forløbet er efter kontakten med akutteamet. Konkret indsamles data gennem to forskellige spørgeskemaer, som akutsygeplejerskerne udfylder ved påbegyndelsen og afslutningen af et forløb. Dette giver mulighed for at analysere på årsager til henvisning, type af behandling og hvor borgeren afsluttes til efter forløbet i akutteamet (f.eks. hospital, eget hjem, hjemmepleje mv.). Disse data suppleres med telefoninterview blandt et udsnit af de patienter og pårørende, som har været i kontakt med akutteamet. Telefoninterviewene foretages oftest blandt de borgere, der har været i et forløb strækkende over et døgn.

Akutteamet anvender de registrerede oplysninger til en lang række formål. De registrerede data har bl.a. vist, at det er andre enheder i kommunen samt de praktiserende læger, der oftest henviser til akutteamet, mens den laveste andel af henvisningerne kommer fra Lægevagten og Ambulance Syd. Anvendelsen af de registrerede oplysninger har også vist et mønster i, hvornår på døgnet borgerne typisk henvises til akutteamet. Disse oplysninger er brugt til vagtplanlægning, således, at bemanningen svarer til det behov, der er for akutteamets bistand på forskellige tidspunkter af døgnet. Data anvendes også til at underbygge beslutninger om, hvilket udstyr teamet har brug for. På baggrund af dataene har teamet bl.a. konstateret efterspørgsel på IV-behandlinger og har i den forbindelse indkøbt væsketalsmålere, således, at denne type af behandling nu kan tilbydes til borgerne i deres eget hjem. Akutteamet har efterfølgende estimeret, at denne type af behandlinger har forebygget ca. 75 indlæggelser i den korte periode, hvor teamet har haft mulighed for at gennemføre dem. Akutteamets data bruges således til at kanalisere ressourcerne derhen, hvor der er mest brug for dem.

Data vedrørende borgernes behov og problemstillinger samt registreringer af, hvor borgeren kommer hen efter forløbet i akutteamet, anvendes til at vurdere på, om teamet sætter ind med de rette indsatser, og om det overordnede fokus i teamets aktiviteter stemmer overens med f.eks. kommunens ønske om at forebygge ind-

læggelser. Her viser teamets data, at 85 pct. af forløbene i teamet primært er forebyggende, mens 15 pct. er direkte efterbehandling efter hospitalsophold.

Dataene bliver også brugt i dialogen med samarbejdspartnere i kommunen, på sygehuset, almen praksis, vagtlæger og alarmcentral om, hvordan de kan bruge akutteamet. Akutteamet har desuden et mål om at kunne anvende dataene til at kvalificere, hvilke borgere kommunen kan behandle i eget hjem og dermed også, hvor der er behov for sengepladser og indsatser i hospitalsregi. Yderligere er det en målsætning at kunne anvende dataene i dialogen om samarbejdet i forhold til forløbene for borgerne. Mantraet er den rigtige patient i den rigtige seng. Data er i denne sammenhæng med til at danne grundlag for nysgerrighed på, hvordan kommunen kan skabe bedre forløb for borgeren. Kvaliteten i forløbene vurderes både i relation til resultaterne i forhold til borgerens sundhedstilstand (f.eks. om akutteamets indsats har forebygget en indlæggelse), borgerens tilfredshed med forløbet, og i relation til hvad der skaber mest tryghed for borgerne. F.eks. har unge kvinder med nyrebækkenbetændelse (pyelonefrit) infektion en bedre oplevelse af forløbet, hvis de kan blive hjemme i vante omgivelser med akutteamets behandling, frem for at blive indlagt på sygehuset samtidig med, at risikoen for andre infektioner mindskes.

Akutteamets data viser, at den største gruppe borgere henvises fra almen praksis og dernæst fra andre enheder i kommunen. Derfor arbejder teamet også aktivt med kompetenceudvikling for f.eks. SOSU-assistenten og hjælpere. Formålet er at kunne starte den forebyggende indsats tidligere bl.a. ved at give medarbejderne i hjemmepleje og plejeboliger kompetencer, der medfører, at de kan identificere og reagere på symptomer tidligere. Samtidig er formålet at give disse medarbejdere et bedre grundlag for at beskrive symptomer og problemstillinger i dialog med f.eks. læger og akutteam, så den rette forebyggende indsats bliver sat i værk så tidligt som muligt. Akutteamet afholder praksisnær undervisning på plejecentre og i hjemmeplejedistrikter om specifikke emner som f.eks. fald, adrenalin, glykogen samt systematisk og tidlig opsporing af kritisk sygdom. Temaer i undervisningen identificeres bl.a. på baggrund af akutteamets data om de problemstillinger, som borgere henvises til teamet med samt ud fra de deltagende medarbejders ønsker til øvrige temaer. Undervisningen afholdes i hjemmeplejedistrikter og plejeboliger på tidspunkter, der passer ind i forhold til de relevante medarbejders arbejdstid. F.eks. undervises medarbejdere med nattevagter mellem 21.30 og 22.30.



På den lidt længere bane ønsker akutteamet at styrke den forebyggende indsats ved at hjælpe hjemmeplejen med at identificere borgere, som er i risiko for at skulle indlægges gennem brug af hjemmeplejens egne data, og ved at stille redskaber til rådighed for hjemmeplejen, som de kan sætte ind med, når de identificerer behovet hos borgerne. F.eks. er udvikling i plejebehovet en af de indikatorer, man kan holde øje med, da forskning viser, at behovet for pleje stiger de sidste tre dage op til en indlæggelse.

Konkrete resultater

Den måde hvorpå akutteamet i Odense Kommune registrerer og anvender data understøtter deres vagtplanlægning og arbejdstilrettelæggelse. Dette er med til at sikre, at der er medarbejdere til rådighed på de tidspunkter, hvor der er mest behov for dem, at teamet bruger sin tid på de indsatser, som det er mest hensigtsmæssigt, at teamet frem for andre enheder varetager, og det giver klarhed om hvilke områder teamet skal specialisere sig inden for. Dermed understøtter anvendelsen af data, at akutteamets ramme udnyttes bedst muligt. I udgangspunktet er planlægningen foregået i forhold til oplysninger som, hvem der henviser, hvornår på døgnet, de henvises, og hvilke typer af problemstillinger, der henvises med. Fremadrettet vil resultaterne af forløbene også blive inddraget i planlægningen. F.eks. er oplevelsen i teamet er at succesraten er høj for at hjemtage patienter tidligere fra sygehuset til færdigbehandling i eget hjem for de ikke multimorbide patienter. Teamet har bl.a. haft en del yngre kvinder med nyrebækkenbetændelse (pyelonefrit), som har fået et par dages i.v. behandling samt selvhjulpne borgere med pneumoni. Fremadrettet vil teamet i samarbejde med en ny-

ansat projektleder på et toårigt projekt om datadrevet kvalitetsudvikling, kunne anvende sine data til at dokumentere denne type af resultater.

Akutteamet er forholdsvist nyt, hvorfor man først lige er begyndt at anvende teamets data til at analysere sammenhænge i den problemstilling borgeren er henvist med, behandlingsform og resultat af forløbet. Der er dog allerede konkrete tilfælde som f.eks. i.v.-væskebehandling for dehydrering fra egen læge, hvor man har kunnet estimere antallet af indlæggelser, der forebygges ved, at akutteamet nu tilbyder hjemmebehandling. Tilfredshedsmålingerne viser endvidere stor tilfredshed med teamets indsats blandt borgerne, som har sagt ja til at deltage. De foreløbige resultater viser, at 88 % af de adspurgte borgere foretrækker behandling i eget hjem eller kontakt med akutteamet, hvis de kommer i en lignende situation. Alt i alt udtrykker 89 % af de adspurgte borgere, at akutteamet har haft en positiv betydning for deres forløb.

Aktteamet har bl.a. på baggrund af data planlagt målrettet kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere mere bredt i hjemmeplejen, sygeplejen og i plejecentrene. Der giver det øvrige personale viden og redskaber, som er med til at skabe et fokus og give gruppen redskaber til at arbejde med tidlig opsporing og forebyggelse, samt viden om hvilke andre enheder (f.eks. akutteam og læge), de skal kontakte, når bestemte typer af symptomer opstår. Det er målet, at det på sigt skal give plejepersonalet og sundhedspersonalet et fælles sprog, der gør det lettere for sundhedspersonalet at agere på den situation, plejepersonalet beskriver. De kommende 6

måneder vil akutteamet således undervise praksisnært i kommunens 21 plejecentre, 12 udkørende grupper, tre aftenvagtsgrupper og en natgruppe i temaerne systematisk vurdering af den kritisk syge borger, indlagt borger i eget hjem og sygeplejeobservation til borgeren som er faldet.

Endvidere har dataene bidraget til, at dialogen med de forskellige samarbejdspartnere om at få skabt de bedste forløb for borgeren er baseret på fakta.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Ifølge Odense Kommunes akutteam er en af de centrale faktorer, hvis man skal lykkes med at dataunderstøtte arbejdet, at arbejdet med registreringer osv. giver mening for medarbejderne. De skal kunne se, at registreringerne bliver brugt, og at det har en betydning bl.a. for de indsatser, der sættes i gang, og dermed at det kommer til at gøre en forskel for borgerne. I denne sammenhæng er det vigtigt at redskaberne til det dataunderstøttede arbejde udvikles tæt på praksis, og at redskaberne justeres i løbende dialog med personalet. Dette sker således, at de oplysninger der registreres reelt kan bruges til at forbedre forløbene for borgerne, samt til at prioritere hvilke indsatser, der skal sættes i gang. Dette er også en del af det toårige projekt om datadrevet kvalitetsudvikling, som kører i Odense Kommune. Det er vigtigt, at arbejdet er agilt, og at man forholdsvis hurtigt kan tilpasse, sådan at f.eks. nye behov hos borgerne, nye behandlingstyper ol. kan komme med i de data, der registreres og anvendes.

De indsatser, der igangsættes på baggrund af de indsamlede data, skal bunde i praksis. Det betyder, at det er vigtigt, at den faglige kompetence kombineres med datakompetencen for at sikre, at de medarbejdere, der analyserer og omsætter mønstre i data til indsatser og prioriteringer kender og er del af praksis. Det opleves her som en fordel, at medarbejderne leverer tal ind til andre medarbejdere, som de har en relation til.

Ledelsen skal være tydelig om, hvad arbejdet skal bruges til og at det er noget man virkelig vil. I Odense har temaet f.eks. været taget op allerede i forbindelse med ansættelsessamtalerne til det nye team. På den måde har de nye medarbejdere fra starten vidst, at det ville blive en del af jobbet. Det har været en fordel, at man har etableret arbejdsgangene fra begyndelsen.

Ledelsesmæssig opbakning og fokus er vigtigt samtidig med, at det ikke kun kan være et ledelsesprojekt. Der er nødt til at være resourcepersoner ude i marken, som kan bakke op om og motivere til fortsat brug af redskaberne. Det bidrager til at opretholde og oppebære et kontinuerligt fokus.

En barriere i arbejdet med at kvalitetsudvikling data er, at der på nuværende tidspunkt ikke er adgang til data fra sygehusvæsnet, almen praksis eller anden sundhedsdata fra regionen og andre offentlige myndigheder. Disse typer af data kan være med til at specificere, hvordan ressourcerne bruges mest effektivt, og hvornår akutteamets indsatser giver mest mening. Adgang til denne type sundhedsdata kan således anvendes i kommunerne til at kvalificere forskellige indsatser, bl.a. hos akutteamet.

Det opleves som en barriere, at det pt. er nødvendigt at registrere i flere systemer, fordi EOJ-systemets funktioner ikke dækker hele akutteamets behov. Bl.a. er der mange af de data, akutteamet bruger, der ikke pt. kan registreres i EOJ-systemet eller registreres som fritekst. Således bliver det ekstra vigtigt, at medarbejderne kan se formålet med og nødvendigheden af registreringerne.

Det opleves som en barriere i forhold til arbejdet med at skabe de bedst mulige forløb for borgerne, at den økonomiske incitamentsstruktur ikke helt hænger sammen både internt og på tværs af sundhedssektoren. Det gode forløb for borgeren passer ikke altid ind i de kasser, man budgetlægger i. De økonomiske strukturer kan skabe et incitament som ikke understøtter effektiv planlægning bl.a. pga. fokus på, hvad ligger indenfor egen ramme.

Det udfordrer endvidere dialogen og samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere og systemleverandører, at der er 98 forskellige modeller på tværs af kommunerne. Dette betyder, at hospital, ambulanceservice og vagtlæger skal forholde sig til mange forskellige samarbejdsaftaler og forskellige tilbud til borgeren i akutteamene på tværs af de kommuner, de samarbejder med. Denne udfordring ses også i akutteamets data, hvor det f.eks. er blevet synligt, at vagtlægen ikke i særlig udpræget grad gør brug af akutteamet på trods af, at de bemander 2/3 af døgnet.



03/ GENOPTRÆNINGSS- OMRÅDET

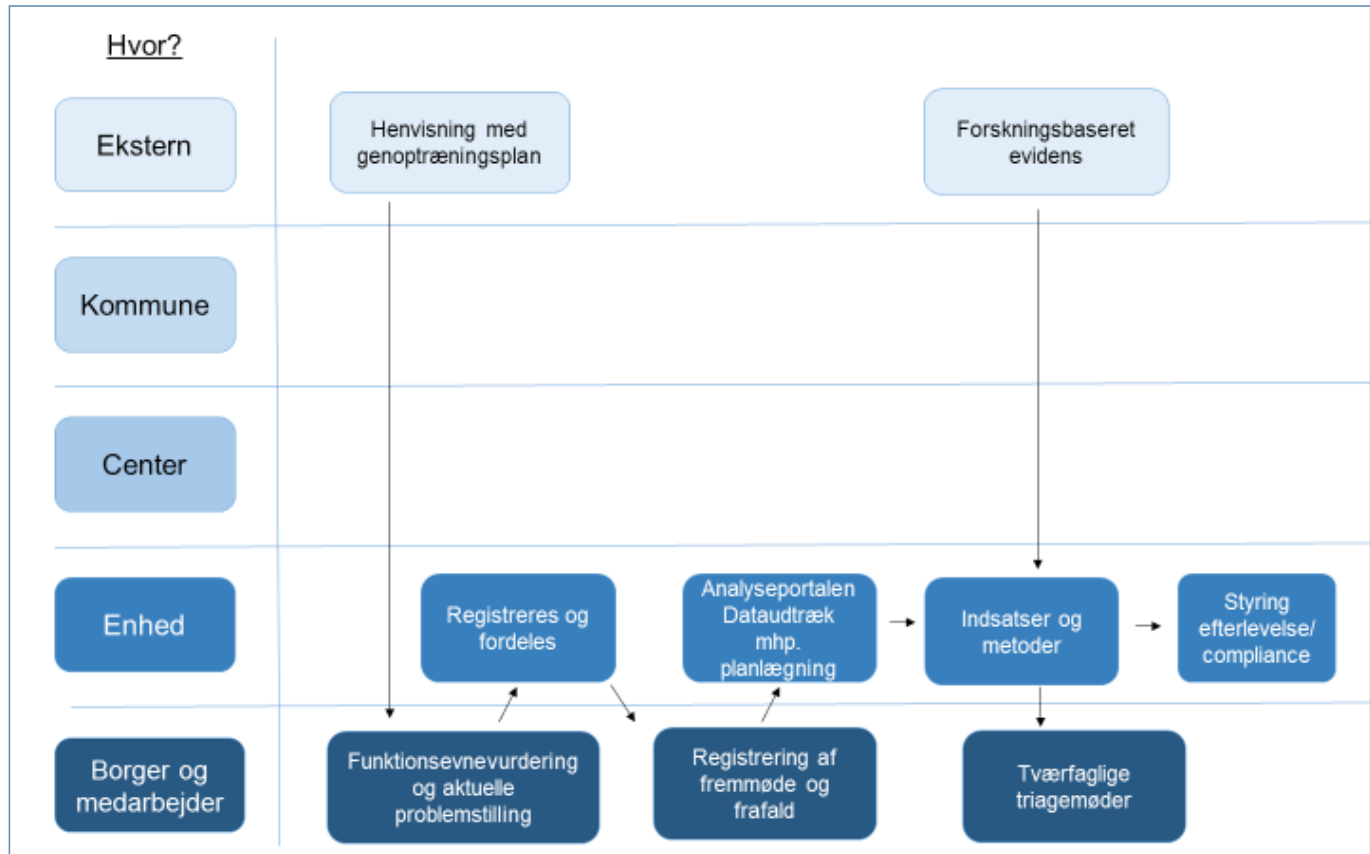
Følgende kapitel indeholder to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på genoptræningsområdet i to kommuner.

CASE 3: ANVENDELSE AF SUNDHEDSDATA I GENOPTRÆNINGSSINDSATSEN I SORØ KOMMUNE

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces med en borger med det formål, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

I Sorø Kommune tager et genoptræningsforløb udgangspunkt i en individuel vurdering af borgerens træningsbehov, dennes funktionsevne samt den aktuelle problemstilling, som borgeren har været i behandling for. Til understøttelse af dette bruges, som illustreret i Figur 3, en række forskellige sundhedsdata.

Figur 3 Brug af sundhedsdata på genoptræningsområdet i Sorø Kommune



Brugen af sundhedsdata understøtter primært Sorø Kommunes arbejde på genoptræningsområdet med effektiv planlægning og opfølgning på de gennemførte indsatser. Når borgerne visiteres til et genoptræningsforløb, sker dette med en henvisning fra sygehuset via en genoptræningsplan (G-GOP) efter Sundhedslovens § 140 eller via henvisning fra egen læge mv. efter Sundhedslovens § 119 rettet imod forebyggelse og sundhedsfremme.

Med udgangspunkt i genoptræningsplanen koblet med vurderinger af borgerens funktionsevne, behandlingsforløb samt aktuelle problemstilling tages der stilling til, hvad den konkrete borgers træningsbehov er. På baggrund heraf udarbejdes en plan med tilhørende mål for genoptræningsforløbet og borgeren registreres og placeres på det relevante genoptræningstilbud.

Medarbejderne registrerer løbende fremmøde, frafald, deltagelses- og gennemførelsesprocenter samt hvilke aktiviteter, som udføres. Data, registreres i kommunens fagsystem NEXUS, ovenpå hvilken data opsamles og aggregeres i rapporteringsværktøjet Analyseportalen. Data i Analyseportalen opdateres dagligt og kan filtreres i forhold til specifikke målgrupper, fx køn og alder. Dataudtræk fra Analyseportalen kan på denne måde anvendes til at følge op på økonomi, frekvenser og kompleksitet samt til planlægning af konkrete indsatser.

Samtlige faggrupper har adgang til borgerens journal og kan via en app med et fælles journal-/ændringsskema triagere borgeren løbende, når der observeres ændringer hos denne. Disse skemaer bruges i forbindelse med tværfaglige triagemøder med deltagelse fra visitationen og medarbejdere fra sundheds-, genoptræning samt hjemmeplejen. Her drøftes fællesfaglige problemstillinger med udgangspunkt i borgeren og dennes behov og den fælles adgang til journalen gør her, at det altid er muligt at tilgå yderligere oplysninger om borgeren, hvis nødvendigt.

Selve udvælgelsen af indsatser og metoder baserer sig primært på forskningbaseret evidens om virksomme metoder, mens den indsamlede sundhedsdata i denne sammenhæng bruges i et styringsperspektiv til at følges op på efterlevelse/compliance. Det vil sige, hvorvidt de nødvendige screeninger af borgerne gennemføres (f.eks. ernæringscreeninger for dysfagi (synkebesvær)) og ligeledes hvorvidt de prioriterede indsatser og metoder udføres.

Samarbejde med Sorø Kommunes Akutteam

En vigtig snitflade for genoptræningsområdet er samarbejdet med kommunens Akutteam. Sorø Kommunes Akutteam Kommune arbejder med at forbedre og styrke indsatsen for borgere, der udskrives fra sygehuset. Målet er at forebygge genindlæggelser, skabe tryghed i udskrivelsen samt sikre, at den rehabiliterende indsats

igangsættes på det rette tidspunkt. Når borgerne udskrives med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140 foretages der screeninger af borgerens funktionsevne og aktuelle problemstillinger ud fra hvilket det besluttes hvad borgerens konkrete behov er.

Med henblik på at sikre, at borgeren får det rette tilbud har man i Sorø Kommune udviklet et tværfagligt notat, et såkaldt META-notat, som dækker områderne Medicin, Ernæring, Træning og Aktivitet. Notatet bruges på de tværfaglige møder og tanken er, at alle relevante faggrupper skal komme med input til udfyldelse af notatet. Løsningen er opbygget således at de vigtigste punkter opsummeres på max én A4-side. I Akutteamet har man ligeledes indført et lignende notat, hvor sygepleje, terapeut og visitator kan skrive deres kommentarer til borgeren. Notaterne giver et overblik over hvad de forskellige fagprofessionelle syn på borgerens og dennes problemstillinger er. Formålet er at give frontmedarbejderne et overblik over hvilke beslutninger der er drøftet på det tværfaglige møde, hvad der er sket hos borgeren siden sidst og hvad den videre plan for borgeren er.

Resultater

Arbejdet med sundhedsdata har på nuværende tidspunkt betydet, at der er skabt relevant ledelsesinformation i forhold til aktivitetsdata. Ledelsesinformation, som kan understøtte planlægningen i enheden. Brugen af sundhedsdata er dog stadig under udvikling på genoptræningsområdet i Sorø Kommune. Fremadrettet ønsker man særligt at kunne trække og bruge relevant sundhedsdata til understøttelse af kvalitetsudviklingen af indsatser og forløb samt ikke mindst effekten af disse. Et andet fokuspunkt er, at der skabes en mere systematisk inddragelse af borgeren med henblik på, at der kan skabes et samlet borgerbillede med efterfølgende målrettede indsatser. Det vil sige, at der skabes data, der understøtter at borgeren "følges hjem" og at der dermed ikke skabes en ny sektorovergang.

Det nye fælles journalark på den enkelte borger har skabt en fælles platform for de tværfaglige møder om borgeren. Formålet med disse møder er ud fra en rehabiliteringstilgang at "komme hele

vejen rundt" om borgeren med særligt fokus på ernæring, pleje, genoptræning mv. Disse tværfaglige møder, hvor man på basis af data skaber et fælles ståsted, har vist sig at have stor betydning i forhold til den interne kompetenceudvikling og samarbejdet på tværs af faggrupper.

Metoden har vist sig at være så succesfuld, at den er udbredt til andre dele af organisationen herunder i forhold til borgere i plejeboliger.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Et vigtigt succeskriterium for at sundhedsdata kan understøtte planlægningen og styringen i Sorø Kommune er, at der bruges tid og ressourcer på at forstå det til tilgængelige data samt de muligheder og begrænsninger den konkrete sundhedsdata giver. Tilgangen til et fælles datagrundlag er her helt centralt for skabelsen af et tværfagligt samarbejde, hvor medarbejdere kan mødes og sammen skabe et fælles, oplyst billede af borgeren.

Arbejdet med at skabe et solidt datagrundlag er dog ikke ukompliceret og udfordres af, at det ofte er svært at trække data ud af systemerne og efterfølgende lave de relevante koblinger. Der er som sådan adgang til meget sundhedsdata og information om borgeren. Den registrerede data er dog ofte karakteriseret ved at være kvalitativ og derfor svær at opsamle og aggregere. En anden udfordring i forhold til den tilgængelige sundhedsdata er, at sundhedsdata fra nationale databaser, såsom KØS, ofte kun opdateres en gang årligt. Dette besværliggør den daglige brug og gør at det er svært at agere på denne data i den daglige styring. Et eksempel her er indsatser i forhold til forbyggelige genindlæggelser.

Et kontinuerligt arbejde med data udfordres endeligt særligt af systemændringer, herunder ikke mindst i tilfælde af indførelsen af nye omsorgssystemer. Sådanne skift umuliggør i realiteten sammenligning på tværs af år, hvilket er med til at gøre det svært at følge udviklingen og effekten af indsatserne i et mere langsigtet perspektiv.

CASE 4: HJERTEREHABILITERING I VORDINGBORG KOMMUNE

I Vordingborg Kommune har man sammen med Guldborgsund og Lolland kommuner i det tværsektorielle projekt "Tæt på dig" valgt at hjemtage hjerterehabiliteringsindsatsen fra Nykøbing F sygehus. Hjerterehabiliteringsindsatsen har til formål at sikre en blivende livsstilsforandring hos borgeren. Inden hjemtagningen lå Fase 1 og 2 af hjerterehabiliteringsindsatsen på sygehuset, imens den 3. og sidste fase blev varetaget i kommunalt regi. Data fra regionen sammenholdt med Vordingborg Kommunes egne data på deltagelsesfrekvenser og fremmøde viste dog faldende deltagelse. En tendens, som var med til at underbygge antagelsen om, at en del borgere ikke gennemførte deres rehabiliteringsforløb. Noget som bl.a. blev tilskrevet store geografiske afstande til lokationerne hvor hjerterehabiliteringen blev udbudt.

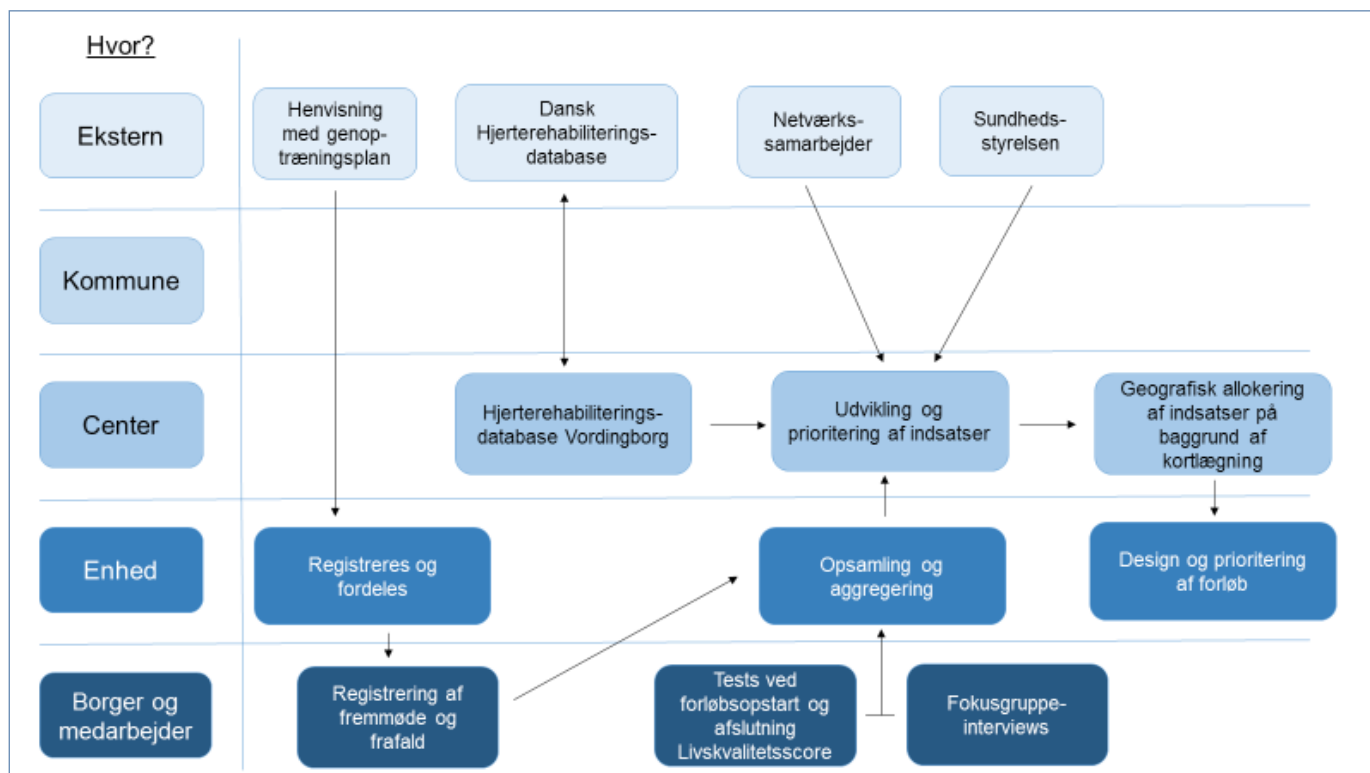
Med hjemtagningen er en stor del af fase 2 af hjerterehabiliteringen overdraget fra hospitalerne til Vordingborg Kommune og til arbejdet med dette benyttes en række forskellige data. Figur 4 viser hvordan data understøtter udvikling og prioritering af indsatser og forløb i forbindelse med kommunes hjerterehabiliteringsindsats.

Brugen af data understøtter primært forvaltningens arbejde med at planlægge og prioritere indsatser samt imod opfølgning på borgernes deltagelse, generelle motivation og udbytte af deres deltagelse i hjerterehabiliteringsforløbet. Når borgerne visiteres til et hjerterehabiliteringsforløb, sker dette med en henvisning fra sygehuset via en genoptræningsplan (G-GOP) efter Sundhedslovens § 140 eller via henvisning fra egen læge eller lignende efter Sundhedslovens § 119 rettet imod forebyggelse og sundhedsfremme. Planlægning af forløb sker med udgangspunkt i dette og borgerne registreres og sættes på fordelingslister fordeles derefter på de relevante forløb.

Udgiften til hjerterehabilitering på sygehuset (den specialiserede genoptræning) følges med KØS data

Der laves løbende opfølgning på fremmøde, frafald og gennemførselsprocenter samt på hvilke aktiviteter som fastholdes. Tal som udtrækkes fra kommunens fagsystem. Derudover registreres der og følges op på data fra en hjerterehabiliteringsdatabase. En vigtig forudsætning for hjemtagelse var at Vordingborg Kommune var i stand til at kunne lave de lovpligtige indberetninger om borgerne til

Figur 4: Brugen af sundhedsdata på genoptræningsområdet i Vordingborg Kommune



Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DEFACTUM). Databasen indsamler sundhedsfaglige data om hjerterehabileringsindsatsen på alle danske sygehuse med henblik på at ensrette hjerterehabileringsindsatsen. Som en del af hjemtagelsen har Region Sjælland i forbindelse med projektet derfor købt sig adgang til og registrer i en hjerterehabileringsdatabase understøttet af Region Midtjylland – DEFACTUM databasen.

I forhold til den enkelte borger måles på disses fysiske funktionsniveau, motivation og mål før og efter deres deltagelse i hjerterehabileringsforløbet. Data som der laves halvårslige opfølgning på. Dette suppleres med data, udfyldt af borgeren selv eller med hjælp fra en terapeut, som giver en indikation om borgerens vurdering af egen livskvalitet med fokus på måling af helbredsrelateret livskvalitet samt screening for depression og angst. Denne data bruges til at styre og følge op på frafald samt til stillingstagning i forhold til den enkelte borger. Vordingborg Kommune har løbende fokus på at indsamle og følge op på mere kvalitative data om borgernes oplevelser. Dette sker bl.a. gennem afholdelse af fokusgruppeinterviews med borgerne. Evidens fra Sundhedsstyrelsen og erfaringer fra netværkssamarbejder med andre kommuner indgår her også løbende i Vordingborg Kommunes kvalitetsudvikling.

De detaljerede individuelle data aggregeres særligt med fokus på sammenhængen mellem aktivitet og økonomi. Den enkelte tovholder forholder sig til de overordnede tal, men også i den samlede løbende evaluering ift. hvordan kommunens tilbud eventuelt skal tilpasses. For at sikre høje gennemførelsesprocenter bruges der i denne sammenhæng data om geografi og borgernes bopæl til udvælgelse af de fysiske placeringer af indsatser og fordeling af borgerne på tilbud. Sammen med den aggregerede data om aktivitet og borgerne fysiske og psykiske tilstand indgår derfor i den løbende udvikling, prioritering af indsatser samt til design af konkrete forløb.

Resultater

Et centralt resultat for Vordingborg Kommune har været, at det har været muligt at øge antallet af borgere, som har gennemført deres hjerterehabileringsforløb. Det er sket sideløbende med et fald i udgifterne til det specialiserede område. Data om økonomi og aktivitet har her vist at der efter hjemtagningen rehabiliteres 3 gange så mange for de samme penge.

Internt i forhold til medarbejderne har inddragelse i opfølgningen samt i de løbende justeringer koblet brugen og opsamlingen af de personlige borgerfortællinger været med til at give energi tilbage til medarbejderne. Noget som har været med til at kvalitetssikre eksisterende forløb samt givet anledning til at udvikle og prioritere andre og nye indsatser.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Arbejdet med data kræver overordnet, at der investeres tid og ressourcer i at lære, hvordan data udtrækkes, behandles og bruges således at det kan understøtte leveringen af kerneydelsen. Det er ikke en ukompliceret øvelse og det opleves ofte som svært at trække data ud fra systemerne og herunder ikke mindst at identificere, hvilke af de tilgængelige data som rent faktisk er relevante i til f.eks. at planlægge, styre og kvalitetsudvikle.

Tværfaglighed og brugerperspektivet på genoptræningsområdet er centralt i Vordingborg Kommune også med henblik på at gøre arbejdet med data er relevant. Da der arbejdes i et system, hvor ressourcerne til tider er pressede, er det vigtigt at kunne følge op på, hvorvidt brugen ressourcer også medfører den ønskede effekt. Data og deraf følgende løbende inddragelse af borgerne er derfor et centralt pejlemærke på genoptræningsområdet. Et vigtigt succeskriterium er her at kunne trække og følge op på relevant data om borgerne. Dette med henblik på strategisk brugerinddragelse i planlægningen, under borgerens forløb og i selve forløbsevalueringen. Overordnet med det formål at forbedre indsatserne og skabe best practice.

En vigtig forudsætning for at hjemtage rehabiliteringen var, at Vordingborg Kommunen var i stand til at indberette data til hjerterehabileringsdatabasen. Oprindeligt var det egentligt et krav fra kommunens side, at den nye kliniske database skulle kunne arbejde sammen med kommunens fagsystemer. Dette har dog ikke været muligt, hvilket betyder at der udføres en del dobbeltregistreringer. Udover, at det selvfølgelig har krævet en økonomisk investering at etablere adgang til hjerterehabileringsdatabasen, er det også en udfordring, at databasen er bygget til og primært bruges i regi af sygehusene. Databasen bygger for nuværende på de samme indikatorer, som i sygehusvæsenet og disse er ikke altid, set fra en kommunal kontekst, relevante indikatorer i forhold til opfølgning på effekter. For at blive dette kunne man med fordel inkorporere data og relevante indikatorer for borgernes forløb, praksis ift. pro-data for på denne måde at gøre den indsamlede sundhedsdata mere kommunalt relevant.

04/ FOREBYGGELSE- OMRÅDET

Følgende kapitel indeholder et konkret case-eksempel på, hvordan sundhedsdata anvendes på forebyggelsesområdet i en kommune.

CASE 5: HVORDAN DATA UNDERSTØTTER BESLUTNINGER OM IDRIFTSÆTTELSE AF FOREBYGGELSE- PROJEKTER SØNDERBORG KOMMUNE

Sønderborg Kommune udmønter rammen til sundhedsfremme og forebyggelse på baggrund af kommissorier, der forelægges sundhedsudvalget. Kommunen har således løbende en portefølje af projekter i gang. Projekternes løbetid er forskellig fra projekt til projekt, og det er op til en politisk beslutning, hvorvidt der skal afsættes yderligere driftsmidler til indsatsen, når det enkelte projekts finansieringsperiode udløber. I kommissoriet er der stillet krav til, hvordan projekterne skal evalueres og evalueringerne skal understøtte sundhedsudvalgets og byrådets beslutning om, hvorvidt midlerne skal prioriteres til andre formål eller om der skal afsættes yderligere driftsmidler til indsatsen, når projektperioden udløber.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

For at opnå den bedste prioritering af midler er det vigtigt, at data kan bidrage til at indkredse de relevante målgrupper tilstrækkelig præcist til, at indsatserne kan målrettes. Dette kan f.eks. være efter geografiske områder. Dette med henblik på, at sikre at midlerne anvendes, hvor de bedst kan bidrage til at øge sundheden frem for i generelle tilbud. En barriere er i den sammenhæng, at data fra f.eks. E-sundhed og KØS er vanskelige at få opdelt på relevante geografiske. Øvrige tekniske barrierer er at det opleves som værende

omstændeligt at udarbejde tidsserier og lignende. Dette betyder, at arbejdet både bliver ressourcekrævende og samtidig ofte ikke helt kommer til at udgøre det ønskede grundlag for beslutninger.

Eksempel på arbejdet med data i projektet Sund Mand Sønderborg Et konkret eksempel på et projekt, der er iværksat inden for rammen til sundhedsfremme og forebyggelse er Sund Mand Sønderborg. Projektet er igangsat med det formål at forbedre mænds sundhed og trivsel. Baggrunden for projektet er det faktum, at danske mænd lever 4-5 år kortere end kvinder, har stor overdødelighed og oftere bliver ramt af alvorlige sygdomme som f.eks. hjertekar-sygdomme og kræft. I forbindelse med evalueringen af projektet har kommunen bl.a. anvendt prodata (data om borgerens helbreds-tilstand rapporteret af borgeren selv) kombineret med tilfreds-hedsmåling. Projektet rummer tre målrettede indsatser, der alle har tilknyttede målbare succeskriterier:

Forløb med fokus på fysisk aktivitet og socialt fællesskab for mænd med livstilsudfordringer og/eller mentale helbredsudfordringer kaldet Er du klar, mand? For disse forløb indsamles data om bl.a. oplevet sundhedstilstand samt ønskede og realiserede livsstilsændringer via spørgeskemaer, som udfyldes af de deltagende mænd



af fire omgange; inden forløbet påbegyndes, efter den indledende 24-timers camp, ved forløbets afslutning og et halvt år efter forløbets afslutning. Desuden registreres vægttab under forløbet.

Desuden afholdes årligt en række aktiviteter med fokus på bl.a. sund madlavning og aktivitet i forbindelse med Men's Health Week i uge 24. For disse aktiviteter er der evalueret på deltagerantal.

Endelig har Sønderborg Kommune oprettet "Mænds Mødesteder i Sønderborg" for målgruppen blandt mænd uden fast tilknytning til en arbejdsplads, som derfor ikke er tilknyttet et sundhedstilbud gennem arbejdet. Midtvejsevalueringen af dette tilbud er baseret på spørgeskemaer, som tager udgangspunkt i den australske version af spørgeskemaet til evaluering af Men's Sheds. Her spørges bl.a. til mændenes oplevelse af mental sundhed, fysisk aktivitet, selvvurderet helbred, kostvaner samt forbrug af tobak og alkohol.

Konkrete resultater

Forløbene med fokus på fysisk aktivitet og socialt fællesskab har på alle parametre levet op til de succeskriterier, som var fastsat for forløbet. Målet var, at mindst 75 pct. af mændene skulle gennemføre hele forløbet med mere end 60 pct. deltagelse i de 19 mødegange

efter den indledende 24-timers camp. Ved midtvejsevalueringen havde 91,3 pct. af deltagerne gennemført forløbene. De data, der blev opsamlet i og efter forløbet viser yderligere, at deltagerne i gennemsnit tabte 6,5 kg under forløbene, samt at mindst 35 pct. holder fast i en eller flere livsstilsændringer efter forløbet.

De data, der er indsamlet via spørgeskema blandt de faste medlemmer i Mænds Mødesteder i Sønderborg, viser, at ca. 60 pct. af mændene oplever at have fået det bedre med sig selv, at være glattere derhjemme og/eller at have fået mere selvtillid efter, at de er startet i Mænds Mødesteder. Oprettelsen af mænds mødesteder har således især haft positiv indflydelse på mændenes mentale sundhed. Der er dog også flere deltagere, der oplever forbedringer i forhold til KRAM-faktorerne. F.eks. har forløbet for over halvdelen af mændene haft en positiv indflydelse på deres fysiske aktivitet.

05/ TANDPLEJEOMRÅDET

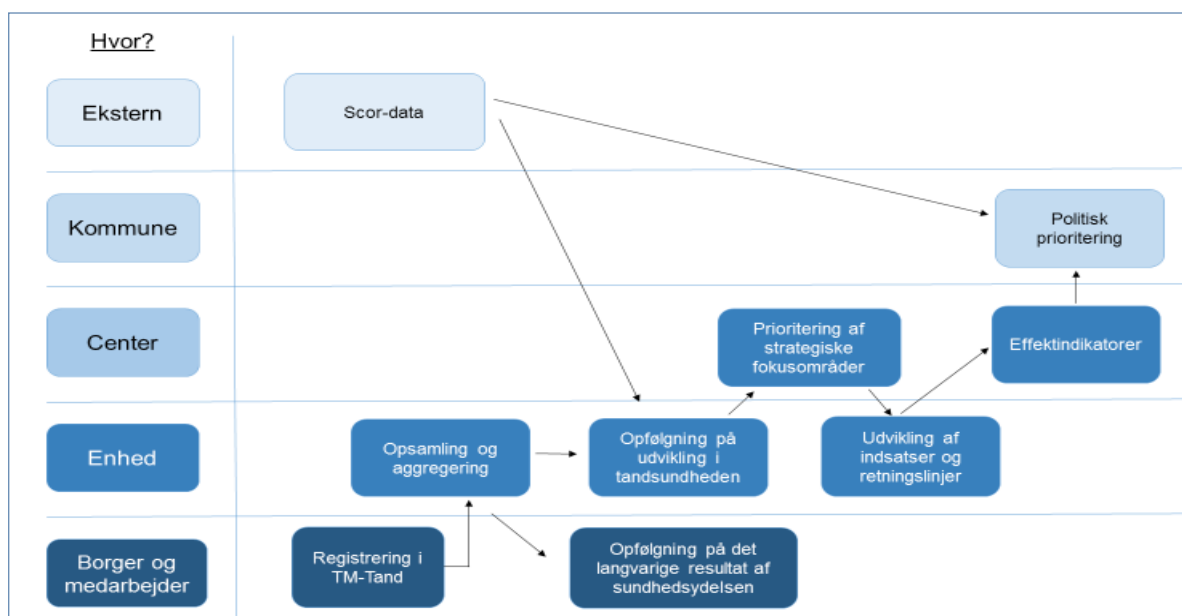
Følgende kapitel indeholder to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på tandplejeområdet i to kommuner.

CASE 6: DATAUNDERSTØTTET ARBEJDE I BØRNE- OG UNGDOMSTANDPLEJEN I VORDINGBORG KOMMUNE

Børne- og ungdomstandplejen i Vordingborg Kommune, tilbydes tandplejeydelser til børn og unge i alderen 0-18, med henblik på generel forebyggelse og sundhedsfremme. Som en del af tilrettelæggelsen af indsatser og til at underbygge politiske prioriteringer

anvendes en række forskellige sundhedsdata om udviklingen i tandsundheden. Figur 5 skitserer hvordan data understøtter udviklingen af indsatser og den deraf følgende opfølgning gennem blandt andet brugen af effektindikatorer.

Figur 5: Børne- og Ungetandplejen i Vordingborg og brugen af sundhedsdata



Vordingborg Kommunes Børne- og Ungetandpleje anvender primært to typer sundhedsdata. Data, som bruges til at understøtte arbejdet med at planlægge og kvalitetssikre indsatserne på området. Det drejer sig om det årlige udtræk fra den nationale database SCOR (Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register) samt løbende dataudtræk fra kommunens journalsystem TM Tand.

Det elektroniske patientjournalsystem TM Tand, systematiserer alle ydelser og observationer på tværs af arbejdsområder og visningsmåder og på baggrund af dette laves der i tandplejen månedlige udtræk, hvor den aggregerede data bruges til planlægning og opfølgning. Der fokuseres her særligt på udviklingen i diagnoser, interventioner og materialeforbrug.

SCOR-data opgøres en gang årligt for de fire obligatoriske årgange 5-, 7-, 12-, 15-årige og data for den enkelte kommune opgøres på kommune regions- og landsniveau. Vordingborg Kommune bruger især SCOR-data til at identificere tendenser i udviklingen af tandsundhed med særligt fokus på udviklingen i antal skader og huller samt alvorlighedsgrad fx om der er hul i tyggefladerne eller forsiden af fladerne. På denne måde bruges denne data konkret til at følge udviklingen internt i tandplejen, men også til at sammenholde disse resultater med udviklingen i regionen og på landsplan.

Til understøttelse arbejdet med data, har man i tandplejen nedsat en klinkgruppe, som bl.a. med udgangspunkt i udviklingen i data, er med til at bearbejde, udvælge og udvikle de strategiske fokusområder for tandplejen. For at sikre at datakvaliteten gennem ensartede registreringer afholdes der fællesmøder, med det formål at sikre ensartede dataindberetning. Data gennemgås på personalemøder, således, at medarbejderne har en tilbagevendende viden om hvordan udviklingen og aktiviteten i tandplejen ser ud i Vordingborg Kommune.

Med udgangspunkt i den tilgængelige data har man endelig identificeret en række effektindikatorer, som bruges til at følge op på den overordnede udvikling på området. Data fra journalsystemet samt SCOR bruges på denne måde til at udvikle og forbedre de indsatser, som udføres, men også som udgangspunkt for diskussioner af interne retningslinjer og praksis. Data bruges her som input til diskussioner af de mere langvarige resultat af specifikke metoder og af den enkelte medarbejders resultater i forhold til borgernes langvarige tandsundhed.

Til opfølgning på de mere overordnet niveau, med fokus på udviklingen i tandsundheden for Vordingborg Kommunes borgere, er det effektindikatorerne og særligt SCOR-resultaterne, som har stort fokus politisk. Disse data præsenteres årligt.

Resultater

Data anvendes som fælles oplyst udgangspunkt til at udvikle det kvalitetsmæssige i de indsatser der igangsættes og fortsættes i det daglige arbejde i tandplejen. Det vil sige, til at følge med i aktiviteterne i specifikke projekter. I forhold til f.eks. specifikt projekt med fokus på lakering af flader, muliggør data at der kan følges op på antallet af behandlinger, hvem der har udført behandlingen, det efterfølgende resultat ift. eventuelle behov for relakering eller fyld-

ninger samt materialeforbruget. På denne måde giver data indblik i effekten af den enkelte tandplejers behandling samt materialeforbrug, set i forhold til en fastsat gennemsnitscore.

Data tilgås og anvendes også på det politiske niveau i Vordingborg Kommune. Et særligt fokuspunkt er udviklingen i SCOR-data samt i de udvalgte effektindikatorer, som er opsummeret i Tabel 1.

Tabel 1: Effekindikatorer i Vordingborg Kommunes Børne- og Ungetandpleje

- SCOR def-s og DMF-s
- Zoner
- Udeblivelse
- Udslusning af 18-årige til privat praksis
- Udmeldte via Frit valgs-loven
- Tandreguleringsprocent
- "Egne henvendelse" – antallet af borgere, som selv henvender sig pga. egne observationer om huller etc.

Her giver sundhedsdata i form af effektindikatorerne og SCOR-data generelt anledning til diskussioner om prioriteringer og indsatser, hvilket f.eks. var tilfældet, da data fra SCOR viste en nedgang i tandsundheden i Vordingborg Kommune. Dette medførte efterfølgende at området, blev tilført en ekstrabevilling, med henblik på at tandplejen kunne forbedre og styrke sine indsatserne overfor børn og unge i Vordingborg Kommune.

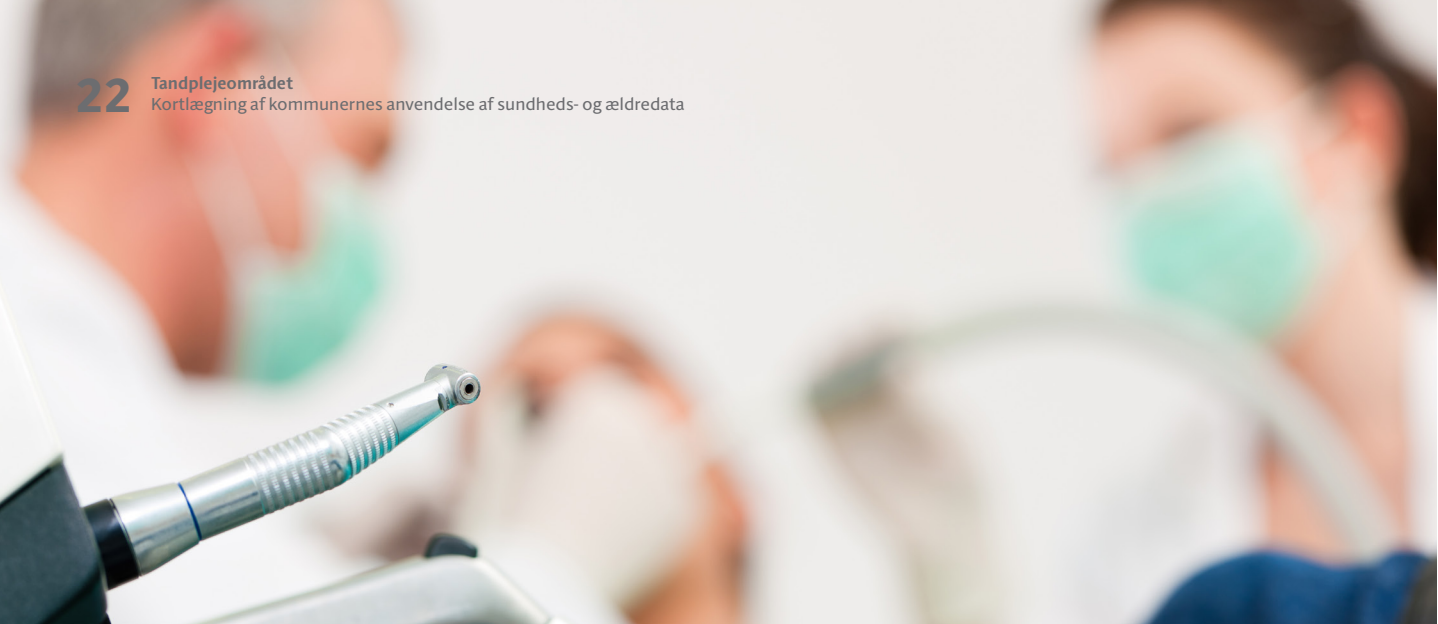
Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Et vigtigt succeskriterium for at sundhedsdata kan understøtte effektiv planlægning, styring og kvalitetsudvikling er i Vordingborg Kommune, at der bruges tid og ressourcer på at forstå det til tilgængelige data samt de muligheder og begrænsninger den konkrete data giver.

Det er et vigtigt fokuspunkt, da opgørelser såsom SCOR-data, som ranglister kommunernes indsatser, kan have stor vægt politisk. Som følge heraf er det nødvendigt at forstå og arbejde med, hvordan data skal tolkes og fremlægges både politisk men også i den daglige praksis i forhold til medarbejderne.

Da data bygger på medarbejdernes daglige registreringer, er det tilbagevendende fokuspunkt i Vordingborg Kommunes tandpleje at der løbende opfølges på datakvalitet og registreringspraksis, således, at der opnås en nogenlunde ens registreringspraksis, om end den enkelte registrering altid vil være baseret på den enkelte medarbejders subjektive faglige vurdering. Fagligt baserede succeskriterier og kliniske standarder kunne her være en mulighed.

Eksistensen af flere forskellige journaliseringssystemer på tværs af kommunerne identificeres i denne forbindelse som en barrierer og udfordring i forhold til at lave fælles udtræk og mere ensartet opfølgning. Et fælles mere fleksibelt journalsystem med muligheden for udvidede databestillinger er her et stort ønske.



CASE 7: TANDPLEJEN I AARHUS KOMMUNE

Målrettede indsatser og tværfagligt samarbejde på baggrund af data om tandsundhed for børn og unge

Aarhus Kommunes børne- og ungdomstandpleje anvender data til at understøtte en lang række opgaver f.eks. behovsprioritering af indsatser, kvalitetsudvikling, målretning af indsatser og til at understøtte det tværfaglige samarbejde.

Tandplejen i Aarhus Kommune anvender de samme data, som også indberettes til Sundhedsstyrelsen, dog arbejder man med flere årgange end de indberetningspligtige – både de 3, 5, 7, 12, 15 og 18-årige. Tandplejen har stort fokus på, at alle børn og unge på disse årgange indkaldes og indberettes. Derved sikres valide tandsundhedsdata for årgangen, og samtidig dokumenteres Tandplejens opfølgende indsats med en høj indberetningsprocent.

Disse data anvendes bl.a. til at følge op på tandplejens mål. Fx er der fokus på lighed i sundhed (bl.a. mange børn uden huller, og få børn med mange huller) og på lighed i brug af sundhedsvæsenet, netop ved at bruge ressourcer på at sikre kontakten til alle børn og unge, så også de mindst ressourcestærke profiterer af adgang til forebyggende ydelser.

Et andet eksempel på tilpasning af ressourcer ved brug af data er, at Aarhus Kommune har et mål om at 95 pct. af børnene skal være kariesfri ved treårsalderen. Selv om målet opfyldes, arbejder tandplejen med også at forbedre tandsundheden for de sidste 5 %. Data anvendes i denne sammenhæng til at finde karakteristika ved den gruppe, der har karies ved treårsalderen, både i forhold til risikofaktorer og beskyttende faktorer. Kortlægningen har bl.a. vist, at en del af disse børn var tilflyttere, og det er dermed blevet tydeligt, at der er behov for en indsats for at få etableret kontakt til denne gruppe tidligere end ved treårseftersynet.

Data fra den elektroniske patientjournal udtrækkes i samme format, som det indberettes til sundhedsstyrelsen, og så kobles data med f.eks. data om hvilket dagtilbud eller skole, børn og unge går i, geografiske områder, overvægt, dansk som andet sprog osv. med henblik på at kunne identificere målgrupper og iværksætte tvær-

faglige indsatser for at øge sundhed, trivsel o.a. for børnene og de unge. Data samkøres på individniveau, og anvendes i anonymiseret og aggregeret form. Det er således en stor hjælp i forhold til at skabe synlighed omkring behov for tværfaglige og helhedsorienterede indsatser.

Et eksempel på tværfaglige indsatser, hvor viden om tandsundhed indgår, er indsatsen "Gentænk Aarhus Vest" målrettet skoledistrikterne Gellerup, Tovshøj og Ellekær. Kortlægningen med data på tværs af områder viser, at de børn og unge, der bor i Gellerup, Tovshøj og Ellekær skoledistrikter, klarer sig dårligere end børn og unge i resten af byen i forhold til sprog, fagligt niveau, fravær, sundhed, ungdomsuddannelse med videre. Derfor arbejder kommunen målrettet med at udvikle en række tilbud med det formål, at disse børn og unge får et lige så godt udgangspunkt som børn og unge i resten af Aarhus Kommune både hvad angår sundhed, trivsel og uddannelse.

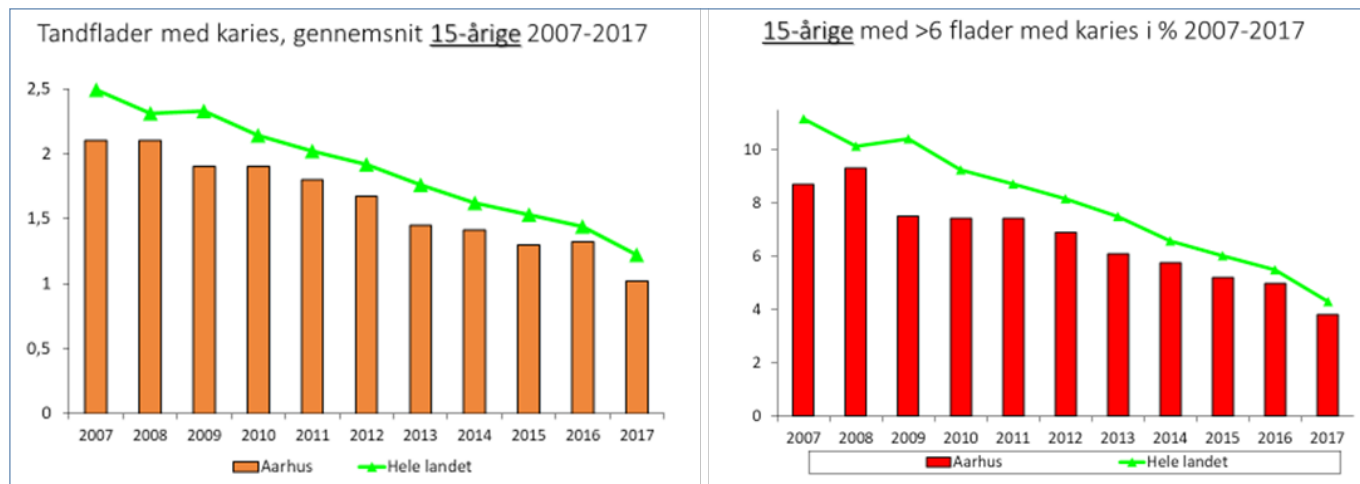
Tandplejens data indgår også i kvalitetsrapporter på skole- og dagtilbudsområdet. Det betyder, at skoler og dagtilbud kan planlægge konkrete indsatser i forhold til børnenes sundhed. Dvs. at der gennem brug af data skabes opmærksomhed på børnenes og de unges tandsundhed i de enheder i kommunen, hvor børnene og de unge tilbringer mest tid.

Konkrete resultater

Data er med til at sætte fokus på at der er forskel på behovene, og at det kræver forskellige indsatser at opnå god tandsundhed for forskellige grupper af børn. Data skaber dermed udgangspunkt for faglige drøftelser af behovsorientering og prioritering af indsatser, hvilket Tandplejens nyformulerede Sundhedsplan også bærer præg af.

Det vil tage mindst 2-3 år før de nye forebyggende indsatser kan ses i de resultater, tandplejen måler på. Det er ikke muligt at foretage kohortestudier (samme børn før og efter), derfor måler Tandplejen på stadigt stigende tandsundhed og stadigt faldende differentiering af sygdom m.v. Som vist i nedenstående eksempler.

Figur 6:Udvikling i tandsundhed og differentiering i sygdom i Aarhus Kommune og hele landet



Kombinationen af data fra tandplejen med data fra andre områder skaber et godt udgangspunkt for at mobilisere potentielle tværfaglige samarbejder. Data skaber tydelighed omkring korrelationen mellem ulighed i sundhed og andre problemstillinger, og medfører, at tandplejen bliver mere synlig som en samarbejdspart ind i de tværgående indsatser. F.eks. forsøger man at etablere koordinerede indsatser for unge, der både dropper ud af skole og ud af behandlinger i tandplejen (som f.eks. bøjlebehandlinger). Et andet eksempel på en tværfaglig indsats er "Gentænk Aarhus Vest".

I kvalitetsrapporten for skole og dagtilbud er tandsundheden analyseret. Rapporten viser, at målet om at 95 pct. af børn i tresårsalderen ikke har huller i tænderne er opfyldt, idet 96,4 pct. af de treårige ikke havde huller i tænderne i 2017. Samtidig viser hovedrapporten, at den lokale spredning er lille blandt de treårige. I forhold til de femårige er der imidlertid flere børn, der har huller i tænderne (12,8 pct.) og en større lokal spredning mellem dagtilbuddene. Aarhus Kommune har også kunnet konstatere at det er kendetegnene ved de dagtilbud, hvor andelen af femårige uden huller i tænderne er under 60 pct. at de ligger udsatte boligområder og/eller har en stor andel børn med dansk som andet sprog. Rapporten viser også, at andelen af børn med nul huller er større blandt femårige med dansk som første sprog (92,1 pct.) end blandt børn med dansk som andet sprog (58,2 pct.). Dermed har kombinationen af sundhedsdata og øvrige data været med til at skabe synlighed om, hvor i kommunen og til hvilken målgruppe, der er behov for en fokuseret indsats. Da data stilles til rådighed for institutions- og skolelederne i dagtilbuddene og skolernes kvalitetsrapporter, så giver det også mulighed for, at der planlægges indsatser for at forbedre børnenes sundhed i de dagtilbud og skoler, hvor de tilbringer deres hverdag. I bilaget til kvalitetsrapporten fremgår det at flere dagtilbud har udviklingsmål for børnenes sundhed.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Tandplejen har som udgangspunkt en dokumentationskultur, der medfører, at området har et solidt datagrundlag. Begrebsapparat er indarbejdet allerede under faggruppernes uddannelser, hvilket

betyder at datakvaliteten inden for tandplejens område er høj. Det betyder også, at tandplejen har stor erfaring med at anvende de registrerede data i det fagprofessionelle arbejde.

For tandplejen har det nye været, at data nu anvendes til at understøtte det tværfaglige samarbejde og helhedssynet på børn og unges sundhed og trivsel. I Aarhus Kommune har kontraktstyringen af tandplejen været en velfungerende ramme for, at tandplejen arbejder dataunderstøttet med udvikling af indsatser, ressourcestyring og differentiering af tilbud.

Aarhus Kommune peger på kombinationen af fagprofessionelle kompetencer og datakompetencer som en af de centrale faktorer i forhold til at lykkes med det dataunderstøttede arbejde. Det kræver fagprofessionelle kompetencer at omsætte de mønstre, der ses i dataene, til konkrete indsatser. Det betyder, at dataunderstøttelsen af arbejdet lykkes bedst, hvis det er en fagprofessionen eksempelvis en tandlæge, som er med til at kortlægge mønstre i data og omsætte det til indsatser.

Hvis du vil vide mere:

Du kan se hvordan tandplejen og sundhedsplejens data indgår kvalitetsrapporten for dagtilbud og skole i Aarhus Kommune på følgende link:
<https://kvalitetsrapporter.aarhus.dk>

Du kan læse mere om initiativerne under "Gentænk Aarhus Vest" på følgende link:
<https://aarhus.dk/om-kommunen/boern-og-unge/skoler-dag-og-fritidstilbud/gentaenk/>

06/ SUNDHEDSPLEJE- OMRÅDET

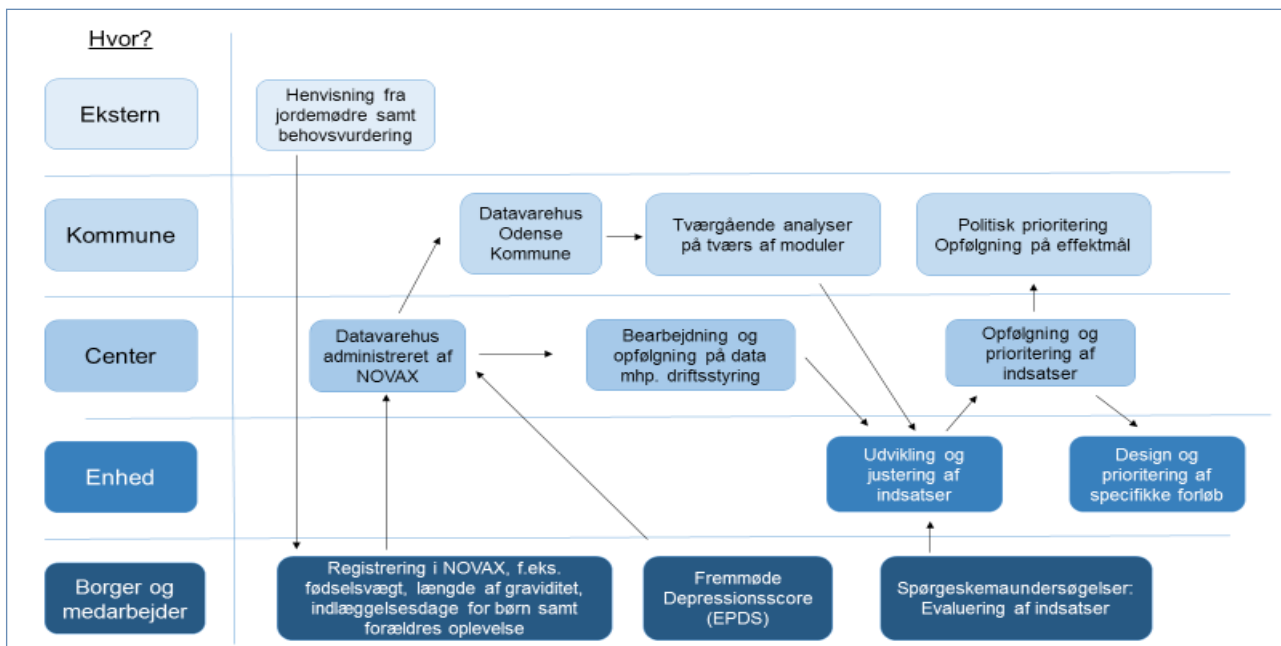
Følgende kapitel indeholder to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på sundhedsplejeområdet i 2 kommuner.

CASE 8: BRUGEN AF SUNDHEDSDATA I ODENSE KOMMUNES SUNDHEDSPLEJE

Sundhedsplejen i Odense Kommune har en bred vifte af sundheds-tilbud til kvinder under deres graviditet, hen over barnets leveår og indtil den unge forlader skolen. Sundhedsplejen skal bidrage til at sikre børn og unge får en sund opvækst og at der skabes gode

forudsætninger for en sund voksentilværelse. Dette skal gøres gennem undersøgelser, rådgivning og vejledning af børn og familier om trivsel og sundhed. Til understøttelsen af arbejdet i sundhedsplejen bruges en række sundhedsdata, som illustreret i Figur 7.

Figur 7: Brugen af sundhedsdata på sundhedsplejeområdet i Odense Kommune



Indsatsen hos den kommunale sundhedspleje tager udgangspunkt i en henvisning fra en jordemoder. Brugen af sundhedsdata i Odense Kommunes sundhedspleje baserer sig herefter primært på de informationer og registreringer som sundhedsplejerskerne løbende indtaster i det elektroniske journalsystem NOVAX. Data, som overføres til et datavarehus administreret af NOVAX, hvor data kobles med aktivitetsdata registreret af sundhedsplejepersonalet i Excelark. Den sundhedsfaglige registrering udspringer primært af Sundhedsloven og indbefatter bl.a. informationer om barnets fødselsvægt, længde af graviditet osv.

Analyseredskabet Danmarks børn, som er en del af NOVAX, understøtter her arbejdet med faglige analyser samt i forhold til at understøtte sundhedsplejens arbejde med effektiv planlægning. Det være sig i forhold til den overordnede planlægning, men også til brug for den enkelte medarbejder. Mangler en teamleder viden om konkrete tiltag eller aktiviteter, kan to superbrugere i NOVAX tilgå data i Danmarks børn og f.eks. se antallet af fødsler fordelt på sundhedsplejerskerne.

NOVAX dækker tre overordnede områder, en forældre-, småbørns- samt en skoledel. Systemet muliggør opdeling og analyse med udgangspunkt i forskellige målgrupper og i Odense Kommune bruges data fra NOVAX, således, til at koble viden om udvikling i målgrupper med iværksættelsen og behovet for indsatser, f.eks. i forhold til behovet for depressionsgrupper.

Da NOVAX kun indeholder oplysninger om sundhedsdata og da systemet ikke muliggør tværgående analyser på tværs af modulerne, har man i Odense Kommune valgt at opbygge et lokalt, centralt forankret datavarehus. Et varehus, som Odense Kommune har fuld autonomi over, og selv står for at udvikle. Ved at trække data fra NOVAX over i dette datavarehus åbnes der dermed op for at der kan laves bredere analyser, hvor sundhedsdata f.eks. kobles med anden data såsom geografi og fravær.

Data fra de to datavarehuse bruges i et planlægnings- og styringsperspektiv til at udvikle og justere indsatser. Det vil sige, til at vurdere de iværksatte indsatser samt de konkrete aktiviteter og metoder med efterfølgende evalueringer af indsatsen. Konkret bruges data til at følge op på hvor mange, der tilbydes konkrete forløb og dette sammenholdes med antallet af borgere som takker ja til tilbuddet, mens ventelistedata bruges til at give indsigt i udbud og efterspørgsel på specifikke tilbud. Borgernes holdninger og ønsker opfanges her efter behov ved at få dem til at udfylde spørgeskemaundersøgelser, som giver dybere indsigt i baggrunden for til- og fravalg. Data bruges på denne måde til at skabe et mere solidt beslutningsgrundlag til at foretage prioritering af indsatser og til at understøtte eller forkaste de fornemmelser og ”synsninger” som eksisterer i organisationen.

Som overordnede effektmål, har man i Odense Kommune besluttet at man indenfor Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse, som sundhedsplejen er en del af, skal måles på to centrale effektmål; fysisk og mentaltrivsel, hvor fysisk trivsel måles gennem et indeks bestående af en række komponenter, herunder BMI. Hver måned laves der månedlige opfølgninger på antallet af fødsler og besøg

med henblik på at understøtte den generelle driftsplanlægning. Derudover laves der løbende og i forskellig regi opfølgning på antallet af fødsler fordelt på sundhedsplejen og udviklingen i målgruppens BMI.

Den mentale trivsel måles med henblik på at forebygge fødselsdepression. Dette gøres ved at de kommende mødre udfylder et spørgeskema, som kan bruges til at vurdere en den enkeltes ’depressionsscore’. En score som giver en indikation om, hvorvidt kvinden har/eller er ved at udvikle en efterfødselsreaktion. I Odense Kommune benyttes EPSD-testen (Edinburgh Postnatal Depression Scale), som screeningsværktøj til at vurdere om kvinderne har/eller er ved at udvikle en fødselsdepression, samt hvilke reaktioner de har i forhold til at være blevet forældre. Kvinderne får på baggrund af EPDS-testen og deres score tilbud om samtale med læge samt tilbud om deltagelse i relevante forløb. Center for Omsorg og Forebyggelse trækker efterfølgende data for at følge op på hvem der har fået tildelt fødselsdepressionsgrupper, udviklingen i diagnoser samt hvor mange der burde have fået tildelt en gruppe. Herefter vurderes det, hvorvidt der er behov for nye grupper.

Data bruges ind i den politiske proces til at underbygge beslutningsgrundlaget og til at følge op på udviklingen i de besluttede effektmål. Udover udviklingen i effektmål kunne dette f.eks. omfatte fremlæggelser af deltagelsesprocenter for chefgrupper og politikere, hvis, sådanne data skal og kan understøtte større og mere principielle prioriteringsbeslutninger.

Resultater

Arbejdet i sundhedsplejen i Odense Kommune er baseret på et ønske om at kunne lave tidlige indsatser. Dette er bygget på en investeringstanke om, at jo tidligere og mere målrettet der sættes ind jo bedre er det for barnet og familien, men også for omfanget af de indsatser, som kræves. Data og ikke mindst effektmålene er her centrale parametre i opfølgningen af udviklingen på området.

Arbejdet med data har i sundhedsplejen i Odense Kommune betydet, at det har været muligt at tilpasse indsatser og tilbud. Ved at styre og følge op på antal registrerede sammenholdt med de faktiske deltagelsesprocenter har det været muligt at prioritere indsatserne med udgangspunkt i borgernes behov. Et eksempel er her forældreforløb for nye forældre. Forløbet var oprindeligt sat til at bestå af 14 mødegange. Data viste dog, at deltagerantallet ved de sidste 4 møder, som lå efter barnet var fyldt 10 mdr. var halveret. Dette førte til en justering af indsatsen, således, at den i dag kun består af 10 møder, med afholdelse af det sidste møde når barnet er ni måneder.

Et andet konkret resultat er i denne forbindelse, at data er blevet brugt til at følge op på sundhedsplejerskernes praksis, herunder hvorvidt borgere med specifikke behov faktisk bliver henvist til de rette tilbud. I forhold til borger med efterfødselsreaktioner, har man bl.a. ved at følge op på antallet af mødre, som er registreret med diagnosen samt deres EPDS-score, kunnet følge op på, hvorvidt de faktisk er blevet tildelt og tilbud deltagelse i en depressionsgruppe.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

En vigtig succesfaktor for arbejdet med data er, at de fagprofessionelle klædes ordentligt på til at kunne dokumentere og registrere retvisende og korrekt. Dette understøtter, at data kan bruges til at udvikle en fælles faglig praksis og ikke mindst til at skabe et fælles blik for udvikling og udfordringerne på området. For sundhedsplejerskerne er NOVAX et arbejdsredskab, og der udestår derfor en vigtig opgave i løbende at oversætte og kommunikere behovet og vigtigheden af registreringer og dokumentation. Dette på sådan måde, at det giver mening ind i sundhedsplejerskernes fagprofessionelle arbejde. Det har vist sig, at en vigtig motivationsfaktor er at de fagprofessionelle har viden om og forståelse for, hvad deres registreringer har af betydning for de indsatser og tilbud, som borgerne tilbydes.

Det har, endvidere, været væsentligt, at der har været adgang til superbrugere i f.eks. NOVAX. Superbrugere, som har kunnet se og analysere på tværs og som kan bistå med teknisk viden om udtræk og bearbejdning af data. Superbrugeren bliver således et vigtigt bindeled mellem de fagprofessionelle og datamedarbejderne og er en vigtig brik i oversættelsesarbejdet mellem det tekniske og det fagfaglige. Både så de fagprofessionelle kan forstå og omsætte konkrete behov til databestillinger, og lige så vigtigt at de som ar-

bejder med data forstår og har indsigt i praksis, således, at de kan oversætte og omsætte data til de efterspurgte behov. Dette er ikke en let øvelse og kræver ofte at ting gennemtænkes og diskuteres ad flere omgange.

NOVAX er en applikationsløsning med omkring 140 tabeller, hvilket betyder, at den kan være svær at finde rundt i. Selvom NOVAX dækker de tre overordnede områder forældre, småbørns samt skole, opstår der udfordringer i forhold til at kunne trække og analysere data på tværs af moduler. Dette betyder, at det ikke er muligt at koble data med henblik på f.eks. at lave analyser af antallet af behovsbesøg som et givent barn har brug for sammenholdt med moderens alder. Der forligger derfor noget vej inden det er muligt at bruge data til at lavere lidt dybere analyser af problemstillingerne.

Ændringer i tilbud og tilbudsstruktur er endelig også en udfordring i arbejdet med data. Når der løbende sker ændringer i indsatser og tilbud, også selvom dette blot er af navn, betyder dette at arbejdet med at fremstille sammenlignelige tidsserier besværliggøres. Hvis sådanne oplysninger ikke noteres løbende, er det ikke muligt efterfølgende at lave opfølgning på tværs af år. Det er her erfaringen at sådan organisatorisk viden hurtigt går tabt, hvis man ikke oparbejder en god praksis i forhold til i f.eks. at lave kronologiske lister med navne og tilhørende indhold af tilbud.



CASE 9:

DATAUNDERSTØTTET ARBEJDE I SUNDHEDSPLEJEN I AARHUS KOMMUNE

Det dataunderstøttede arbejde i Aarhus Kommunes sundhedspleje

I Aarhus Kommune arbejdes der ud fra investeringsmodeller, hvor man ud fra kortlægninger på tværs identificerer, de områder og/eller målgrupper indsatsene målrettes, og der følges op på om indsatsen giver de ønskede resultater, således midlerne kan prioriteres til andre formål, hvis ikke den ønskede effekt opnås.

I udgangspunktet anvender kommunen data til at identificere målgrupper for indsatser. Kortlægningen bliver bl.a. foretaget på baggrund af data, der blev hentet på tværs af interne systemer og fra e-sundhed. I kortlægningen kan kommunen bl.a. se på socioøkonomiske faktorer, diagnoser og geografi. Herefter designes indsatserne i og det fastsættes, hvilke konkrete indikatorer, der skal følges op på for at bestemme om indsatsen medfører de ønskede resultater.

De data der opsamles i forbindelse med indsatserne anvendes desuden på enheds- og medarbejderniveau til at understøtte dialogen omkring faglig praksis. F.eks. anvendes oplysninger om hvor mange besøg af sundhedsplejen familier tilbydes til at afstemme vurderinger af borgernes behov og de resultater det har givet f.eks. at tilbyde flere besøg. Det medfører at praksis justeres således at borgere med samme behov tilbydes indsatser af samme omfang, samtidig med at den data understøttede dialog om praksis bidrager til at kompetenceudviklingsbehov hos medarbejderne identificeres.

Andre eksempler på anvendelse af sundhedsplejens data fra Aarhus Kommune er, at data om målgrupper geografisk fordelt anvendes i budgetlægningen til at fordele ressourcer mellem distrikterne. F.eks. allokeres flere midler til de distrikter, hvor der pga. at Aarhus er en universitetsby, er mange førstegangsfødende.

Sundhedsplejens data anvendes også ind i kvalitetsrapporter på skole- og dagtilbudsområdet, så skoler og dagtilbud kan planlægge konkrete indsatser i forhold til børnenes sundhed. Dvs. At sundhedsplejens data stilles til rådighed for institutions- og skolelederne, så de kan planlægge nogle konkrete indsatser på deres enhed. F.eks. iværksatte en af kommunens dagtilbud en indsats i forhold til børnenes vægt, fordi sundhedsplejens data viste, at der var en udfordring med overvægt ved skolestart i dagtilbuddet.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

En af de vigtigste årsager til succes med at anvende data til at understøtte sundhedsplejens arbejde er, at der har været stor fokus på at tale ind i medarbejdernes faglighed. Det handler bl.a. om at tydeliggøre, hvordan det sundhedsplejerskerne registrerer, bidrager til, at kommunen får sat rigtigt ind i forhold til familien og i sidste ende,

kan det betyde en positiv indflydelse på helt liv. Det er således en vigtig opgave at oversætte behovet for registreringer og dokumentation således, at det giver mening ind i sundhedsplejerskernes fagprofessionelle arbejde. Det er i denne forbindelse også vigtigt med en skarp prioritering af, hvad der skal registreres, således det rigtige bliver dokumenteret og registreret uden, at der hele tiden vil skulle dokumenteres og registreres mere.

En anden vigtig succesfaktor er inddragelse af medarbejderne i hele forløbet. Det er bl.a. vigtigt at sætte de fagprofessionelles viden og erfaringer i spil, når mønstre i data skal omsættes til konkrete indsatser. Det er således også en vigtig forudsætning at datakompetence kobles med den faglige indsigt i anvendelsen af data.

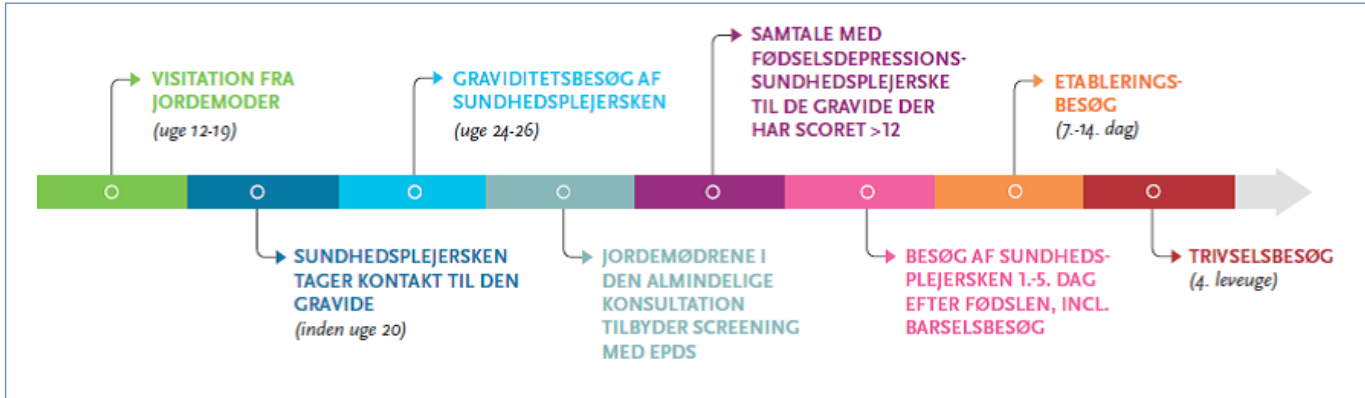
En af udfordringerne i forhold til at arbejde med investeringsmodeller på den måde som Aarhus Kommune bl.a. har gjort i dette projekt er, at det ikke altid er lige let at flytte penge rundt. Her bidrager anvendelsen af data til at dokumentere hvilke indsatser, der giver de bedste resultater, og hvilke der bidrager mindst, og dermed til at skabe mere tydelighed omkring hvad der giver mest sundhed for pengene.

Eksempel – Det dataunderstøttede arbejde i Aarhus Kommunes indsats for sårbare gravide

Sundhedsplejen i Aarhus Kommune arbejder målrettet med at hjælpe de sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer. Formålet med indsatsen er at styrke familiens robusthed med henblik på at sikre barnets trivsel og udvikling. Bl.a. gemmen samarbejde med Aarhus Universitetshospital, Skejby har kommunen haft succes med tidlige og koordinerede indsatser for målgruppen. Brug af data understøtter bl.a. en systematisk og tværfaglig opsporing, hvilket sikrer, at sårbare gravide får tilbudt en målrettet indsats, som har en tydelig og målbar positiv effekt.

Der er tale om et satspuljeprojekt der skulle definere gravide i niveau 3 i Svangreomsorgen og udvikle en pakkeindsats til disse kvinder og deres familier med henblik på at sikre en bedre trivsel og udvikling for barnet og familien. Efter den indledende kortlægning har kommunen designet den konkrete indsats i sundhedsplejen og fastsat de indikatorer, som indsatsens succes måles på. Det er bl.a. fødselsvægten, længden på graviditeten, indlæggelsesdage, fødselsdepressionsscoringer og forældrenes oplevelse af hvor godt de føler sig rustet.

Figur 8: Tidslinje for indsatsen for sårbare gravide



Samarbejdet med Aarhus Universitetshospital, Skejby er centralt i forbindelse med denne indsats. De sårbare mødre henvises til den kommunale indsats af jordemødrene på baggrund af deres data i forbindelse med 1. graviditetsundersøgelse omkring graviditetsuge 16. Derudover henvises de gravide i den almindelige jordemoderkonsultation til den kommunale indsats, hvis de scorer 12 eller der over på Edinburgh Postnatal Depression Scale ved undersøgelsen i 28. graviditetsuge. Aarhus kommune har også valgt at tilbyde EPDS screening i det videre forløb, hvilket bl.a. betyder, at man har samme sprog og forståelse af behovet hos de sårbare mødre, når jordemødrene henviser dem til den kommunale indsats i sundhedsplejen.

I forhold til planlægningen af indsatsen for de gravide, der henvises af jordemødrene til den kommunale indsats, har Aarhus Kommune udviklet et dialoghjul "Familiehjulet", som er det redskab sundhedsplejerskerne anvender til at kortlægge familiens ressourcer og udfordringer. Familiehjulet fungerer således som et ressourceteret arbejdsredskab, der giver et helhedssyn på familien, og danner grundlag for at planlægge den videre indsats for familien. Det er samtidig i forbindelse med anvendelse af dette redskab, at sundhedsplejen dokumenterer og registrerer data, dvs. at det sker i samme arbejdsgang og i sammenhæng med det faglige arbejde. Der registreres i TM sund, hvor faste skemaer udfyldes i forhold til det enkelte besøg. Herfra kan der så efterfølgende trækkes relevant data og her benyttes andre skemaer til at underbygge dataindsamlingen i forbindelse med graviditetsbesøget.

Konkrete resultater

Indsatsen har medført en række konkrete og målbare resultater i forhold til de mål, Aarhus Kommune har sat for indsatsen. Bl.a. kan indsatsens succes måles på højere fødselsvægt, længden på graviditeten, antallet indlæggelsesdage for børnene og forældrenes egen opfattelse af hvor godt de føler sig rustet. Data viser således meget konkret, at indsatsen er med skabe et bedre udgangspunkt for børnenes trivsel og udvikling.

I Center for Sundhed og Trivsel i Aarhus Kommune har disse data også bidraget til at vise, at indsatsen i forhold til de sårbare gravide er en investering, der er med til sikre børnenes trivsel og udvikling. Den opfølgning på resultater anvendes i kommunens arbejde med investeringsmodeller til at afgøre om en indsats skal fortsætte eller om kommunen får mere sundhed for pengene ved at investere i andre indsatser. På den måde understøttes prioriteringen af indsatser af de data, der opsamles.

Anvendelsen af data har desuden understøttet samarbejde, dialog om faglig praksis og kompetenceudvikling. Anvendelsen af data har været med til at give medarbejderne et fælles sprog på tværs af fagligheder og organisatoriske enheder. Bl.a. giver det et fælles sprog i forhold til identifikation af de gravide indsatsen tilbydes og i kortlægningen af de ressourcer og udfordringer, som den konkrete indsats tilrettelægges på baggrund af, herunder kan nævnes fælles brug af EPDS screeningen.





KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3370
kl@kl.dk
www.kl.dk

Produktionsnr. 830413