

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

1.	Projektets titel:	Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt - En tværsektoriel indsats for de svageste ældre, der tager udgangspunkt i den enkeltes behov
2.	Baggrund og formål med projektet:	Projektet tager udgangspunkt i erfaringerne fra DÆMP handleplan 2012-15 og anbefalingerne i handleplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt i Region Midtjyllands sundhedsaftale (se skema 1, pkt. 3). Region Midtjylland og kommunerne ønsker at få skabt det bedst mulige grundlag for skalering og udbredelse af de indsatser, som har størst effekt samt deling af den læring og viden, som løbende samles op. Derfor har det været vigtigt at udvikle ét fælles projekt på tværs af klyngerne, som favner bredt med fokus på forløbet både forud for og efter indlæggelse Uanset om der er tale om visitation til evt. indlæggelse eller behandling i eget hjem eller om der er tale om en borger, som netop er udskrevet efter en hospitalsindlæggelse, skal det sundhedsfagligt og med inddragelse af borgeren / pårørende, vurderes, hvad der er den rette indsats i det konkrete tilfælde. Fokus er på den tidlige indsats i hjemmet og med den ældre, svage borger i centrum. Projektet har til formål: • At sikre den rette indsats for den ældre borger allerede ved den første kontakt med sundhedsvæsenet. • At skabe sikre overgange mellem sektorerne og forebygge uhensigtsmæssige / unødvendige indlæggelser eller genindlæggelser af ældre borgere • At yde en fælles indsats med tidlig opfølgning inden for 24 timer efter udskrivelse med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige/unødvendige genindlæggelser • At udvikle integrerede samarbejdsmodeller og at undersøge, hvad der har den bedste effekt set ud fra et Triple Aim-perspektiv.
3.	Projektets overordnede mål:	Målet er, i fælles beslutningstagen med den enkelte borger/patient og pårørende, at identificere, hvilken indsats/hvilket tilbud eller forløb, der er det bedste for borgeren og derved sikre, at de akut syge svageste ældre får det rette tilbud ved den første kontakt, hvad enten det er indlæggelse på hospitalet, på en kommunal akutplads eller om det er behandling i eget hjem. Der måles på følgende: • Færre uhensigtsmæssige / unødvendige genindlæggelser af de svageste ældre. • Færre svageste ældre, der indlægges uden at være tilset af enten læge eller sygeplejerske forud for indlæggelse. • Bedre borger- og pårørendeoplevelt tryghed i kontakten til sundhedsvæsenet, herunder at borgeren og de pårørende oplever en sammenhængende og overskuelig indsats • Bedre kvalitet for samme omkostninger / målrette de sundhedsfaglige ressourcer derhen, hvor de har effekt for den enkelte borger
	Delmål:	Delmålet er at skabe en fælles platform for personalet i kommunerne og hospitalsvisitationen og at sikre, at eksisterende alternativer på tværs af sektorer udnyttes optimalt, herunder at der sker en videreudvikling af de eksisterende redskaber og det eksisterende tværsektorielle samarbejde: For at opnå målene vil projektet: • Etablere en sammenhængende, tidlig indsats på tværs af sektorer inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet for den svageste ældre patient. • Opkvalificere fagpersonalets kompetencer, færdigheder og viden om sammenhængende indsats ud fra borgerens behov – både internt og på tværs af sektorer og klynger.

		• Skabe bedre sammenhæng og informationsudveksling mellem hospital, kommune og praktiserende læge • Inddrage borgere / patienter / pårørende i en fælles beslutningstagen • Skabe grundlag for bedre rehabilitering for den enkelte borger de første dage efter udskrivelse.
4.	Projektets indsatsområder:	Projektet har fokus på den tidlige indsats i hjemmet: • Hvilke typer af intervention, der skaber de bedste forløb ud fra et borgerperspektiv. • Hvilke sundhedsfaglige kompetencer, der er behov for på forskellige tidspunkter i et forløb. • Hvilken effekt har forskellige integrerede samarbejdsformer (afsæt i Triple Aim). Ud over at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser skal indsatserne således være med til at give mere viden om, hvordan hospitaler og kommuner bliver bedre til at differentiere indsatsen i forhold til den enkelte borgers behov. <u>Forskningsperspektiv</u> Region Midtjylland vil i forlængelse af ansøgningen afklare muligheden for internt at følge projektet enten i form af et forskningsdesign eller i forhold til en postdoc / ph.d. Fokus vil være på de organisatoriske dynamikker og vil kunne sammenkobles med projektets evaluering. Projektet er inddelt i to spor: Spor 1: Den rette, tidlige indsats (klyngerne Midt og Randers) I dette spor er der fokus på at sikre de akut syge svageste ældre det rette tilbud allerede ved den første kontakt, hvad enten det er indlæggelse på hospitalet, på en kommunal akutplads eller om det er behandling i eget hjem. De eksisterende alternativer til indlæggelser /muligheder på tværs af sektorer skal udnyttes mere optimalt og der er tale om en videreudvikling af både de eksisterende redskaber og det nuværende samarbejde. Det undersøges: • Om det har betydning, hvilke sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede hos borgeren? Fx hvordan man kan bruge de kommunale sygeplejeres ressourcer som hjælp til lægens vurdering af behandlings/indlæggelsesbehovet. • Hvordan kommuner og hospital via et fælles overblik og flettet indsats på tværs af sektorgrænser kan anvende allerede eksisterende tilbud bedre til gavn for den enkelte borger/patient Midtklyngen: I Midt integreres hospitalsvisitationen, Call Centeret¹ og sygeplejersker fra kommunernes akutberedskab i enheden 'Sundhedsvisitation Midt', og bemandingen udvides til klokken 22.00 alle ugens dage. De positive erfaringer med Call Centeret udbygges igennem et mere forpligtigende tværsektorielt samarbejde, hvor det kommunale akutpersonale bliver en integreret del af Sundhedsvisitation Midt, så der etableres en egentlig tværsektoriel visitationsenhed bemandet med klinikere fra både region og kommune. Denne organisering vil understøtte det tætte samarbejde imellem lægevagt, akutafdelingen (akutlæge og -sygeplejerske) og kommunalt personale og facilitere etableringen af nye veje til håndtering af fremtidens akutte patientforløb. Indsatsen vil starte ud fra RH Viborg og Viborg Kommune for i løbet af projektperioden at blive udviklet til også at omfatte et integreret samarbejde imellem akutklinikkerne på RH Silkeborg og RH Skive samt tilhørende kommuner ud fra den lokale kontekst. Randersklyngen: De kompetencer, der findes i de kommunale akutteams / kommunalt vagtberedskab), inddrages til at vurdere (TOBS'e) den akut syge ældre borger, således at egen læge/vagtlæge kan træffe beslutning om det rette tilbud (indlæggelse eller kommunalt tilbud) på baggrund heraf.

¹ Videnscenter i Midtklyngen, hvor praktiserende læger kan få rådgivning om kommunale tilbud og alternativer til indlæggelse, hvor det er hensigtsmæssigt

		Der etableres en virtuel, tværsektoriel visitationsenhed, som på tværs af sektorgrenser afprøver nye IT-platforme til at skabe fælles overblik og videndeling mellem hospitalsvisitationen og kommunernes akutteams om de aktuelle tilbud til målgruppen og belægningen på disse. Til at understøtte den nye tværsektorielle visitationsenhed vil der ske systematisk opbygning af videndeling mellem de kommunale akutteams, hospitalet og almen praksis. Randersklyngen har opnået gode resultater ved på ledelsesplan at arbejde målrettet med relationel koordinering, dvs. opbygning af relationer og forståelse for samarbejdspartners opgaver og vilkår – og hvordan egen opgave ses i relation til den samlede ydelse til borgeren. Den relationelle koordinering vil blive udbredt med særlig fokus på hospitalsvisitationen, de kommunale akutteams og de praktiserende læger. Spor 2: Tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet (klyngerne Vest, Horsens og Aarhus) Med formål om at forebygge genindlæggelser sættes der i dette spor fokus på en hurtig og sammenhængende opfølgning i hjemmet efter udskrivelse fra hospitalet. Det undersøges • Hvilken effekt det har at gennemføre opfølgning inden for 24 timer efter udskrivelsen? • om det har betydning, hvilke sundhedsfaglige kompetencer, der varetager opfølgningen? • om geriatrisk rådgivning ved hjælp af telemedicin kan være et alternativ til geriater / lægelig tilstedeværelse hos borgeren? Aarhusklyngen: Opfølgning inden for 24 timer i to udskrivelsesspor – med og uden inddragelse af lægefaglige kompetencer. Borgerne randomiseres til hurtig opfølgning ved geriater og sygeplejerske eller ved kommunal sygeplejerske. I begge spor kan inddrages yderligere sundhedsfaglige kompetencer som fx fysioterapeut eller diætist. Udgangspunktet er at få en dybere forståelse for, hvordan målgruppen profiterer af de to typer af indsatser og samtidig få mere viden om, hvordan vi bliver bedre til at differentiere indsatsen til den enkelte borgers behov. Vestklyngen: Virtuel udskrivningskonference mellem læge/sygeplejerske/terapeut fra udskrivende afdeling fra hospital samt relevant sundhedsfagligt personale i kommunen ved de svageste, ældre patienter. Modtagebesøg inden for 24 timer ved kommunal sygeplejerske, hvor borgerens samlede behov og situation vurderes. Herunder om der skal tilbydes yderligere besøg med evt. involvering af praktiserende læge, terapeut eller anden fagkompetence. I samarbejde med patient og evt. pårørende udarbejdes en plan for det videre forløb. Der etableres en 24/7 adgang til specialiseret rådgivning fra udskrivende afdeling og/eller geriater via virtuelle samarbejdsplatform. Horsensklyngen: Udvikling af en samarbejdsmodel med fokus på udskrivelse inden kl. 12 og opfølgende besøg inden for 24 timer, udskrivningskonference i hjemmet samt adgang til specialiseret rådgivning + virtuel eller telefonisk opfølgning i 7 dage for borger, pårørende, kommune og almen praksis. Ved det fokuserede besøg i hjemmet afdækker sygeplejersken behov for en tilstedeværende eller virtuel udskrivelseskonference med kommunen og evt. pårørende samt vurderer behov for specialiseret geriatrisk rådgivning gennem en allerede udviklet telemedicinsk løsning. Der vil kunne etableres telemedicinsk adgang eller telefonisk kontakt til specialiseret rådgivning op til 7 dage efter udskrivelsen for borgere, pårørende, kommune og almen praksis. Sygeplejersken vil samtidig sikre opfølgning på, at den rigtige medicin er tilgængelig/hældt op og forstået, at den aftalte kontakt til hjemmeplejen og de pårørende er effektueret, at egen læge er korrekt involveret mm. Dagen efter udskrivelsen vil samme sygeplejerske følge op på patientens almene tilstand enten ved fysisk tilstedeværelse, telefonisk eller telemedicinsk kontakt.
5.	Projektets målgruppe(r):	Målgruppen for puljen er de svageste ældre patienter over 65 år, der har kontakt til sygehus og almen praksis og samtidig har behov for hjælp fra kommunens hjemme- eller sygepleje i eget hjem, plejebolig eller på plejecenter.

		Ud over en skærpelse af alder, følger målgruppens karakteristika Sundhedsstyrelsens definition fra vejledningen: - svær sygdom og/eller flere samtidige sygdomme - meget begrænset egenomsorgskapacitet - svagt eller manglende netværk - svært nedsat funktionsniveau fysisk og/eller cerebralt - større behov for kommunale pleje- og omsorgsindsatser og/eller sygehusindlæggelser - polyfarmaci
6.	Rekrutteringsstrategi:	Den rette, tidlige indsats (klyngerne Midt og Randers) Patienter rekrutteres via kommunernes sygepleje eller ved opkald fra praktiserende læge til det fælles overblik (Randersklyngen) eller til Sundhedsvisitation Midt (Midtklyngen) Tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet Der tages fx udgangspunkt i screening til opfølgende hjemmebesøg, alle der skal hjem til kommunal indsats samt den sygeplejefaglige vurdering, der allerede anvendes og er implementeret på hospitalerne i dag. Forventet antal: Aarhusklyngen: 2.000 borgere inden for målgruppen per år i projektperioden – i alt ca. 6.000 forløb. Vestklyngen: 1.500 borgere inden for målgruppen per år – i alt 4.500 borgere. Horsensklyngen: 800 borgere inden for målgruppen per år fra Skanderborg og Odder kommuner og 500 inden for målgruppen per år fra Hedensted Kommune i hele projektperioden- i alt 3.900 borgere fra de tre kommuner.
7.	Sikring af relevante kompetencer hos de involverede aktører:	• Indledende erfaringsudveksling og vidensdeling på tværs af klyngerne – herunder fælles overblik over de fem klyngers modeller. • Opkvalificering af viden internt/på tværs af klyngerne, fx ved fælles skolebænk. Opkvalificeringen kan omfatte: - o Opkvalificering i forhold til bemanding af vagttelefon eller gennemførelse af modtagebesøg i hjemmet. - o Videndeling om alle alternativer til indlæggelse, der er samlet i kommunerne. - o Etablering af en vidensbank over handlemuligheder på flere hænder. - o Kvalificering af det faglige skøn • Information til de praktiserende læger om, dels hvordan kommunens sygeplejersker kan hjælpe i forbindelse med vurderingen af den syge borger, og dels hvilke alternativer til indlæggelse der er. • Indledende analyse mhp opkvalificering af konkrete behov
8.	Aktiviteter og metoder:	Indsatserne er beskrevet under pkt. 4. Der er tale om følgende aktiviteter og metoder: • Forundersøgelse med det formål at afdække grænsefladeproblematikker, uudnyttet potentiale, borgerperspektiv omkring indlæggelse versus alternativer, sammenhæng, tryk mm. Danner grundlag for evalueringen (se nedenfor). • Forskellige typer af koordinering mellem sektorerne, herunder samlet og dynamisk overblik over alternativer til indlæggelse, udskrivningssamtaler, dialog, rådgivning. • Evaluering, hvor det afdækkes og undersøges, hvad der virker for hvem, hvordan det virker, samt under hvilke omstændigheder det virker. Der er fokus på sammenhængen mellem indsats, resultater og de betingelser, der skal være til stede, for at en indsats fører til de forventede resultater. Evalueringen giver især god mening i projektet, fordi der er tale om at undersøge måden at håndtere opgaven og de virksomme mekanismer i indsatsen: Hvad får indsatsen til at virke? Det overvejes at gennemføre evalueringen i to trin, så første evaluering kan danne grundlag for første læringsfællesskab. Programteori, fokus og indikatorer udarbejdes sammen med ekstern evaluator.

		- Læringsfællesskaber på tværs af klynger og spor for at understøtte mulighederne for spredning mellem klyngerne - Detaljerede forløbsbeskrivelser af indsatserne i klyngerne, samt fælles overblik over forløbene - Kompetenceudvikling og videnskvalificering Fokus og indikatorer for evalueringen forventes at danne udgangspunkt for læringsfællesskaberne. - Gennemførelse af interviews med berørte borgere / pårørende efter kontakten med sundhedsvæsenet - Anvendelse af spredningsmodel, som grundlag for belysning af spredningspotentialer Metoderne vil være såvel kvantitative (fx registerdata) og kvalitative (fx interviews og forløbsbeskrivelser).
9.	Inddragelse af borger/patient- og pårørende perspektiv:	I projektorganisationen: Brugerråd og patientkonsulenter inddrages, blandt andet i projektgruppen og indgår derved i møder og workshops samt i evalueringen. I indsatserne: Indsatserne tager udgangspunkt i de enkelte borgers behov og situation med inddragelse af eventuelle pårørende. I evalueringen: I samarbejde med patientkonsulenterne udarbejdes spørgeguide og gennemføres interviews med borger / pårørende.
10.	Projektets bidrag til øget sammenhæng og samarbejde:	Det ligger implicit i projektet, at der er et tæt samarbejde mellem sundhedspersonale på hospitaler og i kommunalt regi, samt tæt dialog med de praktiserende læger. Projektet strukturerer eller formaliserer samarbejdet mellem sektorerne og vil kunne pege på en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorerne. Der er tale om: - Opkvalificering af viden, færdigheder og kompetencer til brug for øget sammenhæng mellem sektorerne - Formalisering af samarbejde og fælles arbejdsgange som skaber sikre overgange for den ældre - Fælles infrastruktur (teknologi) som skaber bedre beslutningsgrundlag og øget sammenhæng i beslutningerne. - Styrkede relationer på tværs og øget kendskab til hinandens sektorer - Understøttelse af en organisering hen imod laveste effektive omkostningsniveau (LEON) ved et iboende potentiale for at udbygge samarbejdet til at gå på tværs af klynger - At sikre tilstrækkelig volumen og grundlag for at bedrive datadrevet forskning og kvalitetsudvikling i en større skala.
11.	Projektets arbejds- og ansvarsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og evt. almen praksis:	Se organisering i skema 1, punkt 3. Projektet følger de arbejds- og ansvarsfordeling, der almindeligvis anvendes mellem region og kommune og i klyngeregion, hvor der er repræsentation fra såvel region og kommune som almen praksis. For indsatser med fokus på tidlig indsats i hjemmet for at undgå unødvendige indlæggelser, starter indsatsen i kommunen og det indledende ansvar for at følge projektets retningslinjer ligger derfor hos kommunerne. For indsatser med fokus på opfølgning i hjemmet inden for 24 timer for at undgå unødvendige genindlæggelser, starter indsatsen på hospitalet og det indledende ansvar for at følge projektets retningslinjer ligger således hos hospitalerne. Der kommunikeres via klyngestyregrupperne, Sundhedsstyregruppen og via læringsfællesskaber. Se i øvrigt punkt 16.
12.	Sammenhæng med eksisterende tilbud:	Bygger videre på initiativer vedr. Den rette, tidlige indsats - TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom), TRIAGE OG ISBAR - Akutteams/tilsvarende

		• Call Center (Midtklyngen) og projekt om visitation af akut syge ældre (i regi af Sundhedsstrategisk Ledelse, Randersklyngen) Tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet • Udskrivningsbesøg • Udadgående funktioner fra geriatrike enheder • Opfølgende hjemmebesøg Det nye er ikke aktiviteten, men <u>måden</u> at håndtere opgaven med fokus på et koordineret samarbejde mellem praktiserende læge, kommune og region om at anvend de eksisterende ressourcer optimalt. Herunder <u>hvornår</u> (fx inden for 24 timer efter udskrivelse) i forløbet, indsatsen foreligger. Det nye er ikke, <u>at</u> sundhedspersonalet tager ud til de svageste ældre, men <u>hvem</u> der tager ud og <u>hvordan</u> opgaven løses.
13.	Projektets implementering efter projektperioden:	De eksisterende samarbejdsfora understøtter implementeringen. Med evalueringsfokus på, hvad der får indsatsen til at virke, løbende fælles læringsfællesskaber og erfaringsudveksling er forventningen, at der vil være et stort spill over mellem modellerne. Med udgangspunkt i evalueringen, læringsfællesskaber og spredningsmodel vurderes udbredelsespotentialet og eventuelle forslag til bredere implementering bringes til diskussion i Sundhedsstyregruppen.
14.	Dokumentation og af-rapportering:	Evaluering og læringsfællesskaber samt afrapportering til Region Midtjyllands Sundhedsstyregruppe og til Sundhedsstyrelsen.
15.	Formidling og kommunikation:	• Information (fx "roadshows") til praktiserende læger og kommunale akutteams og tilsvarende om de nye samarbejdsmodeller • Læringsfællesskaber gennem projektperioden. • Resultater offentliggøres i en samlet afsluttende rapport med data, procesbeskrivelser og resultater, samt i relevante, eksisterende faglige fora for sundhedsprofessionelle med særlig interesse for de sårbare ældre. • Evt. videnskabelige publikationer • RM, hospitalernes, kommunernes hjemmesider med projektets fremdrift i de enkelte klynger
16.	Projektets organisering og bemanning, herunder ledelsesmæssig forankring:	Sundhedsstyregruppen er styregruppe for projektet og projektet gennemføres i klyngereg. Projektet har et delt projektlederskab mellem kommunerne og Region Midtjylland. Projektlederskabet har til opgave at sikre fremdrift og invitere til koordinering og planlægning på tværs af klynger og spor. I hver klynge varetages en kommunal og regional tovholder i samarbejde projektets fremdrift og styring i den enkelte klynge. Se i øvrigt pkt. 3 i skema 1.
17.	Tids- og projektplan:	Projektet forventes igangsat: 1. november 2016 og afsluttet: 31. december 2019 Milepæle: September – oktober 2016: Planlægning af projekt: • Indledende vidensdeling på tværs af klyngerne – herunder fælles overblik over de fem klyngers modeller • Dataindsamling mv, evt. prøvehandling (test i mindre størrelse, så fx. udskrivelseskoordinator følger en patient hjem og evaluerer på det ift. hvad skal vi gøre mere af, mindre af mv.) • Udarbejdelse af programteori for evaluering November 2016: Projektstart.

		<i>August 2017: Påbegynde første evaluering (midtvejsevaluering)</i> <i>November 2017: Første læringsfællesskab</i> <i>November 2018: Andet læringsfællesskab</i> <i>Marts 2018: Påbegynde afsluttende evaluering.</i> <i>August-december 2019: Afslutning, evaluering og afrapportering</i>
--	--	--