

## Skema 2: Projektbeskrivelseskema

1.	Projektets titel:	Sikker Sammenhæng (SiSam)
2.	Baggrund og formål med projektet:	<p>Borgere i tværsektorielle patientforløb oplever ofte, at kommunikationssvigt og manglende koordinering kan medføre forværring af sygdom, patientskade og frustration (1,2). Udover konsekvenserne for borgerne medfører det også et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsnet (3)(4).</p> <p>I forbedringsprojektet Sikkert Patientflow har 12 akuthospitaler i perioden 2014–2015 etableret sammenhæng på tværs af akuthospitalerne gennem bl.a. tavlemøder og kapacitetskonferencer samt et dagligt fælles dataoverblik, der har styrket koordinering og kommunikation på tværs. Det har medført bedre forløb for patienterne (5). Der findes relaterede erfaringer fra udlandet bl.a. Sverige (6), Spanien (7) og USA (8,9) som danner grundlag for, at man kan overføre erfaringerne fra Sikkert Patientflow til det tværsektorielle område.</p> <p>Formålet med SiSam er at udvikle en model til bedre koordinering af tværsektorielle forløb baseret på erfaringerne fra Sikkert Patientflow. Målet er derved at skabe høj kvalitet i behandling af svage ældre uden forøgede sundhedsudgifter. I et borgerperspektiv er formålet at skabe sikre og sammenhængende forløb på tværs af sektorer uden unødige indlæggelser eller ventetid på udskrivelse og rehabilitering.</p>
3.	Projektets overordnede mål:	Inden 31.12.2018 er det projektets mål at udvikle en generisk samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for svage ældre mellem Københavns Kommune (KK) og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital (BFH) for derved at reducere ventetid på udskrivelse og rehabilitering samt at undgå akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.
	Delmål:	<p>Idet det antages, at der for de svage ældre er et sammenfald mellem borgeroplevet kvalitet, rettidig udskrivelse og rehabilitering samt forebyggelse af forværring af sygdom og indlæggelse, og idet der i de nationale kvalitetsmål er opstillet indikatorer herfor (10) er målet at opnå en</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduktion i antallet af dage patienter venter på at blive udskrevet (somatiske færdigbehandlingsdage) fra BFH til de midlertidige døgnpladser i KK med 90 pct.</li> <li>2. Reduktion af forebyggelige indlæggelser for svage ældre i KKs midlertidige døgnpladser med 25 pct. (11).</li> <li>3. Reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage for svage ældre fra KKs midlertidige døgnpladser med 25 pct. (12).</li> </ol> <p>Udover ovenstående <i>resultatindikatorer</i> udvælges indikator til sikring af høj borgertilfredshed. Der opstilles løbende - på baggrund af projektets systematiske afprøvninger - desuden <i>procesindikatorer</i> for implementering af forbedringer fx 'andel patienter der har fået udskrivningsplanlægning inden et døgn ef-</p>



		<p>ter indlæggelsen', 'andel afholdte tværsektorielle kapacitetskonferencer' samt øvrige indikatorer som projektets analyser afdækker kan være vigtige for at opnå projekts mål. Desuden opstilles relevante <i>ulempeindikatorer</i>, der skal sikre at opgaverne ikke blot flyttes over sektorgrænser, men også viser sig at være mere skånsom overfor borgeren.</p> <p>Det er målet at projektet i 2017 er udbredt til alle relevante sengeafdelinger på BFH samt alle de midlertidige døgnpladser i KK i Planområde Byen (befolkningsgrundlag ca. 400.000). I 2018 udbredes projektet til svage ældre borgere i hjemmeplejen, den kommunale sygepleje, træningsområder samt plejecentrene i KK's Planområde Byen.</p>
4.	Projektets indsatsområder:	<p>Projektet er fokuseret på i et tværsektorielt perspektiv at afdække uhensigtsmæssige forløb for borgeren og tilsvarende arbejdsgange, udvikle løsninger samt systematisk at afprøve og implementere disse. Til dette anvendes forbedringsmodellen (13) (se pkt. 7 og 8) og et tværsektorielt læringsnetværk (14) som grundlag for etablering af sikre forløb mellem et hospital, kommune og almen praksis for de svage ældre borgere. Helt overordnet går metoderne ud på at afklare behovet for forbedring, sætte ambitiøse, konkrete og realiserbare mål, afklare indikatorer, udvikle ideer til afprøvning, systematisk gennemføre PDSA-afprøvninger, indsamle data om forbedring og sætte tempo på forbedringsarbejdet.</p> <p>Projektet baserer sig på erfaringerne fra Sikker Patientflow og er derved en videreudvikling af en eksisterende model for at fremme sammenhæng for patienter/borgere på tværs af hospital, kommune og almen praksis. For at tilpasse modellen vil man i projektet</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Afdække problemet fx ved arbejdsgangsanalyser.</li><li>2. Udvikle en løsning til forbedret koordinering, behandling og kommunikation om svage ældre borgere fx et kapacitetsoverblik</li></ol> <p>Der skal i projektet systematisk afprøves og implementeres lokale daglige, korte, strukturerede tavlemøder i sengeafsnit på hospitalet, hvor der sættes et særligt fokus på gruppen af færdigbehandlede ældre svage patienter. I kommunalt regi afprøves etablering af tilsvarende tavlemøder for borgere i de midlertidige døgnpladser med fokus på at forebygge forværring af sygdom og dermed indlæggelse og funktionstab. En person fra hvert tavlemøde rapporterer til hhv. en daglig hospitals- og kommunal kapacitetskonference, der igen rapporterer til en daglig tværsektoriel kapacitetskonference, hvor barrierer for sikre forløb på tværs kan belyses og fjernes. Til at understøtte processerne udvikles et dagligt fælles dataoverblik.</p> <p>Det skal afprøves, hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt inddrages med fokus på det overordnede mål om forebyggelse af forværring af sygdom og bedre borgeroplevelse kvalitet uden øgede udgifter. En foreløbig ide er at afklare, om almen praksis kan have glæde af indsigt i data om kapaciteten på hospitalet og i kommunen samt oplysninger, der kan øge tilgængeligheden af rådgivning.</p> <p>Projektets systematiske afdækning af uhensigtsmæssige tværsektorielle arbejdsgange vil i projektperioden føre til yderligere</p>

		systematisk idegenerering, afprøvninger, dataindsamling og evt. implementering.
5.	Projektets målgruppe(r):	Projektets målgruppe er de svageste ældre i den del af KK, der bor i Planområde Byen. Borgere i de midlertidige døgnpladser har særlig stor risiko for forværring af sygdom og indlæggelse. Samtidig risikerer de bl.a. funktionstab ved at vente på udskrivelse. Derfor fokuserer første del af projektet (2017) på denne gruppe svage ældre. I 2018 udbredes fokus til også at dække ældre svage borgere i hjemmeplejen, hjemmesygepleje, træningsområderne samt i de kommunale plejecentre.
6.	Rekrutteringsstrategi:	<p>Der er et stort potentiale for forbedring af tværsektorielle forløb for borgere over 65 år i den del af KK, der er optageområde til BFH. Data opgjort af KK viser, at der i 2015 var</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2873 somatiske færdigbehandlingsdage for borgere over 65 år fra KK på BFH</li> <li>• 3464 forebyggelige indlæggelser af borgere over 65 år fra KK på BFH</li> <li>• 2451 akutte genindlæggelser indenfor 30 dage for ældre borgere over 65 år fra KK på BFH (det skal afklares, hvor stor en del af disse, der er forebyggelige)</li> </ul> <p>I udvælgelsen af KK og BFH er der desuden lagt vægt på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Et stort ønske på ledelsesniveau på både hospital og i kommune om at forbedre de tværsektorielle forløb for de svageste borgere over 65 år</li> <li>• En organisatorisk forankring i den Tværsektorielle Udrednings- og Udskrivningsenhed (TUE), hvor der er skabt et fundament for samarbejde, som med fordel kan videreudvikles</li> <li>• Et ønske om at bruge forbedringsmetode på det tværsektorielle område for at sikre systematisk innovation og implementering af de nye arbejdsgange</li> <li>• Et stort potentiale for forbedring jf. ovenfor.</li> </ul>
7.	Sikring af relevante kompetencer hos de involverede aktører:	<p>Det er en antagelse, at erfaringerne fra Sikkert Patientflow kan bruges på tværs af sektorer. Det kræver systematisk analyse og afprøvning at verificere denne antagelse. Derfor er sundhedspersonalets opnåelse af kompetencer i forbedringsmetode (analysere kvalitetsproblemer, fokusere indsatsen, opstille mål for forbedring, afklare indikatorer, afprøve ideer og indsamle data om kvalitet over tid) helt centrale i projektet. Det er erfaringen fra Patientsikkert Sygehus, Sikre Fødsler, Sikkert Patientflow og I Sikre Hænder, at forbedringsmetode og erfaringsudveksling på tværs i læringsnetværk øger kompetencer og skaber tempo i forbedringsarbejdet (15). Samtidig er det erfaringen, at de opnåede kompetencer kan skabe et varigt fundament for forbedringsarbejdet. Dette kan i dette tilfælde sikre det fremtidige tværsektorielle forbedringsarbejde i Planområde Byen.</p> <p><b>Læringsnetværk</b></p> <p>Der etableres et læringsnetværk på tværs af BFH og KK. Læringsnetværkets understøttes strukturelt af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP), der tilrettelægger månedlige læringstræf, hvor deltagerne mødes på tværs af sektorer, tilføres ny</p>

		<p>viden, systematisk udveksler erfaringer, coaches i analyser, afprøvninger, dataindsamling og beslutter næste skridt. Mellem læringstræf gennemfører deltagerne afprøvninger og dataindsamling. DSFP giver desuden deltagerne feedback på dataindsamling og afprøvninger månedligt. Denne brug af ny viden i egen hverdag med konkret feedback medvirker til opbygning af kompetencer.</p> <p><b>Forbedringsagentuddannelse</b>          For yderligere at understøtte projektet tilbydes centrale projektdeltagere fra BFH og KK, dvs. projektledere, dataansvarlige og nøgle-klinikere, en forbedringsagentuddannelse for dermed at sikre den overordnede fremdrift og kvalitet i forbedringsarbejdet. Uddannelsen strækker sig over 10 måneder og tager udgangspunkt i eget forbedringsprojekt. Detaljerne om uddannelsen er beskrevet i (16).</p>
8.	Aktiviteter og metoder:	<p><b>Afsøgning af viden og idé-generering</b>          DSFP har erfaring med brug af metoden '90-dagescyklus', der er en metode til skanne, fokusere og udbrede ny viden (17). Udover at indsamle erfaringer fra andre nationale og internationale organisationer, gennemføres en række analyser for deltagere fra både hospital, kommune og almen praksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientperspektivet er centralt i projektet og afdækkes vha. metoden 'I Patientens Fodspor' (18), der gennemføres tværsektorielt, samt analyser af borgertilfreds-hedsanalyser, utilsigtede hændelser og klager.</li> <li>• Der gennemføres tværsektorielle analyser (fx spild-, arbejdsgangs-, fiskebens og værdistrøms-analyse) af forløb for borgere, der udskrives og indlægges (19) for at afdække forbedringspotentialer. På baggrund heraf sker der en fokusering af indsatsen (18).</li> <li>• Analyse af data for at forstå systemet (segmentering) fx. afklare om der er særlige patientgrupper, tidspunkter eller lokaliteter, der indebærer særlige udfordringer for ældre svage borgere i sammenhængende forløb</li> <li>• De deltagende teams udvikler på baggrund heraf fælles forståelse, forandringsteori og relevant interventioner (herunder tavlemøder og kapacitetskonferencer på tværs) , der beskrives i et driverdiagram (20).</li> </ul> <p><b>Systematisk afprøvning (PDSA) og implementering</b>          På baggrund af afsøgning og idé-genereringen vil der i projektet systematisk og løbende blive afprøvet nye måder at arbejde på tværs af sektorgrænser på. Hertil anvendes PDSA-metoden og forbedringsmodellen (13). Metoderne har vist værdi til at sætte tempo i forbedringsarbejdet i bl.a. projekterne Patientsikkerhed Sygehus, Sikkert Patientflow, I Sikre Hænder og Sikre Fødsler (5,15).</p> <p><b>Systematisk dataindsamling og -analyse</b>          Til understøttelse af systematisk implementering af indsatserne undervises deltagerne på læringstræf i brug af data til</p>

		<p>forbedring jf. (21). Mellem læringstræf anvender projektdeltagerne metoderne i egen praksis og modtager feedback på data fra DSFP.</p> <p><b>Fastholdelse og udbredelse</b>          Indsatsen i KK og på BFH udbredes i løbet af projektperioden til alle ældre svage borgere i hjemmepleje, kommunal sygepleje, træningsområdet og plejecentre i planområdet. Desuden beskrives projektets erfaringer, så det understøtter udbredelse til resten af Region Hovedstaden og andre klynger i Danmark (22).</p>
9.	Inddragelse af borger/patient- og pårørende perspektiv:	<p>Borger- og pårørendeperspektivet vil vedvarende være i fokus gennem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repræsentation af patientforening i styregruppen</li> <li>• Anvendelse af metoden 'I Patientens fodspor' (18), data om borgeroplevelser samt brug af konkrete beretninger og utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende til at sætte retning for projektet</li> <li>• Inddragelse af borgere og pårørende i vurdering af ideer, der afprøves</li> <li>• Opstilling af resultatindikator, der angiver værdi af indsatsen for borgeren</li> </ul>
10.	Projektets bidrag til øget sammenhæng og samarbejde:	<p>Erfaringerne fra Sikkert Patientflow viser, at det daglige fælles tavlemøde på tværs af faggrupper samt det fælles kapacitets- og dataoverblik på tværs af enheder vil skabe større kendskab og tillid og dermed grundlag for mere smidig koordinering på tværs af sektorer. Dette giver grundlag for hurtig og smidig kommunikation om generelle udfordringer i samarbejdet fx udskrivningsoplysninger, manglende subakutte ambulante tilbud etc. Udbredelsen af metoderne til det tværsektorielle område kræver systematisk tilpasning idet der fx ikke er en fælles overordnet ledelse på tværs af de to sektorer.</p> <p>Etableringen af læringsnetværket med systematiske analysearbejde, ide-generering, afprøvning og måling af forbedringer over tid vil skabe bedre overblik over forløb og kapacitet samt en varig platform for forbedring. Inddragelse af patientperspektivet i projektet vil sikre fokus på det, der er vigtigt for borgerne og dermed dét, der skaber værdi. Udbredelsen fra hospital og midlertidige døgnpladser til alle svage ældre i de kommunale tilbud vil sammen med fokus på inddragelse af almen praksis i projektet skabe et solidt grundlag for efterfølgende spredning af initiativerne.</p>
11.	Projektets arbejds- og ansvarsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og evt. almen praksis:	<p>Projektet er overordnet et samarbejde mellem KK og BFH med inddragelse af almen praksis bl.a. gennem styregruppen og i projektets aktiviteter. DSFP fungerer som procesfacilitator.</p> <p><b>Styregruppen ansvar</b>          Styregruppens kommissorium beskriver følgende opgaver for styregruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træffe overordnede beslutninger vedrørende tilrettelæggelse og gennemførelse af projektet og de enkelte opgaver i projektet fx fastlæggelse af det endelige indhold, tidsplan, indikatorer og monitorering, tilrettelæggelse af læringsaktiviteter, kommunikation m.v.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre at udgifterne til projektet holder sig inden for den økonomiske ramme</li> <li>• Følge og sikre at der er fremdrift i projektet</li> <li>• Følge udvikling og resultater (målopfyldelse) i projektet</li> <li>• Aktivt støtte og bakke op om projektet, for eksempel gennem deltagelse i projektets læringsaktiviteter.</li> <li>• Træffe beslutninger vedrørende tilrettelæggelse og gennemførelse af projektet og de enkelte opgaver i projektet fx fastlæggelse af tværsektorielle afprøvninger og kommunikation om resultater m.v.</li> </ul> <p><i>Sammensætning</i> Medlemmer af styregruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En repræsentant fra KK (delt formandskab)</li> <li>• En repræsentant fra BFH (delt formandskab)</li> <li>• En repræsentant fra PLO</li> <li>• En repræsentant udpeget af Danske Patienter</li> <li>• En repræsentant fra DSFP</li> </ul> <p>For at sikre det nationale fokus på udbredelse og generaliserbarhed udpeger følgende organisationer observatører:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En repræsentant fra Sundheds- og ældreministeriet</li> <li>• En repræsentant fra KL</li> <li>• En repræsentant fra Danske Regioner</li> </ul> <p>Styregruppen mødes 2-4 gange årligt (hyppigere ved projektstart) og sekretariatsbetjenes af DSFP.</p> <p><b>KKs og BFHs ansvar</b> <b>Ledelsen</b> fra medvirkende enheder i KK og på BFH har til opgave at lede forbedringsarbejdet, efterspørge data og fjerne barrierer for teamet. Ledelsen deltager i projektets læringsaktiviteter, og er ansvarlig for at formidle erfaringer eksternt og internt. Til denne indsats anslås et ugentligt tidsforbrug på ca. to-fire timer.</p> <p>KK og BFH udpeger hhv. en kommunal og hospital <b>projektleder samt en dataansvarlig</b>, der står for den daglige drift af projektet under rådgivning fra DSFP. Projektlederne tilbydes en forbedringsagentuddannelse.</p> <p>Der etableres et <b>tværsektorielt projektteam</b>, der i det daglige driver projektets afprøvninger og dataindsamling:</p> <p>Fra BFH indgår (baseret på data om, hvilke afdelinger der har borgere indlagt, der venter på at komme hjem, hvilke afdelinger, der modtager borgere med 'forebyggelige indlæggelser' samt hvilke afdelinger, der har en høj grad af akutte genindlæggelser): ledelses- og medarbejderrepræsentanter fra Akutmodtagelsen-sammenhængende patientforløb (herunder TUE), Geriatrik afdeling, Kardiologisk afdeling, Kirurgisk afdeling, Ortopædkirurgisk afdeling, Medicinsk afdeling og Lungemedicinsk afdeling.</p> <p>Fra KK indgår (baseret på data om, hvortil borgere venter på udskrivelse til samt hvorfra borgere hyppigst genindlægges): Ledelses- og medarbejderrepræsentanter fra TUE, udskrivningskoordinatorerne, de midlertidige døgnpladser (syv enheder med i alt 300 pladser) samt pladsanvisningen (2017). Fra</p>
--	--	--



		<p>2018 udbredes projektet til hjemmepleje, hjemmesygepleje, træningscentre og plejecentre i Planområde Byen. <b>Almen praksis</b> rolle i projektteamet skal afklares på baggrund af konkrete afprøvninger.</p> <p><b>Almen praksis ansvar</b>          To repræsentanter (én repr. fra PLO-Københavns samt én kommunal praksiskonsulent (ansættes pr. 1. august 2016)) tilbydes plads ved projektets læringsaktiviteter for at sikre input fra almen praksis til udvikling af arbejdsgangene. Der afsættes en sum i budgettet til frikøb af almen praksis i det omfang projektets læringsaktiviteter og afprøvninger ligger ud over repræsentantens opgaver som praksiskonsulent.          PLO-H er på forhånd orienteret om projektet gennem Den Administrative Styregruppe i Region Hovedstaden.          PLO indgår med en repræsentant i styregruppen.</p> <p><b>DSFP's ansvar</b>          DSFP varetager den indledende afdækning af nationale og internationale erfaringer samt erfaringer fra andre brancher. DSFP tilrettelægger projektets læringsaktiviteter med udgangspunkt i forbedringsmetode.          DSFP giver løbende støtte til klyngerne til behovsafdækning, målsætning, afprøvning, implementering, ledelsesrådgivning, kommunikation, dokumentation og datahåndtering jf. forbedringsmodellen.          DSFP tilbyder assistance til formidling af resultater og pressehåndtering.</p>
12.	Sammenhæng med eksisterende tilbud:	<p>Projektet vil være en del af videreudviklingen af projektet Tværsektoriel Udrednings- og Udskrivningsenhed (TUE), som er et samarbejde mellem BFH og KK.          SiSam er desuden en videreudvikling af Sikkert Patientflow og de tavlemøder og kapacitetskonferencer, der er under implementering på alle landets akutsygehuse.          Intentionen med Sisam er ikke at skabe en ny koordinator eller funktion, men at samle de eksisterende data og koordinatorfunktioner og derved skabe et fælles overblik med det formål at sikre at ingen borgere venter unødigt eller oplever forværring af sygdom som følge af tværsektorielle svigt.</p>
13.	Projektets implementering efter projektperioden:	<p>Projektet skal opbygge viden om, hvad der virker. I takt med projektets fremdrift vil de deltagende teams afprøve forandringer og beslutte, hvilke tiltag der skal implementeres og fastholdes. Ved projektafslutning er tiltagene implementeret for svage ældre på BFH samt i KK's i midlertidige døgnpladser, hjemmepleje, hjemmesygepleje, træningsområder og plejecentre i Planområde Byen. Erfaringerne herfra formidles systematisk sv.t. (5).          Aktiviteter målrettet spredning af indsatserne udover svage ældre borgere på BFH og KK indgår ikke i nærværende projektansøgning. Projektet vil undervejs afklare i hvilket omfang initiativerne kan udbredes til borgere under 65 år.          Det er hensigten, at initiativerne skal udbredes til andre klynger med lignende problemstillinger i Region Hovedstaden (og resten af landet). Dette vil være et fokusområde for styregruppen og for Den administrative Styregruppe i Region Hovedstaden.</p>

14.	Dokumentation og af-rapportering:	<p><b>Styregruppe</b> Styregruppen fastlægger rammerne for BFH og KK samt DSFP's dokumentation af aktiviteter og afreportering. Afreportering skal støtte fremdrift samt den overordnede eksterne evaluering af satspuljen.</p> <p><b>Erfaringsopsamling</b> Der udarbejdes en erfaringsopsamling jf (5) baseret på projektets data, læringstræf og øvrig kommunikation. Erfaringsopsamlingen godkendes af styregruppen inden offentliggørelse.</p> <p><b>Ekstern evaluering</b> Ovenstående materialer stilles til rådighed for den eksterne evaluering (der ligger udenfor projektets økonomiske ramme).</p>
15.	Formidling og kommunikation:	<p>I projektet anvendes en række kommunikations- og kampagneværktøjer, som i andre forbedringsprojekter har medvirket til at sikre et stadigt engagementet i implementeringsperioden og den efterfølgende spredning (15). Der udvikles en kommunikationsstrategi og -plan, der beskriver projektets interne og eksterne kommunikation, der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved at fremme den offentlige omtale af projektets succes skaber faglig motivation og vilje til fastholdelse og udbredelse blandt ledere og personale</li> <li>• Har til formål at sikre, at deltagerne har let adgang til den nødvendige viden om projektet og metoderne</li> <li>• Har til formål at fremme videndeling og erfaringsudveksling på tværs af deltagere, afdelinger og enheder</li> </ul> <p>Kommunikationsstrategien godkendes af styregruppen.</p>
16.	Projektets organisering og bemanning, herunder ledelsesmæssig forankring:	<p>Projektet ledes af en styregruppe (se 11)). Herved er projektet ledelsesmæssigt forankret i de deltagende organisationer, interesseorganisationer og politisk. Projektet bemannes med en projektleder i hhv. KK og på BFH (se 11)). DSFP fungerer som procesfacilitatorer for projektet idet DSFP har den faglige viden om patientflow, organisationsanalyse, opstilling af indikatorer, idé-generering, brug af data til forbedring, gennemførelse af forbedringer og etablering af læringsnetværk inkl. månedlige læringsdage.</p>
17.	Tids- og projektplan:	<p>Projektet forventes igangsat: 1. september 2016 og afsluttet 1. april 2019</p> <p><b>2016:</b> <b>Forberedelsesfase (september - december 2016):</b> DSFP gennemfører systematisk afsøgning af internationale erfaringer, der kan indgå i udvikling af interventionen (90 dage). Styregruppen afholder første møde. Der gennemføres første læringstræf for deltagere fra BFH og KK med fokus på at afklare, hvordan deltagerne skal samarbejde for at nå målet. Projektteamet fra KK og BFH gennemfører de første analyser af data om forløb på tværs.</p> <p><b>2017:</b> <b>Idé-genereringsfase (januar – marts 2017):</b> Der gennemføres månedlige læringstræf med fokus på data, analyser af arbejdsgange og forbedringspotentiale. Mellem læringstræf generer deltagerne ideer bl.a. ved at observere hinandens hverdag. Ledere går 'I Patientens Fodspor'. Borgerperspektivet inddrages for at sikre fokus på værdi for borgeren.</p>



		<p>DSFP beskriver i samråd med styregruppen målestrategien.</p> <p><b>Afprøvningsfase (marts – september 2017):</b> Der gennemføres månedlige læringstræf, hvor der fokuseres på forbedringsmetode inkl. afprøvninger og brug af data til forbedringsarbejde. Mellem læringstræf gennemfører deltagerne afprøvninger og indsamler data. Der gives feedback på månedlige data fra DSFP.</p> <p><b>2018:</b> <b>Implementeringsfase (oktober 2017 - juni 2018):</b> Der gennemføres månedlige læringstræf med fokus på systematisk implementering. Mellem læringstræf gennemfører deltagerne afprøvninger og indsamler data. Der gives feedback på månedlige data fra DSFP. Samtidig påbegyndes i 2018 spredning af initiativer til KK's hjemmepleje, hjemmesygepleje, træningsområde og plejehjem.</p> <p><b>Fastholdelse (juni – december 2018)</b> Der gennemføres månedlige læringstræf med fokus på fastholdelse af forbedringerne. Mellem læringstræf gennemfører deltagerne afprøvninger og indsamler data. Særlig fokus på strategier til fastholdelse af forbedringer. Der gives feedback på månedlige data fra DSFP.</p> <p><b>Af rapporteringsfase (december 2018 – marts 2019)</b> Projektets erfaringer og resultater beskrives af DSFP i rapportform mhp. understøttelse af udbredelse af indsatserne til resten af sundhedsvæsenet.</p>
--	--	--

## Referencer

1. Region Midtjylland. Det tværsektorielle netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange. Årsrapport for 2012. [Internet]. 2013. Available from: <https://www.rm.dk/api/ESDHBBlock/DownloadFile?blockId=348611&agendaId=10125&appendixId=54935>
2. Siemsen IMD. Patientovergange. Thesis. DTU Manag. 2011;3–170.
3. Resar R, Nolan K, Kaczynski D, Jensen K. Using real-time demand capacity management to improve hospitalwide patient flow. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37(5):217–27.
4. Ipsen B. Kommunen som flaskehals i det sikre patientflow? [Internet]. 2015. Available from: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1492/bjarne-ipsen.pdf>
5. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Sikkert Patientflow. Erfaringsopsamling. [Internet]. 2015. Available from: [http://sikkertpatientflow.dk/media/1562/sikkert-patientflow\\_erfaringsopsamling.pdf](http://sikkertpatientflow.dk/media/1562/sikkert-patientflow_erfaringsopsamling.pdf)
6. Institute for Healthcare Improvement. Improving Patient Flow: The Esther Project in Sweden [Internet]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/ImprovingPatientFlowTheEstherProjectinSweden.aspx>
7. The NHS European Office. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model - from the region of Valencia. Brussels; 2011.
8. Jencks A, Nielsen S. STate Action on Avoidable Rehospitalizations Initiative. 2009;(March):1–49.
9. Ryckman FC, Adler E, Anneken AM, Bedinghaus CA, Clayton PJ, Hays KR, et al.

- Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Redesigning Perioperative Flow Using Operations Management Tools to Improve Access and Safety. 2008;97–111.
10. Sundheds- og ældreministeriet, Danske Regioner, KL. Nationale mål for sundhedsvæsenet [Internet]. 2016. Available from: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer - Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx)
  11. Hermansen S, Ellekilde GE, Rytter L, Sales Y, Kønig KB, Andersen A, et al. Analyse af medicinske korttidsindlæggelser af ældre patienter med fokus på alternative løsninger. :32–4.
  12. Griffin A, Hwu F, Shannon S. Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations : A Compendium of 15 Promising Interventions. 2009;
  13. Langlely GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
  14. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series [Internet]. 2003. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>
  15. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet [Internet]. 2015. Available from: <http://patientsikkerhed.dk/materialer/et-kvalitetsprogram-fra-patientsikkert-sygehus-til-forbedringsarbejde-paa-sundhedsomraadet/>
  16. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forbedringsagent [Internet]. 2015. Available from: <http://patientsikkerhed.dk/vil-du-vaere-forbedringsagent/>
  17. Institute for Healthcare Improvement. IHI's 90-Day Learning Cycle [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ihl.org/Engage/CustomExpertise/Pages/Innovation90DayLearningCycle.aspx>
  18. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. I patientens fodspor [Internet]. 2011. Available from: [http://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer\\_i\\_pdf/2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-maj-2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-2015-270515.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-maj-2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-2015-270515.ashx)
  19. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Trin-for-trin : Find og fjern flaskehalsen i flowet [Internet]. 2015. Available from: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1550/find-og-fjern-flaskehalsen-i-flowet-trin-for-trin-vs-5-2015106.pdf>
  20. Institute for Healthcare Improvement. How Do You Use a Driver Diagram? [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ihl.org/education/ihlopenschool/resources/Pages/Activities/GoldmannDriver.aspx>
  21. Anhøj J, Bjørn B. Statistisk processtyring i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger. 2009;171(21):1764–8.
  22. Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions : lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. Implement Sci [Internet]. Implementation Science; 2016;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0374-x>