

## Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

1.	Projektets titel:	Tidlig Indsats på Tværs (TIT)
2.	Baggrund og formål med projektet:	<p>Region Nordjylland og kommunerne i regionen oplever fortsat et stort antal ældre med korttidsindlæggelser. Med en målrettet rettidig indsats i snittet mellem kommunernes akuttilbud, hjemmepleje, hjemmesygepleje, praktiserende læge samt sygehusets specialistkompetencer vil være muligt at reducere antallet af korttidsindlæggelser (indlæggelse, der varer én dag), og dermed forebygge en egentlig indlæggelse på sygehuset. Dette vil dels skabe bedre og mere sammenhængende forløb.</p> <p>Parterne ønsker i projektperioden at udvikle samarbejdsformer mellem sektorer og finde alternativer til indlæggelse. Disse samarbejdsformer vil tage hensyn til organiseringen i de 10 deltagende kommuner og de to deltagende hospitaler.</p> <p>Parterne ønsker derfor, at gennemføre et projekt med to fokusområder.</p> <p><b>Tidlig opsporing og tidlig indsats:</b> Det primære fokus vil være på tidlig opsporing af svækkede ældre i kommunern. Opgaven varetages i almen praksis og kommunerne. Gruppe af svækkede ældre er dynamisk og både almen praksis og kommuner vil løbende kunne identificere borgere der tilhører denne gruppe.</p> <p>Med udgangspunkt i tidlig indsats for målgruppen udarbejdes handleplan for den enkelte borger. Handlingsplanen skal indeholde både farmakologisk og non-farmakologiske indsatser i kommune/almen praksis regi og vil sikre at kommunen løbende kan følge borgeren tæt, herunder igangsætte eventuelle nødvendige foranstaltninger før en indlæggelse bliver nødvendig.</p> <p><b>Udredningsenheder på hospitalerne:</b> Der etableres en række udredningsenheder med udgangspunkt i hospitalerne, hvor kommunerne har ansvaret for at følge ind, følge op og følge hjem.</p> <p>Regionen stiller specialistressourcer (læger og sygeplejersker) og fysiske lokaler til rådighed. Det sikres, at de borgere, som visiteres til udredningsenheden, har hurtig adgang til faglig vurdering og diagnostisk udredning. Regionens specialistressourcer og kommunerne sikrer, at der samarbejdes om udvikling af nye samarbejdsformer med henblik på at tilgodese et individuelt tilrettelagt forløb for den enkelte borger.</p> <p>Det er hensigten, at der etableres 1-2 udredningsenheder (se</p>

		også pkt. 17) på hver af regionens hospitaler. Antallet af enheder vil løbende blive tilpasset behov og efterspørgelse. En udredningsenhed skal ikke nødvendigvis ses som en fysisk enhed, men der vil lokalt også kunne afprøves andre udredningsmuligheder, f.eks. i form af elektronisk samarbejde via skærme. Det afgørende vil således være, at borgeren får adgang til hurtig, specialiseret udredning med henblik på at understøtte målene i projektet.
3.	Projektets overordnede mål:	Projektets overordnede mål er i tæt samarbejde med borgeren at skabe bedre og individuelt tilrettelagte forløb for gruppen af sårbare og svækkede ældre. Dette vil ske ved udvikling af nye samarbejdsformer omkring tidlig opsporing, tidlig indsats samt at finde alternativer til indlæggelse for derved at forebygge indlæggelser.
	Delmål:	<p><b>Tidlig opsporing</b> Kommunen og den praktiserende læge skaber sig et løbende overblik over særlig sårbare borgere. Der etableres et veldefineret ansvarligt team for den enkelte borger, som består af borgeren, den praktiserende læge og kommunen.</p> <p>Målet vil være, at kommunerne og almen praksis udvikler fælles definition, sprog og faglig vurdering af målgruppen.</p> <p><b>Udredningsenhederne</b> Når det findes relevant kan borgere henvises til specialiseret udredning i en af udredningsenhederne. Dette foregår subakut og forventes for hovedparten af borgernes vedkommende at kunne foregå uden indlæggelse. Målet vil være:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 80 % af borgerne sendes hjem uden hospitalsindlæggelse inden for 5 timer.</li> <li>2. At der registreres færre forebyggelige indlæggelser for målgruppen</li> <li>3. Den borgeroplevede tilfredshed øges ved at indsatserne opleves sikkert, effektivt, rettidigt, uden ressourcspild og lighedsbegrebet.</li> <li>4. At kommunerne sammen med sekundærsektoren afprøver forskellige samarbejdsmetoder i udredningsteamet.</li> </ol> <p><b>Udvikling i en læringskontekst</b> Der skal internt i kommunerne og tværsektorielt videreudvikles en læringskultur, hvor patientsikkerhed, individuelle og sammenhængende forløb er i fokus. Samtidig skal der skabes udvikling gennem struktureret auditering i kommunerne og tværsektorielt.</p>
4.	Projektets indsatsområder:	Indsatsområderne i projektet vil være en samordnet tidlig og relevant indsats i almen praksis og kommune for hver enkelt borger tagende udgangspunkt i den ældres forventninger og behov. Denne indsats suppleres ved behov med relevant hurtig udredning.

		Der skal skabes fælles viden og fælles værdier omkring sårbarhed.																				
5.	Projektets målgruppe(r):	<p>Projektet vil fokusere på særlig sårbare medicinske borgere, som er 65 år eller ældre, jf. definitionerne i det faglige oplæg til en nationale handlingsplan 2016-2019. Dette drejer sig om borgere med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• svær sygdom</li> <li>• flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)</li> <li>• forringet ernæringstilstand</li> <li>• nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt</li> <li>• begrænset egenomsorgskapacitet</li> <li>• multimedicingering (polyfarmaci)</li> <li>• aleneboende og/eller svagt socialt netværk</li> <li>• behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse</li> </ul> <p>Der vil blive fokuseret på borgere med registreret subakut eller mere langsomt udviklet funktionstab. Ved udredning i de etablerede udredningsenheder i hospitalsregi forventes det at hovedparten af de udredte borgere kan hjemsendes til egen bolig, plejehjem, kommunalt akuttilbud mv. i løbet af den pågældende dag. Borgere med behov for indlæggelse på sygehuset forbliver ikke i udredningsenheden, men indlægges på hospitalet i henhold til lokale retningslinjer og praksis.</p> <p>Med udgangspunkt i en analyse af målgruppen vurderes det, at ca. 3600 borgere vil indgå i målgruppen. Disse fordeler sig på tværs af de deltagende kommuner:</p> <table border="1"> <tr> <td>Brønderslev kommune</td> <td>224</td> </tr> <tr> <td>Frederikshavn kommune</td> <td>544</td> </tr> <tr> <td>Hjørring kommune</td> <td>437</td> </tr> <tr> <td>Jammerbugt kommune</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>Mariagerfjord kommune</td> <td>260</td> </tr> <tr> <td>Morsø kommune</td> <td>171</td> </tr> <tr> <td>Rebild kommune</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>Thisted kommune</td> <td>320</td> </tr> <tr> <td>Vesthimmerlands kommune</td> <td>241</td> </tr> <tr> <td>Aalborg kommune</td> <td>1027</td> </tr> </table>	Brønderslev kommune	224	Frederikshavn kommune	544	Hjørring kommune	437	Jammerbugt kommune	250	Mariagerfjord kommune	260	Morsø kommune	171	Rebild kommune	148	Thisted kommune	320	Vesthimmerlands kommune	241	Aalborg kommune	1027
Brønderslev kommune	224																					
Frederikshavn kommune	544																					
Hjørring kommune	437																					
Jammerbugt kommune	250																					
Mariagerfjord kommune	260																					
Morsø kommune	171																					
Rebild kommune	148																					
Thisted kommune	320																					
Vesthimmerlands kommune	241																					
Aalborg kommune	1027																					
6.	Rekrutteringsstrategi:	Borgerne vil blive henvist gennem egen læge.																				
7.	Sikring af relevante kompetencer hos de involverede aktører:	<p>En afgørende milepæl for projektet er, at der i projektperioden sker et kompetenceløft for de involverede medarbejdere.</p> <p>Der etableres "Fælles skolebænk" mellem sektorerne, herunder også med medarbejdere fra praktiserende lægers praksis.</p>																				

		<p>Dette sker med henblik på kompetenceudvikling på fælles sprog, fælles forståelse af begrebet tidlig opsporing og relationel koordinering.</p> <p>Kompetenceudviklingen målrettes parternes indgåede sundhedsaftale om forløbskoordinering jf. pkt. 12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Målrettet tidlig opsporing</i> – der udarbejdes og implementeres ensartede metoder og monitorering i tidlig opsporing af sygdom.</li> <li>• <i>Løbende audits</i> -parterne udvikler og tester kommunikations-/dokumentationsredskaber med henblik på at sikre relevante data i overgange mellem sektorer – følge ind, følge op og følge ud princippet.</li> <li>• <i>(Eksisterende) Udgående kommunale funktioner bemandet med sygeplejersker</i> - parterne indgå et proaktivt samarbejde med henblik på at udrede borgeren i forhold til nærhedsprincippet samt at udvikle/teste samarbejdsformer og metoder som alternativ til indlæggelse. Der sikres lokal tilrettelæggelse og udvikling af samarbejdsformer i forhold til bemanding af udredningsenhederne med sygeplejersker fra henholdsvis kommuner og hospital.</li> </ul>
8.	Aktiviteter og metoder:	<p>Den tidlige opsporing - i form af triage - implementeres i kommunerne og følges med auditeringer.</p> <p>Kommunerne deler viden om, hvordan den strukturerede sygeplejefaglige vurdering kan struktureres gennem redskabet TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom).</p> <p>Hospitalerne stiller "fasttrack" til lægefaglig udredning til rådighed i form af udredningsenheder. Hver udredningsenhed vil følge de pågældende hospitals optageområde, og vil derfor dække flere kommuner. Udredningsenheden forventes at have åbent i dagtid på hverdage.</p> <p>Der arbejdes på at udvikle nye samarbejdsformer hvor bemandingen i udredningsenheden tilpasses lokale kommunale forhold, herunder aktivitetsniveau, så rollen forløbskoordinator, der følge ind, følge op og følge ud, sikres bedst muligt. Der vil således være fleksibilitet i projektet til at bemande teamet med en sygeplejerske fra kommunen, som følger borgeren eller en mere fast bemanding i udredningsenheden. Dette vil i praksis betyde, at det lokalt på de enkelte hospitalsmatrikler, der deltager, aftales, hvorvidt den kommunale bemanding i udredningsenhederne sker ved permanent tilstedeværelse eller ved at sygeplejersken fra kommunen følger borgeren ind på hospitalet.</p> <p>Kommunerne vil organisere sig således sygeplejen i hjemkommunen som udgangspunkt aflægger strukturerede opfølgende besøg hos den hjemsendte borger samme dag eller senest dagen efter.</p> <p>Almen praksis inddrages løbende i henhold til overenskomst og</p>

		<p>gældende aftaler. Specielt ønskes brugen af opfølgende hjemmebesøg styrket.</p> <p>Det arbejdes med metoden relationel koordinering omkring det individuelle forløb, hvor det bærende bliver fælles mål, fælles viden og gensidig respekt.</p> <p>Både den tidlige opsporing i primær sektor og selve udredningsteamet arbejder efter Forbedringsmodellen (Plan, Do, Study, Act cyklus), og auditering er metoden til Study fasen. Målet er at skabe en løbende udvikling af patientsikkerheden, mere effektive forløb og oplevelsen af sammenhæng for borgeren.</p>
9.	Inddragelse af borger/patient- og pårørende perspektiv:	<p>Det vil være afgørende for projektets to fokusområder, at der skabes et styrket kendskab til borger og pårørende, så de kan indgå aktivt i forløbet og klarlægge ønske for behandlingsniveau. Dette skal ske ved tidligere og systematisk inddragelse af borgeren i forløbet for dermed at sikre en løbende vurdering og planlagt indsats. Dette sikrer, at borgeren kan udredes og behandles efter nærhedsprincippet eller at der kan findes alternativer til indlæggelse.</p> <p>Inddragelsen af borger og pårørende sker som en naturlig del af teamet sammen med praktiserende læge, sygeplejersken fra kommunen og evt. hospitalets ressourcepersoner i udredningsenheden. Anvendelse af telemedicin vil i denne sammenhæng blive medtænkt som en samarbejdsform for at tilgodese borgernes mulighed for deltagelse i eget forløb.</p>
10.	Projektets bidrag til øget sammenhæng og samarbejde:	<p>Projektet har til hensigt at skabe et mere direkte og umiddelbart samarbejde mellem kommune, praktiserende læge og hospitalets personale omkring udredningsforløb af den sårbare svækkede ældre borger.</p> <p>Det forventes at det vil blive skabt et gensidigt indblik i de krav, forventninger og rammer, der er i den enkelte sektor, og især hvilke kompetencer, som er til stede. Der er derfor mulighed for at udvikle fælles sprog og læring samt generere metoder for erfaringsopsamling og monitorering af indsatsen.</p> <p>Den fortsatte kompetenceudvikling på tværs af sektorerne forventes at nedbringe u hensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser generelt.</p>
11.	Projektets arbejds- og ansvarsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og evt. almen praksis:	<p>Kommunerne har i samarbejde med almen praksis ansvaret for tidlig opsporing af sårbare svækkede borgere. Kommunerne udarbejder handlingsplan for den enkelte ældre borger og sikrer, at der iværksættes en tidlig indsats.</p> <p>Den praktiserende læge er behandlingsansvarlig, og samarbejder med kommunen om tidlig opsporing af sårbar ældre borger og sikre løbende udredning og behandling – indgår sammen</p>

		<p>med kommunal sygeplejerske, borger og pårørende som en del af borgerens team.</p> <p>Henvises borgeren til yderligere udredning i udredningsenhed sikrer borgerens team overlevering af relevante data, og hospitalets læger inddrages i borgerens team, og får overdraget behandlingsansvaret. Mens borgeren opholder sig i udredningsenheden har hospitalets læge behandlingsansvaret. Dette ændres først, når det entydigt overdrages til praktiserende læge efter endt udredning i den etablerede udredningsenheden (stafetmetoden).</p> <p>Kommunikationen mellem de samarbejdende parter udvikles/udbygges jvf. ovenstående pkt. 7 og 9. Der arbejdes målrettet på at udvikle eksisterende kommunikationsredskaber, så parterne vha. elektroniske systemer har adgang til relevante data – følge ind, følge op og følge ud.</p>
12.	Sammenhæng med eksisterende tilbud:	<p>Projektet tager afsæt i parternes sundhedsaftale om "Forløbskoordinering". Denne blev indgået i 2013 og dækker bl.a. aftalerne om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målrettet tidlig opsporing i kommune og praksis</li> <li>• Subakut/akut indsats – via den kommunale sygepleje</li> <li>• Opfølgende hjemmebesøg af praksis-læge og kommunal sygeplejerske</li> <li>• Samt løbende audits</li> </ul> <p>De tre sektorer arbejder således allerede med indsatser jf. ovenstående. Med projektet vil indsatserne blive videreudviklet, ligesom der vil blive skabt øget fokus på derpå.</p>
13.	Projektets implementering efter projektperioden:	<p>Det forventes, at projektet ved udløb af projektperioden vil overgå til almindelig drift. I den forbindelse vil det ligeledes blive sikret at samarbejdet indgår i de rammer, der er lagt fast i parternes sundhedsaftale.</p>
14.	Dokumentation og af-rapportering:	<p>Der laves årsrapport ud de opstillede mål og delmål. Rapporten indeholder såvel kvantitative data som kvalitative data. Rapporterne fungerer som feedback loops og læring.</p> <p>Metoden i rapporteringen tager udgangspunkt i metoden omkring TRIPLE AIM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At skabe bedre sundhed for den særligt sårbare medicinske patient/borger</li> <li>• At skabe bedre borger oplevet kvalitet</li> <li>• At reducere udgifter ved at minimere antallet af uhenigtsmæssige indlæggelser for patientgrupper.</li> </ul> <p>Projektlederen vil være ansvarlig for kvartalsvis opfølgning samt årsrapporterne i samarbejde med med projektdeltagere fra hospitalerne og kommunerne. Der skal ved opstart af pro-</p>

		<p>jektet fastsættes en baseline, som vil være udgangspunkt for brugen af triple aim.</p> <p>Kommunerne er ansvarlige for løbende at udføre audits på den tidlige opsporing og leverer materialet med henblik på opfølgning.</p>
15.	Formidling og kommunikation:	<p>En afgørende forudsætning for at projektet skal blive en succes er, at der fra start skabes interesse og kendskab til projektet blandt medarbejderne i regionen, hos kommunerne og almen praksis.</p> <p>Jf. pkt. 17 vil der i efteråret 2016 blive afholdt opstartsseminar, ligesom der i foråret 2018 vil blive afholdt et midtvejsseminar. Begge arrangementer er målrettet nøglemedarbejdere, som vil indgå i projektet. Arrangementerne vil ud over fokus på projektet også have en mere overordnet vinkel på særligt arbejdet med tidlig opsporing og tværsektorielt samarbejde om sårbare borgere. Dette vil understøtte målet om udvikling af fælles sprog.</p> <p>Herudover planlægges der på sygehuse og i kommunerne med særskilte opspartsmøder. Disse møder vil have operationel karakter, så alle medarbejdere, der har berøring med projektet kender formålet, arbejds gange, kommunikationsveje mv. Der vil til møderne blive udarbejdet et fælles kommunikationsmateriale (powerpoint), så der sikres en fælles platform.</p>
16.	Projektets organisering og bemanning, herunder ledelsesmæssig forankring:	<p>Til varetagelsen af projektledelsen ansættes en projektleder. I projektperioden vil projektlederen kunne gøre brug af regionens administrative organisation. Dette kan eksempelvis være i forbindelse med afklaring af juridiske spørgsmål eller i forbindelse med dataindsamling, som skal anvendes til eksempelvis drift og evaluering.</p> <p>Projektlederen vil referere til en leder i det regionale ledelsessystem.</p> <p>Der nedsættes en styregruppe med deltagelse af region, deltagende kommuner samt almen praksis. Styregruppen vil være forankret i ledelseslaget hos parterne.</p>
17.	Tids- og projektplan:	<p>Projektet forventes igangsat: 1. november 2016 og afsluttet: 31. december 2019. Der vil blive udarbejdet en detaljeret projekt- og tidsplan for projektet. Denne vil bygges op omkring nedenstående:</p> <p>Oktober 2016 – opstartsseminar med deltagelse af involverede nøglepersoner i kommuner, region og almen praksis</p> <p>November 2016 – opstart af projekt med deltagelse af Aalborg Universitetshospital, matriklen i Hobro, Regionshospital Nordjylland, matriklerne i Hjørring og Thisted. Alle deltagende</p>



	<p>kommuner indgår fra starten af projektet.</p> <p>Medio 2017 – Aalborg UH, matriklen i Aalborg indgår også i projektet.</p> <p>Foråret 2018 – afholdelse af midtvejskonference med deltagelse af nøglepersoner fra region, kommune og almen praksis.</p> <p>Der vil for hvert af projektårene blive udarbejdet en statusrapport, som vil danne udgangspunkt for den løbende orientering af det administrative og politiske niveau i parternes organisationer.</p>
--	---