



## Skema 2: Beskrivelse af projektet (max 5 sider, skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)

1. Projektets titel
Fast kontaktperson og systematisk opfølgning på trivsel hos svage ældre i Jammerbugt Kommune
2. Hovedansøger
Jammerbugt Kommune
3. Hvilket/hvilke tema(er) fra værdighedspolitikkerne tager projektet afsæt i? Sæt <i>minimum ét kryds</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Livskvalitet <input type="checkbox"/> Selvbestemmelse <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen <input checked="" type="checkbox"/> Mad og ernæring <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> En værdig død <input type="checkbox"/> Bekæmpelse af ensomhed
4. Resumé af projektet (max 15 linjer)
<p>Med dette projekt ønsker Jammerbugt Kommune at afprøve ny organisering og arbejdsprocesser, som skal sikre udsatte ældre borgere større sammenhæng og bedre resultater gennem kontaktpersonordning, systematisk opfølgning på trivsel og ernæring samt kompetenceudvikling af personalet i bruger- og pårørendesamarbejde.</p> <p>Jammerbugt er en kommune med mange ældre og store geografiske afstande. Kommunen har svært ved at tiltrække et tilstrækkeligt antal praktiserende læger. Initiativet kan ses som et supplement til almen praksis tovholderfunktion i lægedækningsstruede områder, hvor kommunen tager medansvar for at sikre de svage ældre en fast kontaktperson og én indgang til sundhedsvæsenet, idet kommunen samtidig styrker samarbejdet med hospitalet i Hjørring.</p> <p>Introduktion af en kontaktperson/tovholder er det centrale element, mens de øvrige initiativer understøtter varetagelsen af funktionen og samarbejdet mellem kontaktperson, bruger, pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere med særligt fokus på brobygning til det regionale sundhedsvæsen. Tovholderens kontinuerlige kontakt med borger og pårørende sikrer sammen med de udvidede beføjelser korte og enkle beslutningsgange, der forenkler dokumentationsopgaven.</p>
5. Beskriv baggrunden for projektet, herunder det udviklingsområde/den problemstilling projektet tager afsæt i samt hvilken viden / hvilke erfaringer projektet bygger på
<p>Det nære sundhedsvæsen udvikler sig i disse år som følge af, at opgaver og ansvar især vedrørende kronikere og svage ældre overgår fra hospital til kommune og almen praksis. Dette må forudses at udvikle sig yderligere i de kommende år med den ventede reform af sundhedsvæsenet.</p> <p>Målgruppen for projektet er borgere i ældreplejen, som er særligt udsatte og har helbredsproblemer, eksempelvis i form af kronisk sygdom, sociale udfordringer, almen svækkelse eller høj alder. De pågældende borgere er generelt i kontakt med forskellige dele af velfærdssystemet, har risiko for akut indlæggelse, og der er ofte behov for rehabilitering i forlængelse af hospitalskontakter.</p> <p>De seneste år har der været meget opmærksomhed på, at brobygning mellem søjlerne har en væsentlig betydning for sammenhængen i den behandling, som borgeren modtager i det samlede sundhedsvæsen. Der er igangsat flere initiativer i sundhedsaftaler, der skal styrke sammenhængen. Kendskabet til hinanden og hinandens vilkår for opgaveløsning er centralt i den forbindelse.</p> <p>Målgruppen har typisk mange kontakter og snitflader i kommunen og det regionale sundhedsvæsen. Jo flere aktører og overgange, jo større risiko er der for, at viden bliver tabt og at overdragelse og opfølgning glipper. Projektet bygger på erfaringer med case manager nurses samt fra den praktiserende læges traditionelle rolle som kontaktperson og tovholder.</p>



- Borgerne efterspørger koordinering og sammenhæng – én man kan ringe til.
- Borgerne ønsker at se den samme – et kendt ansigt, det skaber tryghed - ikke en ny hver gang.
- Kontinuitet i kontakten styrker den faglige vurdering af den ældres "habitualtilstand"
- Kontinuitet er effektiv, fordi man ikke skal starte forfra med dokumentationen hver gang og hurtigere kan fokusere på det væsentlige.

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

Kontaktpersonordningen har til formål at styrke kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen. Dette forventes at øge livskvalitet gennem relation med en kendt kontaktperson samtidig og proaktiv indsats med et bedre resultat i form af øget tryghed, trivsel og funktionsevne hos de ældre.

De ca. 100 borgere i målgruppen bliver tildelt en fast kontaktperson og tovholder i kommunen, typisk en hjemmesygeplejerske eller en fysioterapeut fra kommunens myndigheds-/genoptræningsfunktion. Systematisk opfølgning på målgruppens livskvalitet og ernæringstilstand sikrer den faste kontaktperson og kollegerne i ældreplejen en handlingsmarkør som grundlag for tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og visitation til relevant forebyggelsestilbud.

Kontaktpersonen udgør en stabil relation, som færdes i hjemmet og kender borgerens samlede livssituation. Kontaktpersonen er tilgængelig for borgere og pårørende i videst muligt omfang. Kontaktpersonen skal med udgangspunkt i den enkelte borgers situation og behov koordinere indsatsen og skabe sammenhæng internt i kommunen og på tværs af kommune og det regionale sundhedsvæsen herunder med almen praksis. Kontaktpersonen følger op og agerer brobygger mellem afdelinger og sektorer og sikrer, at relevant information deles i sektorovergangene.

Traditionelt har den praktiserende læge været tiltænkt rollen som patientens tovholder, der sikrer kontinuitet og sammenhæng i forløbet og behandling efter LEON-princippet. Realiteten er imidlertid, at det på grund af lægemangel og højt patientantal er særdeles svært for almen praksis i Jammerbugt Kommune at løfte opgaven for de udsatte og svage ældre patienter og deres pårørende. Initiativet kan derfor ses som et supplement til almen praksis og en ny løsningsmodel, der kan kompensere delvist for manglende kapacitet til tovholderfunktionen i lægedækningstruede områder. Behandleransvaret forbliver hos lægerne i almen praksis eller på hospitalet.

I projektperioden gennemføres et kompetenceudviklingsforløb for 267 medarbejdere (4 kontaktpersoner, 13 sagsbehandlende terapeuter og visitatorer og 250 SOSU-assistenten og sygeplejersker) i metoder til bruger- og pårørendesamarbejde. Kontaktpersonsteamet deltager i planlægning og undervisning og sikrer erfaringsopsamling, realistiske cases til undervisningsformål samt videnopbygning i organisationen.

Kompetenceudviklingsforløbet har til formål at styrke omsorgen for borgerne og de pårørende ved at løfte medarbejdernes faglige viden og skabe grundlag for kvalitet og sammenhæng gennem bedre og mere konstruktiv og ligeværdig dialog med de pårørende. Dertil kommer, at pårørendeperspektivet kan give nye indsigter som grundlag for at målrette og forbedre indsatsen.

Med afsæt i kommunens værdighedspolitik får gruppen undervisning i pårørendes rettigheder og muligheder, metoder til inddragelse af pårørende såvel i forhold til den enkelte borger som potentialet i mere generel involvering af pårørendeperspektivet som led i kvalitetsudvikling. Kontaktpersonsteamet får en central rolle, ligesom pårørende fra kommunens beboer- og pårørenderåd involveres i planlægning og i undervisning. Denne gruppe vil efterfølgende kunne præge kulturen i organisationen og fastholde gode erfaringer fra arbejdet med pårørendeindsatser, så overgangen fra projekt til implementering bliver mindre individafhængig og mindre sårbar.

Systematisk vejning og ernæringsvurdering af de ældre implementeres som et element i en struktureret tilgang til opfølgning på trivsel og livskvalitet og til triagering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Informationen registreres og indgår som en datakilde i omsorgssystemet. Dokumenteret væggtab og undervægt bruges som en handlingsmarkør og følges systematisk op med relevant indsats over for den enkelte borger. Indsatsen understøtter



implementeringen af kommunens værdighedspolitik om at tilbyde borgerne ernæringscreening, som vil være retningsgivende for de individuelle indsatser.

Der prioriteres puljemidler til et forsøg med at ansætte en diætist og til en styrket indsats over for undervægtige eller småt spisende borgere eller borgere i risiko for dårlig ernæringstilstand. Effekten dokumenteres dels gennem vejning og dels gennem trivselsmålinger og kvalitative interviews.

I projektperioden iværksættes en systematisk indsamling af information om borgernes trivsel og livskvalitet direkte fra patienter og pårørende gennem et IT-værktøj. Kontaktpersonerne, der kender den enkelte borgers situation, følger og vurderer de indrapporterede data.

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

Ved opstarten foretages indledningsvis en kortlægning af andre kommuners projekter og erfaringer med at optimere dokumentationsprocesser herunder fra projekt "Samskabt Styring". Der gennemføres en ekskursion med det politiske udvalg og ledelsen på området til to af de pågældende kommuner. Det vil give inspiration til konkrete løsninger og arbejdsgange og bidrage til hurtig igangsættelse af tidsbesparende ændringer på baggrund af andre kommuners udviklingsforløb og gode erfaringer.

Jammerbugt Kommune har i 2020 ansat en dokumentationssygeplejerske, som skal styrke kvaliteten i dokumentationen. Kontaktpersonerne får til opgave at implementere nye principper for simpel og overskuelig dokumentation.

Fokus på resultater i stedet for processer og kontrol:

Som en del af projektet igangsættes en systematisk opsamling af data fra de borgere, der er brugere af Jammerbugt kommunes ydelser på seniorområdet. Data skal være kvalitative data om borgernes selvopfattede tilstand. Indsamlingen sker løbende for den enkelte borger. Disse data skal anvendes af kontaktpersonen til at målrette sin dialog og indsats. Formålet med dataindsamlingen er at sikre at borgeren får et tilbud, der er tilpasset de særligt behov, som denne har og at sikre, at borgeren få indflydelse på selv at styre dette i den rigtige retning.

Erfaringsmæssigt kan det være vanskeligt at have en dialog om, hvordan man opfatter sin tilstand og hvordan man opfatter samarbejdet med den kommunale leverandør af sundhedsydelser. I dialogen med pårørende og repræsentanter for borgerne (seniorråd) anføres det ofte, at det kan være svært for borgeren at være helt ærlig i sin tilbagemelding om behov, samarbejde og service.

Målgruppen vil have vanskelig ved selv at give tilbagemeldingen. Data må derfor indsamles af kommunens medarbejdere på en måde, der sikrer systematik og sætter en ramme op, som vil reducere, at borger og pårørende finder det vanskeligt at være ærlig i forhold til tilbagemeldingen.

Dataopsamlingen sker via kommunens omsorgssystem, Nexus. Hermed får sundheds- og seniorforvaltningen et unikt overblik over de borgere, der har brug for en særlig opmærksomhed, og får mulighed for at lade dette indgå i dialogen med borgeren om muligheder, der skal føre til bedring af tilstanden.

Det primære formål er at undersøge, om metoden kan anvendes til en smidig og ubureaukratisk tidlig opsporing ved at anvende en simpel handlingsmarkør. Der tænkes en markering af daglig opfattet tilstand som enten rød, gul eller grøn. Som en del af projektet udvikles, implementeres, afprøves og evalueres værktøjet.

Den nye organiserings- og arbejdsform med faste kontaktpersoner forventes at reducere kompleksiteten af forløbene gennem bedre planlægning og færre involverede aktører og dermed begrænse behovet for skriftlig informationsdeling i overgangene. Gevinsten opnås ved at kontaktpersonen sikrer, at sagerne startes rigtigt op, at der opstilles mål for forløbet og at det fra starten tydeliggøres hvilke observationer, der er mest relevante i lyset af de individuelle omstændigheder. Disse suppleres med trivselsmålingen. Omfanget af skriftlige noter i forbindelse med vagtskifte og overdragelse forventes at blive reduceret.

8. Beskriv projektets metoder og processer, og hvordan de understøtter formålet om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen gennem *innovative* veje og skabe positiv forandring i praksis.



Herunder overvejelser om inddragelse af borgere, involverede medarbejdergrupper og andre relevante parter.

I projektet undersøges om/hvordan dokumentation fra systematisk vejning og ernæringsvurdering samt statistik fra løbende indsamling eller indrapportering af data fra borgerne om deres egen vurdering af trivsel og livskvalitet kan berige dokumentationen i omsorgssystemet og efterfølgende generere statistik til brug for effektivvurdering af indsatserne i ældreplejen.

For at realisere målene om at kontaktpersonerne skal sikre kontinuitet og være tilgængelig for borgere og pårørende gøres forsøg med fleksible ansættelsesvilkår. En del af arbejdstiden vil blive friholdt til kontaktpersonens egen udmøntning afhængig af borgernes behov. Ansættelsesmodellen skal give medarbejderen et udvidet handlerum og afspejle arbejdsgivers tillid til, at pågældende selv disponerer arbejdstimerne hensigtsmæssigt hen over en uge og måned, og selv tager ansvar for at afveje hensynet til familie- og arbejdsliv. Det vil eksempelvis betyde, at kontaktpersonen kan stå til rådighed hvis tilstanden forværres på aftener og i weekender i situationer, hvor borgeren har brug for det, og medarbejderen ikke skal noget andet. Familiens kontaktperson har mulighed for at tilbyde at arbejde på skæve tidspunkter, men er samtidig ikke forpligtet til at tage telefonen og stå til rådighed døgnet rundt.

Medarbejdergrupper og andre relevante parter inddrages særligt gennem kompetenceudviklingsforløbet og i den planlagte løbende evaluering af kontaktpersonordningen.

Regionshospitalet Nordjylland inddrages gennem et samarbejde om især udstationering af kontaktpersoner og kompetenceudviklingsforløb for både medarbejdere, borgere og pårørende. Disse elementer skal sikre et gensidigt kendskab til hinandens vilkår og opgaveløsning og skal sikre bedre overgange for borgerne. Regionshospitalet har i vedhæftede bilag tilkendegivet sin interesse i forhold til at deltage i dette samarbejde. Udmøntes efterfølgende i en egentlig samarbejdsaftale.

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

I projektperioden udvikles og testes flere løsninger, som kan overføres herunder:

- Kontaktpersonordning med afgrænsning af målgruppe og samarbejdsmodel
- System til at følge op på borgernes trivsel
- Kompetenceudviklingsforløbet og metoder til pårørendesamarbejde
- Koncept for borgerinterviews og bearbejdning i form af feedback som kan indgå i fagligt forbedringsarbejde.

Der vil særligt være potentiale for overførsel til andre kommuner med tilsvarende geografi, hvor borgerne har en særlig fordel af at undgå indlæggelse og få hjælp i nærområdet, og hvor almen praksis rolle som tovholder er udfordret af lægemangel. Mange ældre i hjemmeplejen ville sandsynligvis sætte pris på at have en fast kontaktperson i kommunen. Projektet vil derfor have som delmål at identificere og afgrænse den målgruppe af udsatte ældre, hvor løsningen rummer et potentiale for at skabe mere effektive og sammenhængende forløb og bedre resultater for borgerne.

Kontaktpersonsteamet frikøbes til fokuserede ophold på relevante afdelinger i hospitalet og indgår i uddannelse sammen med medarbejdere på afdelingen i en fælles skolebænk. Der arbejdes endvidere med tilbud om kompetenceudvikling af borgere og pårørende til yderligere understøttelse. Det nærmere indhold udvikles og aftales nærmere med Regionshospitalet Nordjylland inden for rammerne af den økonomi, der er til rådighed. Samarbejdet skal sikre et optimalt samarbejde mellem kontaktpersonen, kommunens andre medarbejdere og hospitalet, således borgeren oplever sammenhæng, tryghed og nærvær i forbindelse med et hospitalsophold.

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

Jammerbugt Kommune stræber efter, at de indsatser og arbejdsformer, som afprøves i projektet, implementeres efterfølgende i det omfang, de som forventet viser sig at fremme effektiv anvendelse



af personalets tid og bidrager til bedre forløb og resultater for borgerne. Det kræver et solidt beslutningsgrundlag. Derfor har den løbende indsamling og anvendelse af viden, erfaringer og resultater samt tilpasning i løbet af projektperioden en høj prioritet for styregruppen. Den løbende vidensopsamling og vidensdeling med øvrige medarbejdergrupper i sundheds- og seniorafdelingen samt i det regionale sundhedsvæsen bliver en integreret del af kontaktpersonens opgave, ligesom målgruppen selv involveres i løbende opsamling af viden om deres trivsel og livskvalitet. Derudover tilknyttes et eksternt konsulentfirma med indsigt i området i projektperioden til at varetage projektledelse, erfaringsopsamling og evaluering. Det undtagelsesvisse tilkøb af konsulentbistand skal aflaste kommunens driftsansvarlige ledere og projektmedarbejdere og anses som en væsentlig forudsætning for, at projektet kommer hurtigt fra start og gennemføres, dokumenteres og afrapporteres inden for tidsrammen. Konsulenterne vil bl.a. få til opgave at sikre, at der leveres indhold til en platform for erfarings- og vidensdeling, som SST etablerer ligesom de udarbejder statusnotat og opsamling til de givne frister.

Viden og erfaring indsamlet i projektet vil blive bearbejdet og anvendt i kompetenceudviklingsforløbet om bruger- og pårørendeinddragelse. Det udviklede materiale herunder anonymiserede casebeskrivelser offentliggøres med henblik på overførsel af viden og metoder til andre kommuner.

Der afsættes ressourcer til vikardækning således at nøglemedarbejdere især blandt ledere og kontaktpersoner deltager i de af Sundhedsstyrelsen planlagte aktiviteter herunder i netværksmøder og formidler viden og erfaringer på temadage, konferencer og lignende.

#### 11. Beskriv projektets:

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

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

Projektet forankres i Social-, sundheds- og beskæftigelsesforvaltningen i Jammerbugt Kommune under ledelse af Sundheds- og seniorchefen. Der etableres en intern styregruppe, som sikrer fremdrift og koordinering i kommunen, og som indgår samarbejdsaftaler med Regionshospital Nordjylland om turnus og fælles skolebænk for kontaktpersonerne.

Aktørerne i det tværsektorielle samarbejde får tilbud om at indgå i en referencegruppe sammen med seniorrådet og repræsentanter fra kommunens bruger- og pårørenderåd. Referencegruppen orienteres om projektet og får særligt tilbudt en rolle i planlægning og gennemførelse af kompetenceudvikling i bruger- og pårørendeinddragelse. Referencegruppen får også mulighed for at indgå i evalueringsprocessen som sparringspartnere og som informanter.

Jammerbugt Kommune vurderer, at kontaktpersonordning og systematisk vejning kan etableres med kort varsel pr. 01.12.2020, da denne del ikke forudsætter nyansættelser. De øvrige indsatser kan igangsættes primo 2021. Såfremt der opnås bevilling skal der udvikles modul til eksisterende omsorgssystem.

#### Tids- og milepælsplan:

Oktober-november 2020: Forberedelse, kortlægning af bedste praksis, investeringer, ansættelser

December 2020: Indkøring og match af kontaktpersoner, planlægning af kompetenceudvikling, besøg i bedste praksis-kommuner. Opstart af samarbejde med Regionshospital Nordjylland.

Januar 2021: Opstart af systematisk opfølgning, planlægning af kompetenceudvikling.

Marts 2021: Opstart af fælles aktiviteter med Regionshospital Nordjylland (udveksling, undervisning)

April 2021: Afvikling af kompetenceudviklingsforløb for halvdelen af de omfattede medarbejdere

Juni 2021: Interviews med borgere. Erfa-seminar for kontaktpersonsteam. Statusnotat til SST.

August 2021: Afvikling af kompetenceudviklingsforløb for anden halvdel af de omfattede medarbejdere

September-november 2021: Justering af indsatser og samarbejdsaftaler. Fortsat erfaringsopsamling

November-december 2021: Opsamling til SST og kvalitativ evaluering

Marts 2022: Slutregnskab og afsluttende afrapportering.

Se tidsplan i bilag for yderligere information om planlægning og overblik.