

## Projektbeskrivelse

### Fokus på rettidig planlægning af patientforløb og udskrivelse af den skrøbelige ældre patient over 75 år

- Implementering af kompetenceudvikling, kvalitetsløft og effektivisering ifm. indsatsen for den ældre skrøbelige patient



Dato 05-08-2022

Catherine Hauerslev Foss/  
Kristine Lindenej Drejø

Sagsnr. 1-11-72-8-22

Side 1

#### 1. Baggrund

Demografien er velkendt, og hospitalerne står overfor at skulle modtage og behandle et stigende antal skrøbelige ældre patienter.

Geriatrien har en velbeskrevet og valideret arbejdsmetode Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som igennem systematisk indhentning af data og tværfaglighed effektivt danner grundlag for en patientcenteret effektiv behandlingsplan for den ældre skrøbelige patient. Der er behov for denne helhedsorienteret tilgang til disse patienter frem for en mere traditionel organ- eller diagnosespecifik tilgang. Det er veldokumenteret i litteraturen, at skrøbelighed og komorbiditet har betydning for det resultat disse patienter får i forbindelse med hospitalsbehandling. De skrøbelige ældre har større risiko for funktionstab og delirium og komplikationer under hospitalsindlæggelse.

Eksempelvis kan den skrøbelige ældre patient have fordel af geriatrisk vurdering før beslutning om planlagt større kirurgi samt indsats/optimering både før og efter operationen, så der lægges en plan under hensyntagen til skrøbelighed og komorbiditet, som vides at påvirke resultatet af behandlingen. Screening for skrøbelighed ville kunne foretages af det kirurgiske speciale og herefter geriatrisk vurdering af udvalgt skrøbelig gruppe.

#### 2. Vision

- Den ældre skrøbelige patient i Region Midt skal tilbydes en systematisk evidensbaseret helhedsorienteret vurdering uanset hvilket speciale/afdeling, som patienten er indlagt i.

- Liggetiden skal være fagligt begrundet for den skrøbelige ældre patient, som er i risiko for negative udfald ved lange indlæggelser.

- Patient og pårørende skal medinddrages tidligt i patientforløbet.
- Behandlingsplan skal være under hensyntagen til patients skrøbelighed og komorbiditet. Så skrøbelighed skal erkendes uanset afdeling.

### **3. Formål**

Formålet med projektet er dels at skabe bedre forløb for den skrøbelige ældre patient, der kun sjældent har gavn af meget lange indlæggelser, dels at skabe større kapacitet/bremse væksten i antal indlæggelsesdage på hospitalerne.

Projektet/indsatsen har til formål at sikre tidlig helhedsorienteret og patientcentreret tilgang og rettidig planlægning af udskrivelse i samarbejde med primærsektoren. Fokus på smidigt og rettidigt samarbejde imellem specialer samt tværfaglig tilgang og inddragelse af pårørende er også en væsentlig del af indsatsen.

Konkret er målet for projektet er at etablere samarbejde imellem geriatrien og de afdelinger/specialer, der har flest sengedage for +75-årige, indlagt +14 dage. I gennem samarbejdet skal de lokale geriatriske afdelinger hjælpe med at kompetenceudvikle personalet på de involverede afdelinger, så afdelingerne selv kan anvende metoderne fra CGA i en for de enkelte afdelinger relevant og tilpasset form.

### **4. Organisering**

- Projektledelse/projektejer - AUH
- Styregruppe med rep. fra alle hospitalerne. Formandskabet varetages af AUH.
- Tværregional faglig erfagruppe/implementeringsgruppe med rep. fra alle hospitaler

### **5. Metode**

Med henblik på at skabe bedre og kortere forløb, gennemføres kompetenceudviklingsforløb, hvor den geriatriske arbejdsmetode CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) udbredes på regionens hospitaler. CGA er en metode, hvor man kommer hele vejen omkring kerneområderne akut sygdom (under hensyntagen til kroniske sygdomme), funktionsniveau, kognition, det sociale og omgivelserne samt er på forkant med udskrivelsesplanen i samarbejde med primærsektor allerede fra dag 1. Derudover fokuserer metoden som et væsentligt element på patient- og pårørendeinddragelse. Tværfaglig tilgang (terapeuter, sygeplejersker, læger) er helt essentiel i denne metode.

Indsatsen bygger på allerede opnåede erfaringer fra AUH. I Ældresygdomme på AUH er ovennævnte arbejdsmetode (Comprehensive Geriatric Assessment/CGA) fuldt implementeret med stort fokus på patient og pårørende-inddragelse og rettidig planlægning af udskrivelse og evt. opfølgning i eget hjem ved udvalgte grupper f.eks. til fortsat IV antibiotika i eget hjem eller ved afkortning af indlæggelse pga. delirproblematik.

## 6. Implementering

Implementeringen af indsatsen sker gradvis på regionens hospitaler. Der arbejdes efter en spredningsmodel, hvor der sigtes efter fuld implementering over en 2 årig periode. Der arbejdes med implementeringen af indsatsen på to niveauer:

- Regionalt niveau:

Etablering af projektorganisation, der skal sikre implementeringen. Herunder etablering af tværregional faglig erfa/implementeringsgruppe, der beskriver fælles regionale rammer for projektet, samt sikre videndeling og erfaringsopsamling under vejs i projektet. Står for afholdelse af læringsseminarer og evalueringsmøder.

- Lokalt niveau:

Implementeringen på det enkelte hospital gennem oprettelse af internt geriatrik rejsehold og implementering på en afdeling ad gangen.

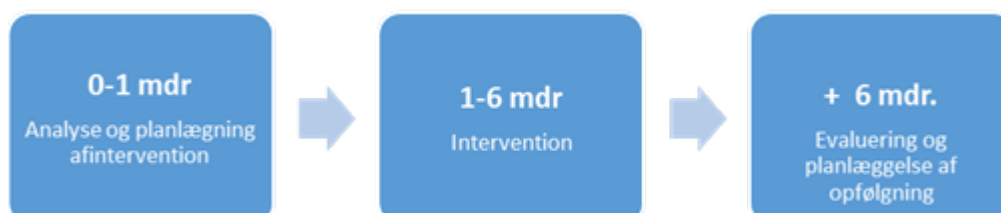
Projektledelsen ved AUH faciliterer og understøtter implementeringen på de øvrige hospitaler. Det tværfaglige geriatrik rejsehold ved AUH, hjælper gennem den tværregionale erfa/implementeringsgruppe med opbygning af lokale organisationer og etablering af lokale tværfaglige geriatrik rejsehold, med udgangspunkt i egne erfaringer. Implementering af indsatsen sker som kompetenceudvikling på de enkelte afdelinger og tager udgangspunkt i arbejdsgangene på de enkelte afdelinger og der arbejdes med, hvordan metoden kan understøtte og implementeres i daglig praksis.

Det lokale geriatrik rejsehold deltager i tavlemøder, i arbejdet med plejeforløbsplaner, og gennemfører undervisning på morgenmøder. Samtidig gives der mulighed for, at udvalgte medarbejdere kan komme på besøg hos geriaterne, og se hvordan der arbejdes lokalt. Det er essentielt at bibringe øget forståelse af tværfaglighed med patient og pårørende i fokus.

Det er helt afgørende at der i de enkelte afdelinger er både er klinikere, som er engagerede, men også ledelsesmæssig opbakning. De geriatrik rejsehold får behov for tæt opbakning og styring af deres afdelingsledelse. Afdelingsledelsen vil skulle koordinere med de øvrige deltagende afdelingers ledelser, således der sikres opbakning i afdelingerne.

I forbindelse med implementeringen forpligter hospitalerne sig til at deltage i løbende videndelmøder og læringsseminarer på tværs af regionen.

### Plan for implementering på den enkelte afdeling:



**Formøde** Ca. 1 mdr. før projektstart mellem det tværfaglige rejsehold fra geriatrien, deres AL og sygeplejerske og speciallæge på funktionslederniveau samt AL i modtagende afdeling. Der skal sikres faste tværfaglige kontaktpersoner forankret i afdelingen, som bakker op om

projektet. Projektet indebærer en kulturændring og det kræver gode relationer og tillid imellem personalet i afdelingen, rejseholdet og afdelingerne imellem. Der aftales, hvad der skal ske og evt. forberedes de 6 mdr. rejseholdet er i afdelingen. Det er en stor fordel, hvis nøglepersoner i modtagende afdeling er orienteret eller har deltaget i forbedringsarbejde.

- Gennemgang af data fra BI portalen vedr. +75 årige i afdelingen
- Drøfte formålet med projektet?
- Forventninger til projektet og hinanden i samarbejdet
- Hvilke konferencer er der i afdelingen – læger, sygeplejesker, diætister, terapeuter, tværfaglige. Hvor og hvornår?
- Hvordan er fokus på samarbejde med primærsektor?  
(epikriser, genoptræning og plejeforløbsplaner, udskrivelsesstatus)

**Den første måned.** Fokus på at "lære hinanden at kende" og sammen få afklaret, hvad interventionen konkret skal bestå af og blive enige om mål (procesindikatorer og hårde endemål). Interventionen kan først endelig afklares, når vi sammen har set, hvor der er behov for en indsats og/eller kompetenceløft. Der udarbejdes og tages udgangspunkt i datatræk før intervention- baseline. Der kan være behov for intervention over for en særlig gruppe af ældre i afdelingen. Evt. skrøbelige med en særlig diagnose, som ligger unødigt længe i en afdeling.

**De næste 5 mdr.** Intervention, hvor rejseholder er tilstede ca. 2 dage om ugen. Rejseholdet deltager aktivt i hverdagen. En stor del vil være sidemandsoplæring, undervisning, deltagelse i tavlemøder og relevante konferencer. I denne periode er der fokus på den planlagte intervention og relevante mål. Der må forventes en midtvejsevaluering efter 2 måneder med samme bemanning som til formødet (beskrevet ovenfor). Der kan være justeringer, som kræver ledelsesopbakning.

**Afsluttende evaluering efter 6 mdr.** Den fulde effekt kan ikke forventes på endemål på dette tidspunkt, men som minimum på procesindikatorer. Der aftales evt. opfølgning eller genbesøg i mindre omfang for at sikre blivende effekt og udvikling. Senest efter 1 år udfærdiges i fælleskab (geriatrien er tovholder) rapport over projektet med evaluering og perspektiver.

## 7. Tidsplan

Projektet forventes at løbe over en toårig periode med start september 2022.

December 2022	Etablering af projektorganisationen
Primo 2023	Planlægning af implementering i tværregional erfa/implementeringsgruppe + fortsat implementering på AUH
Marts 2023	Opstart af lokal implementering på to hospitaler
November 2023	Opsamling på første runde af evaluering
Januar 2023	Opstart af implementering på de sidste to hospitaler
November 2024	Evaluering

## 8. Mål

1. at opnå 10% kortere gennemsnitlig liggetid for +75 årige med over 14 dages indlæggelse i de medvirkende afdelinger. Effekten forventes at indtræde løbende med fuld effekt efter 1 år.
2. Påbegyndt systematisk dataindsamling om funktionsniveau før og under indlæggelsen indenfor førstkommande hverdag på minimum 75 % af de + 75 årige.

Ud over de to overordnede mål, skal der, som led i den lokale forankring af indsatsen, udfærdiges en plan for forbedring, med opstillede lokale mål og succeskriterier for indsatsen på den enkelte afdeling, hvor indsatsen implementeres.

### 9. Ressourceforbrug og økonomisk ramme

Projektet vil alle steder kræve lønmidler til et rejsehold bestående af geriatrisk speciallæge, terapeut og sygeplejerske fra geriatrien. Derudover skal de deltagende afdelinger udpege en læge og en sygeplejerske, der i modtagende afdelingen er tovholdere sammen med det geriatriske rejsehold. Der vil også være behov for hjælp til datatræk fra BI-portalen.

Derudover er skal der afsættes ressourcer til svarende til projektledelse, koordinering og rådgivning ved Ældresygdomme på AUH i forbindelse med udbredelse af projektet til alle regionens hospitaler.

Projektet finansieres delvist af centrale midler delvis selvfinansiering fra hospitalerne. Der er afsat 3 mio kr. centralt til understøttelse af implementeringen af indsatsen svarende til 1,5 mio kr. årligt i projektperioden. Af de centrale midler afsættes der 500.000 kr. til projektledelse samt koordinerende/rådgivende funktion ift. implementeringen af projektet ved AUH over den toårige projektperiode.

De resterende 2,5 mio kr fordeles til hospitalerne efter fordelingsnøglen. Midlerne udmøntes fra centralt hold som et årligt beløb i de to år implementeringen forløber over. Hospitalerne finansiere selv yderligere udgifter til indsatsen.

Fordelingsnøgle ekskl. medicin	Fordelingsnøgle ekskl. medicin, procent	Beregning af fordeling	Årligt ved deltagelse i projektet
Regionshospitalet Horsens	7,8%	195.000,0	97.500
Regionshospitalet Randers	8,2%	205.000,0	102.500
Hospitalsenheden Vest	16,5%	412.500,0	206.250
Hospitalsenhed Midt	18,9%	472.500,0	236.250
Aarhus Universitetshospital	48,6%	1.215.000,0	607.500
<b>I alt</b>	100,0%	2.500.000,0	1.250.000

Projektet vil forventeligt bidrage til reduktion af sengedage. Projektet forventes dermed at kunne bidrage væsentligt til løsningen af de kapacitetsudfordringer, som regionen står i og som forventes forværret år for år med den demografiske udvikling, hvis der ikke sker væsentlige ændringer i indlæggelsesmønstrene.

## 10. Evaluering

1) Der vil være generiske datatræk før og efter indsats for alle afdelinger (liggetid, genindlæggelse patienttilfredshed etc). Herudover kan der være særlige elementer, der arbejdes med alt efter den involverede afdelings behov. Udover lange indlæggelser, kan patientinddragelse og f.eks., hvorvidt der er aftalt behandlingsniveau for de skrøbelige ældre være et særligt fokusområde i afdelinger, hvor analysefasen viser, at der er behov for en forbedring.

2) Systematisk indførelse af CGA må derudover forventes at få afledt effekt på plan og forløb for andre geriatriske patienter end de + 75 årige med lange forløb, men også øvrige komplekse patientforløb, hvor helhedsorienteret tilgang og øget fokus på tværsektorielle overgange er betydende. Data med før og efter måling løbende i de involverede afdelinger.

Herudover vil der være opfølgning på lokale mål med indsatsen og kvalitativ opfølgning på læringsseminarer. Samtidig vil projektet blive fulgt i det tværsektorielle samarbejde, hvor der også vil blive fulgt op på de tværsektorielle resultater af projektet.