

Ansøgningsskema for puljen:

"Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud"

Frist for indsendelse af ansøgning 23. november 2012	Skemaet sendes til <u>fobs@sst.dk</u> eller Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud Axel Heides Gade 1 2300 København S
--	--

Ansøgningsskemaet indeholder:

- Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte
- Skema 2: Projektbeskrivelsesskema
- Skema 3: Budgetskema for hele projektperioden
- Skema 4: Budgetskema for hvert år

Alle rubrikker i skemaerne skal besvares.

Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte

"Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud"

1.	Projektets titel	Den ældre medicinske patient - " Sammenhængende patientforløb - den gode indlæggelse og udskrivelse"
2.	Ansøgere Adresse Navn på projektleder Stillingsbetegnelse Tlf. nr. E-mail Navn på projektets juridisk ansvarlige person Stillingsbetegnelse Tlf.nr. E-mail Kontaktperson E-mail	Region: Region Midtjylland Kommune(r): Holstebro Kommune 1. Anne Birgitte L. Pedersen, Hospitalsenheden Vest 2. Dorthe Biel, Holstebro Kommune 1. Overlæge 2. Teamleder 23722273 96114357 annepede@rm.dk dorthe.biel@holstebro.dk Anne Jastrup, Anders Kjærulff Direktør, Region Midtjylland Direktør for Kultur og Sundhed, Holstebro kommune 78410050 Anne Jastrup 96114101 Anders Kjærulff Anne.jastrup@stab.rm.dk Anders.Kjaerulff@holstebro.dk Dorthe.klith@stab.rm.dk Regional ledelsesrepræsentants personlige underskrift (ikke med sort skrift): Sted: <u>Vestborg</u> Underskrift: <u>[Signature]</u> Dato: <u>23</u> / <u>11</u> 2012 Kommunal ledelsesrepræsentants personlige underskrift (ikke med sort skrift): Sted: <u>Holstebro</u> Underskrift: <u>[Signature]</u> Dato: <u>22</u> / <u>11</u> 2012

3.	Projektlederens uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence	1. Speciallæge i almen medicin og i intern medicin: geriatri. Har erfaring fra praksis - herunder også lægevagtskørsel. 2005-2011 tilknyttet Geriatrik afdeling, Århus Universitetshospital under uddannelse, som afdelingslæge og overlæge med funktion i det akutte medicinske visitationsafsnit med ansvar for geriatrisk følge-hjem-team og herunder behandling i eget hjem. Siden 01.01.2012 ansat i Medicinsk Modtageafsnit, Regionshospitalet Holstebro med ansvar for dette samt for det stationære geriatriske afsnit og herunder også geriatrisk team. Undervisningserfaring - aktuelt underviser på akutuddannelsen for sygeplejersker og i kommunalt regi og forestår undervisning i kompetenceløft for sygeplejersker omkring den geriatriske patient 2. Uddannet som sygeplejerske i 1988. Har erfaring fra neurologisk afdeling fra 1988 til 1996. Fra 1996 og frem til 2004 ansat i Holstebro Kommune først som aftensygeplejerske siden som primærsygeplejerske i blandede vagter. Fra 2004 til 2007 ansat som teamleder på Distrikt Parkvej for social og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Fra 2007 til 2011 ansat som teamleder i Distrikt Vinderup for social og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Fra 2011 og fremadrettet ansat som teamleder for halvdelen af Holstebro Kommunes sygeplejersker med ansvar for den sygeplejefaglige indsats til borgere i eget hjem. Med i flere tværsektorielle samarbejdsgrupper gennem de sidste 5 år. Pt. i gang med videreuddannelse i diplom i ledelse og forventer at afslutte uddannelsen med udgangen af 2013.
4.	Projektets varighed	Projektet forventes igangsat 01/_01 2013 og afsluttet 31 /12- 2014
5.	Der ansøges i alt om	5.762.904 kr. (jævnfør budgetskema)
6.	Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side	Ja ____ Nej X Der er ansøgt om økonomisk støtte hos: 1. 2. 3. Der er bevilget økonomisk støtte fra: 1. 2. 3.
7.	Indgår der egenfinansiering i projektet	Ja

8.	Hvis svaret er ja til spørgsmål 6 eller spørgsmål 7, hvad er da projektets samlede budget	Egenfinansieringen er ikke opgjort i kroner, men rummer: Evaluering og sammenskrivning af projekt: 1 måned finansieres af Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest medfinansierer speciallæge 2*7,4 timer lørdage og søndage. Den kommunale hjemmepleje leverer kommunal sygeplejerske til opgaven året rundt i nattevagt ved at omfordele de nuværende opgaver. Transport medfinansieres dag, aften/nat og weekender af hjemmeplejen, Holstebro kommune. Derudover er der egenfinansiering fra både kommune og region i form af projektledelse, deltagelse i styregruppemøder, etc. Brug af ressourcepersoner i de to organisationer.
9.	Ansøger er indforstået med de opstillede krav til den afsluttende evaluering, herunder de opstillede procesindikatorer	+

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

"Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud"

1.	Projektets titel	Den ældre medicinske patient - "Sammenhængende patientforløb – den gode indlæggelse og udskrivelse"
2.	Formål og delformål	At styrke det geriatriske tilbud til indlæggelsestruede ældre medicinske patienter og herunder • Reducere antallet af akutte indlæggelser • Omlægge akutte indlæggelser til ambulant diagnosticering og behandling • At borgeren, hvor indlæggelse ikke er nødvendig, kan forblive i eget hjem At styrke det sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient og herunder • Reducere indlæggelsestiden for akutte indlæggelser • Reducere antallet af genindlæggelser • Større patientsikkerhed • Bedre ressourceudnyttelse af både primær- og sekundærsektor • Større videndeling mellem sektorer og specielt øget kompetenceniveau for hjemmesygeplejersker

3.	Projektets målgruppe og konkrete sundhedsfaglige problemstillinger	Projektets målgruppe er ældre borgere/patienter i Holstebro kommune: a) Indlæggelsestruede borgere: Ældre borgere som af egen læge eller vagtlæge vurderes indlæggelsestruet for medicinske tilstande. b) Ældre borgere som indlægges akut på Medicinsk Modtageafsnit, Regionshospitalet Holstebro og som modtager geriatrisk intervention fra geriatrisk team og som ved udskrivelsen efter medicinsk færdigbehandling har behov for ydelser fra den kommunale hjemmepleje Sundhedsfaglige problemstillinger: Det er velkendt at akutte indlæggelser i et vist omfang kan forebygges. Efter akut indlæggelse udskrives op mod halvdelen af de medicinske patienter i det næstfølgende døgn, og herunder udskrives også ældre patienter. Genindlæggelser for mange medicinske sygdomsgrupper sker i dagene lige efter udskrivelse og kan skyldes problemer ved overgang fra sygehus til hjem eller problemer med den initiale behandling i hjemmet. Der er behov for at kunne diagnosticere og behandle flere ældre i ambulant regi frem for under indlæggelse. Ligeledes er der behov for, at flere ældre patienter kan forblive i nærmiljøet, hvis det er muligt. Det vurderes at specielt ældre indlæggelsestruede medicinske patienter vil kunne profitere af en omlægning fra akut indlæggelse til ambulant udredning og behandling og samtidig optimering af ydelser fra den kommunale hjemmepleje. Fokusområdet har hidtil været den gode udskrivelse med henblik på at undgå genindlæggelser. Det vurderes, at der i samme grad er behov for fokus på et samlet optimalt forløb i et tværsektorielt kontinuum fra den gode indlæggelse for at sikre et optimalt indlæggelsesforløb med hurtig diagnostik og behandling på et højt fagligt niveau og til den gode udskrivelse ligeledes i et tværsektorielt samarbejde.
----	--	--

4.	Baggrund og relevans. Herunder fundering i forskningsbaseret viden og praktiske erfaringer fra området	Geriatrisk intervention/kommunal intervention Den ældre medicinske patient, som hyppigt lider af flere sygdomme, og ofte har samtidig funktionsnedsættelse og behov for kommunal hjælp, udgør en stadig større del af de akut indlagte patienter i hospitalsregi. Dette er gældende for såvel akutte indlæggelser som for genindlæggelser. For denne gruppe af medicinske patienter er der ofte tale om indlæggelse uden sikker organspecifik sygdom, og der opleves ofte atypisk symptomatologi samt et sammensat og komplekst forløb med større eller mindre funktionstab. Der er hyppigt behov for hjælp fra den kommunale hjemmepleje både i form af praktisk hjælp og behov for hjælpemidler. Af tidligere undersøgelser samt Sundhedsstyrelsens rapport omkring genindlæggelser af ældre fremgår det, at der hyppigt er tale om indlæggelse og genindlæggelser af sygdomme indenfor 11 store sygdomsgrupper. Eksisterende behandlingsvejledninger for mange store sygdomsgrupper f. eks hjerteinsufficiens, atrieflimren og hypertension både nationalt som internationalt er lavet ud fra studier, hvor den ældre medicinske patient hyppigt >80 år med comorbiditet, funktionstab og multimedicinering ikke er inkluderet. Resultaterne fra sådanne studier er ekstrapoleret til de ældre patienter, uden at der er sikker evidens for effekt og sikkerhed. Indtil specifikke studier på de ældre patienter foreligger skal håndteringen af den ældre akut syge geriatriske patient så vidt muligt foregå i samarbejde med geriater. Der er tidligere i flere internationale såvel som nationale studier vist, at de ældre medicinske patienter har effekt af indlæggelse på geriatrisk afdeling, hvor der tilbydes en bred tværfaglig udredning, behandling og begyndende rehabilitering indtil udskrivelse med en plan for det videre forløb i kommunalt regi. Den geriatriske intervention er kendt som <i>comprehensive geriatric assessment (CGA)</i> og der er i Danmark på de store geriatriske afdelinger foruden stationære sengeafsnit tilknyttet forskellige former for udgående teams og dagafsnit/ambulatorier. I geriatriske dagafsnit/ambulatorier kan man i varierende grad sikre opfølgning af patienter efter udskrivelse. Borgerperspektivet og princippet om at blive i nærmiljø kan optimeres ved omlægge akutte indlæggelser til ambulant vurdering og behandling for indlæggelsestruede borger såfremt dette er et sikkert alternativ til indlæggelse året rundt. Udgående geriatriske teams er kendt i form af følge-hjem-teams fra akutte medicinske modtageafsnit samt særlig kendt i form af teams med tilknytning til andre specialafdelinger, hvor patienten er indlagt primært f. eks på ortopædkirurgiske og neurologiske afdelinger med team opfølgning efter udskrivelse derfra. For den medicinske ældre patient findes der udgående geriatriske teams som subakut besøger den ældre borger i eget hjem med henblik på at undgå indlæggelse, og hvor supplerende udredning kan foregå ambulant eller under kortvarig planlagt indlæggelse. Ligeledes kan behandling oftest foregå hjemme. I Holstebro kommune har man tidligere i 2010 haft en forsøgsordning med fremskudte koordinatore 2 dage ugentligt i hospitalsregi, men på baggrund af tiltagende korte indlæggelser i hospitalsregi vurderes det at der er et dagligt behov for hjælp til indlæggelse og udskrivelse af de komplekse ældre medicinske patienter
----	---	---

5.	Hvordan tager tilbuddet udgangspunkt i borgerens behov, og hvordan sikres borgerperspektivet inddraget i projektet	På medicinsk afdeling på Regionshospitalet Holstebro er der 1.januar 2012 etableret et geriatrisk team med geriater samt sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut, som forestår udredning, behandling og udskrivelse af udvalgte akut indlagte ældre medicinske patienter i henhold til vanlig praksis for geriatrisk intervention. Interventionen foregår på alle hverdage. Der er på nuværende tidspunkt ikke tilknyttet dagafsnit/ambulatorium hertil. Den geriatriske intervention tager i den nuværende kontekst udgangspunkt i, at borgeren er indlæggelsestruet eller har behov for akut indlæggelse. Hovedinterventionen er sikring af medicinsk udredning og behandling samt optimering af den gode udskrivelse for indlagte patienter. Det er vist, at den multidisciplinære geriatriske intervention reducerer indlæggelsesvarigheden, men patienten vil ofte fortsat være skrøbelig ved udskrivelsen med behov for kommunal hjælp. Den medicinske udredning/behandling foregår således i hospitalsregi og den kommunale hjælp etableres/genetableres forud for udskrivelsen ved kontakt fra geriatrisk regi til hjemmeplejen. Der udfærdiges genoptræningsplaner ved funktionstab. Udskrivelsen forsøges planlagt allerede første hverdag hvor geriatrisk team ser patienten efter indlæggelse og egen læge inddrages ved komplekse udskrivelser ved telefonisk kontakt udover med udskrivningskort for at sikre ansvarsoverdragelse. Ved inddragelse af kommunal sygeplejerske allerede ved indlæggelse for borgere som er kendt af den kommunale hjemmepleje sikres at der ikke går information tabt som er vigtig for at patienten skal diagnosticeres og behandles korrekt. Korrekt information omkring tidligere funktionsniveau og behov for hjælp vil ligeledes sikre bedre sektorovergang igen ved udskrivelsen. Der vil i det nye koncept være tilbud om geriatrisk intervention 7 dage om ugen med ledsagende deltagelse fra kommunalt regi døgndækkende. Borgerperspektivet tilgodeses således at man ved et koordineret samarbejde mellem hjemmeplejen og hospitalsregi har en forventning om at borgeren/patienten har behov for indlæggelse i kortest mulig tid og sektorovergange optimeres både ved indlæggelse og ved udskrivelse til gavn for borgeren/patienten. Der er mulighed for hurtig og effektiv Ved indlæggelsestruede borgere inddrages borgerperspektivet på tilsvarende måde hvor man forsøger om en akut indlæggelse kan undgås ved et subakut geriatrisk tilbud så patienten kan forblive i nærmiljø. Princippet om forløbsansvar til gavn for borgeren/patienten forsøges samtidig inddraget ved opfølgning i 30 dage fra geriatrisk team.
----	---	---

6.	Beskrivelse af den konkrete indsats	For indlæggelsestruede borgere: I hospitalsregi oprettes et subakut geriatrisk tilbud således, at der hos indlæggelsestruede patienter i næstfølgende døgn kan ske en geriatrisk vurdering i geriatrisk ambulatorium på medicinsk afdeling, Regionshospitalet Holstebro. Udover geriater tilknyttes der terapeut med henblik på funktionsvurdering og vurdering af rehabiliteringsbehov. Såfremt der ikke er behov for indlæggelse kan borgeren/patienten hjemsendes med sygeplejefaglig intervention fra den kommunale sygeplejerske. Det vurderes at geriatrisk subakut ambulant vurdering med en tværfaglig intervention vil kunne sikre, at nogle af de kortvarige indlæggelser vil kunne undgås ved hurtig billeddiagnostik, fastlæggelse af behandlingsplan samt mulighed for hjemsendelse til nærmiljø til fortsat behandling i hjemmet via den kommunale sygeplejerske (f.eks væsketerapi og antibiotikabehandling) Specielt vurderes det at indlæggelsestruede patienter som ses af vagtlæge aften og nat således får et alternativ til akut indlæggelse. Samtidig opnås mulighed for præcis medicingennemgang og -afstemning. Ved den ambulante kontakt er der fortsat mulighed for indlæggelse i medicinsk regi ved behandlingsbehov i hospitalsregi. B) Kommunal sygeplejerske indgår i dagtid fleksibelt i samarbejde med geriatrisk team, hvorunder det geriatriske ambulatorium er organiseret. Opgaven for den kommunale sygeplejerske er dels at planlægge det videre forløb for patienten i kommunalt regi og sikre at de kommunale hjælpeforanstaltninger hurtigt er ny- eller genetableret og i særdeleshed at følge særligt svækkede patienter hjem med henblik på at sikre at den gode udskrivelse er koblet sammen såvel tværfagligt som tværsektorielt. Et stort fælles indsatsområde for den kommunale sygeplejerske, geriatrisk team og videre til egen læge er fokus på øget patientsikkerhed i form af sikker og enstrengt medicinafstemning ved ambulant vurdering/indlæggelse som ved udskrivelse. Fra hospitalsregi og geriatrisk team er der endvidere fokus på at der vil blive udarbejdet en fremadrettet plan og opfølgning på bestilte undersøgelser/prøver som ikke er effektueret under ambulant vurdering eller indlæggelse og der vil være entydigt forløbsansvar i op til 30 dage efter ambulant vurdering/udskrivelse fra geriatrisk team. C) I øvrig tid etableres en ordning, hvor en kommunal hjemmesygeplejerske med særlige akutkompetencer kontaktes ved indlæggelsestruede patienter, som i forvejen er kendt af kommunen. Sygeplejersken aflægger omgående besøg hos den ældre borger. I samarbejde med hospital, vagtlæge og den kommunale hjemmesygeplejerske træffes beslutning om, hvorvidt indlæggelse er nødvendig eller om det kan afvente til næste dag og en tid i det subakutte geriatriske ambulatorium. Ved indlæggelseskrævende ældre sikrer den kommunale sygeplejerske at de for hospitalsregi nødvendige oplysninger om patienten er til rådighed straks ved indlæggelsen for at tilgodese et så optimalt kontakt-/indlæggelsesforløb som muligt. Dette muliggør i langt større grad end i dag muligheden for dels at planlægge den gode udskrivelse allerede ved indlæggelsen og dermed reducere antal indlæggelsesdøgn og dels at gennemføre subakut geriatrisk ambulant forløb.
----	-------------------------------------	--

7.	Beskrivelse af arbejdsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og almen praksis	Ved indlæggelsestruede ældre borgere kendt af hjemmeplejen kontaktes hjemmeplejen af vagtlæge efter kl.15 og til kl.08 på hverdage og hele døgnet på lørdage og søndage med henblik på at deltage ved indlæggelsesforløbet og ved særlige komplekse indlæggelser køre med til hospitalsindlæggelse og dermed overdrage ansvar til hospitalsregi. Ved udskrivelser deltager den kommunale sygeplejerske sammen med geriatrisk team ved såvel borgere kendt af hjemmeplejen fra tidligere ved både patienter med brug for vanlig hjælp som hos patienter med brug for øget hjælp efter udskrivning. Den kommunale sygeplejerske deltager også ved udskrivelser fra hospitalsregi ved patienter som ikke tidligere har haft etableret kontakt med hjemmeplejen men hvor der nu etableres enten midlertidig eller varig hjælp fra kommunalt regi. Dermed sikres forløbsovergang fra hospitalsregi og tilbage til hjemmeplejen ved direkte kommunikation fra hospital og til hjemmeplejen i et tværsektorielt samarbejde. De kommunale sygeplejerskers arbejde vil blive tilrettelagt, så de har tjeneste både i kommunens hjemmepleje og i hospitalets subakutte geriatriske team og herunder ambulatoriefunktion. Samtidig tilstræbes at epikriser fra hospital tilgår egen læge straks ved udskrivelsen og at patient også medgives epikrise. Geriatrisk team kan forestå opfølgning i op til 30 dage efter udskrivelse med henblik på koordinering af forløb som er planlagt fra sygehusregi men som endnu ikke er effektueret. Behandlingsansvar fra hospitalsregi som fortsætter i patientens eget hjem ligger ligeledes i hospitalsregi, men der forventes et konstruktivt samarbejde med såvel kommunale sygeplejerske som med patientens praktiserende læge. Praktiserende læger kan kontakte hospitalsvisitationen året rundt på et entydigt nummer ved indlæggelsestruede patienter hvor det vurderes at en indlæggelse kan undgås såfremt der eksisterer mulighed for subakut geriatrisk vurdering i det næstfølgende døgn. Ved efterfølgende ambulant vurdering kan geriatrisk team som kommunal sygeplejerske medvirke og vurderinger/ behandlingstiltag tilgår egen læge som sammedags epikrise umiddelbart efter kontakt, således at uhensigtsmæssige sektorovergange undgås.
----	---	--

8.	Beskrivelse af indholdet i det subakutte/akutte tilbud – samt eventuel tilknytning fx til kommunale døgnpladser eller sundheds- og akuthuse	De under punkt 7 (Beskrivelse af arbejdsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og almen praksis) tiltag muliggør ved såvel udskrivelse fra sygehusregi som ved subakut geriatrisk vurdering at de nuværende muligheder for at kunne udskrives til midlertidige opholdspladser (MTO) samt til såvel nuværende og planlagte etablerede akutte døgnafsnit kan planlægges allerede ved indlæggelsen da den kommunale sygeplejerske har et øget kendskab til borgeren/patienten netop ved deltagelse i indlæggelsen. Der er planer om oprettelse af forløbskoordinatorer i kommunalt regi (som følger og har forløbsansvar for borgeren) og det planlagte projekt har dermed et stor snitflade fra hospitalsregi og til kommunalt regi.
9.	Beskrivelse af hvordan projektet sikrer, at de nødvendige kompetencer er til stede hos de relevante aktører	De kommunalt ansatte sygeplejersker som skal indgå i projektet vil inden opstart deltage i geriatrisk teams vanlige arbejdsgang/procedure for udskrivning i sygehusregi. Der vil blive udfærdiget skriftlige aftaler for arbejdsgange og procedurer for de kommunalt ansatte sygeplejersker i forhold til deres arbejdsopgaver i hospitalsregi. Kommunale sygeplejersker gennemgår et kompetence udviklingskursus hvori der indgår undervisning i geriatrisk observation og behandling af borgere i eget hjem specielt med henblik på at kunne opspore tidlig sygdom hos borgere for at undgå indlæggelse og genindlæggelse. På det samlede kursus opnås også kompetencer i at behandle borgere i eget hjem med væsketerapi og antibiotika. Disse kurser er forankret i kommunalt regi men underviser er projektleder fra geriatrisk team. Der er forud for projektstart mulighed for at geriatrisk team også deltager i kommunalt regi med henblik på at opnå kompetenceudvikling og videndeling fra kommunalt regi og til hospitalsregi. Der forventes i øvrigt generel større videndeling også mellem sygehusregi og almen praksis ved optimale overgange.

10.	Beskrivelse af snitflade til eksisterende tilbud i regioner og kommuner	I henhold til sundhedsaftalerne 2011-2014 skal kommunerne hjemtage indlagte patienter ved medicinsk færdigbehandling. Og Faglig Følgegruppe for Sundhedsaftaler i Vestklyngen, Region Midtjylland har netop til opgave at bidrage til at sikre sammenhængende og koordinerede forløb for borgere/patienter mellem Holstebro kommune og Hospitalsenheden Vest samt de praktiserende læger og fysioterapeuter. Det nuværende tilbud for den udskrevne ældre medicinske patient fra Holstebro kommune er også forankret i muligheden for opfølgende hjemmebesøg til patienter over 78 år med kroniske sygdomme og multimedicinering. På projektbasis er et lignende projekt for +65 årige -78 årige udskrevne patienter fra Holstebro kommune, men hvor halvdelen af patienterne modtager interventionen og den anden halvdel indgår som kontrolgruppe indtil projektet afsluttes og der foreligger evaluering af denne aldersgruppe. De opfølgende hjemmebesøg forestås af egen læge og hjemmesygeplejerske og har til opgave at sikre opfølgning i forhold til den givne medicinske behandling under indlæggelsen, fremtidige kontroller af betydende sygdomme samt fornyet medicinafstemning. Derudover sikres at hjælpemidler og kommunal hjælp er iværksat samt at genoptræningsplan er påbegyndt. De opfølgende hjemmebesøg har som fokus at undgå genindlæggelser og skal optimalt foregå indenfor 1 uge efter udskrivelsen. Dog er det vist at genindlæggelser hyppigt sker i de første 1-3 dage efter udskrivelsen. De opfølgende hjemmebesøg fortsætter uændret. Der pågår aktuelt flere tiltag for fremadrettet at sikre optimale udskrivningsforløb i samarbejde mellem de praktiserende læger i Holstebro kommune og sygehusregi. Opgaven har været at sikre samme dags notater fra ambulatorier og udskrivningskort og til almen praksis. Disse tiltag sker for at sikre tidstro information og dermed sikre at der ikke mistes værdifuld information mellem sektorerne. En samtidig proces er i gang med henblik på at sikre at alle relevante oplysninger om borgeren/patienten oplyses fra egen læge og hjemmeplejen ved indlæggelsen. Både arbejdet omkring den gode henvisning og den gode epikrise fortsætter.
-----	--	---

11.	Projektets forventede resultater	Ved oprettelse af subakut geriatrisk ambulatorium samt inddragelse af kommunal sygeplejerske allerede ved indlæggelsen og ved samtidig inddragelse ved udskrivelsen forventes: • At omlægge hospitalsindlæggelse til ambulant forløb • At reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser • At der skabes øget sammenhæng i patientforløbet • At patientsikkerheden højnes ved øget tværsektorielt samarbejde • At identificere, udvikle og afprøve subakutte/akutte indsatser, der vurderes med fordel at kunne varetages i kommunalt regi • At der arbejdes og udvikles fælles sprog på tværs af fagligheder og sektorer • At projektet giver øget viden om, hvilke subakutte/akutte opgaver, som med fordel kan varetages i kommunalt regi. Der foreligger ikke sammenlignende studier nationalt, men det er tidligere i en fuld etableret geriatrisk afdeling med tilknyttede udgående funktioner og hospital i hjemmet vist i et retrospektivt studie vist at ældre medicinske patienter indlagt på geriatrisk afdeling og til trods for signifikant højere comorbiditet og signifikant højere alder ikke havde længere indlæggelsesvarighed. Ligeledes var genindlæggelsesfrekvensen ikke højere end på øvrige medicinske afdelinger. Genindlæggelsesfrekvensen var 14 %. Med det aktuelle tiltag er forventningen således at der kan ske en reduktion af genindlæggelser på 5 % fra 23 % og ned til 18 %. Ved samtidig inddragelse af kommunal sygeplejerske ved indlæggelsestruede patienter og oprettelse af et geriatrisk ambulatorium med mulighed for subakut geriatrisk vurdering forventes undgåelse af 1-2 indlæggelser pr. døgn. I det hurtige tværsektorielle sammenspil ved inddragelse af kommunal sygeplejerske til geriatrisk team forventes afkortning af indlæggelsesvarighed på 0,5-1,0 døgn på baggrund af optimal videndeling om patient og samtidig medinddragelse af borger og borgerperspektiv om at være mest muligt i eget hjem. Med de øgede kompetencer i kommunalt regi forventes at flere og komplekse sygeplejeopgaver flyttes fra hospital og ud til borger i eget hjem. Med udflytningen af komplekse sygeplejeropgaver forventes der samtidig back-up fra hospitalsregi i op til 30 dage efter indlæggelse.
-----	----------------------------------	--

12.	Projektets målbare succeskriterier	Med oprettelse af subakut geriatrisk ambulatorium forventes at flere indlæggelsestruede borgere kan omlægges fra akutte indlæggelser og til ambulant regi og med deraf reduktion af akutte indlæggelser. Specielt forventes reduktion af ganske kortvarige indlæggelser. Hermed forventes færre akutte indlæggelsesdøgn i medicinsk regi. I Vestklyngen er der ved etablering af opfølgende hjemmebesøg lavet en rapport som dokumenterer et fald i genindlæggelsesfrekvens fra 33 % til 23 % hos en blandet ældre patientgruppe som ikke kun inkluderer meget svækkede ældre medicinsk indlagte akutte patienter som er kendt med i forvejen stor comorbiditet og svækkelse med stor risiko for indlæggelse og genindlæggelse. Opgørelser over generel genindlæggelsesfrekvens er på landsplan cirka 20 %. Succeskriteriet for det påtænkte projekt er en yderligere reduktion i genindlæggelsesfrekvens da genindlæggelser hyppigt sker umiddelbart efter udskrivelse fra sygehusregi og under hensyntagen til at de opfølgende hjemmebesøg blot berammes til at foregå 7 dage efter udskrivelse. Samtidig forventes det med mere valid information ved indlæggelse at borgere/patienter kendt af hjemmeplejen kan få kortere indlæggelsestid. Flere udskrevne patienter forventes behandlet i eget hjem efter udskrivelsen med hjælp fra den kommunale sygeplejerske og med mulighed for telefonisk opfølgning i op til 30 dage fra geriatrisk team efter udskrivelse.
-----	------------------------------------	---

13.	Beskrivelse af hvordan indsatsen løbende dokumenteres og evalueres	Alle projektpatienter oprettes som enten: indlæggelsestruede patienter som ikke indlægges og som ikke ses ambulant men som behandles hjemme med deltagelse af den kommunale sygeplejerske efter rådgivning fra geriatrisk team patienter vurderet i geriatrisk ambulatorium med et efterfølgende ambulant forløb patienter vurderet i geriatrisk ambulatorium med behov for akut indlæggelse akut indlagte patienter Opgørelser over: Total antal indlæggelsestruede patienter som ikke indlægges og ikke ses i geriatrisk ambulatorium, men behandles hjemme. Akutte indlæggelser indenfor 30 dage efter afsluttet behandling i hjemmet. Total antal ambulante 1.gangsbesøg uden indlæggelsesbehov Akutte indlæggelser indenfor 30 dage for 1. gangs ambulant vurderede patienter, som blev vurderet uden indlæggelsesbehov Total antal ambulante 1.gangsbesøg med indlæggelsesbehov Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage efter indlæggelse Total antal akutte indlagte patienter Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage efter indlæggelse
14.	Hvilke samarbejdsaftaler/ sundhedsaftaler er projektet forankret i	Se 10) Beskrivelse af snitflade til eksisterende tilbud i regioner og kommuner

15.	Tidsplan	Projektet forventes igangsat: 01.01.2013 og afsluttet: 31.12.2014 Angiv en overordnet plan for de vigtigste aktiviteter for hvert finansår: 2013 og 2014: Kompetencekursus for kommunale sygeplejersker vedrørende varetagelse af komplekse sygeplejeopgaver i borgerens eget hjem som tidligere er varetaget i hospitalsregi (infusion af væsker, i.v antibiotikaterapi og tidlig opsporing af kritisk sygdom) Videndeling mellem geriatrisk team og kommunale sygeplejersker ved at kommunale sygeplejersker deltager i den geriatriske funktion på Medicinsk afdeling Geriatrisk ambulatorium oprettes ved projektstart. Geriatrer ansættes ved projektstart.
-----	----------	--

Skema 3: Budget for hele projektperioden

"Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud"

1. Projektets titel	Den ældre medicinske patient - " Sammenhængende patientforløb – den gode indlæggelse og udskrivelse"			
2. Hvilken myndighed (region eller kommune) skal puljestøtten overføres til	Region Midtjylland			
2. Regnskabsansvarlig	Navn: Jens Bejer Damgaard			
	Tlf.nr.: 7841 2190			
	E-mail: jens.damgaard@stab.rm.dk			
3. Revisor (navn og adresse)	KPMG, Værkmestergade 25, 81 Århus C			
	Aktivitets- omfang (antal)	Timetal og sats	Beløb i kr.	Noter
4. Projektledelse/-deltagelse	Geriatr, kommunal sygeplejerske, terapeut.		5.452.904 kr.	
5. Uddannelse, workshops, kurser og lign.			100.000 kr	
6. Kommunikation, formidling, materialer mv.			10.000 kr.	
7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter				
8. Serviceydelser inkl. ekstern bistand				
9. Administration og revision			200.000 kr.	
10. Andet				
ANSØGT BELØB I ALT			5.762.904 kr.	

Skema 4: Budget for hvert år
"Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud"

Projektets titel:	Den ældre medicinske patient - "Sammenhængende patientforløb - den gode indlæggelse og udskrivelse"					
	2013 (Angiv beløb i kr.)		2014 (Angiv beløb i kr.)		Samlet beløb	
	Egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen	Egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen	Egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen
Projekttledelse/- deltagelse		2.726.452 kr.		2.726.452 kr.		5.452.904 kr.
Uddannelse, workshops, kurser og lign.		50.000 kr.		50.000 kr.		50.000 kr.
Kommunikation, formidling, materialer, mv.		5000 kr.		5000 kr.		10.000 kr.
Rejser og transport inkl. opholdsudgifter						
Serviceydelser inkl. ekstern bistand						
Administration og revision		100.000 kr.		100.000 kr.		200.000 kr.
Andet						
I alt		2.881.452 kr.		2.881.452 kr.		5.762.904 kr.