|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klynge: Aarhus-Klyngen** | | | |
| **Klyngeprojektets navn: En tidlig opfølgning for de skrøbeligste ældre efter udskrivelse fra hospitalet – en fælles indsats på tværs af sektorer (”Fælles indsats”)** | | | |
| **Projektleder/ressourcepersoner** (De to personer, som indgår i den tværgående projektgruppe) | | | |
| ***Hospitalssiden*** | | ***Kommunesiden*** | |
| Merete Gregersen  Klinisk specialist, Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital  meregreg@rm.dk  29624147 | | Cari Parsberg Laursen  Sundhedsfaglig konsulent, Akuttilbud og Rehabilitering, Magistraten for Sundhed og Omsorg (MSO), Aarhus Kommune  lpc@aarhus.dk  41873118 | |
| **Formål og beskrivelse** | | | |
| ***Population*** | | | |
| * Alle patienter/borgere på 65 år og derover bosiddende i Aarhus Kommune, som screenes skrøbelige under akut indlæggelse på Aarhus Universitetshospital | | | |
| ***Formål*** | | | |
| At videreudvikle konceptet bag opfølgende hjemmebesøg i sammenhæng med tidlig hospitalsbaseret geriatrisk opfølgning samt udskrivningsbesøg ved kommunal hjemmesygeplejerske. Dette sker ud fra hypotesen om, at modellen vil sikre en mere målrettet og effektiv brug af de sundhedsfaglige ressourcer. En tidlig opfølgning efter udskrivelse af de skrøbeligste ældre skal bidrage til en mere kvalificeret udskrivelse, hvor patienter/borgere oplever tryghed og sammenhæng i sundhedsvæsenet samt undgår unødvendige genindlæggelser. Et mål med projektet er desuden, at få viden om, hvem de skrøbeligste ældre er. | | | |
| ***Hvilke(n) hypotese(r) ligger til grund for projektet?*** | | | |
| * Samarbejde mellem Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune vil kunne medføre en tidlig opfølgning af de skrøbelige ældre efter hospitalsindlæggelse. * En bedre udnyttelse af ressourcer, så det rette tilbud gives til de rette patienter/borgere efter udskrivelse * En tidlig opfølgning efter udskrivelse vil kunne reducere akutte genindlæggelser og kontakter til akutteam/privat praktiserende læge * En tidlig opfølgning efter udskrivelse vil kunne reducere de sundhedsfaglige udgifter * En tidlig hospitalsbaseret geriatrisk opfølgning versus tidlig opfølgning ved kommunal hjemmesygeplejerske efter udskrivelse vil give lige stor patienttilfredshed (90%) | | | |
| ***Design / intervention(er)*** | | | |
| Projektet foregår i et randomiseret studiedesign, hvor patienterne Aarhus Universitetshospital fordeles til opfølgning i to udskrivningsspor efter en forudgående skrøbelighedsvurdering baseret på et internationalt verificeret screeningsredskab - Multidimentional Prognostic Index (MPI). Anvendelse af MPI redskabet fordrer oplæring af sundhedspersonale.  Udskrivningssporene er som følger:  *Intervention I:* Et geriatrisk team bestående af læge, sygeplejerske og evt. fysio-/ergoterapeut besøger patienten i hjemmet indenfor 24 timer efter udskrivelse fra hospital. I ugen efter dette besøg kan teamet følge og behandle patienten, hvorefter patientens egen læge overtager behandlingspligten.  *Intervention II*: En hjemmesygeplejerske med de nødvendige kompetencer besøger patienten indenfor 24 timer efter udskrivelse. Egen læge, fysio-/ergoterapeut og kommunal diætist kan inddrages ved behov. Egen læge har behandlingspligten efter udskrivelsen.  Patienterne vil modtage information om den tilbudte intervention inden udskrivelsen fra hospitalet. Det er muligt for patienterne at afslå interventionen. Pårørende inddrages, idet de inviteres med til første besøg i hjemmet, når interventionerne igangsættes. Det er ikke muligt at inddrage patienterne i implementeringsgrupperne, idet de er for skrøbelige. Det undersøges om pårørende kan inddrages.  Den regionale intervention fodrer allerede eksisterende geriatriske og sygeplejefaglige speciale kompetencer. Den kommunale intervention fodrer ikke specialkompetencer, men anvendelse af allerede eksisterende sygeplejefaglige kompetencer.  Kommunal opkvalificering kan komme på tale, hvis det efter en evaluering i november 2018 vurderes, at sygeplejerskerne, som skal gennemføre interventionen, har behov herfor. Der er en løbende dialog mellem projektets kommunale og regionale projektledere. Projektlederne giver løbende evalueringer og har dialog med viceområdechefer, ledere af sundhedsenhederne, kvalitetsudviklere, og afdelingsledelserne på hospitalsafdelinger, som understøtter projektet i praksis. Der er udarbejdet et organisationsdiagram og formuleret kommissorier for de projektgrupper, som understøtter det fælles projekt samt implementeringen i de kommunale områder  Der er etableret en fælles styregruppe for ”Fælles indsats” med repræsentanter fra Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune. Desuden er der etableret to implementeringsgrupper for henholdsvis DNU og MSO. Projektlederne er endvidere i løbende dialog med Voksenstyregruppen for projektet samt ledere og personale, der er involveret i de to interventioner. | | | |
| **Mål og succeskriterier** | | | |
| ***Mål og delmål*** | | | |
| **Effektmål (Triple Aim)**  **Patientoplevet kvalitet:**  Bedre sundhedsfaglig, klinisk kvalitet, som kommer til udtryk ved, at den enkelte patient/borger oplever at blive udskrevet fra hospitalet i trygge rammer, samt modtager den rette opfølgning hurtigt og effektivt efter udskrivelsen.  **Sundhedsfaglig kvalitet (sundhedstilstand):** Færre genindlæggelser og kontakter til akutteam/privat praktiserende læge. Gennemførelsesprocent af tidlig opfølgning indenfor 24 timer.  **Økonomiske mål:**  Bedre ressourceudnyttelse.  Gennemsnitlig omkostning pr. patient/borger | | | |
| ***Succeskriterier*** | | | |
| * At projektet forebygger genindlæggelser, som kunne være forebygget med en rettidig indsats * At gennemførelsesprocenten øges sammenlignet med gennemførelsesraten for det oprindelige koncept for opfølgende hjemmebesøg * At den gennemsnitlige udgift pr. besøg i de to udskrivningsspor ikke overstiger den gennemsnitlige udgift pr. besøg i det oprindelige koncept for opfølgende hjemmebesøg (udgangspunkt i projektets samlede population) * At projektet bidrager til at øge trygheden for patient/borger de første dage efter udskrivelse * Der følges op på, hvilke patienter/borgere, som profiterer bedst af de to forskellige interventioner. | | | |
| ***Indikatorer – Triple Aim*** *(afsæt til den fælles evaluering)* | | | |
| ***1. Populationens sundhedstilstand***   * Genindlæggelse * Kontakt til akutteam og praktiserende læger, som skyldes forværringer i den aktuelle sygdom, der kunne være forebygget med en rettidig indsats | ***2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet***   * Gennemførelsesprocent * Genindlæggelse * Patientoplevet kvalitet/patienttilfredshed målt ved spørgeskema . * Forskel i fysisk funktionsevne fra udskrivelse og frem til 30 dage efter | | ***3. Omkostninger per capita***   * Gennemsnitlig omkostning pr. gennemført besøg, ved geriatrisk afdeling * Gennemsnitlig omkostning pr. gennemført besøg i kommunalt regi * Gennemsnitlige omkostninger pr. gennemført opfølgende hjemmebesøg |
| **Tidsplan/milepæle** | | | |
| ***2016*** | | | |
| *Februar:* *Udfoldet projektbeskrivelse til godkendelse hos styregruppen (Voksenstyregruppen)* | | | |
|  | | | |
| *April: Pilotprojekt – afprøvning af skrøbelighedsindeks. Opstart af de to opfølgningsspor ultimo april.* | | | |
| ***2018*** | | | |
| *Januar – December: Opstart, inklusion og dataindsamling.* | | | |
| ***2019*** | | | |
| *Januar - Juli: afslutning af dataindsamling, indhentning af data fra Sundhedsstyrelsen*  *August-December: Udfærdigelse af afsluttende rapport*  *December: Projektafslutning* | | | |
| **Projektorganisation** | | | |
| Projektet kobles op på den eksisterende klyngestruktur, hvor styregruppen for samarbejdet om den voksne borger/patient vil fungere som projektets styregruppe.  Der nedsættes en projektgruppe på tværs af Aarhus Universitetshospital og Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune. Der udarbejdes en særskilt plan og struktur for, hvordan projektet forankres og implementeres på tværs af sundhedsenhederne i Sundhed og Omsorgs syv lokalområder. | | | |