

### *Projektgruppens opgaver:*

*Projektgruppen vil således følge både initiativet vedr. opfølgende hjemmebesøg samt forløbskoordinering herunder:*

- Skabe overblik over igangsatte initiativer
- Løbende at følge implementeringen og opsamle viden og erfaringer fra klyngerne om indsatser, der har til formål at styrke patientforløbet for den ældre medicinske patient fx via audit af patientforløb på tværs af sektorer
- Løbende at følge implementeringen af opfølgende hjemmebesøg samt virkninger og effekt.
- Udvikle kvalitetsparametre, som indsatserne måles på herunder identificere relevant data
- Koordinere på tværs af indsatser i klyngerne
- Løbende at identificere fælles udfordringer på tværs af klynger - fx systematiske 'fejl' eller uhensigtsmæssigheder i patientforløbet, som går igen på tværs af klynger. Og igangsætte initiativer med henblik på at udvikle og afprøve en fælles løsning til gavn for alle klynger.
- Løbende at sprede viden til klyngerne om indsatser, der har god effekt
- Identificere indsatser med potentiale for udbredelse



Sundhedsstyrelsen

STYRKET INDSATS  
FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT  
- fagligt oplæg til en national handlingsplan

2011

### *Tilpasning af indsatser:*

Da processen vedr. forløbskoordinering er iterativ vil der være behov for, at projektgruppens løbende redefinerer sin opgave og er proaktiv i sin opgavevaretagelse. Sin kommissoriet blev udarbejdet er der sket en løbende udvikling. Overordnet har der været et ønske om **IKKE** at udvikle helt nye indsatser, men tage afsæt i eksisterende.

**Fokus på udvikling og monitorering af eksisterende projekter – og styrket sammenhæng til andre indsatser/initiativer**

Desuden er der iværksat:

- ✓ **Fælles kommunale målsætninger (KKR) – forebyggelse af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser**
- ✓ **Nationalt fokus på brug af MedCom standarder (plejeforløbsplan)**



Sundhedsstyrelsen

STYRKET INDSATS  
FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT  
- fagligt oplæg til en national handlingsplan

2011

### *Projekter i klyngerne:*

#### **Aarhus:**

Shared-care mellem Geriatrisk Akut Team, Aarhus Universitetshospital og Aarhus kommunes AKU-Team.

#### **Horsens:**

Udvikling af udgående geriatrik team.

#### **Vest:**

Videreudvikling af opfølgende hjemmebesøg så der også i alle tre sektorer kan tages initiativ til et opfølgende hjemmebesøg.

#### **Midt:**

Tværfaglig og tværsektoriel videreudvikling af MedCom(7) standarder til brug for forløbskoordinering (DÆMP)

Videndeling på tværs – det gode forløb

#### **Randers:**

Hurtigere forløb for patienter med hoftenær fraktur – særlig fokus på den ældre, sårbare medicinske patient



### *Mål for indsatsen:*

*Der tages afsæt i triple aim-tankegangen, hvor det overordnede mål er at opnå succes på alle tre parametre:*

- Høj patientoplevelt og faglig kvalitet
- Fremme sundhedstilstanden
- Reducere de samlede sundhedsomkostningerne pr. borger

#### **Konkrete mål for indsatsen**

- Færre indlæggelser og genindlæggelser
- Færre sundhedsydelser samlet set (hospital, praksissektor, kommune)
- Forbedret brug af hjemmepleje, hospital og praktiserende læge
- Høj tilfredshed hos patient og pårørende
- Bedre patientforløb og højere livskvalitet med afsæt i borgerens præferencer og prioriteringer



Sundhedsstyrelsen

STYRKET INDSATS  
FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT  
- fagligt oplæg til en national handlingsplan

2011

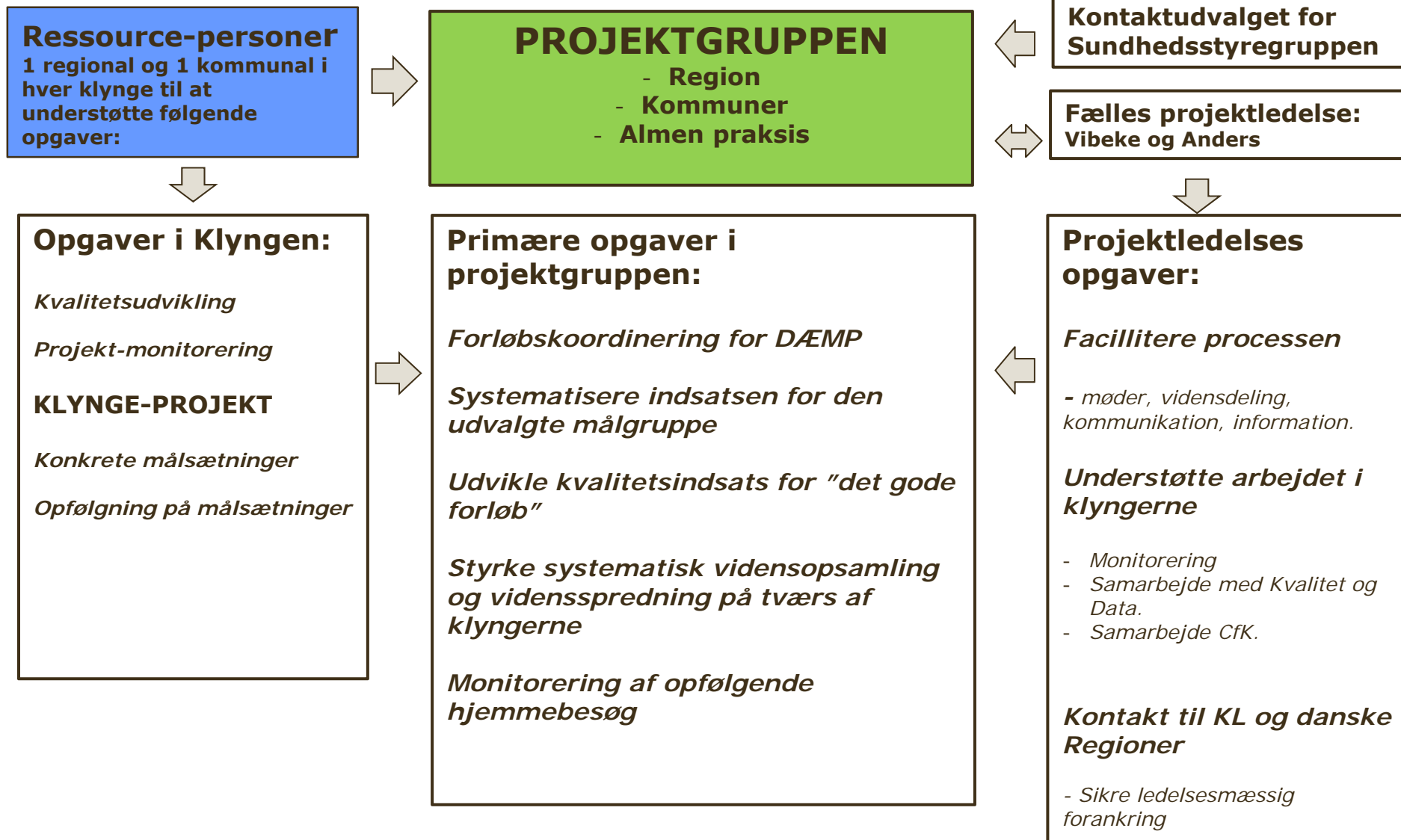


### *Ressourcepersonernes opgaver*

I hver klynge udpeges 1 regional og 1 kommunal ressourceperson (fælles ressourceperson for alle kommuner i klyngen). Ressourcepersonerne skal bl.a. varetage opgaver i forbindelse med kvalitetsudvikling og opfølgning af initiativer, der styrker forløbskoordineringen.

Ressourcepersonerne er i en vis del af sin arbejdstid dedikeret til denne konkrete opgave. Ressourcepersoner fra hver klynge indgår i projektgruppen og bidrager dermed til den tværgående videnindsamling og videnspredning.





**Ressource-personer**  
1 regional og 1 kommunal i  
hver klynge til at  
understøtte følgende  
opgaver:

## PROJEKTGRUPPEN

- Region
- Kommuner
- Almen praksis

**Kontaktudvalget for  
Sundhedsstyregruppen**

### Ressourcepersoner:

#### Vest:

Else Hjortbak  
Gitte Nørgaard

#### Horsens:

Rie Bengtsen  
Nathalie Lafontaine

#### Randers:

Hanne Mark  
Peter Mikkelsen

#### Midt:

Marianne Toppenberg  
Mette Rohde

#### Aarhus

Iben Brandenburg  
Kirsten Marie Buus

#### Projektledere:

Vibeke Staack  
Anders Horst

### Projektgruppens medlemmer:

Anders Kjærulff, direktør, Holstebro kommune (medformand)  
Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Region Midtjylland (medformand)  
Else Hjortbak, konsulent, HE Vest (Vest)  
Gitte Nørgaard, områdechef, Herning kommune (Vest)  
Rie Bengtsen, udviklingskonsulent, Skanderborg kommune (Horsens)  
Nathalie Lafontaine, udviklingssygeplejerske, HE Horsens (Horsens)  
Hanne Mark, specialkonsulent, RH Randers (Randers)  
Peter Mikkelsen, ældrechef, Favrskov kommune (Randers)  
Marianne Toppenberg, udviklingssygeplejerske, HE Midt (Midt)  
Mette Rohde, stabsleder, Viborg kommune (Midt)  
Iben Brandenburg, sundhedsfaglig konsulent, Aarhus kommune (Aarhus)  
Kirsten Marie Buus, udviklingssygeplejerske, AUH (Aarhus)  
Pernille Bjørnholt, konsulent Cfk Folkesundhed og kvalitet  
Anne-Grete Ramlov, lægemiddelkonsulent, Nære Sundhedstilbud, RM  
Bente Bjerre, Kvalitet og Data, Region Midtjylland  
Poul Kraghede, praktiserende læge  
Lise Høyer, praktiserende læge  
Tove Holm, praktiserende læge  
Marianne Jensen, chefsygeplejerske, RH Randers (Hosp.Ledelse rep.)  
Vibeke Staack, chefkonsulent, Silkeborg kommune (projektleder)  
Anders Horst Petersen, AC-fuldmægtig, Region Midtjylland (projektleder)