



PROJEKTBEKRIVELSE

Tidlig indsats på tværs (TIT)

3. udgave juli 2018



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

INDHOLD

| | |
|--|-----------|
| 1 Baggrund | 3 |
| 2 Formål og mål | 4 |
| Tidlig opsporing og tidlig indsats | 4 |
| Udredningsenhederne på hospitalerne | 4 |
| 3 Målgruppe | 5 |
| Nye inklusionskriterier pr januar 2018 | 6 |
| 4 Organisering | 7 |
| Styregruppe | 7 |
| Projektledelsen | 7 |
| De fire klynger | 8 |
| Almen praksis | 8 |
| Udredningsenhederne | 8 |
| 5 Metode | 9 |
| Tidlig opsporing | 9 |
| Behandling i subakut udredningsenhed | 9 |
| Almen praksis | 9 |
| Efter TIT borgerens besøg i udredningsenhederne | 10 |
| 6 Kommunikation og information om projektet | 11 |
| 7 Økonomi | 12 |
| 8 Tidsplan | 13 |
| 9 Evaluering | 14 |
| Evalueringsmål | 14 |
| Statusmål | 14 |
| Lokale mål | 15 |
| 10 Bilag | 16 |
| Bilag 1 - Aktørroller i TIT-projektet | 16 |

1 Baggrund

Projektet, Tidlig Indsats på Tværs (TIT), er et treårigt samarbejdsprojekt mellem Region Nordjylland, regionens kommuner, med undtagelse af Læsø, regionens hospitaler samt almen praksis.

Projektet er økonomisk støttet af midler fra satspuljen "Styrket sammenhæng for de svageste ældre".

Projektperioden er januar 2017 til december 2019 hvorefter projektet evalueres. Forventningen er, at indsatsen efterfølgende overgår til drift.

Med TIT sættes ekstra fokus på tidlig indsats overfor ældre og sårbare medicinske borgere i Region Nordjylland og tager afsæt i nogle af de indsatser, som er beskrevet i Sundhedsaftalen om forløbskoordinering under den Tværsektorielle Grundaftale 2015-2018.

2 Formål og mål

Formålet med TIT er at skabe bedre sundhed og bedre oplevet kvalitet for de mest sårbare ældre medicinske patienter over 65 år, som modtager kommunal hjemmepleje og/ eller kommunal sygepleje, samt blandt andet at reducere forebyggelige og akutte indlæggelser samt genindlæggelser. Dette sker gennem et tæt samarbejde mellem kommunen, almen praksis, hospitalet og patienten.

Projektets overordnede mål er i tæt samarbejde med borgeren, at skabe bedre og individuelt tilrettelagte forløb for gruppen af sårbare og svækkede ældre. Dette vil ske ved udvikling af nye samarbejdsformer omkring tidlig opsporing, tidlig indsats samt at finde alternativer til indlæggelse for derved at forebygge indlæggelser.

Projektet består af to overordnede spor: 1) Tidlig opsporing og tidlig indsats i kommunerne, og 2) Tidlig og hurtig subakut udredning i etablerede udredningsenheder på hospitalerne.

Tidlig opsporing og tidlig indsats

Kommunen og den praktiserende læge skaber sig et løbende overblik over særligt sårbare borgere med henblik på tidlig opsporing af TIT-målgruppen.

Målet for kommunerne og udredningsenhederne er:

- At kommunerne og almen praksis udvikler fælles definitioner, sprog og faglig vurdering af målgruppen
- At borgerne i udredningsenheden undgår indlæggelser
- At der foreligger en behandlingsplan inden for fem timer fra ankomst i udredningsenheden
- At kommunerne sammen med sekundærsektoren afprøver forskellige samarbejdsmetoder i udredningsenheden
- Borgeroplevet sammenhæng

Udredningsenhederne på hospitalerne

Når det findes relevant kan borgere henvises via almen praksis til specialiseret udredning i en af regionens udredningsenheder. Dette foregår subakut og forventes for hovedparten af borgernes vedkommende at kunne foregå uden indlæggelse. Enhederne er bemanded med en kommunal TIT-sygeplejerske med henblik på at understøtte forløbet og sikre sammenhæng for TIT-borgeren.

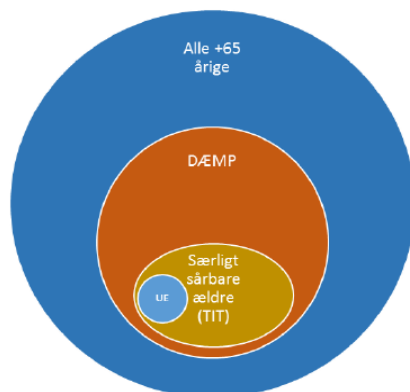
I klynge Nord afprøves en model, hvor samarbejdet mellem kommuner og sammedagsudredningen (Udredningsenheden) på Regionshospital Nordjylland, Hjørring foregår via videokonference. Der er således ikke en TIT sygeplejerske tilstede på sammedagsudredningen i Hjørring.

Målet for udredningsenhederne er:

- 80 % af borgerne sendes hjem uden hospitalsindlæggelse inden for fem timer
- Der registreres færre forebyggelige indlæggelser for målgruppen
- Den borgeroplevede tilfredshed øges ved at indsatserne opleves sikkert, effektivt, rettidigt og uden ressourcetilslid
- At kommunerne sammen med sekundærsektoren afprøver forskellige samarbejdsmetoder i udredningsteamet

3 Målgruppe

Målgruppen for satspuljernes projekter er de svageste ældre patienter, der har kontakt til sygehus og almen praksis og samtidig har behov for hjælp fra kommunens hjemme- eller sygepleje i eget hjem, plejebolig eller på plejecenter.



Målgruppen for TIT er defineret som en delmængde af alle ældre medicinske patienter over 65 år (kaldet DÆMP¹).

Identifikationen af TIT borgere foretages i de enkelte kommuner, ud fra en defineret inklusionsgruppe af borgere, som alle efterfølgende stratificeres som TIT/ ikke-TIT borgere (step 1)².

Den samlede inklusionsgruppe af borgere skal udgøre ca. 10 % af alle de borgere i kommunen, som er 65 år eller mere og modtager ydelser under §83.1, §83.2, §83.a i Serviceloven og §138 i Sundhedsloven.

Følgende borgere indgår i inklusionsgruppen:

- Borgere på 65 år eller ældre, som modtager x antal timers hjemmehjælp pr. uge eller derudover, eller
- Borgere på 65 år eller ældre, som modtager x-antal besøg af hjemmesygeplejerske pr. uge³.

Alle borgere der indgår i inklusionsgruppen, skal efterfølgende stratificeres (step 2). Stratificeringen foregår ved hjælp af TFI-DK spørgeskema og evt. TUG-test.

Derudover indgår alle plejehjemsbeboere, beboere på midlertidige pladser og borgere på venteliste til plejehjem på 65 år eller derover i TIT. Disse grupper skal ikke stratificeres, men er pr. definition en TIT-borger.

Det vurderes, at cirka 3600 borgere vil indgå i målgruppen for TIT-projektet. Når først en borger er stratificeret som TIT-borger, vil vedkommende fastholde sin status som TIT-borger uanset om borgernes helbredstilstand forbedres efterfølgende.

Begge steps af stratificeringen følges tæt i opstartsfasen og justeres løbende, såfremt der påvises behov herfor. Evt. justeringer vil blive tilføjet projektbeskrivelsen.

¹ Borgere over 65 år, der falder inden for Sundhedsstyrelsens definitionen jf. National handleplan 2016 vedr. den ældre medicinske patient. Den ældre medicinske patient har høj alder og flere af nedenstående karakteristika: Svær sygdom, flere samtidige sygdomme, forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset evne til at tage vare på sig selv, er i behandling med mange forskellige lægemidler på en gang (polyfarmaci), bor alene og/eller har et svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse.

² I januar 2018 blev der besluttet at ændre inklusionskriterierne for TIT. De nye inklusionskriterier er beskrevet i det følgende afsnit

³ Antallet af timers hjemmehjælp eller antal ugentlige besøg af hjemmesygeplejen varierer fra kommune til kommune pga. forskellig serviceniveau og borgergrundlag

Nye inklusionskriterier pr januar 2018

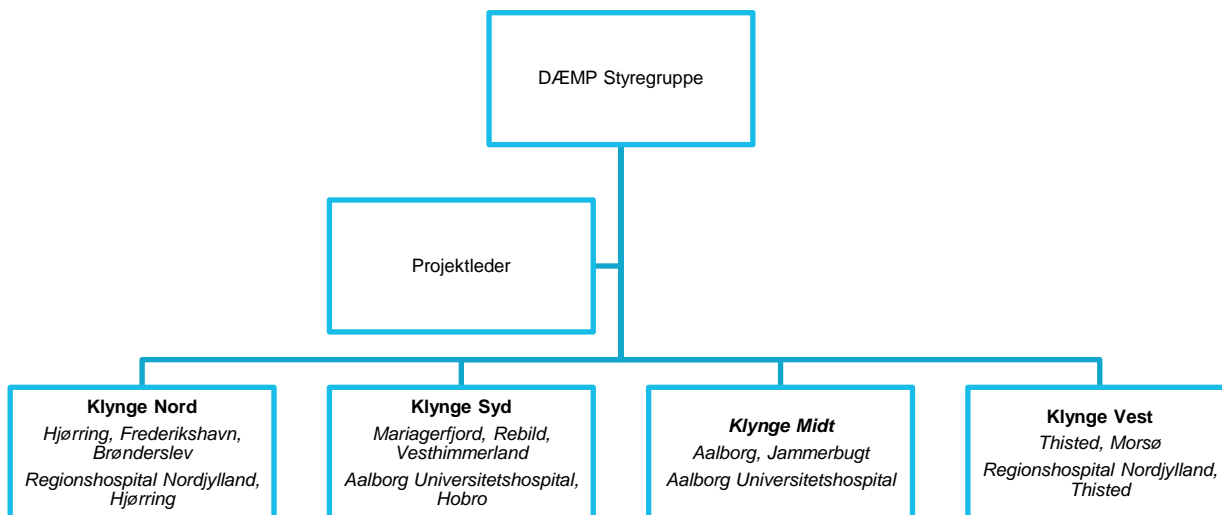
I januar 2018 godkendte hhv. DÆMP styregruppen og efterfølgende Sundhedsstyrelsen en justering af stratificeringsmodellen, således at målgruppen i projektet (TIT-borgerne) fremover identificeres via følgende kvantitative kriterier:

- Borgere på 65 år eller ældre, der modtager min. syv timers hjemmepleje (personlig pleje/praktisk hjælp) efter Servicelovens § 83.1 pkt. 1 og 2 og 83a
- Beboere på midlertidige eller permanente pladser på plejehjem/i plejecenter
- Borgere på 65 år eller derover der på baggrund af en lægefaglig/sygeplejefaglig vurdering, vurderes at kunne drage nytte af tilbuddet om et subakut udredningsforløb

De borgere der opfylder de kvantitative kriterier er pr. definition TIT borgere.

4 Organisering

TIT er organiseret med en styregruppe, projektleder samt fire decentrale klynger bygget op omkring de nordjyske hospitaler og kommuner.



Styregruppe

Styregruppen for den ældre medicinske patient (DÆMP) udgør styregruppen for TIT, hvortil projektleder løbende orienterer om status for TIT-projektet. Overordnede beslutninger i projektet træffes af DÆMP-styregruppen efter indstilling fra projektledelsen.

Projektledelsen

Der er ansat en projektleder til varetagelse af den daglige drift af projektet. Projektleder er overordnet ansvarlig for implementering og drift af projektet i samarbejde med de ti involverede kommuner samt de to hospitalsenheder, som deltager. Herunder ligeledes at sikre den overordnede fremdrift i forhold til den aftalte tidsplan for projektet.

Projektleder har det overordnede ansvar for følgende:

- Overordnet styring af projektet, herunder sikring af fælles retning på tværs af klyngerne
- Deltage i møder i implementeringsgrupperne i de fire klynger
- Sikre de rette aftaler mellem de involverede parter i projektet
- Definition og afgrænsning af målgruppen for projektet samt udarbejdelse af stratificeringsredskab hertil
- Beskrive mål og delmål samt udarbejdelse af evalueringsdesign
- Kommunikationsplan
- Sikre aftaler og dialog med styregruppen for DÆMP
- Forberedelse af møder af overordnet karakter for projektet
- Udarbejde tværgående initiativer i forhold til f.eks. koncept for fælles kompetenceudvikling
- Opfølgning og evaluering/justering af stratificeringsværktøj
- Løbende afrapportering til Sundhedsstyrelsen
- Løbende afrapportering fra implementerings- og driftsklyngerne

Projektlederen er fysisk placeret i Regionshuset, således at projektleder kan gøre brug af regionens administrative organisation. Projektleder refererer til kontorchef i Planlægningskontoret, afdeling for Patientforløb.

De fire klynger

De nordjyske kommuner er organiseret i en klyngestruktur bestående af fire klynger, jf. organisationsdiagrammet ovenfor.

De fire klynger afprøver forskellige samarbejdsformer. Klynge Syd, Midt og Vest har en kommunal sygeplejerske tilstede i udredningsenhederne på sygehusene, mens klynge Nord afprøver videokonsultationer mellem hjemmesygeplejen og samedagsudredningen på Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring med henblik på at sikre bedre sammenhæng for borgerne.

Implementeringsgrupper

Da koordination og samarbejde indenfor klyngerne er afgørende for projektet, er der nedsat en implementeringsgruppe i hver klynge. Denne har til formål at drøfte de overordnede tendenser, udfordringer og træffe beslutninger om den fremtidige proces i arbejdet med projektet. Implementeringsgrupperne består af de kommunale tovholdere og tovholdere fra hospitalerne, den centrale projektleder samt én eller flere repræsentanter fra almen praksis. Hvordan implementeringsgrupperne nærmere organiseres besluttet decentralt.

Almen praksis

Den praktiserende læge har en uændret rolle som læge for patienten og samarbejdspartner til hjemmeplejen. Det nye i TIT-projektet er muligheden for, at den alment praktiserende læge kan henvise til subakut ambulans udredning på udredningsenhederne.

Den praktiserende læge kan som hidtil rekvirere et udkørende besøg fra hjemmesygeplejen til borgere, der har behov for dette. Hjemmesygeplejersken melder på den baggrund tilbage til praktiserende læge, hvilke målinger og observationer sygeplejersken gør sig, og parterne indgår i dialog om den fremadrettede indsats. Hvis der er tale om en borger, der er knyttet til projektet, kan hjemmesygeplejersken gøre praktiserende læge opmærksom herpå med henblik på eventuel undersøgelse i udredningsenheden.

Udredningsenhederne

Hvis den praktiserende læge vurderer, at der er behov for udredning i sygehusregi, har almen praksis mulighed for subakut udredning af TIT-borgere på en af regionens udredningsenheder.

TIT-borgere i Klynge Vest (Thisted Kommune og Morsø Kommune) kan henvises til den subakutte udredningsenhed på Regionshospital Nordjylland, Thisted.

TIT-borgere i Klynge Midt (Aalborg Kommune og Jammerbugt Kommune) kan henvises til den subakutte udredningsenhed på Aalborg Universitetshospital, Aalborg.

TIT-borgere i Klynge Syd (Vesthimmerlands Kommune, Rebild Kommune og Mariagerfjord Kommune) kan henvises til den subakutte udredningsenhed på Regionshospital Nordjylland, Hobro.

TIT-borgere i Klynge Nord (Hjørring Kommune, Brønderslev Kommune og Frederikshavn Kommune) kan henvises til udredningsenhed på Regionshospital Nordjylland, Hjørring.

5 Metode

Tidlig opsporing

I kommunerne bliver de sårbare ældre opsporet så tidligt som muligt via et fælles, systematisk stratificeringsredskab. Egen læge skal ikke orienteres om, at borgeren er blevet stratificeret eller kategoriseret som TIT-borger.

Først hvis borgerens konkrete tilstand giver anledning til kontakt til almen praksis, foregår dette som vanligt via Edifact eller telefonisk. Den kommunale sygeplejerske oplyser, at der er tale om en TIT-borger. Den praktiserende læge tager som vanligt stilling til videre plan.

Behandling i subakut udredningsenhed

Henvielse af TIT-borgere foregår ved sædvanlig subakut henvisningsprocedure. Dog opfordres den praktiserende læge til at oplyse hospitalet om, at der er tale om en TIT-borger, således at borgeren kan få del i den kommunale forløbskoordination i forbindelse med TIT. De relevante hospitalsafdelinger og AMK er informerede om TIT-projektet.

Klynge Syd, Midt og Vest

Udredningsenhederne på Aalborg Universitetshospital (Hobro og Aalborg) samt Regionshospitalet Nordjylland, Thisted og Hjørring bemannes af kommunale sygeplejersker 30 timer pr. uge. I udredningsenhederne bliver borgeren undersøgt og vurderet af speciallæger og der udarbejdes en behandlingsplan.

De kommunale sygeplejersker med tilknytning til udredningsenhederne har til opgave at sikre koordinering både før, under og efter borgerens besøg i udredningsenhederne og dermed sikre sammenhæng i forløbet. Der er udarbejdet flowdiagrammer, der viser, hvilke opgaver sygeplejerskerne indgår i.

Sygeplejersker i udredningsenhederne har adgang til alle relevante borgere i de respektive kommuner, så længe de varetager funktionen.

Klynge Nord

Den praktiserende læge har mulighed for at henvise TIT-borgeren til Samedagsudredningen (SDU) på Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring. For at styrke forløbskoordinationen omkring TIT-borgeren, er der indført videokonsultation mellem den kommunale sygepleje og SDU. Dette giver mulighed for, at de observerede ændringer hos borgeren bliver synlige for alle parter, uden at borgeren behøver at være fysisk til stede på hospitalet. Derudover giver videomødet mulighed for at styrke relationen og kommunikationen mellem flere fagprofessionelle og borgeren.

Almen praksis

Det er den almen praktiserende læge der henviser TIT-borgerne til udredningsenhederne. Når det vurderes relevant, kommunikerer den kommunale sygeplejerske telefonisk og/eller elektronisk med den praktiserende læge, og gør opmærksom på, at der er tale om en TIT-borger. Såfremt den praktiserende læge vurderer, at der er behov for subakut udredning, henviser vedkommende til udredningsenhederne via vanlig henvisningsprocedure.

Efter TIT borgerens besøg i udredningsenhederne

Den praktiserende læge modtager en behandlingsplan fra hospitalslæge i udredningsenheden senest dagen efter borgerens besøg. En borger kan henvises til udredningsenheden flere gange i projektperioden.

Efter besøget i udredningsenheden følger kommunen og almen praksis som vanligt op på behandlingsplanen fra udredningsenheden efter behov. I forbindelse med opfølgningen kan det være hensigtsmæssigt med iværksættelse af opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge. Eventuelle opfølgende hjemmebesøg koordineres af TIT-sygeplejersken.

Borgere der er stratificeret af kommunen som TIT-borger og som har været i udredning i en TIT-enhed på et hospital, er omfattet af aftalen om opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning fra hospital⁴.

⁴ <http://www.sst.dk/~media/12DCBB67AEC44A0DB1657DFF7D70867F.ashx>

6 Kommunikation og information om projektet

Der henvises til regionens hjemmeside, hvor referater fra møder i klyngerne, flowdiagrammer, info-foldere om projektet m.m. vedrørende projektet er tilgængelig.

[http://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/udviklingsindsatser/behandling-og-pleje/5-2-3-og-4-styregruppen-for-den-aeldre-medicinske-patient/tidlig-indsats-paa-tvaers-\(tit\)](http://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/udviklingsindsatser/behandling-og-pleje/5-2-3-og-4-styregruppen-for-den-aeldre-medicinske-patient/tidlig-indsats-paa-tvaers-(tit))

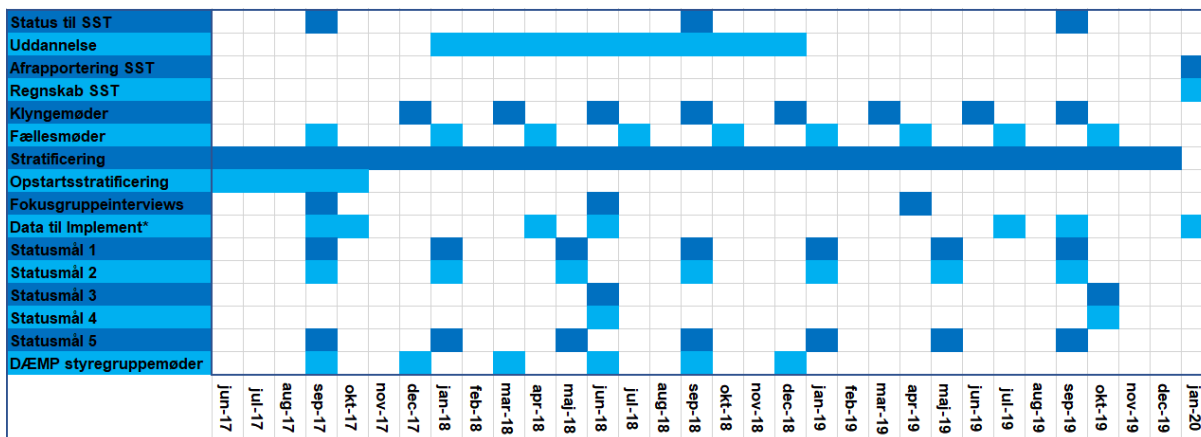
7 Økonomi

Projektet er økonomisk støttet af Sundhedsstyrelsen via satspuljemidler til styrkelse af sammenhæng for de svageste ældre. Der er bevilliget i alt 8.210.000 kroner til anvendelse i projektperioden. Dertil kommer en egenfinansiering fra kommunerne og Region Nordjylland.

Projektleder udarbejder en årlig status for projektet, samt ansøger Sundhedsstyrelsen om evt. justeringer af budgettet, såfremt dette er aktuelt.

8 Tidsplan

Nedenstående figur viser en oversigt over tidsplanen for TIT-projektet. Markeringerne i figuren er vejledende. Tidsplanen vil løbende blive opdateret på regionens hjemmeside vedrørende projektet, samt drøftet på fællesmøder med de involverede i projektet



* Se separat tabel for hvilket data der skal leveres til Implement i de respektive måneder.

Data til Implement:

| Overskrift | Tidspunkt for levering af data |
|---|--|
| Antal leverede (eller visiterede) kommunal sygepleje – før og efter data på individniveau fra de deltagende kommuner for perioden 1/10 2015-30/6 2019 | Ultimo 2017 og sept. 2019 |
| Midlertidige kommunale døgnpladser – før og efter data på individniveau fra de deltagende kommuner for perioden 1/10 2015-30/6 2019 | Ultimo 2017 og sept. 2019 |
| Permanente kommunale plejeboliger/plejehjem – før og efter data på individniveau fra de deltagende kommuner for perioden 1/10 2015-30/6 2019 | Ultimo 2017 og sept. 2019 |
| Praktisk hjælp – før og efter data på individniveau fra de deltagende kommuner for perioden 1/10 2015-30/6 2019 | Ultimo 2017 og sept. 2019 |
| Personlig pleje – før og efter data på individniveau fra de deltagende kommuner for perioden 1/10 2015-30/6 2019 | Ultimo 2017 og sept. 2019 |
| Registreringer om indsatsgruppen – registrering af CPR-numre på TIT-borgere og på TIT-borgere der har været | Ultimo oktober 2017, primo april 2018 og primo juli 2019 |
| Evaluering af Brugeroplevelset kvalitet | Primo 2018 og afsluttende |

9 Evaluering

Der er tilknyttet eksterne evaluatoreer i form af VIVE (det tidligere KORA) og Implement. Disse varetager evalueringerne af samtlige satspuljeprojekter, der er bevilliget midler til fra satspuljen til styrkelse af sammenhæng mellem de svageste ældre.

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af indsatsen på målgruppens forbrug af sundhedsydelser og hjemmepleje samt at undersøge, hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv, herunder i hvilket omfang indsatsen indebærer merudgifter, nettobesparelser eller er udgiftsneutral.

Evalueringsmål

Der er opstillet følgende evalueringsmål i projektet som VIVE/ Implement har ansvaret for at evaluere og som vil indgå i den afsluttende evaluering. Evalueringmålene i TIT fremgår af VIVE/ Implements datamanual fra den 6. oktober 2017. Datamanualen er tilgængelig på Regions Nordjyllands hjemmeside vedr. TIT: [http://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/udviklingsindsatser/behandling-og-pleje/5-2-3-og-4-styregruppen-for-den-aeldre-medicinske-patient/tidlig-indsats-paa-tvaers-\(tit\)](http://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/udviklingsindsatser/behandling-og-pleje/5-2-3-og-4-styregruppen-for-den-aeldre-medicinske-patient/tidlig-indsats-paa-tvaers-(tit))

Evalueringmålene er:

- Antal og varighed af samt omkostninger til indlæggelser, herunder akutte og forebyggelige/uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser
- Andelen som genindlægges, og omkostninger forbundet hermed
- Antallet af ambulante kontakter til sygehus og omkostninger forbundet hermed
- Antallet af kontakter til alment praktiserende læge (sondring mellem almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-konsultationer, hjemmebesøg og prøver hvis relevant), vagtlæge og andre privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under Sygesikringen og omkostninger forbundet hermed
- Forbrug af hjemmepleje (visiteret tid til praktisk hjælp og personlig pleje) samt omkostninger forbundet hermed (forudsætter kommunale dataudtræk)
- Dødelighed

Der vil i projektperioden ikke blive fulgt op på evalueringmålene, og disse vil i stedet indgå i den samlede evaluering. Dette er valgt, da det på baggrund af eksisterende lovgivning ikke er muligt for projektlederen, at samkøre kommunale og regionale registreringer.

Statusmål

Statusmålene for TIT-projektet er fastsat af projektet og vil også indgå i den endelige evaluering af projektet. I målhierarkiet for projektet (forefindes på Region Nordjyllands hjemmeside vedr. TIT) er statusmålene udfoldet med hensyn til, hvordan vi ønsker at måle på statusmålene.

- Borgerne i udredningsenheden undgår akutte og forebyggelige/uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser
- Der skal foreligge en behandlingsplan inden for fem timer fra ankomst i udredningsenheden
- At kommunerne sammen med sekundærsektoren afprøver forskellige samarbejdsmetoder i udredningsenheden
- Udvikling af fælles definitioner, sprog og faglig vurdering af målgruppen
- Borgeroplevet sammenhæng

Der vil løbende blive fulgt op på målene, når der laves status på projektet.

Lokale mål

I tillæg til evalueringmålene og statusmålene har de enkelte klynger haft mulighed for at fastsætte en række lokale mål, som er målrettet de enkelte klynger. Hensigten med disse er, at det derigennem er muligt at imødekomme de lokale forskelle, der er mellem organiseringen af projektet i de respektive klynger. Klynge Nord har ønsket at opstille lokale mål vedr. TIT-borgerens-, patientens- og personalets oplevelse af samtale via video.

Der vil løbende blive fulgt op på målene, når der laves status på projektet. Denne opfølgning vil kun gælde den konkrete klynge, som har målet.

10 Bilag

Bilag 1 - Aktørroller i TIT-projektet

Aktørernes roller er kort udspecificeret i bilaget. Hvad der ellers konkret gælder for de enkelte klynger, henvises til klyngernes egne beskrivelser.

Almen praktiserende læge

- Når det er relevant, kommunikerer den kommunale sygeplejerske som vanligt telefonisk og/eller elektronisk med praksis lægen og gør opmærksom på, at der er tale om, at det er en TIT-borger.
- Når det er relevant, tager den kommunale sygeplejerske som vanligt telefonisk og/eller elektronisk kontakt til den praktiserende læge.
 - Den kommunale sygeplejerske gør i den forbindelse opmærksom på, at der er tale om en TIT-borger.
 - Den kommunale sygeplejerske leverer relevante målinger i form af objektive data – herunder BT, puls, SAT, temperatur og eventuelt CRP-målinger.
 - Endelig sikrer den kommunale sygeplejerske, at udredningsenheden bliver nævnt som en mulighed og opfordrer lægen til ved en eventuel henvisning at nævne TIT.
- Den praktiserende læge tager som vanligt stilling til det videre forløb. Herunder er der mulighed for faglig drøftelse med hjemmesygeplejen med henblik på at bedre eller forebygge forværring af borgernes tilstand gennem kommunale tilbud.
- Den praktiserende læge vurderer som vanligt, hvorvidt der er behov for subakut udredning. I så fald henviser den praktiserende læge til Udredningsenheden via vanlig henvisningsprocedure. Praktiserende læge opfordres til at oplyse i henvisningen, at der er tale om en TIT-borger.
- Inden henvisning til Udredningsenheden ajourfører praktiserende læge som vanligt journal og FMK.
- Efter udredning på Udredningsenheden følges der som vanligt op på behandlingsplanen fra Udredningsenheden. Opfølgningen vil ikke indeholde videre henvisninger eller andet arbejde bestilt fra hospitalet.
- Efter behov kan det være hensigtsmæssigt med iværksættelse af opfølgende hjemmebesøg af den praktiserende læge efter den subakutte udredning i Udredningsenheden. Dette på samme vis og efter samme aftale som ved opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse.
- Der skal udarbejdes et fælles sprog og fælles læring med kommuner, almen praksis og hospitaler.

Hospitaler

- Sygehusene opretter en subakut udredningsenhed bemandet med en kommunal sygeplejerske.
- Borgerne henvises af egen praktiserende læge til udredningsenheden.
- I udredningsenheden bliver borgeren undersøgt og vurderet af speciallæger, og der udarbejdes en behandlingsplan.
- En behandlingsplan skal udarbejdes i udredningsenheden senest dagen efter borgerens besøg.
- Den kommunale sygeplejerske med tilknytning til udredningsenheden har til opgave at sikre koordinering både før, under og efter borgerens besøg i udredningsenheden og dermed sikre sammenhæng i forløbet.
- Hospitalerne modtager borgere fra de kommuner, der indgår i den klynge, som hospitalet er en del af.
- Der skal udarbejdes et fælles sprog og fælles læring med kommuner, almen praksis og hospitaler.

Kommuner

- Kommunerne og almen praksis har en opgave i at forebygge indlæggelser.
- Kommunerne arbejder systematisk med tidlig opsporing og rettidig indsats.

- I udvælgelsen af deltagere til projektet må kommunen lokalt justere antallet af hjemmeplejetimer/besøg af hjemmesygeplejen, så de lander på 10 % (baseline)
- Alle nye borgere, der efter fastsættelsen af baseline, opfylder kravet, skal stratificeres og således indgå i projektet.
- Der skal udarbejdes et fælles sprog og fælles læring med de øvrige kommuner, almen praksis og hospitaler.

Har du spørgsmål?

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte:

Region Nordjylland
Planlægning, Patientforløb

Projektleder
Anja Kallestrup
Tlf. 40164261
E-mail: anjkal@rn.dk



Hjørring Kommune



THISTED KOMMUNE



Patientforløb
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst

29. november 2017