

# Projektgrundlag

Projekt SamSund – Vi står sammen om din sundhed

”Videreudvikling og styrkelse af den tværgående sundhedsindsats i Vesthimmerlands Kommune” under Sundhedsstyrelsen



VESTHIMMERLANDS  
KOMMUNE

*- lyst til at gøre en forskel*

Konsulenthuset   
**HORSLUND**  
STRATEGI- OG ORGANISATIONSUDVIKLING

Konsulenthuset Horslund ApS

Birk Centerpark 40, 7400 Herning

+45 30 74 40 81, [kontakt@konsulenthusehorslund.dk](mailto:kontakt@konsulenthusehorslund.dk), [www.konsulenthusehorslund.dk](http://www.konsulenthusehorslund.dk)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>3</b>
1.1	OM PROJEKTET .....	3
1.2	FORMÅL .....	3
1.3	MÅLGRUPPEN .....	4
<b>2</b>	<b>PROJEKTPLAN .....</b>	<b>5</b>
2.1	TIDSPLAN .....	6
<b>3</b>	<b>PROJEKTMETODE .....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>KOMMUNIKATIONSSTRATEGI .....</b>	<b>8</b>
4.1	TITEL .....	8
4.2	KORT INTRODUKTION.....	9
4.3	KOMMUNIKATIONSPLAN .....	9
<b>5</b>	<b>SLUTPRODUKTER .....</b>	<b>10</b>
5.1	FORANDRINGSTEORIER.....	10
<b>6</b>	<b>SAMARBEJDSMODELLEN.....</b>	<b>12</b>
6.1	SAMARBEJDSMODELLENS KERNEELEMENTER .....	12
6.2	SAMARBEJDSMODELLEN I PRAKSIS.....	13
<b>7</b>	<b>KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERE .....</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>ORGANISATION OG ANSVAR.....</b>	<b>16</b>
8.1	STYREGRUPPE.....	16
8.2	PROJEKTGRUPPE .....	16
8.3	EVALUATOR .....	16
<b>9</b>	<b>BILAG .....</b>	<b>17</b>
9.1	BILAG 1: BAGGRUND FOR PROJEKTET .....	18
9.2	BILAG 2: FUNKTIONSBEKRIVELSE FOR PROJEKTSYGEPLEJERSKE .....	19
9.3	BILAG 3: KORT INTRO .....	20
9.4	BILAG 4: KOMMUNIKATIONSPLAN .....	21
9.5	BILAG 5: FORANDRINGSTEORI FOR SAMARBEJDSMODELLEN.....	22
9.6	BILAG 6: FORANDRINGSTEORI FOR KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERE .....	23

## 1 INTRODUKTION

### 1.1 Om projektet

I december 2017 bevilligede Sundhedsstyrelsen 2,2 mio. kr. til Vesthimmerlands Kommune på baggrund af en fremsendt projektansøgning.<sup>1</sup> Der er, i forbindelse med udarbejdelsen af projektansøgningen, indgået et forpligtende partnerskab mellem følgende fagområder:

- Psykiatri og Handicap
- Pleje og Seniorservice

Projektet bygger på en ambitiøs tilgang til sundhedsområdet i Vesthimmerland Kommune, hvor målsætningen for 2016-2020 er, at *"Vesthimmerlands Kommune vil skabe rammerne for, at borgere kan få maksimal livskvalitet"*. Det understøtter blandt andet kommunes handicappolitik, hvor det fremgår, at *"alle mennesker har noget at give fællesskabet. Det er afgørende for et meningsfuldt liv at have mulighed for at være en del af fællesskabet"*. Projektet er organiseret inden for samme forvaltningsområde, hvilket understøtter forudsætningerne for projektets succes. Dette da det er lettilgængeligt at samarbejde, justere og tilrettelægge indsatser og arbejdsgange. I projektet er der ansat en projektleder til at varetage styringen af projektet, samt en projektsygeplejerske, der skal varetage de fagspecifikke områder af projektet.

### 1.2 Formål

Projektets formål er at udvikle og løfte kvaliteten af den kommunale sundhedsindsats på bosteder og bostedslignende tilbud inden for psykiatriområdet via et systematisk og gensidigt styrket samarbejde mellem fagområderne Psykiatri & Handicap og Pleje & Seniorservice. Der vil være et øget fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser, og på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i tilbuddene. Et centralt delmål er, at der udarbejdes en samarbejdsmodel, der medvirker til at sikre et styrket tværgående sundhedsfagligt samarbejde samt en bedre ressourceudnyttelse på tværs af organisationen.

Øvrige delmål er fastsat ud fra ønsket om at løfte og udvikle sundhedsindsatsen i Vesthimmerlands Kommune:

- at forbedre borgernes sundhedsmæssige tilstand
- at 80 % af de deltagende borgere oplever en sammenhængende indsats
- at antallet af genindlæggelser er nedbragt med 40 %
- at mindst 20 % af de deltagende borgere har opnået en øget tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet
- at der er sket en kompetenceudvikling af medarbejdere
- at bidrage bl.a. via dokumentation og afrapportering til at skabe viden om effektive kommunale indsatser

Projektet skal altså sikre udvikling og implementering af en ny faglig og organisatorisk samarbejdsmodel omkring sundhedsindsatsen på psykiatriområdet. Dette i projektperioden.

---

<sup>1</sup> Se bilag 1: Baggrund for projektet.

Indsatsen skal dokumenteres og evalueres, og erfaringerne skal bidrage til at skabe øget viden om effektive kommunale indsatser på landsplan.

Det handler om, at der skabes sammenhæng mellem de forskellige fagområder, således at mennesker med psykiske lidelser i Vesthimmerlands Kommune oplever en styrket indsats. Det vil være medvirkende til en større livskvalitet og give borgere bedre muligheder og forudsætninger for at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

Sammenhængen skabes blandt andet ved hjælp af samarbejdsmodellen men også ved hjælp af kompetenceudvikling af medarbejdere, der har den daglige kontakt med de enkelte borgere på bostederne og bostedslignende tilbud. Det kan være viden om symptomer på sygdom og behandling af psykiske lidelser. En tidlig opsporing af risici og sygdom, hvor de professionelle er opmærksomme på små ændringer samt konkret handling, kan have reducerende effekt på antallet af genindlæggelser. Der skal være øget fokus på forebyggelse, opsporing samt evnen til at foretage relevante handlinger i forhold til somatiske lidelser hos målgruppen.

Kort sagt er formålet med projektet at nå frem til, hvad det daglige personale omkring de enkelte borgere skal være opmærksomme på, samt hvordan en formaliseret, både fagligt og organisatorisk, og fokuseret samarbejdsmodel kan reducere genindlæggelser og forbedre borgernes sundhedsmæssige tilstand.

### 1.3 Målgruppen

Projektets målgruppe er mennesker med psykiske lidelser på bosteder og bostedslignende tilbud. Følgende tilbud er udvalgte til at indgå i nærværende projekt:

- Bøgen og Rosenvænget
- Østre Boulevard
- BV Aars
- Hus F i Løgstør
- Socialpsykiatrien

I alt er der 105 deltagende borgere i Vesthimmerlands Kommune. Det drejer sig om mennesker i forskellige aldersgrupper, dog overvejende over 40 år, og med forskellige diagnoser så som udviklingshæmning, autismespektrumforstyrrelser og senhjerneskader.

## 2 PROJEKTPLAN

Projektet består af følgende fem faser med tilhørende aktiviteter:

Faser	Aktiviteter
<b>Fase 1</b> December 2017 – august 2018	Projektstart: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ projektleder og projektsygeplejerske starter</li> <li>▪ deltageret projektplan udarbejdes</li> <li>▪ udarbejdelse af oplæg til samarbejdsmodel</li> <li>▪ udvikling af kompetenceudviklingsforløb af medarbejdere</li> <li>▪ udarbejdelse af evalueringsdesign</li> <li>▪ kommunikation omkring projektet</li> <li>▪ borgerrekruttering</li> </ul>
<b>Fase 2</b> September – december 2018	Projektimplementering: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implementering af ny faglig og organisatorisk samarbejdsmodel</li> <li>▪ planlægning af kompetenceudviklingsforløb af medarbejdere</li> <li>▪ øget tværfaglig sparring i forhold til sundhedsindsatser på psykiatriområdet</li> <li>▪ løbende dokumentation og dataindsamling</li> </ul>
<b>Fase 3</b> Januar 2019	Midtvejsevaluering af projektet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ udarbejdelse af midtvejsstatus</li> <li>▪ eventuelle justeringer af indsatserne i projektet, herunder den tværgående samarbejdsmodel</li> <li>▪ løbende dokumentation og dataindsamling</li> </ul>
<b>Fase 4</b> Februar – oktober 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementering af eventuelle justeringer eller afprøvning af ny samarbejdsmodel</li> <li>▪ Afvikling af kompetenceudviklingsforløb af medarbejdere</li> <li>▪ Afprøvning og implementering af redskab</li> <li>▪ Løbende dokumentation og dataindsamling</li> <li>▪ Udarbejdelse af forankringsplan</li> </ul>
<b>Fase 5</b> Oktober – december 2019	Projektafslutning: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ udarbejdelse af afsluttende evaluering (rapport)</li> <li>▪ Forankringsplan implementeres</li> <li>▪ afrapportering til Sundhedsstyrelsen</li> <li>▪ afsluttende videnskoneference</li> </ul>

## 2.1 Tidsplan

Projektet igangsættes 22. december 2017, og det afsluttes 31. december 2019.

De fem faser forventes at blive fordelt på følgende måde:



---

Dec. 2017

Dec. 2018

Dec. 2019

Se uddybende aktivitets- og procesplan i separat excel-dokument.

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at samarbejdsmodellen ikke vil blive afprøvet alle steder samtidig. Der vil blive lagt en plan for, hvad der sker hvornår for hvem i samarbejde med styregruppe og projektgruppe, således at der så vidt muligt kan blive taget højde for eventuelle spidsbelastninger hos medarbejderne.

Grundlæggende vil fokus være på et eller to steder, hvor projektsygeplejersken<sup>2</sup> vil være opsøgende og foretage sundhedssamtaler for at kortlægge borgernes sundhedsmæssige tilstande og få aftalt realistiske mål om forbedring af disse. Efter kortlægningen vil der være fokus på tværfagligt samarbejde om at understøtte borgeren i at realisere disse mål.

På de pågældende steder vil der sideløbende være mulighed for afholdelse af temadage og oplæg ved eksisterende personalemøder om somatiske lidelser samt andre relevante sundhedsfaglige temaer.

Formålet med kompetenceudviklingen af medarbejderne er, at de bliver klædt på til at kunne forebygge og opspore somatiske lidelser ved observationer og formidling i samarbejde med hjemmesygeplejen.

Se mere uddybende beskrivelser i kapitel 6 og 7.

---

<sup>2</sup> Se bilag 2: Funktionsbeskrivelse for projektsygeplejerske.

### 3 PROJEKTMETODE

Målet med projektet er, jævnfør ovenstående, at udvikle og løfte kvaliteten af den kommunale sundhedsfaglige indsats på bosteder og bostedslignende tilbud for mennesker med psykiske lidelser og med et særligt fokus på somatiske lidelser. Dette med henblik på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser hos målgruppen.

Rent metodisk arbejdes der ud fra et recovery-orienteret perspektiv, hvor der er fokus på, at mennesker med psykiske lidelser kan "komme sig". Dette skal kobles sammen med en stærk sundhedsfaglig og sygeplejefaglig tilgang med et skarpt fokus på at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser.

Projektgruppen bistår projektleder med udarbejdelsen af den samarbejdsmodel, som skal danne grundlag for det fremtidige samarbejde på tværs af Psykiatri og Handicap samt Pleje og Senior-service i Vesthimmerlands Kommune. Den skal kvalificeres af medarbejderne på de udvalgte bosteder og bostedslignende tilbud samt godkendes af styregruppe. Det med udgangspunkt i at have fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske lidelser på psykiatriområdet.

Endvidere skal projektgruppen være med til at sikre implementeringen af samarbejdsmodellen. Vesthimmerlands Kommune har rammerne for, at de eksisterende kompetencer kan udvikles til at forebygge og opspore somatiske lidelser. Projektgruppen skal understøtte og systematisere samarbejdet på tværs og ikke mindst sikre, at opgaven med at forebygge og opspore somatiske lidelser er implementeret og forankret i Vesthimmerlands Kommune, når projektet afsluttes.

Projektsygeplejersken skal være med til at sikre, at borgerne oplever en sammenhængende indsats og at de inddrages i deres egne sygdomsforløb. Dette skal blandt andet ske ved at afdække borgernes nuværende oplevelser samt deres ønsker og behov for den fremtidige indsats via en sundhedssamtale.

## 4 KOMMUNIKATIONSSTRATEGI

Kommunikationen omkring projektet er afgørende for projektets succes. Det er væsentligt, at alle parter italesætter projektet, dets formål og mål positivt, og ser det som en mulighed for at styrke dette område. Det betyder også, at projektets formål og mål skal være tydelige og enkelte for alle, og at kommunikationsvejene er lagt for alle. Et projekt er en midlertidig mulighed for at afprøve en ny måde at samarbejde og indsamle ny viden på. Kommunikationsplanen skal deslige være enkel og nem at praktisere i dagligdagen, for at det lykkes ordentligt. Kommunikationsstrategien består af tre elementer – en titel, en kort introduktion og en plan – de beskrives i de næste afsnit.

For de fagpersoner, der skal bidrage til projektet, er det nødvendigt at skelne mellem information, der er must-know, need-to-know og nice-to-know. Det er grundlaget for kommunikationsplanen og dennes succes, at alle involverede parter får den rette mængde information, således at de kan bidrage til projektet på den rette måde på det rigtige tidspunkt. Det er projektlederens ansvar i samarbejde med styregruppen.

Der er tre typer af niveauer i projektorganisationen:

### 1. Styregruppen

Der er de personer, som skal styre projektets fremdrift, lede medarbejderne, sætte rammerne og være ansvarlig for ressourceallokering. Deres informationsniveau er must-know. Det betyder, de skal have kendskab til alt i projektet på et overordnet ledelses- og strategisk niveau. Detaljeniveauet er projektlederens ansvar.

### 2. Projektgruppen

Der er de personer, som aktivt er med til at definere, justere, revurdere og sikre projektets produkters implementering. Deres informationsniveau er både need-to-know og nice-to-know. Med det menes der, at de skal vide de nødvendige ting om projektet, fordi de er aktive spillere i forhold til at markedsføre projektet til andre. De skal ikke vide alt. De skal dog vide, hvor de kan finde frem til informationen. Det kan eksempelvis være i projektgrundlaget eller tage kontakt til projektlederen.

### 3. Borgere samt relevante medarbejdere

Der er de personer, som skal bidrage løbende til projektet som samarbejdspartnere med viden, erfaringer eller medarbejdere, der skal deltage i kurset. Det kan eksempelvis være borgere eller personalet i de forskellige tilbud og bostedlignede tilbud. Deres informationsniveau er kun need-to-know. Det betyder, at de skal enten introduceres til projektet ved en mundtlig præsentation af titlen og kort forklaring, eller ved den korte skriftlige introduktion til projektet.

## 4.1 Titel

Projektets titel er projektets "brand", som skal "sælge" slutproduktet til borgere i form af sundhedssamtalen og til de relevante fagpersoner i form af et kompetenceudviklingsforløb. Derfor skal titlen være nem at huske og enkel at sige og forklare.

Titlen er "Projekt SamSund – vi står sammen om din sundhed".



Rationalet bag er, at vi er sammen om borgerens sundhed, uanset hvem "vi" er, og hvor "vi" er organisatorisk placeret. Formålet med projektet er, at borgerne oplever en sammenhængende indsats og en sikring af et styrket tværgående sundhedsfagligt samarbejde, hvilket titlen demonstrerer. Endvidere vil titlen ofte generere en naturlig nysgerrighed omkring projektet, idet titlen netop kræver en forklaring, og derved er den positive fortælling om og "markedsføring" af projektet i gang.

## 4.2 Kort introduktion

Den korte introduktion tager udgangspunkt i projektgrundlaget, og den har kun fokus på det, der er need-to-know. Sagt på en anden måde at de rette personer ved, hvad de aktivt skal bidrage med til projektet på det rigtige tidspunkt. Det kan være at levere viden, erfaring eller deltage i et kompetenceudviklingskursus. Den korte introduktion på skrift handler også om at huske projektet i den store daglige mængde af information. Derfor er projektet visualiseret og konkretiseret i form af projektsygeplejersken, da det primært er hende, der har den daglige kontakt med personalerne på tilbuddene og bostedslignende tilbud. Introduktionen kan læse i bilag 3.

## 4.3 Kommunikationsplan

Det er altafgørende for projektets succes, at de rette personer har de rette informationer på de rigtige tidspunkter. Derfor er det væsentligt, at styregruppe og projektgruppe har et solidt kendskab til projektets kommunikationsplan, som har til formål at beskrive, hvordan og hvornår hvilken information skal gives til hvem.

Både styregruppe og projektgruppe skal bidrage til kommunikationsplanen.

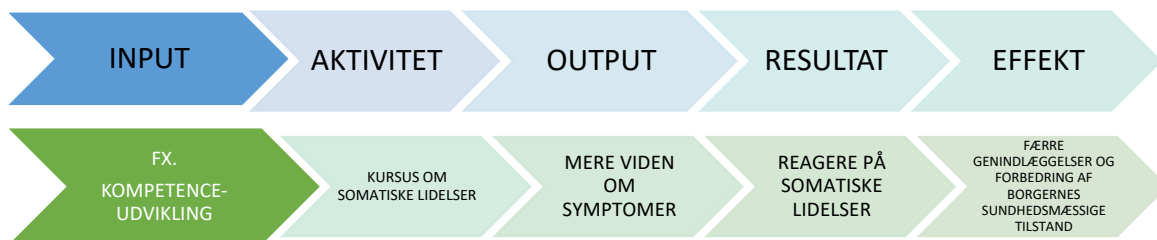
Se kommunikationsplan bilag 4.

## 5 SLUTPRODUKTER

Projektets mål opnås ved hjælp af to konkrete indsatser, som skal udvikles og afprøves i projektperioden. Den ene er en ny faglig og organisatorisk samarbejdsmodel, og den anden er sundhedsfaglig kompetenceudvikling af de medarbejdere, som har den daglige kontakt med målgruppen. Det betyder, at der skal udvikles en konkret forandringsteori for begge indsatser, således at erfaringer og resultater systematisk bliver dokumenteret og evalueret til Sundhedsstyrelsen, og derved også vil være brugbare for andre kommuner.

### 5.1 Forandringsteorier

Igennem en proces skal projektgruppen udarbejde en forandringsteori for både samarbejdsmodellen og kompetenceudviklingen af medarbejderne.



Det udmunder i et konkret oplæg til styregruppen, herunder konkrete bidrage til udarbejdelsen af en ny faglig og organisatorisk samarbejdsmodel. Dette med afsæt i virkeligheden samt projektets målsætninger. Jo mere virkelighedsnær og velfunderet modellen er, desto nemmere bliver implementeringen af den. Endvidere skal projektgruppen udvikle og planlægge hvilken kompetenceudvikling, der vil være mest relevant i forhold indfrielse af projektets målsætninger.

Samarbejdsmodellen udvikles og defineres i et samarbejde mellem styregruppe og projektgruppe. Som et led i denne proces afholdes der en workshop d. 12. juni 2018 med deltagelse af begge parter, hvor der leveres inputs, erfaringer og viden til at kunne skabe samarbejdsmodellen med de rette præmisser. Se bilag 5 "Forandringsteori for samarbejdsmodellen" på side 22.

Ud fra forandringsteorien skal der foretages afklaringer og handlinger, som projektleder vil drøfte og få afklaret med styregruppen. Resultaterne af disse vil blive håndteret i uddybelsen af samarbejdsmodellen i kapitel 6 "Samarbejdsmodellen".

Kompetenceudvikling defineres som tilegnelse af nye kompetencer indenfor eget fagområde. Kompetenceudviklingsplanen udvikles og defineres i et samarbejde mellem styregruppe og projektgruppe. Som et led i denne proces afholdes der en workshop d. 12. juni 2018 med deltagelse af begge parter, hvor der leveres inputs, erfaringer og viden til at kunne skabe en plan for relevant kompetenceudvikling. Se bilag 6 "Forandringsteori for kompetenceudvikling af medarbejdere" på side 23.

Ud fra forandringsteori skal der foretages afklaringer og handlinger, som projektleder vil drøfte og få afklaret med styregruppen. Resultaterne af disse vil blive håndteret i uddybelsen af kompetenceudviklingen i kapitel 7 "Kompetenceudvikling af medarbejdere."

## 6 SAMARBEJDSMODELLEN

Samarbejdsmodellen har til hensigt systematisk at skabe et tværfagligt samarbejde omkring den enkelte borger, hvor en del af denne er en aftale mellem borgeren og relevante fagpersoner omkring borgeren, hvori realistiske mål om forbedring af borgerens sundhedstilstand nedfældes og accepteres af alle.

På baggrund af projektgruppens inputs og erfaringsudveksling samt Sundhedsstyrelsens materiale ”Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser”<sup>3</sup> udvikles og afprøves Vesthimmerlands Kommunes en samarbejdsmodel med henblik på at skabe en samarbejdsstruktur og metode, der kan anvendes på tværs af organisationen på området for udsatte borgere med psykiske lidelser. Resultatet af det kan bidrage til, at de udsatte borgere får en oplevelse af en mere sammenhængende indsats.

Sundhedsstyrelsen har netop udgivet ”styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser – et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling”, hvor det understreges nødvendigheden og vigtigheden af tilgængelige og særlige indsatser for mennesker med psykiske lidelser, idet der er manglende fokus på opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser. Ifølge Sundhedsstyrelsen har mennesker med psykiske lidelser en langt lavere levetid og øget sygelighed end den øvrige befolkning, og samlet set udgør fysisk sygdom og risikofaktorer herfor den væsentligste årsag til det. Udgivelsen konkluderer, at der er en markant stor sundhedsmæssig ulighed i forebyggende indsatser og indsatser med fokus på tidlig opsporing for denne målgruppe til sammenligning med mennesker uden psykiske lidelser.<sup>4</sup>

Det handler derfor om, at vi ikke skal overlevere viden og erfaringer til hinanden – vi skal inddrage hinanden – vi står sammen om borgernes sundhed i Vesthimmerlands Kommune, uanset hvor i kommunen vi organisatorisk er placeret. Det handler om at skabe organisatorisk læring og erfaring om koordinering og samarbejde omkring borgere med psykiske lidelser, hvor fokus er på forebyggelse og opsporing af somatiske lidelser.

### 6.1 Samarbejdsmodellens kernelementer

Samarbejdsmodellen er bygget op om omkring følgende fem kernelementer:

1. Tværgående koordinatorfunktion
2. Sundhedssamtale
3. Tværfagligt team omkring den enkelte borger
4. Faglige sparringsmøder
5. Forpligtende aftaler om mål og handlinger borgeren og fagpersonerne imellem

For at understøtte og sikre den tværfaglig sparring og læringsprocessen med konkret at samarbejde omkring den enkelte borger med en psykisk lidelse i henhold til tidligt at opspore og forebygge somatiske lidelser vil projektsygeplejersken have en tværgående koordinatorfunktion.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen, juni 2018: ”Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser – fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling.

<sup>4</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/styrket-indsats-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>, Sundhedsstyrelsen juni 2018.

Den tværgående koordinators funktion er at sikre en koordineret individuel helhedsorienteret tværfaglig indsats, der tager udgangspunkt i en sundhedssamtale med den enkelte borger om borgerens behov og omstændigheder for at forbedre sin sundhedsmæssige tilstand. Det vil generelt understøtte de eksisterende sundhedsfaglige indsatser i kommunen, idet der her er særligt fokus på at forebygge og opspore somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser. Projektsygeplejersken vil være opsøgende i henhold til den udvalgte borgergruppe, og sundhedssamtalen vil primært have fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske lidelser. Erfaringer fra andre projekter med opsøgende medarbejdere viser, at cirka 2/3 af de adspurgte udsatte borgere med psykiske lidelser siger ja tak til en sundhedssamtale. Ofte er det nemmere for borgeren at tale frit og om særligt følsomme emner overfor en "ukendt" medarbejder, end medarbejdere, som kommer jævnlige i deres hjem, bosted eller værested.

Endvidere er koordinatorens funktion at sikre, at de mål og aftaler, som bliver sat, er realistiske og bliver fulgt op på. Det betyder, at koordinatoren både skal understøtte borgerens behov, og samtidig sikrer, at borgeren og det tværfaglige team omkring denne lever op til deres forpligtelser om at forbedre borgerens sundhedsmæssige tilstand.

Derudover sikres også en opfølgning af borgerens sundhedsmæssige tilstand med fokus på forebyggelse og opsporing af somatiske lidelser, idet det er projektsygeplejerskens opgave.

Det gøres primært ved at have fokus på borgerens behov og omstændigheder, og ved at kunne tænke og arbejde innovativt på tværs af systemer, organisationen, professioner og lovgivninger og ved at inddrage de relevante fagpersoner i et forpligtende samarbejde om at støtte borgeren, således at den sundhedsmæssige tilstand forbedres.

## 6.2 Samarbejdsmodellen i praksis

1. Projektsygeplejersken er opsøgende i forhold til målgruppen i projektet. Via fysisk fremmøde med tilbud om en sundhedssamtale vedrørende konkret fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske lidelser. Det er vigtigt at understrege, at sundhedssamtalen er med borgerens samtykke, og projektsygeplejersken gør borgeren opmærksom på tavshedspligt mv. Deslige at borgeren samtykker til, at dokumentationen bruges til evaluering af projektet. Som udgangspunkt bliver sundhedssamtalen mellem projektsygeplejersken og borgeren. Dokumentation foregår i CURA Sundhed efter gældende regler.
2. Ved hjælp af det konkrete redskab "Sundhedssamtale" skabes udgangspunktet for et tværfagligt samarbejde på tværs af organisationen. Samtalen er det relations- tillidsskabende redskab både i henhold til medarbejdere og til den enkelte borgere. Samtalen som det konkrete redskab har to vigtige formål:
  - a. At forbedre den enkelte borgers sundhedsmæssige tilstand, som er et af hovedformålene ved projektet.
  - b. At styrke og videreudvikle den tværgående sundhedsmæssige indsats på psykiatriområdet i Vesthimmerlands Kommune.

3. Under sundhedssamtalen vil projektsygeplejersken sammen med borgeren og eventuel bostøtte, pårørende eller anden kontaktperson lave aftaler om at forbedre borgerens sundhedsmæssige tilstand i relation til at minimere risikoen for udvikling af somatiske lidelser eller minimere generne ved en somatisk lidelse.
4. Efter sundhedssamtalen vil projektsygeplejersken systematisk dokumentere den enkelte borgers sundhedsmæssige tilstand. Denne dokumentation bliver delt med borgeren, og anvendes til evaluering af projektet, såfremt borgeren giver samtykke til det.
5. Alt afhængig af den konkrete aftale mellem borgeren og projektsygeplejersken vil sidstnævnte inddrage de fagpersoner, som er relevante for, at borgeren kan realisere målene i aftalen. Det kan eksempelvis være at inddrage borgerens primære netværk og de fagpersoner, som har deres daglige gang hos borgeren, således at de kan være med til at understøtte borgeren.
6. Projektsygeplejersken vil lave opfølgning med den enkelte borger, fagpersoner og eventuelt netværk, når det tidsmæssigt giver mening for den enkelte borger.

Det handler om at udvikle en samarbejdsmodel, som er nem at bruge i dagligdagen for alle fagpersoner, uanset hvor man er placeret, og hvornår man vil benytte den. Det er væsentligt, at den kan fungere i flere sammenhænge, hvilket gør, at der stilles høje krav til fleksibiliteten og enkeltheden.

Projektsygeplejersken vil i sit virke med sundhedssamtalerne stifte bekendtskab med forskellige omstændigheder, som gør, at det er nødvendigt at have faglig sparring med en anden sygeplejerske. Det kan eksempelvis være en hjemmesygeplejerske, som ligeledes har kendskab til målgruppen. Den faglige sparring vil sikre og understøtte kvaliteten af projektsygeplejerskens aftaler med borgerne.

Endvidere viser erfaringer fra lignende projekter med samme målgruppe, at der vil være personlige fortællinger, hvorved der anbefales, at projektsygeplejersken får mulighed for supervision.

Desuden er projektsygeplejersken forpligtet til selv at være opsøgende i forhold til seneste forskning på området for at give borgeren den bedst mulige sundhedssamtale med fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske sygdomme.

## 7 KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERE

Medarbejdere på de udvalgte bosteder og bostedlignede tilbud vil indgå i et kompetenceudviklingsforløb, hvorved formålet er, at de selv på længere sigt vil kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Det forventes, at der vil blive udviklet og testet et redskab til medarbejderne under projektperioden. Det betyder, at samarbejdsmodellen på længere sigt forventes at blive selvkørende uden en tværgående koordinator.

Forløbet består af tre elementer:

- Kurser
- Temadage
- Oplæg ved eksisterende personalemøder

Det er væsentligt, at medarbejderne får samme viden og forståelse af somatiske lidelser, samt forebyggelse og tidlig opsporing af disse. Kompetenceudviklingen vil bygge videre på de eksisterende kompetencer, medarbejderne har fået, så som KRAP. Det vigtigste i denne sammenhæng er, at medarbejderne bliver klædt på til at observere og opspore, og at der vil blive fulgt op på, om den tilegnede viden er brugbar i dagligdagen. Det betyder blandt andet, at der vil være opsamling af kompetenceudviklingen, således at medarbejderne får mulighed for at få tværfaglig sparring et stykke tid efter den tilegnede viden. Det er med til at understøtte og styrke den tværgående sundhedsindsats på det psykiatriske område med fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske lidelser.

Projektsygeplejersken vil deltage i kompetenceudviklingsforløbet for medarbejderne for at understøtte afprøvningen og implementeringen af redskab og den tilegnede viden.

## 8 ORGANISATION OG ANSVAR

Projektet er organiseret under Sundheds- og Kulturforvaltningen, Vesthimmerlands Kommune. Afdelingschef for Psykiatri & Handicap Britta Bruun-Schmidt er projektejer, som betyder, at hun er juridisk og økonomisk ansvarlig for projektet. Konsulenthuset Horslund har projektledelsen, der varetages af Specialkonsulent Mette Sonn. Der er ansat en projektsygeplejerske, Rikke Frederiksen, der skal varetage de fagspecifikke opgaver i projektet.

### 8.1 Styregruppe

Styregruppen skal varetage den overordnede ledelse og styring af projektet, herunder sikring af fremdrift, fælles rammer for kompetenceudvikling, resultater og ressourceallokering samt understøttelse af implementeringen af samarbejdsmodellen. Styregruppen er endvidere ansvarlig for økonomien og kommunikation af projektet.

Medlemmerne er som følger:

1. Britta Bruun-Schmidt, afdelingschef for Psykiatri & Handicap
2. Per Nielsen Elb, afdelingschef for Pleje & Seniorservice
3. Mette Sonn, projektleder, Konsulenthuset Horslund
4. Ad hoc deltagelse af Henrik Kjeldgaard, økonomikonsulent.

### 8.2 Projektgruppe

Medlemmerne i projektgruppen er særligt udvalgte som følge af deres viden og erfaringer samt hvilke medarbejdere/områder de er ansvarlige for. Dette i relation til projektets konkrete implementering i praksis. Projektgruppen skal sammen udarbejde oplæg til den organisatoriske samarbejdsmodel, der tager afsæt i hverdagens udfordringer og muligheder samt projektets specifikke mål. Projektgruppen skal bistå med planlægning og understøttelse af projektets aktiviteter, herunder kompetenceudvikling af medarbejdere, afsluttende videnskoneference samt indhentning af data og viden til evalueringen.

Medlemmerne er som følger:

1. Jytte Birk, udviklingsleder i socialpsykiatrien
2. Louise Rosenørn de Lasson Post, leder af hjemme- og sygeplejen, Løgstør
3. Knud Olav Kristiansen, leder af 8 beskyttede værksteder
4. Marianne Hvilsom, leder for Aars tilbuddene
5. Tina Bach Rasmussen, sygeplejerske
6. Rikke Pedersen, socialpædagog
7. Rikke Frederiksen, projektsygeplejerske
8. Mette Sonn, projektleder

### 8.3 Evaluatør

Der er udpeget en evaluatør, der er organiseret i fællessekretariatet for Sundhed og Kultur. Det er udviklingskonsulent Søren Toft Hansen, der skal varetage opgaverne; udarbejdelse af evalueringsdesign, understøttelse af indhentning af relevant data, databearbejdning og analyse, udarbejdelse af evalueringsrapport samt sikring af præsentation og formidling af projektet erfaring og resultater. Projektleder og evaluatør skal i samarbejde udarbejde en tydelig systematik omkring dokumentation og dataindsamling.



## 9 Bilag

**Bilag 1: Baggrund for projektet**

**Bilag 2: Funktionsbeskrivelse for projektsygeplejerske**

**Bilag 3: Kort intro til projektet**

**Bilag 4: Kommunikationsplan**

**Bilag 5: Forandringsteori for samarbejdsmodellen**

**Bilag 6: Forandringsteori for kompetenceudvikling af medarbejdere**

## 9.1 Bilag 1: Baggrund for projektet

Som led i "Aftale om finansloven for 2015", blev der afsat 100 mio. kr. i 2017 og 100 mio. kr. i 2018 til styrkelsen af den kommunale forebyggelsesindsats med særlig fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i denne forbindelse en oversigt over eksisterende viden om kommunale indsatser målrettet at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser<sup>5</sup>. Her vurderes det, at op mod 20 % af ældre borgere på de medicinske afdelinger ikke har behov for sygehusbehandling. Det påpeges blandt andet, at der er et stort potentiale for en øget forebyggende indsats hos de professionelle medarbejdere, der har deres daglige kontakt med de ældre borgere.

På denne baggrund blev der nedsat et udvalg bestående af repræsentanter fra KL, Danske Regioner og Staten, samt en interessentgruppe med brugere og professionelle. Sammen kom de med anbefalinger til at skabe et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i en afrapportering<sup>6</sup> i juni 2017.

Afrapporteringens målgrupper var:

- den ældre medicinske patient
- patienter med kroniske sygdomme
- mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

Afgrænsningen til ovenstående målgrupper skyldes især, at disse målgrupper har forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsen og overlap i tilbud. Endvidere viser den demografiske udvikling, at der vil komme en markant stigning i de to førstnævnte grupper. Det forventes, at der om 10 år er sket en fordobling i antallet af ældre. Kontakten til psykiatrien og behovet for støtte til mennesker med psykiske lidelser er ligeledes stigende.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser og funktioner, som borgerne tilbydes i hverdagen i eget hjem eller i deres nære omgivelser. Her har kommunen en afgørende rolle i forhold til at understøtte borgernes sundhed i nærmiljøet. Et effektivt sundhedsvæsen betyder, at borgerne skal understøttes ud fra egne behov og ressourcer, og at potentialet i det nære og sammenhængende udnyttes bedst muligt.

---

<sup>5</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/forebyggelse-af-uhensigtsmaessige-indlaeggelser>.

<sup>6</sup> <https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf>

## 9.2 Bilag 2: Funktionsbeskrivelse for projektsygeplejerske

I følgende beskrivelse vil de rammer, hvorunder projektsygeplejersken agerer, blive tydeliggjort i henhold til hvilke funktioner, opgaver og ansvar, vedkommende har. Det vurderes af den lægefaglig konsulent i Vesthimmerlands Kommune samt af projekt- og styregruppe, at der ikke er behov for en rammedelegation, da projektsygeplejerskeren *ikke* har en behandlende rolle.

Projektsygeplejersken står for afholdelsen af sundhedssamtalerne, som ses som et supplement til en sundhedsfaglig udredning; en sundhedsfaglig udredning er hjemmesygeplejens opgave ved den enkelte borger. Sundhedssamtalen vil munde ud i en samlet, konkret og individuel vurdering af den pågældende borgers sundhedstilstand, og sammen med borgeren vil projektsygeplejerskeren eventuelt udarbejde en konkret handleplan med realiserbare mål og en realistisk tidsramme. Sundhedssamtalen har et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv med særlig fokus på somatiske sygdomme.

Rammerne for projektsygeplejersken er på et sundhedsfagligt niveau karakteriseret ved sammensatte stabile forløb, hvor udviklingen er langsomt og forventet, og hvor opgaverne er afgrænsede og umiddelbart forudsigelige. Opgaverne kræver indgående sundhedsfaglig viden samt opfølgning efter individuel vurdering.

Projektsygeplejersken arbejder ud fra at understøtte borgeren i mestring af egen livssituation.

Projektsygeplejerskens funktioner *inden for koordinering* i henhold til sundhedssamtalen er:

- Sikring af koordinering og kontinuitet af borgerens sundhed i samarbejde med de omkringværende personalegrupper, den enkelte borger og dennes pårørende
- Sikring af at forløbene bliver helhedsorienterede og sammenhængende med en tværfaglig indsats
- Sikring af opfølgning med den enkelte borger og evaluering af de enkelte forløb og eventuelle opstillede mål
- Sikring af opfølgning af samarbejdet med borgeren og relevante parter.

Projektsygeplejerskens funktioner *inden for formidling af sygepleje*:

- Rådgivning, vejledning og undervisning af borgere og relevante personalegrupper
- Undervisning i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, samt i helt specifikke sundhedstemaer
- Funktion som konsulent både generelt og specifikt i relation til den enkelte borger, pårørende og til samarbejdspartnere, for derved at sikre den faglige koordinering, delegering, udførelse, opfølgning og evaluering af opgaverne
- Deltagelse på personalemøder med henblik på at bidrage til faglig sparring og refleksion
- Henvisning af borgere til relevante samarbejdspartnere, fx sundhedscentret og andre relevante sundhedsfremmende tilbud i kommunen
- Behersker almindelig dokumentationspraksis og anvender relevante dokumentationssystemer og administrative procedurer.

### 9.3 Bilag 3: Kort intro

<b>Projekttitle</b>	Projekt SamSund - Vi står sammen om din sundhed
<b>Overordnede formål</b>	Videreudvikling og styrkelse af den tværgående sundhedsindsats målrettet udsatte borgere på psykiatriområdet i Vesthimmerlands Kommune
<b>Formål</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Udvikling og afprøvning af en ny tværfaglig samarbejdsmodel</li> <li>2. Kompetenceudvikling af medarbejdere</li> <li>3. Skabe viden om effektive kommunale indsatser</li> </ol>
<b>Bevilling af Sundhedsstyrelsen</b>	2,2 mio. kr.
<b>Projektperiode</b>	December 2017 – december 2019
<b>Projektinvolverede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afdeling for Psykiatri og Handicap (Britta Bruun-Schmidt)</li> <li>- Afdeling for Pleje og Seniorservice (Per Nielsen Elb)</li> <li>- Konsulenthuset Horslund</li> <li>- Sundhedsstyrelsen</li> </ul>
<b>Målgruppe</b>	105 borgere i følgende tilbud: Bøgen, Rosenvænget, Østre Boulevard, BV Aars, Hus F i Løgstør samt Socialpsykiatrien.
<b>Kort beskrivelse</b>	Projektet handler om at udvikle og løfte kvaliteten af den kommunale sundhedsindsats for mennesker med psykiske lidelser via et gensidigt styrket tværfagligt samarbejde. Omdrejningspunktet er en sundhedssamtale med borgeren, som foretages af projektsygeplejersken. Samtalen munder ud i et konkret samarbejde med borgeren og personalet omkring denne, hvorved alle understøtter borgeren i at nå sine mål. Fokus er, at der ud fra et recovery-orienteret perspektiv arbejdes på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser.
<b>Kontaktoplysninger</b>	<p><b>Projektejer:</b> Britta Bruun-Schmidt, afdelingschef for Psykiatri og Handicap, <a href="mailto:brb@vesthimmerland.dk">brb@vesthimmerland.dk</a>, 99 66 81 56</p> <p><b>Projektleder:</b> Mette Sonn, specialkonsulent, Konsulenthuset Horslund <a href="mailto:mss@konsulenthusethorslund.dk">mss@konsulenthusethorslund.dk</a>, 30 74 83 30</p> <p><b>Projektsygeplejerske:</b> Rikke Bach Frederiksen, afdeling for Psykiatri og Handicap <a href="mailto:rife@vesthimmerland.dk">rife@vesthimmerland.dk</a>, 99 66 81 53</p>



## 9.4 Bilag 4: Kommunikationsplan

Hvem	Ansvarlig	Hvad	Nøgleperson	Hvordan	Hvornår
Styregruppe	Mette	Info og status på projektet	Per og Britta	Mail	Efter behov
		Referat, dagsorden, bilag mv.		Mail	En uges tid før mødet, hvis muligt
		Ændringer eller vigtige ting, der skal tages stilling til	Per og Britta	Pr. telefon	Hurtigst muligt
Projektgruppe	Mette	Info om projektet	Alle medlemmer i projektgruppen	Pr. mail	Efter behov
		Referat, dagsorden, bilag mv.	Alle medlemmer i projektgruppen	Pr. mail	En uges tid før mødet, hvis muligt
		Faglig sparring på enkelte dele	De relevante personer i projektgruppen	Pr. telefon med opfølgende mail	Efter behov
Økonomiansvarlig	Mette	Info og status på projektet	Britta Henrik	Pr. mail og pr. telefon	Efter behov
Evaluator	Mette	Indsamling af data og dokumentation	Søren	Pr. mail	Møde en gang om måneden eller efter behov
		Info og status på projekt		Pr. mail	Efter behov
Hjemmesygeplejen	Louise	Info om projektet	Lederne af de fire hjemmesygepleje-distrikter	Pr. mail	Inden implementering af samarbejds-model
		Status af projektet		Aftale pr. mail	Efter behov
Bøgen/Rosenvænget Østre Boulevard Hus F BV Aars Socialpsykiatrien	Mette	Info og status om projektet	Mari-Ann Marianne Harriet Knud Olav Jytte	pr. mail	Efter behov

## 9.5 Bilag 5: Forandringsteori for samarbejdsmodellen

Forudsætninger	Handlinger	Output	Resultater	Udbytte
Fælles forståelse af projektets mål	Brug af samme redskab til tidlig opsporing af somatiske lidelser  Forventningsafstemning	Udvikling af samarbejdsmodel indeholdende flere niveauer, gensidighed og fleksibilitet, som tager højde for forskellige rammer	Kvalitetsløft af sundhedsindsatsen i Vesthimmerlands Kommune  Styrket tværgående sundhedsfagligt samarbejde	80 % af borgerne oplever en sammenhængende indsats
Juridisk afklaring ift. borgerens samtykke	Skal borgeren give samtykke til at deltage i projektet?			Antallet af genindlæggelser er nedbragt med 40 %
Borgeren eget perspektiv	Hvad vil den enkelte borger selv? Hvilke mål? Hvornår skal de være opfyldt?	Kontrakt mellem borger og alle relevante medarbejdere	Borgernes sundhedsmæssige tilstand er forbedret	
Afklaring af hvilke borgere (graden af kompleksitet)	Skal alle borgere indgå i samarbejdsmodellen?	Faglig sparring på tværs af sundheds- og socialfaglig personale  Videns- og erfaringsdeling vedr. en borger	Bedre ressourceudnyttelse	
Ledelsesmæssig afklaring	Hvem træffer beslutninger om hvilke borgere og hvilke personaler			

## 9.6 Bilag 6: Forandringsteori for kompetenceudvikling af medarbejdere

Forudsætninger	Handlinger	Output	Resultater	Udbytte
Afklaring af muligheder  Afklaring af behov  Afklaring af hvad der har været  Afklaring af kerneopgaver  Afklaring af snitflader mellem det sundhedsfaglige og socialpædagogiske område	Kurser  Temadage  Oplæg ved eksisterende personalemøder	Udvikling af kompetencer hos medarbejderne	Kvalitetsløft af sundhedsindsatsen i Vesthimmerlands Kommune  Borgernes sundhedstilstand er forbedret	Antallet af genindlæggelser er nedbragt med 40 %  Mindst 20 % af borgerne har opnået øget tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked