



Skabelon til udarbejdelse af slutrapport

Formålet med slutrapporten er, at Sundhedsstyrelsen orienteres om projektets gennemførelse, opnåede resultater og regnskab. Der ønskes ligeledes information om eventuel efterfølgende implementering og udbredelse.

Alle dele af slutrapporten skal udfyldes, men det forventes, at hovedfokus er på:

- Kapitel 5 om økonomi – regnskab jf. regnskabsinstruks i tilsagnsskrivelse
- Kapitel 6 om udvikling og initiativer jf. puljens formål
- Kapitel 8 om projektets relevans og resultater
- Kapitel 9 om plan for implementering

Den projektansvarlige kan anvende slutrapporten aktivt i forbindelse med implementeringen, idet der sættes fokus på en række typiske projektrelaterede problemstillinger. Udarbejdelse af slutrapporten kan desuden afstedkomme en række diskussioner blandt de involverede i projektet og kan således bidrage til, at alle opnår et fælles billede af projektets resultater og potentiale.

Forventet omfang på slutrapporten: 10 til maksimalt 20 sider.

Formålet med slutrapporten kan opsummeres i følgende punkter:

1. Sikre en tilbagemelding til Sundhedsstyrelsen om projektets gennemførelse og resultater
2. Sikre en systematisk opsamling af viden om projektets gennemførelse og resultater
3. Sikre at projekternes erfaringer, resultater og effekter dokumenteres i forhold til det overordnede formål med puljen
4. Støtte den projektansvarlige i at vurdere projektets gennemførelse, herunder organisation, samarbejde og planlægning

Slutrapporten (inkl. revisorpåtegnet slutregnskab) skal indsendes til Sundhedsstyrelsen (plan@sst.dk) **senest tre måneder efter projektperiodens udløb.**

Udarbejdelse af slutrapporten er projektejerens ansvar, men udføres af projektejer, projektleder og projektmedarbejdere i fællesskab. Det vil dog typisk være den daglige projektleder, der udfylder slutrapporten. Slutrapporten bør være selvkritisk og reflekterende. Slutrapporten formidles i nedenstående skabelon. Det er muligt at vedlægge tabeller, figurer eller lignende som bilag. Slutrapporten skal indeholde følgende temaer:

1	Identifikation.....	3
2	Organisation.....	4
3	Samarbejde	6
4	Projektgruppen.....	9
5	Økonomi	10
6	Projektets udvikling og indsatser jf. puljens formål	11
7	Proces og tidsplan	15
8	Projektets relevans og opnåede resultater.....	16
9	Plan for implementering	21
10	Andre forhold.....	22

1 Identifikation

1.1 Slutrapport for:

”Videreudvikling og styrelse af den tværgående sundhedsindsats målrettet udsatte borgere på psykiatriområdet i Vesthimmerlands Kommune.”

Sagsnummer: 4-1214-388/105

1.2 Udfyldt af:

Mette Storm Sonn, projektleder

1.3 Dato:

19/12 2019

2 Organisation

Projektet er organiseret under Sundheds- og Kulturforvaltningen i Vesthimmerlands Kommune, hvorunder de to afdelinger Psykiatri og Handicap samt Pleje og Seniorservice, der er indgået i et forpligtende partnerskab i dette projekt, er placeret. Projektets strategiske ramme er kommunens Sundhedspolitik 2016-2020 og Handicappolitik 2016-2019. De organisatoriske forudsætninger for, at projektet lykkes, har været til stede, qua samme forvaltningsområde med samme strategiske ramme. Derudover har Vesthimmerlands Kommune gennem projektperioden haft en fælles ambition om at videreudvikle og løfte kvaliteten af sundhedsindsatsen overfor målgruppen af udsatte borgere på psykiatri og handicapområdet.

2.1 Beskriv projektorganisationen.

Projektorganisationen består af relevante nøglepersoner, som aktivt har været med til at definere, justere, revurdere og sikre projektets fremdrift og projektaktiviteter; det er organiseret således, at der har været en styregruppe, en projektgruppe; derudover er der ansat en projektleder til at varetage styringen af projektet, samt en projektsygeplejerske til at varetage de fagspecifikke områder af projektet. I løbet af projektperioden har der været en udskiftning i projektorganisationen, da projektejer der var afdelingschef for Psykiatri og Handicap fratrådte sin stilling i maj 2019. I juni 2019 tiltrådte den nye projektejer, der er afdelingschef for Pleje- og Seniorservice, hvorved projektejerskabet skiftede afdeling. Det var dog et naturligt skift, da den nye projektejer har siddet i styregruppen fra projektstart.

I henhold til ovenstående indtræder en ledelsesrepræsentant fra Sundheds- og Kulturforvaltningen. Repræsentanten er Sundheds- og kulturforvaltningens leder af Ledelsessekretariatet, hvorunder projektsygeplejerskeren ligeledes er blevet placeret. Denne har ansvaret for udarbejdelsen af den interne evaluering, hvorfor det er et naturligt valg, at vedkommende indgår i styregruppen.

Styregruppe og projektgruppe består af chefer, ledere samt medarbejdere fra afdelingen for Psykiatri og Handicap, samt fra afdelingen for Pleje- og Seniorservice, der arbejder med og omkring målgruppen. I afdelingen for Psykiatri og Handicap er alle tre områder involveret i projektet:

1. Udviklingspsykiatrien

Det består af bostøtte, uvisiterede væresteder samt bofællesskabet Kimbrerparken, som åbnede i april 2019 bestående af et bofællesskab, ungehus, akuttilbud og en netværkscafé

2. Botilbudsområdet

Det består af 13 botilbud fordelt i Aars, Løgstør og Aalestrup; fire af de 13 botilbud er udvalgt til at deltage i projektet.

3. Beskæftigelses- og aktivitetsområdet

Det består af syv forskellige tilbud, kaldet for Globen Vesthimmerland, hvoraf det ene fra starten var indskrevet i projektet; flere af de andre indgik i projektet løbende.

Fra afdelingen for Pleje- og Seniorservice inddrages alle fire distrikter for hjemme- og sygeplejen i projektet, som er:

1. Distrikt Aars

2. Distrikt Løgstør

3. Distrikt Aalestrup

4. Distrikt Farsø

Medlemmerne af styregruppen er, som følger:

- Afdelingschef for Psykiatri og Handicap, formand/projektejer
- Afdelingschef for Pleje- og Seniorservice, medlem og senere projektejer/formand
- Sekretariatsleder, Ledelsessekretariatet for Sundheds- og Kulturforvaltningen, medlem

- Projektleder, Konsulenthuset Horslund, medlem

Den sygeplejefaglig leder, beskrevet i projektansøgning som en del af styregruppen, blev ikke genbesat, og derfor består styregruppen af formanden samt to medlemmer.

Økonomimøderne foregår ad hoc mellem projektleder og økonomimedarbejder, hvorefter projektleder orienterer styregruppen.

Medlemmerne af projektgruppen er, som følger:

- Lederen af et af de fire hjemme- og sygeplejedistrikter
- Udviklingslederen af Udviklingspsykiatrien
- Lederen af Globen Vesthimmerland
- Lederen for botilbuddene i Aars
- En sygeplejerske tilknyttet et af de fire distrikter
- En socialpædagog tilknyttet udviklingspsykiatrien
- Projektsygeplejersken tilknyttet administrationen for afdelingen for Psykiatri og Handicap
- Projektlederen, formand

Stillingen som projektsygeplejerske er en tidsbegrænset projektstilling, som blev besat i april 2018 af en sygeplejerske med en kandidatgrad i folkesundhedsvidenskab. Vedkommende er ansat til den 31. december 2019, som også er den officielle dato for projektafslutningen.

Projektlederstillingen er også en tidsbegrænset stilling, som blev besat ved tilsagn til projektet og ansat indtil 31. december 2019. Projektlederen er uddannet sociolog og har arbejdet som projektleder i det offentlige, særligt indenfor social- og sundhedsområderne.

2.2 Har der været opbakning til projektet fra relevante beslutningstagere? Hvorfor/hvorfor ikke?

Projektets relevante beslutningstagere er ledelsen i begge afdelinger, som både inkluderer chefer og ledere samt forstandere. Der har været ledelsesopbakning til projektet både i afdelingen for Psykiatri og Handicap samt i afdelingen for Pleje- og Seniorservice. De organisatoriske forudsætninger har været til stede for at skabe de bedst mulige rammer for, at projektet kunne implementeres i praksis.

Der er en stærk fælles ambition om at udvikle og løfte kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats overfor målgruppen af udsatte borgere. Ambitionen har afsæt i to aspekter:

1. Et ønske om at styrke det tværgående samarbejde mellem de to afdelinger (med fokus på systematik og gensidighed)
2. At styrke den sundhedsfaglige indsats for borgere med psykiske lidelser med øget fokus på somatiske lidelser

Ledelsesmæssigt har der været stor interesse for og opbakning til begge dele. De eksisterende erfaringer i Vesthimmerlands Kommune med tværfaglige samarbejder mellem det sundhedsfaglige og det pædagogiske personale viser positive effekter, og ledelsen har med dette projekt ønsket at skabe rammerne for, at samarbejdet styrkes yderligere; det betyder en styrket faglig indsats for borgerne og bedre ressourceudnyttelse på tværs af forvaltningen.

3 Samarbejde

3.1 Hvem var/er projektets centrale aktører (med centrale aktører forstås regionale eller kommunale aktører, som bidrager til eller påvirker projektets gennemførelse)?

Projektets centrale aktører er Sundheds- og Kulturforvaltningen, der er projektansøger.

- Afdelingen for Psykiatri og Handicap (projektansvarlig)
Chef for afdelingen (styregruppemedlem fra december 2017 – maj 2019, derefter vakant)
 - Ledelsessekretariatet
 - Sekretariatsleder (styregruppemedlem)
 - Projektsygeplejerske (projektgruppemedlem)
 - Udviklingspsykiatrien
 - Udviklingsleder (projektgruppemedlem)
 - Socialpædagog (projektgruppemedlem)
 - Botilbudsområdet
 - Forstander for botilbuddene i Aars (projektgruppemedlem)
 - Beskæftigelses- og aktivitetsområdet
 - Leder for Globen Vesthimmerland (projektgruppemedlem)
- Afdelingen for Pleje- og Senior-service (projektansvarlig)
Chef for afdelingen (styregruppemedlem fra 2017 og formand fra juni 2019)
 - Hjemme- og sygeplejen, distrikt Aars, distrikt Aalestrup og distrikt Farsø
 - Hjemme- og sygeplejen, distrikt Løgstør
 - Leder (projektgruppemedlem)
 - Sygeplejerske (projektgruppemedlem)

Projektleder og projektsygeplejerskeren har gennem projektperioden arbejdet tæt sammen; i opstartsfasen var de sammen på inspirationstur til Vejle Kommune, som har erfaringer og viden med et lignende projekt.

I opstartsfasen er der afholdt møde med den lægefaglige praksiskonsulent, som imødekommer projektet; på baggrund af projektbeskrivelsen er der indgået en aftale om, at den lægefaglige praksiskonsulent orienterer om projektet til lægerne i Vesthimmerlands Kommune.

I henhold til den sundhedsfaglige kompetenceudvikling er der indhentet tre tilbud, hvorefter styregruppen traf beslutning om at anvende Center for Offentlig Kompetenceudvikling (COK).

3.1.1 Hvordan fungerede samarbejdet mellem de centrale aktører i projektet (fx i forhold til kommunikation, arbejdsdeling og beslutningskompetencer)?

Styregruppen varetager den overordnede ledelse og styring af projektet i henhold til projektbeskrivelsen; herunder sikring af fremdrift, resultater samt ressourceallokering til projektaktiviteterne. Der sikres fælles rammer og retning for kompetenceudviklingsforløbet og for udviklingen af den organisatoriske samarbejdsmodel. Styregruppen er endvidere ansvarlig for økonomien, og den overordnede kommunikation af projektet til relevante parter. Den ledelsesmæssige opbakning og interesse for projektet har medført, at styregruppen har afholdt møder jævnligt; hver anden eller tredje måned. I alt har styregruppen afholdt 11 møder i projektperioden.

Projektgruppens arbejdsopgave er overordnet set at være udførende i henhold til styregruppens beslutninger; det er i relation til projektets konkrete implementering i praksis. Projektgruppens medlemmer er udvalgt på baggrund af, at de har rette viden og erfaringer både i forhold til borgermålgruppen og i

forhold til de medarbejdere, der arbejder med borgerne. Projektgruppen bistår med planlægning, udvikling og understøttelse af projektets aktiviteter, samt afprøvning og udarbejdelse af den organisatoriske samarbejdsmodel. Deres viden og erfaringer om praksis er nødvendig for projektet. Ydermere medvirker de til indhentning af data og viden til den interne evaluering samt til slutrapporten. Projektgruppen har afholdt møder cirka hver måned eller hver anden måned.; i alt har projektgruppen afholdt 13 møder i projektperioden.

Samarbejdet i begge grupper har fungeret godt, og i begge grupper har der været god dialog samt bidragelse til projektets gennemførelse.

Projektsygeplejersken har varetaget det sundhedsfaglige område i henhold til projektet. En rammedelegation har ikke været nødvendigt, da projektsygeplejerskeren *ikke* har en behandlende rolle. De sundhedsfaglige rammer for projektsygeplejersken har primært været rådgivning og vejledning i henhold til borgerne samt en rådgivende og tværgående koordinatorfunktion i henhold til medarbejderne. De sundhedsfaglige opgaver har været karakteriseret ved sammensatte stabile forløb, hvor udviklingen er langsomt og forventet, og hvor opgaverne er afgrænsede og umiddelbart forudsigelige. Opgaverne har krævet sundhedsfaglig viden samt opfølgning efter individuel vurdering.

Projektsygeplejerskens funktionsbeskrivelse er, som følger:

- Opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser hos målgruppen
- Rådgivning, vejledning og undervisning af borgere og relevante personalegrupper i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, samt i specifikke sundhedstemaer
- Tværgående koordinatorfunktion både generelt og specifikt i relation til den enkelte borger, pårørende og til samarbejdspartnere for derved at sikre en sammenhængende koordinering, overlevering af rette information til rette sundhedsfaglig personale samt opfølgning af borgerens mål
- Henvielse af borgere til relevante samarbejdspartnere, fx Sundhedscentret
- Sikring af systematisk dokumentation i CURA

Som et led i udviklingen af samarbejdsmodellen gennemførte projektsygeplejersken sundhedssamtaler med borgere i målgruppen; sundhedssamtalen er et af kernelementer i samarbejdsmodellen, som er blevet afprøvet i projektperioden. Mere om elementet i afsnit 6.1. Det har været en udfordring at rekruttere borgere til sundhedssamtalerne; dels handler det om, at en stor del af målgruppen både er fysisk og kognitiv udfordret, som har gjort, at det blandt andet har været vanskeligt at kommunikere værdien for borgeren med en sundhedssamtale. Dertil kommer, at projektsygeplejerskeren flere steder har brugt tid på at opbygge en god relation til borgeren, således borgeren var tryk ved at snakke med vedkommende. Sundhedssamtalerne har mundet ud i en helhedsorienteret og individuel vurdering af den pågældende borgers sundhedstilstand i henhold til de 12 problemområder¹. Når det har givet mening for borgeren, har projektsygeplejerskeren sammen med borgeren udarbejdet en konkret plan for at forbedre sundhedstilstanden med realistiske mål. Samtalerne har haft et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv med særlig fokus på somatiske sygdomme. Læs mere i afsnit 6.

Projektlederen har haft ansvaret for styringen og fremdriften af projektet, som blandt andet er:

- Betjening og facilitering af styregruppe og projektgruppe
- Procesfacilitering i relation til projektet
- Understøttelse af metodeudvikling og kompetenceudvikling
- Sikring af rettidig og løbende kommunikation internt i projektorganisationen
- Udarbejdelse af tydelig systematik omkring dokumentation og dataindsamling
- Økonomistyring i samarbejde med styregruppen

¹ Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. København: <https://www.retsinformation.dk/pdf-Print.aspx?id=144979>

- Projektledelse og understøtte projektsygeplejersken
- Sikring af udarbejdelse af samarbejdsmodel samt facilitering af inddragelsesproces
- Understøttelse, koordinering, og afvikling af kompetenceudvikling af medarbejdere
- Udarbejdelse af opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn*

Projektlederen har ydermere haft et tæt samarbejde med lederen for hjemme- og sygeplejen (projektgruppemedlem). Når der har været behov for en sygeplejefaglig leder eller sundhedsfaglig sparring, er lederen blevet inddraget ad hoc. Lederen har blandt andet særligt bistået med faglig sparring i henhold til fundene ved sundhedssamtalerne samt sygeplejefaglig leders viden og erfaring i henhold til CURA (Vesthimmerlands Kommunes omsorgssystem til journalisering) og andre sygeplejefaglige retningslinjer og værktøjer i Vesthimmerlands Kommune. Derudover har lederen kvalitetssikret opslagsværket og samarbejdsmodellen samt koordineret hjemmesygeplejersker i de tværfaglige møder og i forbindelse med den afsluttende workshop og opfølgingsseminaret. Derfor er egenfinansieringen i henhold til den sundhedsfaglig understøttelse større end forventet. Se mere afsnit 5.3.

3.2 Beskriv barrierer og/eller incitamenter for de centrale aktørers deltagelse i projektet.

Ejerskabet og engagementet til projektet har varieret. Det har haft betydning for udarbejdelsen af samarbejdsmodellen, hvis proces har været længere og vanskeligere end forventet. Det kan skyldes flere ting:

- At der flere steder i forvejen eksisterer gode samarbejder på tværs af organisationen, og derfor har det været vanskeligt i opstartsfasen at identificere ”hullerne”
- At en stor del af målgruppen er særligt udfordret kognitivt og fysisk, som gør, at det ikke har givet mening for de enkelte borgere at indgå i projektet; det har påvirket de centrale aktørers ejerskab og engagement til projektet, når det ikke har givet mening for deres borgere
- Fokus har været den individuelle vurdering i en konkret situation med en specifik borger, som stiller høje krav til en samarbejdsmodels fleksibilitet og indhold

En kerneudfordring i projektet har været at skabe et fælles fundament for to forskellige faggrupper. Projektet har tydeliggjort, hvor forskelligt de to faggrupper anskuer borgeren. Det har været en udfordring at styrke samarbejdet mellem to forskellige fagområder med hver deres kerneopgaver og underlagt to forskellige lovgivninger; det har også været en øjenåbner for måder og muligheder at samarbejde på fremadrettet. Det tværfaglige samarbejde er blevet drøftet hyppigt både i styregruppe og projektgruppe; det har været interessante og gode, og også nødvendige drøftelser.

Et andet tema, som har fyldt i drøftelserne, er det kommunale serviceniveau, som er blevet tilvejebragt særligt i forbindelse med projektsygeplejerskerens fund ved sundhedssamtalerne. Et eksempel på det er en borger uden netværk, fysisk og kognitivt udfordret, som skal til lægen. Fokus har været, hvem gør hvad, hvordan, og på baggrund af hvilken lovgivning; det betyder også drøftelser af, hvem der bestiller den konkrete opgave, og sidste ende handler det om vilkåret for økonomistyringen i henhold til, hvem skal betale.

4 Projektgruppen

I det følgende stilles en række spørgsmål om projektgruppen: Med projektgruppen forstås den medarbejdergruppe, der er nedsat med det formål at sikre den praktiske gennemførelse af projektet.

4.1 Var alle nødvendige ledelsesniveauer i forhold til at gennemføre projektet tilstede i styregruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre organisatorisk gennemslagskraft?

Ja, alle nødvendige ledelsesniveauer i forhold til at gennemføre projektet har været tilstede i styregruppen. Begge chefer fra begge fagområder har deltaget aktivt i styregruppen og har de nødvendige beslutningskompetencer og gennemslagskraft. Retrospektivt burde den sygeplejefaglige leder fra projektgruppen have siddet i styregruppen; lederen løftede opgaven ad hoc i tæt samarbejde med projektlederen.

4.2 Var alle nødvendige kompetencer i forhold til at gennemføre projektet tilstede i projektgruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre de nødvendige kompetencer?

Ja, alle nødvendige kompetencer i forhold til at gennemføre projektet har været tilstede i projektgruppen; de relevante ledere og forstandere har været tilstede, som arbejder med målgruppen; disse er også ledere for de medarbejdere, som har deltaget i kompetenceudviklingen.

4.3 Var der forhold vedr. projektgruppen (medarbejdernes motivation, jobskifte, organisatorisk omorganisering el.lign.), som påvirkede projektet? I givet fald hvilke, og hvordan påvirkede det projektet?

Det organisatoriske skift i styregruppen har medført, at projektets retning blev ændret; det handlede om at færdiggøre slutprodukterne til den kommende afdelingschef for Psykiatri og Handicap.

Det har påvirket projektet på den måde, at der i bestemte sammenhænge har manglet en chef for området med den fornødne strategiske og ledelsesmæssige viden og erfaring indenfor psykiatri- og handicapområdet i Vesthimmerlands Kommune. Det har særligt omhandlet beslutningen af de organisatoriske rammer for samarbejdsmodellen og de fremtidige aspekter med en konkret implementering af modellen samt videreførelse af elementer efter projektets afslutning. Det blev kort efter den daværende afdelingschef's fratrædelse besluttet at vente med disse aspekter af projektet qua den kommende afdelingschef forventedes at tiltræde inden for et halvt år. Beslutningen omkring dette har været klog, da den ledelsesopbakning og tilstedeværelse er nødvendig for vellykkede implementeringsprocesser.

Derudover har det også handlet om forholdet med at bibeholde motivationen med at understøtte et længerevarende projekt; erfaringen viser, at det er vanskeligt at opretholde det nødvendige og kontinuerlige fokus, når projektet er i drift. Ydermere handler det også om det typiske dilemma og udfordring om almindelig drift vs. projektdrift; det er et spørgsmål om hvor mange ressourcer, der skal bruges i projektregi, og derved i sidste ende kan mangle ved den almindelige drift. Det tilsammen kræver et stort ledelsesmæssigt fokus og prioritering fra begge afdelinger.

5 Økonomi

5.1 Der ønskes oplysninger om forbrug af midler for hele projektperioden. Oplysninger om forbrug (regnskabet) opstilles på årsbasis og i tabelform overfor budgettet (vedhæftes som bilag i Excel). Opstillingerne skal være detaljerede og følge de godkendte budgetter i Sundhedsstyrelsens oprindelige skema 3 og skema 4. I opfølgningen skal projektets samlede økonomi indgå, dvs. eventuel egenfinansiering skal medtages. Regnskabsoplysninger og budgetoplysninger oplyses i forhold til det senest godkendte budget (oprindeligt eller justeret), således det er muligt at aflæse eventuelle ændringer.

Regnskab er vedlagt som bilag 1.

5.2 Er ressourcerne blevet tildelt projektet?

Den første halvdel blev udbetalt i august 2018, og den sidste og anden halvdel blev udbetalt i oktober 2019.

5.3 Beskriv og begrund i slutrapporten eventuelle afvigelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug.

I forhold til det oprindelige projektbudget har projektejer anmodet om at foretage justeringer af budgettet i løbet af foråret 2019. Dette skyldes en revideret tidsplan i henhold til udarbejdelsen af samarbejdsmodellen og et overforbrug af egenfinansiering qua projektsygeplejerskens manglende erfaring med målgruppen.

Revideret budget

Der er blevet anmodet om omdisponering af midler i projektets budget. Sundhedsstyrelsen har godkendt det reviderede budget.

Lønudgiften til projektsygeplejersken er nedskrevet, da denne er lavere end ansøgt om. Der var tale om en nedskrivning på 148.077 kr. i lønudgifter til projektsygeplejerske. Det skyldes lavere anciennitet end forventet. Differencen er omdisponeret til lønudgifter til de socialpædagogiske og sundhedsfaglige medarbejdere, som aktivt arbejder med projektet blandt andet med understøttelse af projektsygeplejerskeren i henhold til målgruppen.

Egenfinansiering

Det har været afvigelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug på egenfinansieringsposten. Projektet hvilede på en forudsætning om, at kommunen i samme periode egenfinansierede i form af ledelses- og medarbejderressourcer svarende til i alt 819.400 kr. Afvigelsen skyldes, at der er brugt flere timer til understøttelse af projektsygeplejersken end forventet.

5.4 Er der uforbrugte midler, bedes årsag hertil begrundet

Der er uforbrugte midler på eksterne undervisere. Det skyldes, at kompetenceudviklingsforløbet v/ COK suppleret med en afsluttende workshop, et opfølgingsseminar samt opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn* har tilgodeset og opfyldt det videns- og kompetenceudviklingsbehov, medarbejderne har haft brug for. Se yderligere beskrivelse af kompetenceudviklingsforløbet i afsnit 6.1. Videre undervisning har derfor ikke været nødvendig.

6 Projektets udvikling og indsatser jf. puljens formål

6.1 Beskriv kort projektet og projekts indsatser, herunder målgruppe og formål. Er der tale om flere delprojekter, beskrives dette for hvert af disse.

Projektets formål har været at udvikle og løfte kvaliteten af den kommunale sundhedsindsats på bosteder og bostedslignende tilbud indenfor psykiatri- og handicapområdet via et systematisk og gensidigt styrket samarbejde mellem fagområderne Psykiatri og Handicap og Pleje- og Seniorservice. Dette er sket med et øget fokus på opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser ved blandt andet at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer ved borgerne i det daglige.

Projektets delmål er, som følger:

- At forbedre borgerne sundhedsmæssige tilstand
- At 80% af de deltagende borgere oplever en sammenhængende indsats
- At antallet af genindlæggelser nedbringes med 40%
- Mindst 20% af de deltagende borgere opnår en øget tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet
- Kompetenceudvikling af medarbejdere
- At bidrage via dokumentation og afrapportering til at skabe viden om effektive kommunale indsatser

Fokus har været at skabe sammenhæng mellem fagområderne, således borgere med psykiske lidelser i Vesthimmerlands Kommune oplever en styrket sundhedsindsats. Dette har skulle medvirke til en større livskvalitet samt give borgere bedre muligheder og forudsætninger for at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

Til projektet er der udvalgt en målgruppe bestående af borgere med psykiske lidelser, som enten bor i eget hjem eller i et botilbud og/eller er tilknyttet et beskæftigelses- eller aktivitetstilbud. I nærværende projekt er følgende inkluderet:

- Borgere tilknyttet Udviklingspsykiatrien
- Borgere tilknyttet bofællesskaberne Under Bøgen og Rosenvænget i Aalestrup
- Borgere tilknyttet Hus F, bofællesskaberne Bøgevej 3-5, i Løgstør
- Borgere tilknyttet bofællesskabet Østre Boulevard i Aars
- Borgere tilknyttet Globen Aars (beskyttet værksted), tilbud under Globen Vesthimmerland

Den samlede målgruppe består af ca. 105 borgere. Borgerne er mellem 20-67 år, dog er der en overrepræsentation af mænd mellem 40-60 år. Diagnoserne for målgruppen er typisk udviklingshæmning, autismespektrumforstyrrelser, skizofreni, angst og senhjerneskader, og størstedelen af borgerne har flere diagnoser. En stor del af borgerne i målgruppen har en kronisk psykisk sygdom, hvilket betyder, at sygdommen er for en længerevarende periode eller konstant. Generelt for mange af disse borgere betyder det, at de har et lavt funktionsniveau, og mange er udfordret kognitivt, sprogligt, motorisk og socialt. Derudover er der en gruppe af de udviklingshæmmede borgere i målgruppen, der ikke har et sprog. Flere af borgerne har ikke selv mulighed for at tage aktiv del i en sygdomsforebyggelse.

Den sekundære målgruppe er de pædagogiske medarbejdere i afdelingen for Psykiatri og Handicap, som arbejder til daglig med målgruppen. De består primært af pædagoger, socialpædagoger og omsorgshjælpere. Der er udvalgt 30 medarbejdere, som har deltaget i kompetenceudviklingsforløbet.

Samarbejdsmodel

Udviklingen og afprøvning af en ny tværgående samarbejdsmodel er et centralt element i projektet. Samarbejdsmodellen har til hensigt systematisk at skabe et konkret tværfagligt samarbejde omkring den enkelte borger. På baggrund af den viden, inputs og erfaringsudvekslinger, afprøvningen af delelementerne har tilvejebragt, er der udviklet en samarbejdsmodellen; den har til hensigt at skabe en fælles

systematik og praksisnær tilgang til et konkret tværfagligt samarbejde ved forebyggelse og opsporing af sygdomstegn hos borgere med psykiske lidelser. Resultatet af det kan bidrage til, at borgerne får en oplevelse af en mere sammenhængende indsats.

Det handler om at skabe kontinuitet og sammenhæng omkring og for den enkelte borger; det bygger på fælles værdier og målsætninger til samarbejdet mellem Psykiatri og Handicap samt Pleje- og Seniorservice. Samarbejdsmodellen er bygget op om følgende kernelementer:

- Tværgående koordinatorfunktion
- Sundhedssamtale
- Tværfagligt team omkring den enkelte borger
- Faglige sparringsmøder
- Forpligtende aftaler om mål og handlinger borgeren og fagpersonerne imellem

Det udmundede i en tydeliggørelse af opgave- og ansvarsfordelingen samt kommunikationen mellem de involverede parter i henhold til sundhedsmæssige problemstillinger. Det har været væsentligt for alle i projektorganisationen at udarbejde en samarbejdsmodel, der vil være nem at bruge i dagligdagen for alle fagpersoner; det gør, at der stilles høje krav til fleksibiliteten og enkeltheden.

Sundhedsfaglig kompetenceudvikling af medarbejdere

Et andet konkret mål for projektet er sundhedsfaglig kompetenceudvikling blandt medarbejderne i afdelingen for Psykiatri og Handicap, hvor formålet er, at pædagogiske medarbejdere bliver klædt på til at observere, opspore og forebygge somatiske lidelser. I samarbejde med COK er der udarbejdet kursusbeskrivelse, opstillet videns-, færdigheds- og kompetencemål og igangsat projektaktiviteter i henhold til dette.

Der er blevet afholdt en kick-off i denne forbindelse for alle kursusedtagere; her er formålet at skabe en fælles forståelse for projektet og formålet med kompetenceudviklingsforløbet. Denne kick-off inkluderede en gruppeøvelse, hvor kursisterne på tværs drøftede hverdagsituationer omhandlede sundhedsudfordringer eller sundhedsbehov. Opsummeringen af øvelsen blev videreformidlet til COK til at understøtte udarbejdelsen af undervisningsmaterialet.

Kompetenceudviklingskurset forløb over fire dage. Kurset tog udgangspunkt i projektbeskrivelsen, og havde til formål at sikre, at kursisterne opnåede kompetencer til at kunne vurdere og handle hensigtsmæssigt på ændringer i borgeres helbredstilstand. De fire kursusgange er afholdt med én uges mellemrum i marts måned 2019 med en hjemmeopgave mellem forløbene, hvor viden afprøves i praksis.

Dag 1

Det er introduktion og arbejdet med borgeren mellem Servicelov og Sundhedslov. Der er fokus på forståelse for hvad sundhedsfaglighed er, og hvordan det hænger sammen med den pædagogiske praksis, for bedre at kunne forstå og agere indenfor eget kompetencefelt og tværfagligt. Det handler om, hvordan sundhedsfaglig virksomhed og pædagogisk arbejde kan forenes, med udgangspunkt i dialog og refleksion over nuværende praksis. Ligeledes er der introduktion til arbejdsfordelingen mellem de to faggrupper med udgangspunkt i lovgivning.

Dag 2

Her klædes medarbejderne på i henhold til basale sundhedsfaglige observationer af det normale. Der er introduktion til sundhedsfaglige værktøjer, såsom ABCDE, observation via se, føl og lyt principperne, TOBS og ISBAR, og de 12 sygeplejefaglige problemområder gennemgås.

Dag 3

Kursisterne opnår viden om somatisk sygdomsforståelse. Der er introduktion til sygdomsforståelse i forhold til særlige opmærksomhed på forebyggelse og observation af kroniske lidelser. En stor del af dagen foregår med case-arbejde.

Dag 4

Opsamling og øvelser. Sidste dag er der fokus på at samle den nye viden og de nye færdigheder, og sætte dem i spil. Fokus er, at koblingen mellem rammer, sundhedsfaglige observationer og handlinger.

Efter de fire kursusdage, afholdt og afviklet af COK, afholdes en afsluttende workshop, udviklet af projektleder i samarbejde med COK og projektorganisationen. Her deltog alle kursusdeltagere samt hjemmesygeplejen og diverse ledere og forstandere. Formålet var en opsamling på de tilegnede sundhedsfaglige kompetencer gennem afprøvning af det tværfaglige samarbejde ved case-arbejde.

Efter endt kompetenceudviklingsforløb har kursisterne efterspurgt en opfølgning. Det udmundede i udviklingen og planlægning af et opfølgningsseminar i samarbejde med COK; det er blevet afholdt i efteråret 2019, som er godt et halvt år efter endt kompetenceudviklingsforløb. Alle kursusdeltagere samt hjemmesygeplejen og diverse ledere og forstandere deltog. Formålet med seminaret er at følge op på medarbejdernes erfaringer fra kompetenceudviklingsforløbet: Det handler om at få italesat tavs viden og oplevelser med den tilegnede viden, få genbesøgt og opfrisket viden og få reflekteret over perspektiver i kompetenceudviklingen med blik for styrket samarbejdet på tværs. Derudover er der fokus på en afdækning af, om, og hvordan den tilegnede viden og de tilegnede kompetencer fungerer i praksis. Til sidst drøftes, hvordan samarbejdsmodellen kan virke i praksis, og få medarbejdernes perspektiver på usete behov og udviklingspotentialer.

Tværfaglige møder

Som et delelement af samarbejdsmodellen er der ligeledes afprøvet tværfaglige møder mellem det pædagogiske personale og hjemmesygeplejen. Disse møder har haft til formål at skabe et forum for erfaringsudveksling i forhold til sundhedsmæssige problemstillinger omkring borgerne.

Sundhedssamtaler

Som et delelement af samarbejdsmodellen er sundhedssamtale-konceptet afprøvet. Projektsygeplejersken tilbød sundhedssamtaler med borgerne på de udvalgte bosteder og bostedslignende tilbud. Sundhedssamtalerne ses som et supplement til en sundhedsfaglig udredning. Projektsygeplejerskens funktioner indenfor koordinering i henhold til sundhedssamtalen er: at sikre koordinering og kontinuitet af borgerens sundhed i samarbejde med de omkringværende personalegrupper, den enkelte borger og eventuel dennes pårørende; at sikre at forløbene bliver helhedsorienterede og sammenhængende med en tværfaglig indsats; at sikre opfølgning med den enkelte borger og evaluering af de enkelte forløb; og sikring af opfølgning af samarbejdet med borgeren og relevante parter.

Udover at være et delelement, som skulle afprøves i henhold til udviklingen af samarbejdsmodellen, har sundhedssamtalerne også haft det formål at indsamle viden om borgernes sundhedsmæssige tilstand, således dokumentation på en forbedret tilstand kan forekomme. Samtalerne er foregået i henholdsvis borgerens eget hjem, på bostederne Bøgen og Rosenvænget i Aalestrup, Globen Aars og i Kimbrerparken.

TEMA-time

Som en del af projektsygeplejerskens vejledende rolle er der blevet efterspurgt oplæg vedrørende personlig hygiejne fra det pædagogiske personale, da det er en udbredt problemstilling blandt målgruppen. TEMA-time-konceptet blev udviklet som et sundhedsfagligt oplæg for borgere og omkringværende personale. omhandlende personlig hygiejne. Oplægget er udarbejdet af projektsygeplejerskeren med input fra projektleder og det pædagogiske personale for at sikre, at indholdet passer det målgruppens kognitive funktionsniveau.

6.2 Er der undervejs sket ændringer i indsatsområderne i forhold til projektbeskrivelsen? Hvis ja, beskriv disse.

Et af delmålene blev ændret undervejs; i ansøgningen blev beskrevet, at en samarbejdsmodel udvikles og implementeres. Det blev besluttet, at der gennem projektperioden skulle afprøves delelementer af samarbejdsmodellen for at undersøge, om delelementerne kunne fungere i praksis. Med andre ord samarbejdsmodellen er blevet udviklet gennem hele projektperioden med afprøvning af delelementerne, og ikke udviklet og implementeret i projektstarten som beskrevet i projektansøgning.

Ydermere er det ledelsesmæssigt blevet besluttet, at implementeringsprocessen af samarbejdsmodellen igangsættes, når den nye afdelingschef er tiltrådt; der udarbejdes en plan for implementeringsmuligheder og overlevering i slutningen af projektperioden, som styregruppen fremlægger for den kommende chef.

6.3 Er indsatserne afprøvet på nogle? I så fald hvor mange (opgjort på hhv. borgere/patienter og sundhedspersoner)?

Den primære målgruppe var 105 borgere med psykiske lidelser i Vesthimmerlands Kommune. I denne målgruppe er der en stor andel, som er særligt udfordrende kognitiv og fysisk. Derfor har det ikke været muligt at rekruttere og gennemføre sundhedssamtaler med alle borgerne i målgruppen, da konceptet ikke fungerer for hele målgruppen. Der er blevet gennemført i alt 57 sundhedssamtaler ud af 87 potentielle borgere. Medarbejderne har haft en øget opmærksomhed på opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser ved både de borgere, der har modtaget sundhedssamtaler, og også ved den gruppe borgere, der ikke har.

Kompetenceudviklingen af medarbejdere beskrevet i afsnit 6.1 er gennemført for i alt 30 medarbejdere fra afdelingen for Psykiatri og Handicap. Af de 30 medarbejdere, der har deltaget på kompetenceudviklingskurset, er der repræsentanter fra alle bosteder og bostedslignende tilbud. Der har været fire deltagere fra bofællesskaberne i Løgstør, fra Globen Vesthimmerland og fra bofællesskabet i Aalestrup, tre deltagere fra bofællesskabet i Aars, samt 14 deltagere fra udviklingspsykiatrien.

Opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn* er blevet afprøvet i praksis af medarbejdere i en begrænset periode blandt udvalgte afdelinger i august måned 2019. I alt 60 medarbejdere i afdelingen for Psykiatri og Handicap har haft muligheden for at afprøve opslagsværket og komme med feedback til det. Der var 32 medarbejdere der leverede feedback. Der blev udviklet en evalueringsskemaet til dette formål. De 32 evalueringsskemaer blev databehandlet og analyseret; resultaterne af disse er blevet fremlagt for og drøftet i både styregruppe og projektgruppe, hvorefter beslutninger blev truffet. Ændringer blev indarbejdet i opslagsværket. Der blev følgende trykt 500 eksemplarer til uddeling blandt medarbejderne i afdelingen for Psykiatri og Handicap samt fordelt til orientering i de fire hjemsygeplejestrakter.

6.4 Er der yderligere information om projektets udvikling og indsatsområder?

Nej, det er ikke yderligere information om projektets udvikling og indsatsområder.

7 Proces og tidsplan

- 7.1 Er projektets oprindelige tidsplan, herunder de planlagte milepæle, overholdt? Hvis ikke bedes dette begrundet.

Projektet har ikke overholdt sin oprindelige tidsplan i forhold til udarbejdelse af samarbejdsmodellen. Den oprindelige plan var, at modellen skulle være udviklet i starten af projektet og implementeret i efteråret 2018 med mulighed for justering og afprøvning af andre versioner i den sidste periode af projektet. Opstartsfasen forløb ikke som planlagt. Udarbejdelsen af samarbejdsmodellen viste sig at være en længere og mere udfordrende proces end forventet. Se yderligere punkt 3.2 og punkt 6.2. Det blev vedtaget i styregruppen at afprøve delelementer af samarbejdsmodellen i praksis, inden modellen blev færdigudviklet; det har betydet, at samarbejdsmodellen først er færdigudviklet i december 2019 ved projektets afslutning. Implementeringen af den forventes at blive i gang i 2020 med den nye afdelingschef som ansvarlig.

- 7.2 Har der været væsentlige barrierer for projektets fremdrift? Har de haft betydning for projektets resultater?

Projektgruppen har oplevet, at de største udfordringer i projektet og dets forløb, har været forskellighederne i organisering af de to faggrupper i forhold til forskellige holdninger til sundhedsloven, kerneopgaver og prioritering. Dette har til tider gjort samarbejdet mellem de to faggrupper vanskeligt, idet de agerer ud fra hver sin ramme. Læs mere i tidligere afsnit 3.2, 5.3 og 6.2.

8 Projektets relevans og opnåede resultater

8.1 Beskriv de opnåede resultater

De opnåede resultater bliver beskrevet ud fra de opstillede delmål i projektansøgningen.

At forbedre borgernes sundhedsmæssige tilstand

For at imødekomme dette delmål har projektsygeplejersken blandt andet i løbet af projektperioden foretaget sundhedssamtaler med en række borgere på de udvalgte bosteder og bostedslignende tilbud. Dette har sat større fokus på borgernes sundhedsmæssige tilstand både hos flere af borgerne, som har haft sundhedssamtalen, og hos medarbejderne omkring borgerne, som enten har været på det sundhedsfaglige kompetenceforløb, og/eller har understøttet i forhold til rekrutteringen af borgere.

Gennem sundhedssamtalerne kan det dokumenteres, at flere borgeres sundhedsmæssige tilstande er forbedret. Se mere i afsnit 8.2. Et opmærksomhedspunkt er her, at såfremt medarbejdernes fokus på sundhed forsvinder, forsvinder borgernes motivation også. Derfor kræver det en kontinuerlig aktiv indsats af medarbejderne for at bibeholde borgernes fokus og motivation i forhold til at forbedre deres sundhedstilstand.

TEMA-time er blevet afprøvet i Globen Aars og Globen Aalestrup med temaet ”personlige sundhed”, særligt med hygiejne som omdrejningspunkt. Formålet har været sundhedsfaglig undervisning og vejledning af borgere samt understøttelse af det pædagogiske personale i sundhedsfremme og forebyggelse blandt borgerne. Dette udsprang af en efterspørgsel og ønske fra medarbejderne, da det er en gennemgående udfordrende blandt andre borgerne i Globen Vesthimmerland. Både medarbejdere og borgere har givet positiv feedback på indsatsen. Udfordringen for borgerne, og derved også medarbejderne, har været at holde fokus på den personlige sundhed efterfølgende. Brug af sæbe og/eller desinficerende produkter er ofte ikke en naturlig del af hverdagen for målgruppen.

Igennem projektsygeplejerskerens tilstedeværelse i Globen Vesthimmerland over en længere periode, blev der også igangsat andre sundhedsinitiativer, som understøttede formålet med at forbedre borgernes sundhedsmæssige tilstande; dette inkluderede blandt andet et gå-hold en fast ugedag og smoothiesdag, hvor borgerne var med til at lave forskellige sunde grønsagssmoothies.

At 80% af de deltagende borgere oplever en sammenhængende indsats

Dette delmål er imødekommet ved, at projektsygeplejerskeren igennem projektperioden har haft en tværgående koordinationsfunktion. Projektsygeplejerskeren har for borgerne været den gennemgående person, som har fulgt op med enten borgeren selv, lægen, den pædagogiske medarbejder, hjemmesygeplejersken eller andre fagpersoner. Projektsygeplejerskeren har sikret og understøttet, at der bliver fulgt op på aftaler og mål med borgeren.

At antallet af genindlæggelser er nedbragt med 40%

Genindlæggelser har været mindre i fokus, da projektets fokus primært har været opsporing og forebyggelse af somatiske sygdomme, hvorved der særligt er lagt vægt på kompetenceudvikling af medarbejdere og udvikling af en samarbejdsmodel. Det kan i visse tilfælde betyde, at forbruget af sundhedsydelse rent faktisk er steget i en periode, fordi der hos den enkelte borger er blevet identificeret en række sundhedsmæssige problemstillinger, som skal undersøges. Tesen er, at sundhedsudgifterne vil på længere sigt blive reduceret qua en tidligere indsats grundet tidlig opsporing og forebyggelse af somatiske sygdomme; tidlig indsats/behandling er medvirkende til at forhindre alvorlige bivirkninger.

At mindst 20% af de deltagende borgere har opnået en øget tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked

Qua den store andel af borgere i målgruppen, som er kognitivt og fysisk udfordret, har fokus ikke været at udvikle projektaktiviteter for at øge borgernes tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet. Der er her et udviklingspotentiale.

At der er udarbejdet en samarbejdsmodel, der sikrer et styrket tværgående sundhedsfagligt samarbejde samt en bedre ressourcenyttelse på tværs af organisationen

Resultatet af afprøvning af de forskellige delelementer samt inputs og viden fra begge faggrupper har resulteret i en samarbejdsmodel for afdelingen for Psykiatri og Handicap samt afdelingen for Pleje- og Seniorservice. Se bilag 2 - Samarbejdsmodel.

At der er sket en kompetenceudvikling af medarbejdere

Der er sket en sundhedsfaglig kompetenceudvikling af medarbejdere i afdelingen for Psykiatri og Handicap; det pædagogiske personale har opnået følgende kompetencer:

- Vurdere og handle hensigtsmæssigt på ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand
- Arbejde forebyggende i nuværende pædagogiske praksis i forhold til udvalgte sundhedsfaglige problemstillinger
- Formidle relevante observationer og overvejelser til rette samarbejdspartnere

Derudover har de modtaget viden om observationsmetoder, normale sundhedstilstande, sundhedsproblematikker, udvalgte årsager til akut opstået sygdom og udvalgte kroniske lidelse.

At bidrage, blandt andet via dokumentation og afrapportering, til at skabe viden om effektive kommunale indsatser

Sundhedssamtale-konceptet har bidraget til indsamling af vigtig viden i forhold til borgernes sundhedsmæssige tilstande, viden og erfaring omkring rekrutteringsprocesser af borgerne samt en kortlægning af ressourcer i henhold til tværfaglige samarbejder, som fremadrettet kan bruges til at igangsætte relevante indsatser for borgerne. Hver sundhedssamtale er blevet dokumenteret i CURA, som både det sundhedsfaglige og det pædagogiske personale kan fremsøge aktivt.

Der har været god feedback på de tværfaglige møder fra medarbejderne, som mener, at det er godt med et forum for erfaringsudveksling og vidensdeling på tværs af de to faggrupper omkring borgere. Den afsluttende workshop og opfølgingsseminaret lagde stor vægt på case-øvelser, hvor begge faggrupper fik mulighed for at drøfte cases/borgere med hinanden ud fra hvert perspektiv. Det gav en større forståelse for, hvilken viden, de forskellige faggrupper har og har brug for, samt hvilke prioriteter faggrupperne har i henhold til at kunne løse en sundhedsmæssig udfordring.

- 8.2 Beskriv kvalitative og kvantitative resultater. Det kan fx være patienternes/borgernes vurdering af indsatserne, sundhedspersonernes vurdering, indsamlede data, afholdte events, udarbejdede materialer, afprøvning af materiale og initiativer, afholdte workshops, peer board-møder/netværksmøder, afholdte interviews mv. Andre kvalitative eller kvantitative mål?

Nedenstående kvalitative og kvantitative resultater er bekræftet ud fra de opstillede delmål.

At forbedre borgernes sundhedsmæssige tilstand

Der er gennemført 57 sundhedssamtaler under projektføreløbet. Kønsfordelingen er 30 mænd og 27 kvinder. For flere borgere har samtalerne gjort en faktisk forskel i relation til deres sundhedsmæssige tilstand, da det har kortlagt borgernes 12 sundhedsfaglige problemområder, hvorefter der aktivt er taget hånd om flere af problemområderne.

Følgende demonstrerer borgernes sundhedsmæssige tilstande baseret på indsamlet viden fra sundhedssamtalerne:

- 73% af borgerne er kategoriseres som værende overvægtige eller derover (ud fra beregning af deres BMI)
 - 40% af denne andel kategoriseres som værende i fedme-klassificeringerne

Ifølge Sundhedsstyrelsen kan ca. 51% af den voksne befolkning kategoriseres som overvægtige

- Ca. 70% er ikke dagligt fysisk aktive
- Ca. 46% af borgerne er i høj eller meget høj risiko for udviklingen af type-2 diabetes (ved brug en risikotest udviklet af Diabetesforeningen)

Det er ikke en højere risiko sammenlignet med den generelle befolkning. Ifølge Diabetesforeningen skønnes det, at 4,5% af befolkningen har diabetes, hvoraf type-2 diabetes udgør 80% af denne andel.

- De problemområder, som blandt andet udgør stor risiko for udvikling af somatiske sygdomme, er udskillelser, vejrtrækning og kredsløb

Det handler for eksempel om forhøjet blodtryk, hævede ben, vejrtrækningsbesvær, inkontinens og forringet tandstatus.

Denne gruppe af borgere er i særligt stor risiko for at udvikle somatiske lidelser, hvorved risikoen er større for de borgere, som bor i eget hjem. Borgere i eget hjem er i mindre grad i kontakt med enten sundhedsfaglig eller pædagogisk personale, hvorfor resultatet ikke er overraskende, dog er omfanget. De adspurgte borgere har et eller flere ønsker for forbedring af deres sundhedsmæssige tilstand, hvoraf størstedelen ønsker vægtreduktion og øget aktivitetsniveau; en mindre del ønsker at reducere brugen af rusmidler og/eller cigaretter. Det indikerer, at flere borgere gerne vil ændre deres livsstil, hvormed der er et udviklingspotentiale.

At 80% af de deltagende borgere oplever en sammenhængende indsats

Igennem projektperioden har det været vigtigt at tage særligt hensyn til den store andel af borgere, som særligt er kognitivt og fysisk udfordret, i udviklingen af projektaktiviteter. Som beskrevet tidligere er der en overrepræsentation af borgere med autismspektrumsforstyrrelser og udviklingshæmning, som gør, at faste strukturer i hverdagen skal bistå for at bevare tryghed for borgerne. Derfor vurderes dette delmål ud fra de medarbejdere, som er tættest på borgerne.

At antallet af genindlæggelser er nedbragt med 40%

På nationalt plan er der på nuværende tidspunkt igangsat ændringer for, registrering og opfølgning af indlæggelser og genindlæggelser, hvorfor det ikke er muligt at trække valide data herom. De tilgængelige data kan hverken på- eller afvise en reduktion i antallet af genindlæggelser i projektperioden. Herudover er det væsentlig at påpege, at der er tale om en lille andel af borgere, som direkte har forbedret deres sundhedsmæssige tilstand, hvorved opgørelser for målgruppen ikke vil være retvisende.

At mindst 20% af de deltagende borgere har opnået en øget tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked

Ud fra en kortlægning i projektperioden af borgernes beskæftigelse ses det, at ca. 35% er i beskæftigelse, og ca. 60% ikke er i beskæftigelse. Der er ikke kendskab til de restende fem procents tilknytning. Ligeledes er der ikke kendskab til borgernes uddannelsesniveau.

Ud fra den viden og data, der er blevet indsamlet i løbet af projektperioden om målgruppen, er der indikationer på, at borgerne med ingen tilknytning til uddannelse/arbejde har større risiko for udvikling af somatiske lidelser.

At der er udarbejdet en samarbejdsmodel, der sikrer et styrket tværgående sundhedsfagligt samarbejde samt en bedre ressourceudnyttelse på tværs af organisationen

Samarbejdsmodellen består af en fælles systematik og tilgang, som kan give en bedre ressourceudnyttelse af medarbejdernes kompetencer i det tværfaglige samarbejde omkring en borgers sundhedsmæssige mål. Samarbejdet tager udgangspunkt i borgerens mål; Vesthimmerlands Kommune arbejder ud fra, at borgeren er en aktiv spiller i eget liv, og derfor handler det at arbejde sammen om de mål, som borgeren selv sætter eller er medvirkende til at sætte. Der arbejdes ud fra samme værdier og mod

samme målsætninger i det tværgående samarbejde. Samarbejdsmodellen tydeliggør ansvar- og opgavefordelingen for det pædagogiske og sundhedsfaglige personale i henhold til de sundhedsfaglige opgaver, hvor det er vigtigt at understrege det fælles ansvar sammen med borgeren.

At der er sket en kompetenceudvikling af medarbejdere

I forbindelse med den sundhedsfaglige kompetenceudvikling af medarbejderne i Psykiatri & Handicap har 37 medarbejdere deltaget i det 4-dagskompetenceudviklingskursus i foråret 2019. Der har været positiv feedback fra medarbejderne, og selvom at flere af medarbejderne allerede havde en sundhedsfaglig viden, var det godt med en opfriskning af denne.

At bidrage, blandt andet via dokumentation og afrapportering, til at skabe viden om effektive kommunale indsats

Gennem projektaktiviteterne er der skabt brugbar viden og erfaringer om både borgerne og medarbejderne omkring borgere. Projektet har været medvirkende til at kortlægge udviklingspotentialer og samarbejdsmuligheder, som bidrager til den sundhedsmæssige udvikling i afdelingen for Psykiatri og Handicap.

8.3 Oplever I (projektgruppen), at projektet har bidraget til at understøtte opnåelse og udbredelse af det oprindelige formål? Begrund hvorfor.

Projektet har medvirket til organisatorisk læring og erfaringer med de forskellige fagligheder og afdelinger; det har givet større indsigt i hinandens måde at anskue en borger på, og hvordan arbejdsprocesser er. Vidensdeling mellem afdelinger og fagområder har været et givtigt element i projektet; det har skabt muligheder for mere samarbejde, og har været medvirkende til at skabe et grundlag for en mere kvalificeret sundhedsindsats.

Generelt har styregruppen og projektgruppen oplevet, at den største værdi projektet har skabt, er: at det tætte samarbejde i projektet mellem de to faggrupper har skabt større forståelse for hinandens fagligheder og hinandens organisatoriske rammer i det daglige arbejde; et øget fokus på og mere viden om sundhed blandt medarbejdere i Psykiatri og Handicap; muligheder for at kunne videreformidle rette sundhedsinformationer til rette sundhedsfagligt personale på baggrund af mere tilegnet viden om sundhed med udgangspunkt i en konkret kommunikationstjekliste i form af ISBAR; at samarbejdsmodellen har sat den organisation ramme for hvordan vi samarbejder tværfagligt og koordinerer på tværs af afdelinger; og at samarbejdsmodellen tydeliggør ansvars- og opgavefordelingen mellem medarbejdere, som arbejder ud fra to forskellige lovgivninger.

8.4 Beskriv evt. igangværende nationale/regionale/kommunale initiativer, som påvirker eller overlapper projektets formål. Hvordan koordineres disse initiativer med nærværende projekt?

De erfaringer og den viden, projektet har tilvejebragt, vil fremadrettet blive anvendt i Vesthimmerlands Kommune. Projektet har givet et afsæt til at fortsætte mere kvalificeret i den retning, hvor sundhed er i fokus. Følgende sideløbende initiativer understøtter det sundhedsmæssige fokus fremadrettet: gennemgang af skriftlig dokumentation i CURA Social; sygepleje-besøg i botilbud, i udviklingspsykiatrien og i Globen Vesthimmerland sammen med regionen hygiejnesygeplejerske med fokus på personlig hygiejne og undgå smitte; og undervisning af medarbejdere ved kommunens specialistsygeplejersker såsom inkontinenssygeplejerske.

I denne forbindelse er alle medarbejdere på socialområdet blevet undervist i de 12 problemområder qua de erfaringer med kompetenceudviklingskurset og udviklingen af opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn*. Denne undervisning bestod af en undervisningsdag. Yderligere er der fokus på, at medarbejdere i afdelingen for psykiatri og handicap bliver styrket i sundhedsfaglig dokumentation; der vil være gennemgang, opfølgning og kvalitetsvurdering af dokumentationen.

CURA Sundhed blev implementeret for de sundhedsfaglige medarbejdere i efteråret 2018. Der er en forventning om, at oprettelsen af sundhedsprofiler på alle borgere i CURA Social i samarbejde med det sundhedsfaglige personale igangsættes i 2020; ligeledes en ambition om at disse opdateres årligt. Derved fastholdes der herigennem et fokus på borgernes sundhedsmæssige tilstande.

8.5 Andre opnåede resultater?

Da kompetenceudviklingskurset var intensivt med meget viden, blev der givet udtryk for en form for tjekliste eller opslagsværk til at støtte den nye indlærte viden. I denne forbindelse blev der udviklet *Opsporing af Sygdomstegn* (bilag 3 – Opsporing af sygdomstegn) til det pædagogiske personale, der arbejder med borgere med psykiske lidelser på bosteder eller bostedslignende tilbud. Opslagsværket består af direkte telefonnumre på de fire hjemmesygeplejedistrikter i Vesthimmerlands Kommune, IS-BAR (tjekliste for sikker mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed), samt et overblik over de 12 problemområder og opmærksomhedspunkter i henhold til disse ud fra de tillærte principper Se-føl-lyt.

Opslagsværket har modtaget meget positiv feedback fra medarbejdere fra begge faggrupper. Begge faggrupper ser stor værdi i opslagsværket, da det blandt andet er med at gøre hverdagen nemmere, da vigtig viden er lettilgængeligt. Der er trykt 1500 eksemplarer af opslagsværket, der er uddelt til medarbejdere i både Psykiatri & Handicap og Pleje- & Seniorservice. Ydermere er der mulighed for at videreudvikle eller opdatere opslagsværket, da det også er digitalt tilgængeligt.

9 Plan for implementering

- 9.1 Forventes projektet, eller dele heraf, sat i drift eller udbredt? Hvilke risici kan påvirke projektets fund i de kommende år? (Fx. ændringer i bemanning, organisation, lovgivning, budgetreguleringer etc.).

Implementering af samarbejdsmodellen forventes i gangsat i 2020.

Dokumentation af borgere i CURA vil fortsætte, og dermed naturlig understøtte og styrke samarbejdet på tværs qua den igangværende implementeringsproces med CURA Social for afdelingen af Psykiatri og Handicap.

Vi kan ikke se risici, som kan påvirke projektets fund.

- 9.2 Hvornår forventes projektets fund og viden implementeret? Er der en tids- og milepælsplan?

Den udarbejdede samarbejdsmodel fremlægges for den nye afdelingschef ved projektets afslutning, hvorved den forventes implementeret i løbet af 2020. Vesthimmerlands Kommune vil fremadrettet anvende de værdifulde erfaringer og viden i projektet ved planlægning af fremtidige indsatser på området.

- 9.3 Hvordan forventer I, at implementeringen og udbredelsen skal ske?

Der er ved projektafslutningen afholdt et overleveringsmøde med den nye afdelingschef for Psykiatri og Handicap, udviklingssygeplejerskeren fra afdelingen for Pleje- og Seniorservice.

- 9.4 Er der afsat ressourcer til implementering?

Der er endnu ikke afsat konkrete ressourcer til implementeringen. Der er dedikerede ressourcer til understøttelse og videreudvikling af det sundhedsfaglige perspektiv i afdelingen for Psykiatri og Handicap qua de tidligere omtalte eksisterende indsatser i afsnit 9.1.

- 9.5 Hvilke medarbejdere skal medvirke til udbredelse og implementering?

Først og fremmest er det ledelsen, herunder den nye afdelingschef for Psykiatri og Handicap, som skal skabe de organisatoriske rammer for implementeringen af samarbejdsmodellen. Derudover er det samarbejde mellem udviklingsafdelingen i Pleje- og Seniorservice og afdelingen for Psykiatri og Handicap, som skal være medvirkende til udbredelse og implementering.

- 9.6 Hvor (fx i hvilke kliniske sammenhænge og til hvilke patienter/borgere) forventes initiativerne implementeret?

I løbet af 2020 vil alle tre områder af afdelingen for Psykiatri og Handicap, og dermed både projektets borgermålgruppe og medarbejdermålgruppe, have fortsat øget fokus på det sundhedsmæssige perspektiv qua fortsættelsen af dokumentation af borgerne i CURA, sygeplejebesøg samt implementeringen af samarbejdsmodellen.

10 Andre forhold

10.1 Har der været uforudsete forhold som resultat af projektets aktiviteter (fx nye holdninger til behandlingsmetoder eller faggrupper)?

Betydningen og anvendelsen af *Opsporing af sygdomstegn* har været et uforudset forhold som resultat af projektaktiviteten ”kompetenceudvikling af medarbejdere”. Udviklingen af opslagsværket har været et positivt bidrag til projektet, og forventes at sikre implementering og fastholdelse af den sundhedsfaglige kompetenceudvikling blandt det pædagogiske personale.

Der er opnået øget viden om generelle sundhedsmæssige problemstillinger.

10.2 Er der forhold, der ikke er nævnt i det ovenstående, som har påvirket projektet positivt eller negativt?

Nej.