

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

1.	Projektets titel:	Tværsektorielt TEAMSAMARBEJDE for og med de svageste ældre
2.	Baggrund og formål med projektet:	Det tværsektorielle samarbejde i Region Sjælland fungerer generelt godt. Imidlertid har øget specialisering og forskellige styringsparadigmer til en vis grad flyttet fokus fra helhedsplejen og de svageste ældres behov. I et specialiseret perspektiv ses der isoleret på fx diagnose og symptomer. Denne udfordring er kendt både på sygehuse og i kommunerne. I helhedsplejen er personalet i kontakt med, ser og lytter på mennesket i et plejeperspektiv, der inddrager fysiske, psykiske, sociale, kulturelle faktorer. En helhedstilgang er forudsætning for kvalitet og sammenhæng i tilbuddet, særligt for den ældre, svækkede patient. Med henblik på et fremtidigt kvalitetsløft ønskes en systematisk afprøvning af tre modeller for tværsektorielt teamsamarbejde omkring de svageste ældre, der kombinerer det daglige arbejde med en teamstruktur, der understøtter borgerens forløb. Modellerne er forskellige i forhold til teamsammensætning, inklusion og ledelsesform og bygger alle på høj sundhedsfaglig viden om den geriatriske patient. Enhver models succes er afhængig af kompetencer hos de medarbejdere, der skal arbejde med modellen. Derfor gennemføres i projektet, sideløbende med afprøvning af de lokalt forankrede modeller, et specialiseret kompetenceudviklingsmodul i geriatri for alle fagpersoner, som kommer i behandlingsmæssige eller plejemæssig berøring med de svageste ældre patienter i hele regionen.
3.	Projektets overordnede mål:	• Tidlig opsporing af funktionstab og tidlig rette indsats i forhold til bedre selvoplevet helbred (hvor dette er muligt) og livskvalitet • Understøttelse af smidige sammenhængende forløb med fokus på at borgeren undgår unødigt ventetid, modtager nødvendig indsats med det samme og oplever forløbet som ét sammenhængende forløb • Forebyggelse af u hensigtsmæssige/ uønskede indlæggelser
	Delmål:	• Afprøvning af tre modeller for tværsektorielt teamsamarbejde med fokus på de svageste ældre • Etablering af geriatrisk supervision: Speciallægerådgivning af personale • Inddragelse af telemedicinske løsninger • Afprøvning af forskellige former for tværsektoriel, fælles ledelse • Gennemføre kompetenceudvikling inden for geriatrisk helhedspleje
4.	Projektets indsatsområder:	Ud fra Sundhedsstyrelsens krav til projekternes indhold, har vi valgt at fokusere på følgende: • Udvikling af eksisterende former for udgående funktioner fra sygehus • Forsøg med bedre adgang til mere specialiserede (sygehus)kompetencer for kommuner, herunder anvendelse af telemedicinske løsninger • Kompetenceudvikling i hjemmesygeplejen og blandt sygehuspersonale, som er i berøring med den geriatriske borger Derudover fokuseres der på: • Fremskudt visitation, hvor det tværsektorielle samarbejde om og med borgeren indledes på sygehuset • Fælles ledelse • Tværsektoriel ansættelse • Fælles skolebænk for medarbejdere, der arbejder med de svageste ældre, i både kommuner og sygehuse

5.	Projektets målgruppe(r):	<u>Teamsamarbejde:</u> Målgrupperne er svage ældre borgere, som er tilknyttet kommunens hjemmepleje eller hjemmesygepleje og har behov for ny indsats fra sundhedsvæsenet. Desuden ældre, der er i sygehuskontakt og skal hjem igen og har behov for ny omsorgs-/plejeindsats eller genoptræning. <u>Kompetenceudvikling:</u> Sygeplejersker, sosu-assistenter, fysio- og ergoterapeuter m. fl., som kommer i behandlingsmæssig eller plejemæssig berøring med de svageste ældre i kommuner og på sygehuse i hele regionen. Hjælpere er ikke en del af målgruppen, da vurderingen fra adspurgte kommunale ledere lyder, at hjælperne er kommet godt med ift. tidlig opsporing, og da de netop praktiserer helhedsplejen i det daglige.
6.	Rekrutteringsstrategi:	<u>Teamsamarbejde:</u> Projektet opererer med tre rekrutteringsformer for inklusion af patienter: <u>Delprojekt 1:</u> Egen læge/ kommunalt ansat personale/ sygehuspersonale kan, efter triagering, tage initiativ til samarbejde med tværsektorielle teamsamarbejde om patienter (forventet ca. 700 patienter i alt) <u>Delprojekt 2:</u> Det tværsektorielle team vurderer alle 75+årige patienter som udskrives med genoptræningsplan med henblik på indsats (forventet ca. 1200 patienter pr. år) <u>Delprojekt 3:</u> Det tværsektorielle team opsøger de ældre medicinske patienter med forløb i kommune og på medicinsk afdeling på sygehus (forventet ca. 1200 patienter pr. år) <u>Kompetenceudvikling:</u> Rekruttering af deltagere til projektets kompetenceudviklingskurser sker med opbakning fra øverste ledelseslag i kommuner og på sygehuse. Det forventes, at 900 medarbejdere (fra kommuner og sygehuse) gennemfører kurset i løbet af de 3 år.
7.	Sikring af relevante kompetencer hos de involverede aktører:	<u>Teamsamarbejde:</u> Der er forskellige behov for kompetencer i projektets tre teammodeller. De tre lokale styregrupper samt den lokale projektledelse har ansvar for at sikre, at de involverede projektmedarbejdere har de rette kompetencer. <u>Kompetenceudvikling:</u> Som undervisere på projektets kompetenceudviklingsdel benyttes geriatriske læger og andet personale, der har ekspertviden om de svageste ældre. Desuden vil kompetenceudviklingskurset indeholde en halv dags praktikforløb i kommunerne, hvor deltagerne følger en erfaren social- og sundhedshjælper, som har helhedsplejen som sit ekspertfelt.
8.	Aktiviteter og metoder:	<u>Teamsamarbejde:</u> Metode: En metode til at styrke sammenhængen for de svageste ældre i sundhedsvæsenet er anvendelsen af tværsektorielle teams, herunder geriatriske teams. Geriatriske teams tager i høj grad hånd om netop de svageste ældre. Geriatriske teams har qua sin tværfaglige tilgang fokus på den ældre patients samlede sygdomsbillede og livssituation. Det er imidlertid langt fra alle ældre svækkede patienter som ligger på geriatrisk afdeling. Også på medicinske afdelinger ligger mange af disse. Derfor dækker denne ansøgning både over afprøvning af modeller med geriatriske teams og en model, der tager udgangspunkt i en medicinsk afdeling. For alle tre modeller gælder, at der anvendes medarbejdere, der arbejder både i kommuner og på sygehus i team, som har fokus på optimal sammenhæng i de svageste ældres forløb. Region Sjælland har en sundhedsmæssig udfordring, idet der mod nord, vest og syd i regionen bor mange ældre, mange med lav middellevetid og stor andel med ringe socioøkonomisk formåen. Det betyder at befolkningen her har mange sygdomme og samtidig er der i netop disse områder også store, geografiske afstande mellem kommuner og sygehuse. Sundhedsvæsenet i Region Sjælland er i dele af regionen præget af mangel på alment praktiserende læger såvel som specialiserede læger.

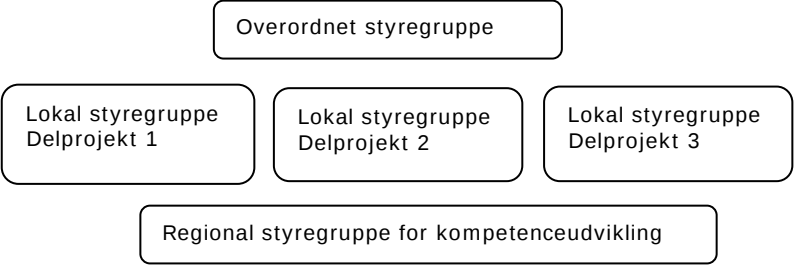
	Dermed har Region Sjælland nogle særlige udfordringer, som sætter rammer for samarbejdet om og med de svageste ældre, og dermed også for det valgte projekt. Projektet her tager hensyn til knapheden på læger ved at inkludere den praktiserende læges mulighed for at tage initiativ til samarbejde med de tværsektorielle teams, men lægger ikke yderligere beslag på arbejdskraft fra den enkelte praktiserende læge. I forhold til, at der også er knaphed på speciallæger, giver projektet øget adgang til specialistviden for medarbejdere i kommuner, på sygehusafdelinger samt for praktiserende læger ved hjælp af telemedicinske løsninger. I regionen eksisterer i dag ét tværsektorielt team med fokus på ældre patienter. Der er tale om et samarbejde mellem en enkelt kommune (Roskilde) og et enkelt sygehus beliggende i samme kommune (Sjællands Universitetshospital, Roskilde). Her har det tværsektorielle samarbejde i teamet fordel af den korte geografiske afstand. Denne projektansøgning er inspireret af dette tværsektorielle team, og ønsker at afprøve alternative muligheder, som kan fungere imellem flere kommuner og sygehuse med større afstande mellem sig. Dette projekt har valgt at afprøve tre forskellige modeller for tværsektorielt teamsamarbejde for og med de svageste ældre patienter. I hvert delprojekt indsamles materiale til belysning af fordele og ulemper med den aktuelle model. På baggrund heraf sammensættes den for kommunerne og Region Sjælland mest hensigtsmæssige form for tværsektorielle teams til styrket sammenhæng for de svageste ældre, efter projektets. Hvert delprojekt gennemføres som aktionsforskningsprojekt. Aktionsforskningsprojekter er blandt andet kendetegnet ved, at der under projektet opstår ny viden, som omsættes til handling. Ny viden og erkendelse opstår på baggrund af løbende dataindsamling og bearbejdning samt diskussion mellem forskere og deltagere i projektet. De tre forskellige modeller vurderes i henhold til de mål og formål, der er formuleret under pkt. 3. Delprojekternes resultater er ikke direkte sammenlignelige bl.a. grundet forskel i målgruppe samt valget af aktionsforskning som metode. Sammenligning af delprojekternes målopfyldelse vil derfor foregå kvalitativt og eksplorativt i respekt for de forskelligheder, der præger modellerne, deres rammer og omgivelser. Sammenligning vil ligeledes ske i relation til rammerne for Sundhedsstyrelsens eksterne evaluering. I det følgende skitseres de tre delprojekter: <u><i>Delprojekt 1</i></u> <i>Deltagere</i> Kalundborg, Holbæk og Odsherred kommuner og Holbæk Sygehus <i>Teamsammensætning</i> Et tværsektorielt og tværfagligt geriatrisk team er sammensat inden for kommune-sygehussamarbejdet: • Fra sygehus: 1 Geriater, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut, 1 sygeplejerske, 1 sekretær • Fra kommuner: 1 sygeplejerske med visitationskompetence fra hver kommune • Fælles tværsektoriel ledelsesform <i>Målgruppe</i> Målgruppen er afgrænset til særligt sårbare 65+årige borgere. <i>Inklusion</i> Inklusion sker ved henvisning fra praktiserende læger og læger på sygehuset, eller henvendelse fra kommunalt personale efter gennemført triagering. <i>Intervention</i> • Tværsektoriel, tværfaglig, systematisk afdækning af mulige problemer og indsatsområder • Opfølgning og handling på problemstillinger • Kommunal visitation under indlæggelsen • Forløbskoordination • Vurdering af konkrete patienter på institutioner i kommuner • Direkte adgang til geriatrisk rådgivning og supervision i konkrete for-
--	---

		løb • Undervisning af personale i primærsektor <u>Delprojekt 2</u> <i>Deltagere</i> Guldborgsund, Lolland og Vordingborg kommuner og Nykøbing Falster Sygehus <i>Teamsammensætning</i> Et tværsektorielt og tværfagligt geriatrik team er sammensat inden for kommune-sygehussamarbejdet: • Fra sygehus: 1 geriater • Fra hver kommune: 1 sygeplejerske og 1 fysioterapeut • Geriater er daglig leder af teamet. <i>Målgruppe</i> Målgruppen er afgrænset til borgere 75 +årige med en genoptræningsplan i projektets første år. I projektets andet og tredje år kan definitionen af gruppen skrøbelige ældre reguleres i det projektet gennemføres som aktionsforskning. <i>Inklusion</i> Interventionen starter med en genoptræningsplan efter udskrivning. <i>Intervention</i> • Tværfaglig, systematisk afdækning af mulige problemer og indsatsområder • Personlig handleplan fastlagt i samarbejde med den enkelte patient, dennes pårørende og professionelle på tværs af sektorer • Direkte adgang til geriatrik rådgivning for personale i primærsektor, herunder supervision <u>Delprojekt 3</u> <i>Deltagere</i> Roskilde Kommune og Sjællands Universitetshospital, Roskilde, medicinsk afdeling <i>Teamsammensætning</i> Teamet består af: • 6 sygeplejersker i delestillinger med arbejdssted i både kommune og på sygehus • Fælles ledelse <i>Målgruppe</i> Den ældre medicinske patient med kontakt til kommune, til praktiserende læge og med medicinsk afdeling på sygehus <i>Inklusion</i> Interventionen starter ved henvendelse fra kommune eller sygehus. <i>Intervention</i> • Sygeplejersker følger og plejer patienter i begge sektorer • Sammenhængende af patientforløb på tværs af afdelinger og på tværs af sektorer • Direkte adgang til specialiserede sygehuskompetencer til personalet i patientens hjem/ på institution <u>Kompetenceudvikling:</u> Metode: De pædagogiske metoder i kompetenceudviklingsdelen bygger på afprøvede metoder med vægt på praktisk tilgang. Der samarbejdes med regionens Center for uddannelse og kompetencer (CUK). Der fokuseres på anvendelse af det tillærte i praksis, bl.a. ved øvelser imellem modulerne.
--	--	--

		Handlekompetencer: Metodisk arbejdes der via "blended learning" med styrkelse af deltagernes handlekompetencer. Hovedvægten i kompetenceudviklingsforløbet ligger på praktisk anvendelse af viden. Alle temaer indledes med 10 min. Teori, evt. via e-læring, efterfulgt af kobling til basal observation og handling via dialog og øvelser. Relationel koordinering: Der arbejdes ud fra teorien om relationel koordinering: Via deltagernes øgede kendskab til andre sektorer og faggruppers arbejde samt rammer for dette, og en oplevelse af et fælles mål, styrkes deltagernes tværsektorielle samarbejde om de svageste ældre. Der arbejdes mod styrkelse af forløbstankegang, forstået som sundhedspersonalet bevidsthed om ét, fælles sundhedsvæsen der samarbejder mod fælles mål for de svageste ældre. Den metodiske del udvikles i tæt samarbejde med den regionale kompetenceudviklingsenhed CUK for at sikre høj pædagogisk kvalitet og effektiv læring, der anvendes og udvikles i praksis. Kompetenceudviklingsforløbet tilrettelægges efter denne tankegang i form af en opbygning af forløbet, der bedst muligt underbygger kompetencemålene. Der bygges videre på gode erfaringer fra Regionens arbejde med fælles skolebænk. <u>Aktiviteter:</u> Form: Et kursusmodul af 5 dage fordelt på 3 moduler over 3 måneder Indholdet i forløbet omhandler: • Rehabilitering • Tidlig opsporing og handlekompetencer (Triagering: eks. anvendelse af Roskildehjulet, Det digitaliserede hjul, andet) • Den geriatriske borger - o Demens, delir og depression – Borgeren med demenssygdom og samarbejdet med borger og pårørende (geriater + kommunal demensekspert) - o Infektioner hos den ældre, Dysfagi (ergoterapeut), Ernæring, Obstipation, Vandladning, Tryksår – observation og forebyggelse, Fald - årsager og handlinger, Fysisk aktivitet • Viden om andre sektors kompetencer og tilbud • Fælles tilgang til kommunikation og anvendelse af kommunikationsværktøjer – DÆMP-undersøgelserne • Praktikforløb: Følg en social-og sundhedshjælper i helhedsplejen Deltagere: 3 x 25 kursister pr. år pr. kommunale samarbejdsfora for somatik-Voksne (KSS) i 2017 -2019: • KSS Næstved-Slagelse • KSS Roskilde/Køge • KSS Holbæk • KSS Nykøbing Falster
9.	Inddragelse af borger/patient- og pårørendeperspektiv:	Regionens Patientinddragelsesudvalg samt eventuelt sygehusenes egne patient- og brugerfora inddrages i projektets organisering for at varetage patienters såvel som pårørendes synsvinkler. <u>Teamsamarbejde:</u> Projektlederen har som fokus, at teamets medarbejdere efterlever sundhedsaftalens vision om patienten som partner og kommunikerer i overensstemmelse hermed. Feedback fra patienter og pårørende inddrages i delprojekterne. <u>Kompetenceudvikling:</u> Borgerens forløb og oplevelser anskueliggøres via korte film, der indgår som undervisningsmateriale på kompetenceudviklingsforløbene. Derudover får deltagerne til opgave at gå i dialog med borger og pårørende ud fra "Borgeren som partner"- tankegangen imellem modulerne. Dialogen omhandler behandling, rehabilitering og omsorg, hvor målet er at optimere det fælles sundhedsvæsens forløb for de svageste ældre. Praktikken udføres ligeledes ud fra en "Borgeren som partner"- tilgang, hvor deltager og hjælper går i dialog med den ældre om helhedspleje.

10.	Projektets bidrag til øget sammenhæng og samarbejde:	<u>Teamsamarbejde:</u> De tre modeller for tværsektorielle teams med fokus på de svageste ældre patienter arbejder tværsektorielt og har brede og /eller tværfaglige kompetencer. I deres arbejde bidrager de til vidensdeling og praktiserer forløbsstøtte. De øger fokus på det fælles arbejde om et fælles mål, på tværs af sektorerne. I teamsene ligger forløbskoordinationsfunktioner, som praktiseres på forskellige måder. Et team følger og plejer patienten, hvor denne er, om det er på sygehus eller hjemme. Dette letter de svageste ældre patienters samt deres pårørendes overgang mellem sygehus og hjem/kommune. Et team anvender genoptræningsplanen som indgangsvinkel til en vurdering af patienter. Her praktiseres tværfaglighed og helhedsorientering til gavn for specielt de patienter, som har ringe egenomsorgsevne. Den lette adgang til supervision af geriatriske eksperter for frontpersonale i kommunerne bidrager til effektiv opfølgning på observationer og medarbejderinvolvering, og styrker sammenhængen i forløb, set med medarbejdernes øjne. Projektet vil gennem de tværsektorielle delestillinger skabe bedre kendskab til virkeligheden i kommuner og på sygehuse og gennem opbakning fra den fælles ledelse, hvilket alt sammen vil styrke det tværsektorielle samarbejde. <u>Kompetenceudviklingsdelen:</u> De medarbejdere, der har gennemført projektets kompetenceudviklingsdel, vil have en større forståelse – teoretisk og ikke mindst praktisk - for de svageste ældre og deres pårørende. Derudover vil deres forløbsstøttegang og dermed bevidsthed om sektorernes fælles arbejde mod fælles mål for den geriatriske borger være øget.
11.	Projektets arbejds- og ansvarsdeling og samarbejde, herunder kommunikation mellem region, kommuner og evt. almen praksis:	<u>Teamsamarbejde:</u> Hvert delprojekt opererer i dagligdagen med fælles ledelse på tværs af sygehus og kommuner og fordeler her ansvar og arbejdsopgaver. Modellen for fælles ledelse skal ikke defineres på forhånd, men udvikles af de involverede parter i et samarbejde. I modellerne arbejdes der i teams på tværs, med en øgning af teambevidstheden i det tværsektorielle arbejde. Den praktiserende læge har ingen direkte arbejdsopgaver udover evt. at medvirke til rekruttering. Kommunikationen foregår via de etablerede kanaler suppleret med telemedicinske løsninger. Se desuden punkt 5 i skema 1. <u>Kompetenceudvikling:</u> Det er afgørende, at forløbet udvikles i et tværsektorielt samarbejdsteam om kompetenceudvikling, der er præget af åben og løbende kommunikation. Se desuden punkt 5 i skema 1.
12.	Sammenhæng med eksisterende tilbud:	<u>Teamsamarbejde:</u> I Region Sjælland arbejder kommuner og sygehuse sammen på daglig basis. Her er ikke erfaringer med praktisering af fælles tværsektoriel ledelse. Fælles ledelse udbygges via delprojekterne som model, der bygger på erfaringer med fælles ledelse fra hele landet. Adgang til supervision fra geriatrisk ekspert eksisterer stort set ikke i regionen i dag, og udvikles ligeledes på baggrund af erfaringer fra lignende projekter. Der eksisterer i dag ét geriatrisk team tilknyttet et enkelt kommunesygehussamarbejde i regionen. Der praktiseres desuden delestillinger samt fremskudt visitation enkelte steder i regionen. Modellerne bygger videre på disse tiltags erfaringer. Det nye ved projekterne er, at Region Sjælland etablerer fælles organisatoriske teams nye steder i regionen, der skal sikre det samlede, koordinerede forløb for de svageste ældre. Kommunerne og Region Sjælland har arbejdet målrettet med forløbskoordination i regi af indsatsen for den ældre medicinske patient. Der er dels gennemført to store undersøgelser af det tværsektorielle samarbejde vedr. den ældre medicinske patient og dels gennemført projekter med et følge-hjem team og

		et tele-hjem team i samarbejde mellem sygehuse og kommuner. Erfaringerne fra ovenstående peger på behov for øget fokus på patientens forløb – som et tværsektorielt team vil have - og for fælles kompetenceudvikling. <u>Kompetenceudvikling:</u> Kompetenceudviklingsforløbet bygger på regionale erfaringer med fælles skolebænk, samt på andre regioners erfaringer. Der er ikke før udviklet et tværsektorielt kompetenceudviklingsforløb af dette format i Region Sjælland, og arbejdet i delprojektet vil danne grundlag for lignende tiltag fremover.
13.	Projektets implementering efter projektperioden:	<u>Teamsamarbejde:</u> På baggrund af erfaringerne med de tre modeller og den eksterne evaluators evaluering af projektet udvikles én model for tværsektorielle teams med fokus på de svageste ældre i regionen. Efterfølgende behandles forslaget til model i styregruppen for sundhedssamarbejde med henblik på implementering i hele regionen og i alle kommunerne. <u>Kompetenceudvikling:</u> På baggrund af tilbagemeldingerne fra kompetenceudviklingsdelen og den eksterne evaluator besluttet om der er behov for at udbyde kurset som en fast del af det regionale tilbud om uddannelse og kompetenceudvikling fremover.
14.	Dokumentation og af-rapportering:	Den overordnede projektleder er ansvarlig for levering af data til Sundhedsstyrelsens eksterne evaluator. Region Sjællands af-rapporterer skriftligt for alle tre modeller samt for kompetenceudviklingsdelen i dialog med den eksterne evaluator. <u>Teamsamarbejde:</u> Data fra patientforløb, kvalitative og kvantitative data fra patienter, pårørende og personale og øvrige samarbejdspartnere indsamles og analyseres i de tre forskellige modeller, som vurderes i henhold til de mål og formål, der er formuleret under pkt. 3. Der arbejdes sideløbende med denne ansøgning på at koble forskningsekspertise til hver delprojekt. Projekternes resultater er ikke direkte sammenlignelige grundet bl.a. forskel i målgruppe samt valget af aktionsforskning som metode. Sammenligning af delprojekternes målopfyldelse vil derfor foregå kvalitativt og eksplorativt, med forbehold for de forskelligheder, der præger modellerne, deres rammer og omgivelser. Sammenligning vil ligeledes ske i relation til rammerne for Sundhedsstyrelsens eksterne evaluering. <u>Kompetenceudvikling:</u> Der arbejdes med iterativ forbedring og udvikling af forløbene via intern evaluering. Kompetenceudviklingsindsatsen evalueres af deltagere og undervisere løbende under modulerne og af-rapporteres. Slutevaluering aftales i samarbejde med ekstern evaluator.
15.	Formidling og kommunikation:	<u>Teamsamarbejde:</u> Ved projektets opstart udarbejdes en kommunikationsplan. Ét opmærksomhedspunkt er informationsmateriale til borgermålgruppen, der er målrettet i sprog, format og brug af kanaler. Et andet er rettidig og målrettet information til medarbejdere og beslutningstagere i alle sektorer i regionen om projektet. <u>Kompetenceudvikling:</u> Baggrunden for udvikling af forløbet er den primære målgruppes fokus på specialisering frem for på den grundlæggende pleje og dermed helhedsplejen. Netop derfor ligger der en særlig udfordring i at gøre forløbet attraktivt for målgruppen. Ved projektstart vil der derfor blive afsat tid og indhentet den fornødne ekspertise for at sikre at forløbet formidles som attraktivt og givende for målgruppen, og dermed for at sikre den forventede rekruttering til forløbet.

16.	Projektets organisering og bemanning, herunder ledelsesmæssig forankring:	Region Sjælland og de 17 kommuner i regionen repræsenteres ved Styregruppen for Sundhedssamarbejde i Region Sjælland (SAM). Projektet er forankret med udgangspunkt i gældende sundhedsaftale og fælles indsatser herunder. Projektets organisering er forankret i den eksisterende samarbejdsorganisation under sundhedsaftalen. SAM fungerer som overordnet styregruppe for projektet, og øvrige samarbejdsfora er ansvarlige for ledelsesmæssig forankring af projektet. Link til sundhedsaftalens samarbejdsorganisation. Projektet udgør en samlet ramme for fire delprojekter. De tre delprojekter er forankret i de lokale kommunale samarbejdsfora for somatik-Voksne (KSS). Samarbejdsforaene, suppleret med relevante personer, herunder regionens patientinddragelsesudvalg, udgør lokale styregrupper. Det 4. delprojekt omhandlende kompetenceudvikling har en regional styregruppe med repræsentanter fra SAM samt CUK.  <pre> graph TD A[Overordnet styregruppe] B[Lokal styregruppe Delprojekt 1] C[Lokal styregruppe Delprojekt 2] D[Lokal styregruppe Delprojekt 3] E[Regional styregruppe for kompetenceudvikling] A --- B A --- C A --- D A --- E </pre> Projektledelsesstillingerne forventes besat af personer med relevant uddannelsesmæssig baggrund og erfaring med samarbejdsprojekter i sundhedsvæsenet. Den overordnede projektledelse varetages af projektlederen af delprojekt 4 (projekt om kompetenceudvikling). Dennes opgaver er at have dagligt ansvar for alle delprojekters fremdrift, økonomi og afrapportering. Desuden har projektlederen for delprojekt 4 den daglige ledelse, herunder ansvar for kursusledelse af kompetenceudviklingsforløbene. Delprojekt 1-3 har hver en tilknyttet projektleder, der har ansvar for den daglige ledelse i delprojektet samt afrapportering til overordnet projektleder. Tidsforbrug og ansættelse: Projektleder delprojekt 1 = 37 timer/uge – regional ansættelse Projektleder delprojekt 2 = 37 timer/uge – regional ansættelse (samt kommunal projektledelse 10 timer/uge) Projektleder delprojekt 3 = 28 timer/uge – tværsektoriel ansættelse Projektleder delprojekt 4 = 37 timer/uge – tværsektoriel ansættelse Ved tværsektoriel ansættelse vil den fysiske placering være i enten region eller kommune.
-----	--	--

17.	Tids- og projektplan:	Projektet forventes igangsat: <u>1/10-2016</u> og afsluttet: <u>31/12-2019</u>	
		<u>Faser:</u>	
		Planlægning Q3 2016 – Q1 2017	- Projektorganisation for delprojekter etableres, herunder ansættelse af projektledere - Detaljerede projektplaner udarbejdes
		Intervention Q1 2017 – Q2 2019	- Inklusion påbegyndes - Afprøvning af interventioner - Evt. tilpasning af interventioner samt inklusionskriterier - Afprøvning af interventioner efter evt. redigerede inklusionskriterier -
		Evaluerings Q2 2019 – Q3 2019	- Dataindsamling foretages - Udarbejdelse af rapporter
		Q2 2019 – Q4 2019	Beslutningsproces ift. fortsat drift
		<u>Kompetenceudvikling:</u>	
		Planlægning Q3 2016 – Q1 2017	- Etablering af projektorganisation, herunder ansættelse af projektleder - Detaljeret projektplan udarbejdes - Udvikling af model for forløb - Etablering af underviserhold - Udarbejdelse af informationsmateriale - Rekruttering af deltagere - Udarbejdelse af modulschema
		Gennemførelse Q2 2017 – Q3 2019	- Udbud af moduler - Løbende kursusevaluering
		Evaluerings Q3 2019 – Q4 2019	- Dataindsamling foretages - Udarbejdelse af rapport
		Q2 2019 – Q4 2019	Beslutningsproces ift. fortsat drift