



Projektplan

Forbedringsprojekt *Tværasektorielt samarbejde:*

*Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter
overdragelse af borgere/patienter mellem
sektorerne ved indlæggelse og udskrivning*

Indholdsfortegnelse

Formål, mål og succeskriterier

Formål

Målsætninger

Succeskriterier

Metode

Ressourcer

Projektdeltagere

Lokale kommunale enheder og afsnit på hospitalet

Tidsramme

Sammensætning – styregruppe, projektgruppe og projektledelse

Styregruppe

Projektgruppe

Projektledelse

Plan for etablering af baseline

Audit

Interviews

Datatræk

Interessentanalyse

Kommunikationsplan på baggrund af interessentanalyse

Tids-, handlings,- og leveranceplan (milepælsplan)

Bilag

Bilag 1: Projektbeskrivelse godkendt i Samordningsudvalg Syd Somatik den 8. marts 2018

Bilag 2: Eksempel (side) fra audit af udskrivelser af borgere/patienter fra AHH til Ældrecenter
Nygaards Plads, Brøndby Kommune, sommeren 2016

Bilag 3: Audit-skema – borgere/patienter i kommunalt regi

Bilag 4: Audit-skema – borgere/patienter indlagt på AHH

Formål, mål og succeskriterier

Forbedringsprojekt *Tværsektorielt samarbejde: Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelse af borgere/patienter ved indlæggelse og udskrivning* er et tværsektorielt projekt.

Med henvisning til projektbeskrivelsen, der blev godkendt i Samordningsudvalg Syd Somatik den 8. marts 2018, er der for projektet fastlagt følgende formål, mål og succeskriterier:

Formål

At forbedre samarbejdet om overdragelse af borgere/patienter på tværs af sektorerne således, at borgere/patienter har en fagligt god og tryk overgang ved indlæggelse og udskrivning med optimal udnyttelse af medarbejder-ressourcerne.

Målsætninger

At

- identificere de *hyppigst forekommende* fejl og mangler i indsatser, der understøtter overdragelsen af borgere/patienter på tværs af sektorerne, og de *alvorligste* ift. medfølgende gener for hhv. medarbejdere i sundhedstrekanten og patienter/pårørende
- afdække årsagerne til at de pågældende fejl og mangler opstår (lokale arbejdsgange, it-systemunderstøttelsen i kommuner og på hospitalet, mv.)
- udvælge et mindre antal typer af fejl og mangler, som projektet skal fokusere på
- identificere forandringstiltag, som forventes at kunne fjerne eller reducere forekomsten af de udvalgte fejl og mangler (pilot-implementering med efterfølgende vurdering og evt. tilpasning - flere omgange efter behov (Gennembrudsmetoden))
- implementere de pilot-testede forandringstiltag på relevante afsnit og enheder på hhv. Amager og Hvidovre Hospital og i relevante enheder i kommunerne i optageområdet – overgang til drift
- systematisk opfølgning via audit – afdække og løbende følge, hvorvidt de implementerede forandringstiltag har effekt / hvor vidt effekt fastholdes.

Succeskriterier

At 80 % procent af de tværsektorielle patientforløb (som der måles på i audit) er uden de typer af fejl og mangler, som forbedringsprojektet har fokuseret på.

Metode

I projektet anvendes Gennembrudsmetoden, der er velegnet til forandringsprojekter, hvor der både er flere forandringstiltag at afprøve og mange sammenhænge at afprøve dem i.

Gennembrudsmetoden tager udgangspunkt i PDSA-cirklen og har som sit centrale element afprøvning af et antal forskellige forandringstiltag i små-skala, med fravælgelse eller justering af det enkelte forbedringstiltag, derpå ny afprøvning og vurdering og endelig generel implementering af et lille antal udvalgte, gennemprøvede tiltag. Pilot-afprøvning af forandringstiltag kan skaleres op og ned i omfang og tillader således at blive gennemført i en begrænset eller mere omfattende version – en vigtig parameter for projektets parter, hvis medarbejdere alle er pressede af opgaver i driften.

Ressourcer

Projektparter

Projektparterne er Amager og Hvidovre Hospital og fire af de ti kommuner, der indgår i hospitalets optageområde, Planområde Syd: Albertslund, Brøndby, Glostrup og Høje Taastrup kommuner.

Når projektet i en række pilotforløb har afprøvet og evalueret og eventuelt justeret forandringstiltag er

det forventningen, at pågældende indsatser efter forudgående godkendelse i Samordningsudvalg Syd Somatik udrulles i alle ti kommuner i Planområde Syd samt relevante afdelinger på hospitalet.

Efter beslutning i Samordningsudvalg Syd Somatik nedsættes der for projektet en tværsektoriel styregruppe, en tværsektoriel projektgruppe samt en tværsektoriel projektledelse, der varetager den daglige ledelse af projektet. Projektlederne indgår i styregruppe og projektgruppe.

Styregruppe

Styregruppen er sammensat af repræsentanter for den faglige ledelse hos projektets parter. Formandskabet deles mellem kommune- og hospitalssiden således, at der er to formænd. I styregruppen indgår tillige en samordningskonsulent fra hospitalet.

Styregruppen forventes at mødes forud for hvert samordningsudvalgsmøde (dvs. fire gange årligt) mhp. at modtage afrapportering om projektets fremdrift samt træffe beslutninger vedr. den løbende styring af projektet, herunder indstillinger til samordningsudvalget.

Projektgruppe

Projektgruppen er sammensat af fagfolk fra kommune- og hospitalssiden, hvoraf flertallet har et dagligt ledelsesansvar i lokale enheder.

Projektgruppen forventes at mødes ad hoc, dog ca. fire gang årligt. Møder suppleres af korrespondance over mail.

Projektledelse

Projektledelsen er sammensat af tre projektledere – to fra hospitalssiden og én fra kommunesiden, idet det særligt er på hospitalssiden, at der ses fejl og mangler i de kommunikative og praktiske indsatser, der understøttet samarbejdet om overdragelse af borgere/patienter.

Projektlederne forventes at arbejde deltid med opgaver knyttet til projektet.

Lokale kommunale enheder og afsnit på hospitalet

Medarbejdere og ledere fra udvalgte enheder og afsnit i hhv. de fire projektkommuner samt Amager og Hvidovre Hospital vil løbende blive inddraget i projektet allerede i den indledende fase, f.eks. i forbindelse med test af audit-skemaer, gennemførelse af audit og deltagelse i lærings- og videndelingsseminarer. Senere i projektforsløbet vil alle udvalgte enheder og afsnit blive bedt om at deltage i egentlig pilot-implementeringsforløb i mindre skala ift. udvalgte indsatser samt opfølgende evalueringsarbejde.

Tidsramme

Der er ikke fastlagt en forventet slutdato for projektet. Første runde pilottest af tiltag forventes gennemført forår 2019. Styregruppen følger projektets fremdrift tæt og vil senest efterår 2019 indstille en forventet slutdato til beslutning i samordningsudvalget for denne runde af projektet.

Projektet er et modelprojekt for det tværfaglige samarbejde i Planområde Syd således, at projektet og gennembrudsmetoden gøres til ramme om et løbende (efter behov og uden slut-dato) samarbejde om at adressere udfordringer i overdragelsen af borgere/patienter ved indlæggelse og udskrivning.

Som konsekvens er nærværende projektplan et dynamisk dokument, som vil ændre sig og blive udbygget efterhånden som projektet udvikles (herunder tilføjelse af del-mål og indikatorer).

Sammensætning – styregruppe, projektgruppe og projektledelse

Styregruppe

Helle Ingmer, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital (formand - hospitalssiden)

Lisbeth Sommer, ældrechef, Brøndby Kommune (formand - kommunesiden)

Ulla Callesen, Sundhedschef, Høje Taastrup Kommune

Annette Lisbeth Madsen, Afdelingssygeplejersker, Amager og Hvidovre Hospital

Louise Søndergaard Ritzau *

Vibeke Schrøder, afdelingssygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital

Charlotte Kaaber Sørensen, leder af hjemmeplejen, Albertslund Kommune *

Projektgruppe

Kommunerne:

Sophie Brohus, afdelingsleder, Glostrup Kommune

Ditte Frederichsen, udviklingssygeplejerske, Høje Taastrup Kommune

Maria Fjelsted Rosenqvist, leder af flexpladserne, Brøndby Kommune

Charlotte Kaaber Sørensen, leder af hjemmeplejen, Albertslund Kommune

Amager og Hvidovre Hospital:

Christine Neander, Kvalitetskonsulent, Amager og Hvidovre Hospital

Louise Søndergaard Ritzau, samordningskonsulent, Amager og Hvidovre Hospital

Nadia Dankjær Sonnenborg, sygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital

Lis Sørensen, samordningskonsulent, Amager og Hvidovre Hospital

Dertil den tværsektorielle projektledelse.

Projektledelse **

Malene Sejling, konsulent, Brøndby Kommune

Lena Wivel, specialkonsulent, Amager og Hvidovre Hospital.

* To af projektgruppens medlemmer indgår også i styregruppen

** Projektlederne indgår i såvel styre- som projektgruppe.

Plan for etablering af baseline

Jævnfør projektbeskrivelsen vil audit af patientforløb, interviews med medarbejdere og patienter/pårørende samt datatræk, i den udstrækning det er muligt og relevant, udgøre de tre kilder til grundlag for beslutning om, hvor projektets fokus skal lægges samt den baseline for projektet, som effekten af forandrings tiltag, der implementeres, efterfølgende vil blive målt i forhold til.

Audit

Projektets første målsætning er at identificere de *hyppigst forekommende* fejl og mangler i indsatser, der understøtter overdragelse af borgere/patienter på tværs af sektorerne, og *de alvorligste* ift. medfølgende gener for hhv. medarbejdere i sundhedstrekanten og patienter/pårørende.

Projektgruppen har fravalgt at foretage en klassisk afdækning af arbejdsgange og oplevede uheldigheder, idet der allerede hos projektparterne i begge sektorer forligger en omfattende og praksisnær viden om, hvilke fejl og mangler, medarbejderne i begge sektorer tilbagevendende oplever i det tværsektorielle samarbejde om overdragelse af borgere/patienter. Tillige foreligger der en række forudgående projekter og audits, som har belyst disse spørgsmål særdeles grundigt.

Projektgruppen har pba. de nævnte overvejelser fundet det hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i Brøndby Kommunes audit af udskrivinger fra Amager og Hvidovre Hospital over sommeren 2016 (se bilag 3), som arbejdsgruppens medlemmer mener fortsat giver et klart fingerpeg om, hvori udfordringerne består ift. fejl og mangler, der opleves af kommunesidens medarbejdere – med det forbehold, at indførelsen af Sundhedsplatformen i Planområde Syd i marts 2017 har ændret billedet en smule.

Med udgangspunkt i ovennævnte beslutning har projektgruppen opdateret og udbygget Brøndby Kommunes audit-skema således, at de medtagne parametre reflekterer arbejdsgruppens medlemmers viden om, hvilke fejl og mangler, der i kommunerne opleves som hyppigst forekommende og mest generende, mens der også er afsat plads til angivelse af fejl og mangler, som måtte savnes på skemaet (bilag 4).

Arbejdsgruppen har udarbejdet et tilsvarende skema ift. de hyppigst forekommende og mest generende fejl og mangler, som opleves af personale på hospitalet (bilag 5). Begge skemaer er tænkt som papir-udgaver målrettet de deltagere i auditten, som måtte foretrække at besvare ved afkrydsning på papir. En elektronisk udgave kommer til at foreligge for begge skemaer målrettet de medarbejdere, som foretrækker at besvare skemaet elektronisk (disse udarbejdes i Survey Xact – aktuelt foreligger endnu kun audit-skemaet målrettet audit i kommunerne – se link (Ctrl + klik): [elektronisk audit i kommunen](#)

Arbejdsgruppens plan for forberedelse og gennemførelse af audit:

- Begge audit-skemaer i begge versioner (papir og elektronisk) pilot-testes inden ibrugtagning af en håndfuld kommende brugere - dels i et par hospitalsafsnit, dels i enkelte (men forskellige) kommunale enheder (plejecenter, midlertidige pladser samt hjemmeplejen/sygeplejen) – aftale herom indgås med den lokale ledelse via relevant medlem af projektgruppen – evt. via styregruppen
- Audit vil i begge sektorer have varighed af en måned.
- Audit gennemføres tidstro i kommunerne i perioden mandag den 7. maj – søndag den 3. juni 2018 (tidspunktet er valgt mhp. at gøre det muligt inden sommerferien at nå - med udgangspunkt i auditresultaterne - at formulere interviewspørgsmål til hhv. medarbejdere og patienter/pårørende). Det er aftalt, at Brøndby Kommune påbegynder audit lidt forskudt.
- Audit gennemføres retrospektivt på hospitalet med en forskydning på ca. en uge
- Relevante medlemmer af projektgruppen har ansvar for at forberede gennemførelsen af auditten lokalt.

Interviews

Som led i den indledende problemafdækning vil medlemmer af projektgruppen gennemføre semi-strukturerede interviews med ca. 10 borgere/patienter/pårørende, der har haft et tværsektorielt forløb (et flertal af disse vil være borgere udskrevet fra hospitalet, et mindretal vil være indlagte patienter, da projektets tyngde ligger på udskrivningsforløbet fremfor indlæggelsesforløbet). Endvidere vil projektgruppens medlemmer gennemføres semi-strukturerede interviews med ca. 10-15 medarbejdere, der er involveret i borger/patientoverdragelse, ca. 7 fra hver sektor.

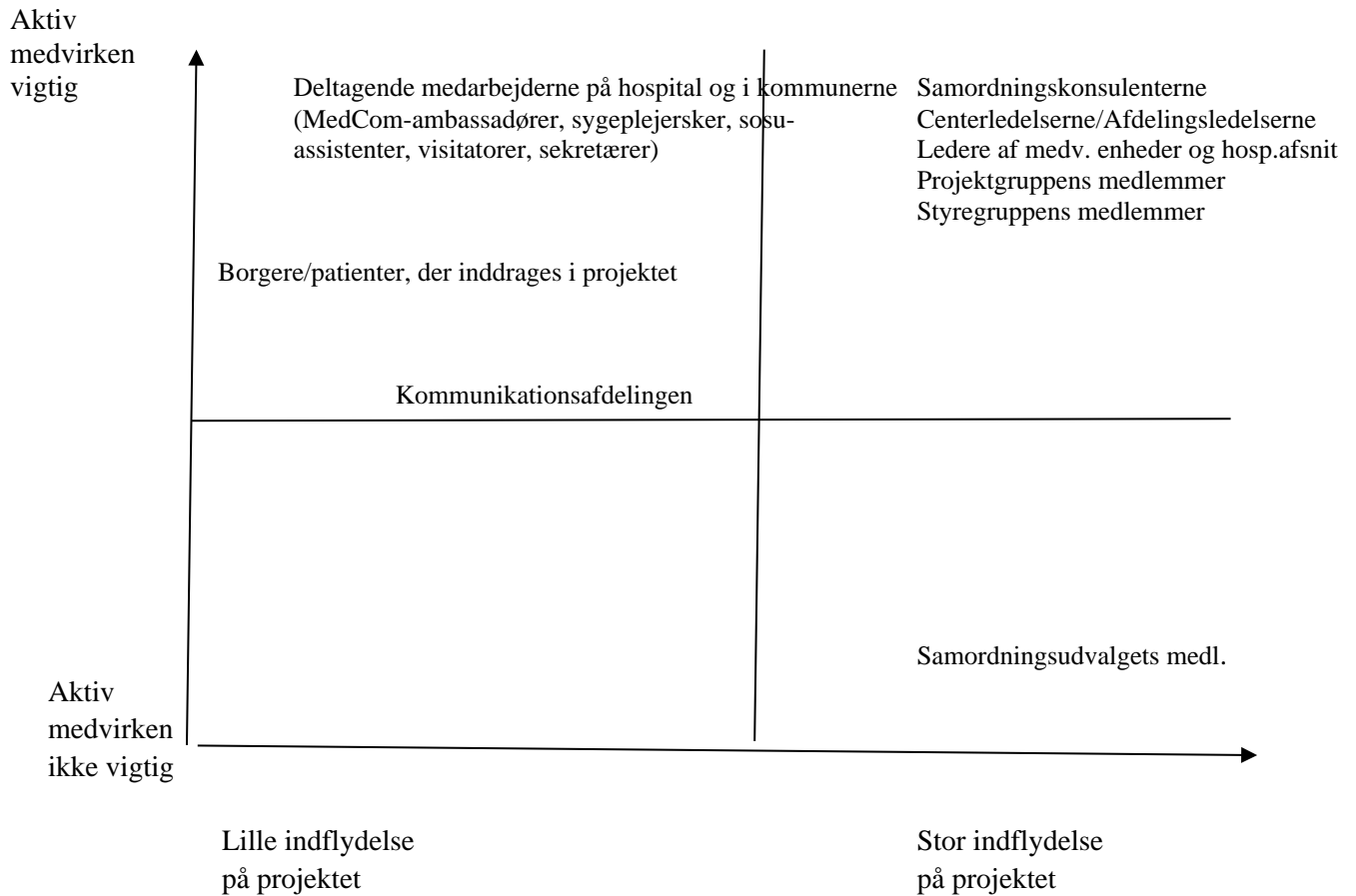
Interviewene gennemføres for at give et kvalitativt supplement til den kvantitative afdækning, som fås via audit.

Interviewspørgsmålene udarbejdes, testes og tilrettes inden sommerferien mhp. gennemførelse af interviews august 2018.

Datatræk

Endelig vil projektet i begrænset omfang foretage datatræk på udvalgte parametre. Projektgruppen vil i løbet af maj måned afklare, hvilke data det vil være hhv. relevant og muligt at trække samt foretage selve datatrækkene.

Interessantanalyse



Kommunikationsplan på baggrund af interessentanalyse

Mulige interessenter	Interessenternes betydning 1 – 5 skala (5 = stor, 1 = lille)		Metoder/medier	Hvornår i projektløbet gennemføres de pågældende handlinger
	Medvirken	Indflydelse		
Samordningsudvalget	1	5	Indstillinger til beslutning, statusopgørelse, materiale t.o. og stillingtagen	Forud for møde i samordningsudvalget
Centerledelser Afdelingsledelser	5	3	Orientering om projektet/aspekter af projektet mhp. beslutning om at indgå i projektet med deltagelse af lokale kommunale enheder/afsnit på hospitalet ift. forskellige faser af projektet. Med mellemrum orientere om status for projektet og forventningsafstemme	Mhp. forespørgsel om enheders/afsnits medvirken (fx ift. test af audit-skemaer og deltagelse i selve auditten, deltagelse i pilot-implementering)
Ledelser af enheder Afsnitsledelser	5	3	Sikre motivation ved at formidle meningen med projektet Orientering om aspekter af projektet i forb. med planlægning og forberedelse af deltagelse i forskellige faser af projektet (test, audit, pilot-implementering) Sikre, at relevante personer kender tidsplan og egne opgaver Sikre, at der forventningsafstemmes	Forud for enheders/afsnits medvirken (fx ift. test af audit-skemaer og deltagelse i selve auditten, deltagelse i pilot-implementering)
Styregruppens medlemmer	5	5	Løbende orientering mhp. beslutning om projektets retning, koordinering og fremdrift ift. mål og succeskriterier samt vedr. indstilling til samordningsudvalget	Forud for møde i styregruppen
Projektgruppens medlemmer	5	5	Materiale, der understøtter projektgruppens drøftelser og udvikling af projektet (mødedagsordener, referater, projektmateriale til drøftelse, mailkorrespondancer)	Løbende i forbindelse med arbejdet samt forud for og som opsamling på projektmøder
Samordningskonsulenterne	5	5	Forberede, støtte og følge op på al involvering af medarbejdere og patienter/pårørende	Ad hoc ift. hvor i projektet vi befinder os
Medarb. i involverede enheder og afsnit (sygeplejersker, visitatorer, sosu-assistent, sekretærer)	5	2	Invitere, forberede og motivere medarbejdere til at engagere sig i projektet (fx i forb. med test af audit-skema, gennemførelse af audit, deltagelse i interview, pilot-implementering af tiltag,)	Informationsmøder, deltagelse på personalemøder, stormøder, diverse kortfattet informationsmateriale
Patienter/pårørende, der inddrages i projektet	4	2	Mundtlig invitation til at deltage i interview, mundtlig forklaring, der også skal motivere, udlevering af lille orienterede pjece, forberedende samtale forud for interview	Forud for interviews
Kommunikationsafdelingen	3	3	Inddragelse mhp. sparring i egentlige kommunikationsopgaver ift. projektets parter og deltagere ift. at øge kvaliteten og 'træfsikkerheden' af	Ad hoc ift. hvor i projektet vi befinder os/behov opstår – dog særligt pjece til borgere

Projektplan – Forbedringsprojekt Tværsektorielt samarbejde:

Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelse af borgere/patienter mellem sektorerne ved indlæggelse og udskrivning

Version 27. juni 2018

			kommunikationen ift. fx at sikre forståelse, høj tilslutning og motivation til at deltage	re/patienter og info.materiale til medarbejdere.
--	--	--	---	--

Risikoanalyse

Analysen vil blive udbygget efterhånden som projektet udvikles.

Risiko	Konsekvens	Sandsynlighed	Risikohåndtering
Vanskelighed med at tilrettelægge målrettet audit ift. at sikre audit af patienter fra relevante enhedsniveau i kommunen (fx midlertidige pladser)	Udvalgte udfordringer af-dækkes ikke	Stor	Forsøge diverse work-arounds
Manglende lokale ledelsesopbakning/opmærksomhed ift. audit	Medarbejderne glemmer opgaven / får indtryk af, at den ikke er vigtig	Lille	Inddragelse og motivering af lokale ledelse i forberedelsen af audit
Manglende lokale ledelsesopbakning/opmærksomhed ift. pilot-implementering af nyt tiltag	Medarbejderne glemmer opgaven / får indtryk af, at den ikke er vigtig	Lille	Inddragelse og motivering af lokale ledelse i forberedelsen af pilot-implementeringen – aftale om løbende afrapp
Manglende lokale ledelsesopbakning/opmærksomhed ift. at fastholde ny praksis efter generel implementering af udvalgte tiltag	Medarbejderne glemmer opgaven / får indtryk af, at den ikke er vigtig	Middel	Inddragelse og motivering af lokale ledelse i forberedelsen af pilot-implementeringen – aftale om løbende afrapportering om status ved den lokale ledelse, lokalt og overfor projektgruppen
Medarbejderne finder det vanskeligt konsekvent at anvende en ændret arbejdsgang, ny praksis eller lign. der er besluttet i projektet – enten i et pilot-forsøg eller i driften	Praksis ændres ikke permanent	Middel	Før: Implementeringen/ibrugtagningen af den ny praksis forberedes grundigt med informationsmøder og workshops Efter: Løbende opfølgning med lokale møder, herunder fast, løbende afrapportering ved medarbejderne til lokal ledelse.

Tids-, handlings, og leveranceplan (milepælsplan)

Nedenstående milepælsplan vil blive udbygget efterhånden som projektet skrider frem. Felter fra september 2018 og frem (grå baggrund) er med forbehold for samordningsudvalgets beslutninger vedr. projektets videreførelse. Projektet er i øvrigt dynamisk og kan løbende blive tilført yderligere opgaver fra Samordningsudvalget

2018	
Marts	<ul style="list-style-type: none"> • Godkendelse i Samordningsudvalg Syd Somatik af formandskabet indstilling: <ul style="list-style-type: none"> ○ At projektbeskrivelsen godkendes ○ At den tværsektorielle projektgruppe arbejder videre ud af det spor, der er lagt op til i projektbeskrivelsen, herunder: <ul style="list-style-type: none"> – at projektgruppen igangsætter aktiviteter mhp. gennemførelse af audit af patientforløb på tværs – at resultaterne af denne audit fremlægges på samordningsudvalgsmødet den 20.9. 2018 sammen med indstilling fra projektgruppen til det videre arbejde med forbedringsprojektet til udvalgets stillingtagen – at kommunesiden snarligt udpeger en projektleder til at indgå i arbejdet.
April	<ul style="list-style-type: none"> • Tværgående styregruppe nedsættes – mødedatoer fastlægges, indkaldelse til første møde • Projektledelse formulerer udkast til kommissorium for styregruppe – udkast sendes til godkendelse hos styregruppens formænd • Projektledelsen udarbejder projektplan til godkendelse i styregruppe. • Projektplan indeholder formål, mål, succeskriterier, forventet ressource- og tidsforbrug, interessentanalyse, kommunikationsplan og risikoanalyse, plan for afdækning af omfang og karakter af fejl og mangler relateret til overdragelse af borgere/ patienter mellem sektorerne) via hhv. audit, datatræk og interviews med medarbejdere og patienter/pårørende (projektets baseline) samt en milepælsplan • Projektledelse/projektgruppe udarbejder audit-skemaer til godkendelse i styregruppe (papirudgave og elektronisk udgave).
Maj	<ul style="list-style-type: none"> • Første møde i styregruppen. Projektplan, auditskemaer og kommissorium forelægges mhp. godkendelse – eventuel opfølgende tilretning. • Projektgruppen udarbejder plan for gennemførelse af audit (udvalgte hospitalsafsnit og udvalgte enheder i projektkommunerne – de respektive ledelser tages i ed). Ift. kommunesiden skal sikres en bred deltagelse fordelt på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmepleje/sygepleje. • Projektgruppens sikrer lokal, afgrænset test på hospital og i kommuner af audit-skemaer (både papirversion og elektronisk version) – evt. endelig tilretning • Lokal forberedelse af audit • Gennemførelse af audit • Planlægning af datatræk • Gennemførelse af datatræk
Juni	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsat gennemførelse af audit • Fortsat gennemførelse af datatræk • Projektledelsen foretager indledende bearbejdning af resultater af audit mhp. formulering af interviewspørgsmål til hhv. medarbejdere og patienter/pårørende • Interviewspørgsmål sendes til godkendelse i arbejdsgruppen – evt. opfølgende tilretning • Projektledelsen/projektgruppen planlægger gennemførelse af interviews, herunder afgrænset test af interviewspørgsmål • Projektgruppen sikrer afgrænset test af interviewspørgsmål – evt. opfølgende tilretning • Forberedelse af interviews mhp. gennemførelse efter sommerferien
Juli	<ul style="list-style-type: none"> • Sommerferie
August	<ul style="list-style-type: none"> • Semi-strukturerede interviews med ca. 10 patienter/pårørende i tværsektorielle forløb • Semi-strukturerede interviews med ca. 7 medarbejdere på afsnit med hyppigt samarbejde med kommuner

Projektplan – Forbedringsprojekt Tværsektorielt samarbejde:

Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelse af borgere/patienter mellem sektorerne ved indlæggelse og udskrivning

Version 27. juni 2018

August - fortsat	<p>om borgere/patienter, der indlægges fra og udskrives til forløb i kommunalt regi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semi-strukturerede interviews med ca. 7 medarbejdere i projektkommunerne (udvalgte enheder - hjemmepleje, plejecentre og midlertidige pladser), der er involveret i levering af pleje og omsorg for borgere, der er udskrevet fra hospitalet • Projektledelsen/projektgruppen analyserer resultaterne af audit, datatræk og interviews mhp. udarbejdelse af fremstilling til samordningsudvalget, der skal udgøre bilag til indstilling med anbefaling vedr. videre arbejde med projektet - materialet sendes til styregruppen • Andet styregruppemøde. Fremstilling og indstilling til samordningsudvalget forelægges styregruppen mhp. godkendelse – evt. opfølgende tilretning
September	<ul style="list-style-type: none"> • Møde i samordningsudvalget – beslutning om projektets videreførelse • Projektledelse/Arbejdsgruppe planlægger stormøde (lærings- og videndelingsseminar med workshops) med deltagelse af medarbejdere og ledere fra relevante afsnit på hospitalet og enheder i de fire projektkommuner hvor deltagerne skal: <ul style="list-style-type: none"> - Drøfte resultater af audit, interviews og datatræk i relation til egne erfaringer - Drøfte mulige årsager til at de pågældende fejl og mangler opstår - Levere input til prioritering af fejl og mangler (projektets fokus) • Indkaldelse til stormøde
Oktober	Planlægning af stormøde
November	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemførelse af stormøde • Opsamling på stormøde • Projektledelse/Arbejdsgruppe udarbejder indstilling til samordningsudvalget, der indeholder <ul style="list-style-type: none"> - prioritering af fejl og mangler, som projektet skal fokusere på - forslag til indsatser/tiltag til pilot-implementering - plan for pilot-implementering (evt. pilot-afprøvning i 'rul', eventuel samtidig pilotafprøvning af flere forskellige tiltag jf. Gennembrudsmetoden) • Tredje styregruppemøde: Indstilling til samordningsudvalget forelægges til godkendelse – evt. opfølgende tilretning
December	<ul style="list-style-type: none"> • Samordningsudvalgsmøde – beslutning om projektets fokus og valg af forbedringstiltag samt pilot-afprøvning • Pilot-afprøvning forberedes
2019	
Januar	<ul style="list-style-type: none"> • Pilot-afprøvning forberedes fortsat • Pilot-afprøvning påbegyndes
Ikke datosat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering – evt. tilretning • Bredere afprøvning
Do.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering – evt. tilretning • Bredere afprøvning
Do	<ul style="list-style-type: none"> • Generel implementering
Do.	<ul style="list-style-type: none"> • Audit – resultatet sammenholdes med audit, der bidrog til projektets baseline • Evt. tillige semi-strukturerede interviews og datatræk • Evt. udpegning af understøttende tiltag og implementering af samme
Do.	<ul style="list-style-type: none"> • Drift
Do.	<ul style="list-style-type: none"> • Audit • Evt. udpegning af understøttende tiltag og implementering af samme
Do.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsat skifte mellem drift og audit
	<ul style="list-style-type: none"> • Projektet er dynamisk og aktuelt uden slut-dato

Projektplan – Forbedringsprojekt Tværsektorielt samarbejde:

Bedre kvalitet i indsatser, der understøtter overdragelse af borgere/patienter mellem sektorerne ved indlæggelse og udskrivning

Version 27. juni 2018