

## Ansøgningsskema til ansøgningspuljen til faste teams i ældreplejen

Ansøgningsskemaet udfyldes i henhold til vejledning til ansøgning om støtte fra ansøgningspuljen til faste teams i ældreplejen. Det er kun muligt at indtaste oplysninger i de grå felter.

Når ansøgningsskemaet er udfyldt, skal det indsendes i PDF-format. Budgettet indtastes i budgetske maet til ansøgningspuljen og indsendes i excel-format. Ansøgningen kan indsendes via ansøgningspuljens side på Socialstyrelsens hjemmeside, hvor der findes et link til indsendelse af ansøgning.

### **Bilag til ansøgningen**

Der foretages en vurdering af projektet ud fra oplysningerne i ansøgningen og budgettet, herunder eventuelle budgetnoter. Bilag til ansøgningen indgår alene i vurderingen, såfremt det fremgår af ansøgningsvejledningen, at et bestemt bilag skal eller kan vedlægges ansøgningen. Øvrige bilag, som fremsendes, vil ikke indgå i sagsbehandlingen.

### **Afvisning af ansøgning ved manglende opfyldelse af formalia**

Socialstyrelsen har ret til at afvise ansøgninger, som ikke opfylder formalia. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis ansøgningspuljens ansøgningsskema og budgetske ma ikke er udfyldt, samt hvis alle obligatoriske bilag ikke er vedlagt ansøgningen.

### **Anslagsbegrænsning**

Det skal bemærkes, at der er anslagsbegrænsning i tekstfelterne. Socialstyrelsen har ret til at afvise ansøgninger, som ikke overholder kravene til anslagsbegrænsning.

## Generelle oplysninger Projektets titel

*Her anføres projektets titel.*

Faste teams i Thisted Kommunes ældrepleje

### Organisationens navn

*Her anføres den ansøgende organisations navn.*

Thisted Kommune, Sundheds- og ældreafdelingen

### Organisationens adresse

*Her anføres den ansøgende organisationens adresse. Den angivne adresse skal stemme overens med den adresse, som p-nummeret er tilknyttet i CVR-registret.*

Asylgade 30

7700 Thisted

### Organisationens e-mail

*Her anføres den ansøgende organisationens hovedmailadresse.*

[sundhedaeldre@thisted.dk](mailto:sundhedaeldre@thisted.dk)

#### Organisationens CVR-nummer

Her anføres den ansøgende organisationens CVR-nummer (Findes evt. på [www.cvr.dk](http://www.cvr.dk)).

29109560

#### Organisationens p-nummer

Her anføres den ansøgende organisationens p-nummer (Findes evt. på [www.cvr.dk](http://www.cvr.dk)).

1003371887

#### Kontaktpersons navn

Her anføres navnet på en kontaktperson i den ansøgende organisationen.

Sundheds- og ældrechef Anne Fink

#### Kontaktpersons e-mail

Her anføres kontaktpersonens e-mail.

[afi@thisted.dk](mailto:afi@thisted.dk)

#### Kontaktpersons telefonnummer

Her anføres kontaktpersonens telefonnummer.

99171920

## Beskrivelse af projektet

### Projektets formål

Beskriv kort projektets formål. Læs om ansøgningspuljens formål i ansøgningsvejledningens afsnit 2 samt afsnit 9 (maksimalt 2400 anslag).

I Thisted Kommune ønsker vi at levere pleje og omsorg, som sikrer øget livskvalitet for de borgere, der modtager hjemmepleje. Dette tror vi på kan ske ved, at både borgere, pårørende og medarbejdere oplever en høj grad af kontinuitet i forløbene, at der er en oplevelse af nærvær samt at vi i fællesskab arbejder ud fra en rehabiliterende tankegang.

De nuværende rammevilkår i hjemmeplejen kan udfordre medarbejdernes mulighed for at have indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen og planlægningen af besøg hos borgerne. Det besværliggør ønsket om at skabe kontinuitet i plejen for den enkelte borger. Medarbejderne efterspørger større indflydelse og mere medbestemmelse i planlægningen af besøgsplanerne samt fleksibilitet ift. plejebehovet hos borgerne.

Vi vil i projektet nedsætte 3-4 faste og tværfaglige teams i et af hjemmeplejens 5 områder, hvor vi først og fremmest vil metodeudvikle på en (1) dialogbaseret model for planlægning i de enkelte teams. Vi vil udvikle

og afprøve modeller for, hvordan medarbejderne i de 3-4 teams sammen kan planlægge og have indflydelse på deres arbejde.

Vi vil også udfordre den nuværende økonomimodel, som er baseret på bestiller/udfører-modellen (BUM), og udvikle en (2) *ny kvalitetsbaseret økonomimodel*, som styrker det tværfaglige samarbejde og skaber rammerne for at bringe medarbejdernes faglighed i spil. Vi vil udvikle og afprøve modeller, som skaber ensrettede økonomiske incitamenter og understøtter en bæredygtig økonomi. Dette vil vi kombinere med udviklingen af ledelsesinformation. Det, tror vi på, vil understøtte et balanceret hensyn til kontinuitet og kvalitet samt en bæredygtig økonomi i planlægningen i de enkelte teams.

Endelig vil vi arbejde med (3) *faglig kvalitet og kultur* ved at bringe de erfaringer, vi har fra arbejdet med rehabilitering og tværfagligt samarbejde fra puljeprojektet "Styrket nærvær og omsorg" ind i de selvstyrende teams. Vi vil bruge erfaringerne til at skabe rammer og kultur for et tæt tværfagligt samarbejde, hvor rehabilitering og høj faglig kvalitet er i fokus.

Med disse tre overordnede tiltag ønsker vi at lykkes med målsætningerne om:

- Øget livskvalitet for borgerne gennem en kontinuerlig og rehabiliterende plejeindsats
- Et attraktivt, dialogbaseret og samskabende arbejdsmiljø
- En bæredygtig økonomi mellem visitation og hjemmepleje

### Projektets målgruppe

*Beskriv kort og præcist den målgruppe, der er omfattet af projektet. Læs om ansøgningspuljens målgruppe i ansøgningsvejledningens afsnit 4 samt afsnit 9 (maksimalt 2400 anslag).*

Projektets målgruppe er alle borgere, der modtager hjemmehjælp i eget hjem, leveret af Team Nordthy/Hannæs. Det er både praktisk hjælp, personlig pleje og sundhedslovsydelser. Gruppen af borgere og deres behov for støtte og hjælp spænder bredt. Ydelserne leveres efter individuelle behov og varierer i omfang, hyppighed og kompleksitet.

Borgere som udelukkende får praktisk hjælp fra private leverandører er ikke omfattet af projektet.

### Antal forskellige borgere i projektet

*Angiv hvor mange forskellige borgere, der modtager hjemmehjælp i eget hjem, som indgår i projektet. Hvis projektet løber over flere år, skal antallet af borgere i hvert projektår så vidt muligt angives (maksimalt 1200 anslag).*

I uge 42 2021 modtog 388 borgere relevante ydelser fra Team Nordthy/Hannæs. I løbet af det seneste år har 436 forskellige borgere modtaget hjemmepleje fra Team Nordthy/Hannæs. Antallet af borgere forventes at være forholdsvis stabilt i løbet af projektets varighed.

### Hvordan opgøres antallet af borgere i projektet?

*Beskriv på hvilken måde antal borgere fra målgruppen i projektet vil blive opgjøret. Beskriv systematikken i registrering af antal borgere (maksimalt 1200 anslag).*

Antal borgere, der modtager hjemmehjælp i eget hjem leveret af Team Nordthy/Hannæs, kan trækkes ud fra Thisted Kommunes omsorgsjournalsystem CURA.

## Projektets aktiviteter

Beskriv aktiviteterne i projektet, og hvordan aktiviteterne bidrager til opfyldelse af de forventede resultater.

Kommunen skal beskrive:

- *Hvordan aktiviteterne hænger sammen med projektets formål og målsætninger. Det vil indgå i vurderingen, om det er sandsynliggjort, at de beskrevne aktiviteter vil føre til opfyldelse af projektets formål.*
- *Hvordan aktiviteterne modsvarer målgruppens udfordringer, herunder i hvilken grad projektet konkret understøtter mere stabilitet og kontinuitet i ældreplejen, og hvilke gevinster det giver til borgeren. Se ansøgningsvejledningens afsnit 7 samt afsnit 9 for yderligere information (maksimalt 7200 anslag).*

## Foranalyse og opstart

Foranalysen har til formål at sikre, at der bliver etableret det nødvendige datagrundlag og baseline for projektet samt modnet og klargjort medarbejdere og ledere i organisationen til de markante forandringer.

Etablering af model for evaluering, datagrundlag og baseline:

- Opstilling af model for evaluering, herunder operationalisering af indikatorer for vores målsætninger:
  - Øget livskvalitet og selvhjulpethed (interviews med borgere og pårørende, visiteret tid til praktisk og personlig pleje)
  - Borgertilfredshed (interviews)
  - Kontinuitet og stabilitet hos den enkelte borger (kørelister)
  - Arbejds miljø (sygefravær, trivsel, medarbejderomsætning)
  - Økonomiske resultater (forbrug og produktivitet sammenlignet med andre teams)
  - Aktivitet (Timer pr. borger, Til- og afgang af borgere)
- Overblik over nuværende datakilder og evt. igangsættelse af øvrig dataindsamling.
- Planlægning af løbende dataindsamling i projektperioden, herunder udvikling af ledelsesinformationsdata til løbende evaluering i projektet.

Modning og klargøring af medarbejdere og ledere i organisation, som indebærer følgende aktiviteter:

- Interviews og workshop med relevante interessenter, herunder AMR/TR, leder af hjemmeplejen, teamledere, medarbejdere i hjemmeplejen, ledere og medarbejdere i visitationen, ældrechef, økonomichef m.fl. med henblik på
  - Afdækning af rammer, kultur og kompetencer (as-is)

- Parathedsanalyse med identifikation af udfordringer, implementeringsmuligheder og -barrierer
- Udvikling af organiseringsform for selvstyrende teams i Nordthy/Hannæs baseret på erfaringer fra andre kommuner og foranalysen.
- Kompetenceudvikling der skal hjælpe de selvstyrende tværfaglige teams ind i den nye organisering og klæder dem på til at arbejde efter de nyudviklede koncepter.

#### Spør 1: Etablering af teams og udvikling af model for dialogbaseret planlægning

I det første spør vil vi etablere rammerne for de selvstyrende teams og udvikle en model for planlægningen og arbejdstilrettelæggesen i teamsne. Helt konkret vil vi:

- Etablere 3-4 mindre selvstyrende, tværfaglige teams bestående af SOSU-hjælpere, SOSU-assistenten, sygeplejersker og visitatorer samt en fysio- eller ergoterapeut, der kan understøtte det rehabiliterende arbejde. Vi ser det som afgørende, at visitatorer bliver en del af teamet for at skabe en enhed, hvor alle arbejder i samme retning.
- I en samskabende proces udvikle principperne og arbejdsgangene for en dialogbaseret planlægningsmodel via to workshops. Rammerne for modellen vil være, at medarbejderne mødes med en forandringskoordinator ugentligt på kontinuitets- og kvalitetsmøder og drøfter rammerne for besøgsplanerne, så der tages højde for kontinuitet. Dagligt vil medarbejderne derudover have mulighed for i dialog at justere køreplanen.

De enkelte teams får tilknyttet en fast visitator fra myndighed, der deltager på de ugentlige kontinuitets- og kvalitetsmøder. Målsætningen er, at vi i tæt samarbejde med Visitationen afprøver forskellige modeller for en mere dialogbaseret visitation, hvor udmålingen af ydelser i højere grad sker i en dialog med borgerens behov i centrum. Det kan eksempelvis ske ved at afprøve en model, hvor visitator kan træffe afgørelse om borgers behov, men hvor det er medarbejderne, der omsætter behovet til pleje i borgers hjem.

#### Spør 2: Udvikling af en kvalitetsbaseret økonomistyringsmodel og ledelsesinformation

Sideløbende med at de enkelte teams nedsættes, vil vi også udvikle rammerne for en kvalitetsbaseret økonomistyringsmodel, der bringer medarbejdernes faglighed i spil, samt udvikle ledelsesinformation, der kan anvendes som styringsværktøj. Det tror vi på, vil understøtte et balanceret hensyn til kontinuitet og kvalitet samt en bæredygtig økonomi i planlægningen i de enkelte teams. Det vil vi gøre ved følgende:

- Afsætning af ét årsværk delt på vores centrale og decentrale økonomifunktioner, der skal bidrage med udvikling, afprøvning og implementering af en kvalitetsbaseret økonomimodel og ledelsesinformation sammen med en ekstern leverandør.
- Interviews og workshop med ledere og medarbejdere i hjemmeplejen, økonomikonsulenter og myndighed med henblik på afdækning af nuværende økonomimodel og indsamling af ønsker og krav til ny økonomimodel, kvalitetsindikatorer og ledelsesinformation.



- Udviklingsproces med arbejds møder og workshops med hjemmeplejen, myndighed og økonomi, der skal munde ud i en konkret økonomistyringsmodel og kvalitetsindikatorer tilpasset de nedsatte selvstyrende, tværfaglige teams i Nordthy/Hannæs.
- Introduktion og påklædning af medarbejdere til at forstå og arbejde med den nye økonomimodel og kvalitetsindikatorerne. Det handler om at forstå incitament, risici og hvordan det giver rammerne til at tage ejerskab og bringe faglighed i spil ift. den ønskede adfærd.
- Økonomi- og kvalitetsmøder hver 14. dag i det første halvår med de enkelte teams med deltagelse af økonomikonsulent, hvor økonomi, ledelsesinformation og kvalitetsindikatorer gennemgås med henblik på at sikre vekselvirkning mellem adfærd og resultater samt eventuel tilpasning og udvikling af økonomimodel og indikatorer. Herefter afholdes møder efter behov.

### Spor 3: Faglig kvalitet og kultur

Når organiseringen, arbejdsgangene og rammerne er på plads, skal vi skabe en systematisk ramme for kvalitetsarbejdet og sikre at kulturen og kompetencerne er på plads til at arbejde rehabiliterende og tværfagligt i de selvstyrende teams. Her vil vi bringe de erfaringer i spil, som vi opnår i projektet "Styrket nærvær og omsorg", hvor vi bl.a. undersøger, hvordan vi kan tilvejebringe en mere effektiv tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen samt hvordan vi kan levere mere tværfaglige og sammenhængende indsatser. Derfor vil vi:

- Ansætte en rehabiliteringskoordinator (terapeut) og en forandringskoordinator (sygeplejerske). De har ansvaret for sammen med projektlederen at drive forandringsprocessen ude i de enkelte teams, for erfaringsopsamling, vidensspredning og vidensindhentning
- Samskabende workshops med medarbejdere, ledere, borgere, pårørende, FOA og DSR, hvor der arbejdes med en ny kultur i de selvstyrende teams med afsæt i ejerskab, faglighed og fællesskab
- Praksisnært forløb faciliteret af en HR-medarbejder omkring medarbejdernes håndtering af forandringer og fælles ansvar i de samskabende processer i etableringen af de selvstyrende teams.
- Kompetenceudvikle 6 lokale kvalitetsambassadører i brugen af PDSA og introduktion af PDSA-læringsloops rundt om kontinuitet, tidlig opsporing, rehabilitering og personcentreret pleje.
- Forankring af kvalitetsarbejdet på de ugentlige kontinuitets- og kvalitetsmøder, hvor også rehabiliteringsforløb drøftes.
- Rehabiliteringskoordinatoren deltager i hjemmebesøg, understøtter brugen af rehabiliteringsplaner og kapacitetsopbygger via sidemandsoplæring.
- Udarbejdelse af en egentlig skriftliggjort model for rehabilitering i selvstyrende teams og personcentreret pleje, der løbende kvalificeres på de kvartalsvise møder.
- Opsamling på resultatdata og driftsnøgletal kvartalsvist, herunder tæt opfølgning på visiteret tid til personlig pleje og praktisk hjælp som en del af resultatopgørelserne.

### Tids- og milepælsplan

Beskriv projektets tids- og milepælsplan

Kommunen skal beskrive:

- En tidsplan for projektperioden, som løber fra december 2021 til december 2023.
- En milepælsplan for projektet, herunder beskrivelse af indsatsområder, milepæle og leverancer. Som led i milepælsplanen angives afhængigheder mellem milepæle, og om der er særlige kritiske betingelser, der skal være opfyldt, før projektet fortsættes. Se ansøgningsvejledningens afsnit 9 for yderligere information (maksimalt 2400 anslag).

Projektet bliver afviklet i tre faser. Leverancer behandles også i afsnit om erfaringsopsamling

#### Fase 1. Etablering, for-analyse og mobilisering: december 2021 – juni 2022

- Dec 2021: Nedsættelse af styregruppe, arbejdsgruppe og referencegruppe og rekruttering af nye medarbejdere (milepæl 1)
- Jan 2022: Etablering af datagrundlag og baselinemåling (Leverance 1)
- Mar 2022: Spor 1: Inddeling og etablering af de konkrete selvstyrende teams i Nordthy/Hannæs, fastlæggelse af deres geografiske afgrænsninger og borgere.
- Mar 2022: Spor 1: Udvikling af principper for dialogbaseret planlægning (milepæl 2 – leverance 2)
- Mar 2022: Spor 3: Samskabende proces om kultur og forandringer.
- Apr 2022: Spor 2: Udvikling af kvalitetsbaseret økonomimodel med kvalitetsindikatorer (Leverance 3)
- Apr 2022: Spor 3: Introduktion af principper for PDSA og uddannelse af kvalitetsambassadører
- Maj 2022: Spor 2: Implementering af den nye styringsmodel (milepæl 3)
- juni 2022: Idriftsættelse af selvstyrende teams (milepæl 4)

#### Fase 2. Implementering, drift og erfaringsopsamling: juli 2022. – december 2023

- Kvartalsmøder i styregruppen og månedsmøder i projektgruppen.
- Spor 1 og 3: Ugentlige kvalitet- og kontinuitetsmøder. Første møde juli 2022 (Milepæl 4).
- Spor 1: Læringsloops af 3 måneders varighed der kører sideløbende mhp. vidensdeling.
- Spor 2: Møder om implementering hver 14. dag i opstarten. Første møde juli 2022 (Milepæl 5).
- Spor 3: De skriftliggjorte modeller for økonomistyring, rehabilitering, pleje og dialogbaseret planlægning tilrettes løbende ifm. de kvartalsvise forbedringsseminarer. Tilretningerne fungerer som leverancer (Leverance 4).
- Spor 3: HR-medarbejder faciliterer en proces omkring, hvordan medarbejderne kan håndtere de udfordringer, som teamet kan støde på i den nye organisering.
- Kvartalsvise forbedringsseminarer med selvstyrende teams, visitation, økonomi, rehabiliteringskoordinator og forandringskoordinator med udgangspunkt i erfaringerne fra læringsloops. Første seminar afholdes i oktober 2021 (Milepæl 6). Erfaringsopsamlingen skriftliggøres i leverancer (Leverance 5).

#### Fase 3. juni – december 2023: Forankring og slutmåling

- Slutmåling for projektet i oktober-november (Milepæl 7 og leverance 6)
- Afsluttende opsamling på metodeudviklingen i december (Milepæl 8).
- Udarbejdelse af plan for udbredelse af til øvrige teams (Leverance 7).

## Organisering

Beskriv kort projektets organisering, og hvordan den har sammenhæng med projektets formål og aktiviteter. Kommunen skal beskrive:

- *Projektets organisering, herunder projektets ledelsesmæssige forankring, organisationsstruktur og organisatoriske placering, herunder omfanget af organisationen, som omfattes af udviklingsarbejdet.*
- *De faste, selvstyrende og tværfaglige teams, herunder antallet af medarbejdere, fordelt på faggrupper som forventes at indgå i de enkelte teams.*
- *Projektmedarbejdernes kompetencer og erfaring med målgruppen, herunder antallet af medarbejdere i projektet og deres faglige baggrund og opgavefordelingen. Medarbejdere i projektet forstås som alle medarbejdere, som er tilknyttet projektet, dvs. projektorganisationen og medarbejdere i driften som må indgå direkte i projektarbejdet.*
- *Eventuelle samarbejdspartnere, deres bidrag og opgavefordeling. Se ansøgningsvejledningens afsnit 7 og 9 for yderligere information (maksimalt 7200 anslag).*

## Projektstyring

Der er allerede nu politisk bevågenhed på projektet i kommunen. Projektet vil derfor blive overordnet forankret i Social- og Seniorudvalget. Udvalget vil løbende igennem projektperioden blive forelagt orienteringssager om fremdriften og resultaterne, der skabes i projektet.

- Foruden den overordnede forankring i Social- og Seniorudvalget nedsættes en styregruppe, der skal bestå af følgende: Ældrechefen, leder af ældresekretariatet, leder af hjemmeplejen samt leder af myndighed og visitation. Styregruppen mødes kvartalsvist. Ældrechefen er formand for styregruppen.
- For at sikre den løbende fremdrift i projektet vil der også blive nedsat en projektgruppe, der mødes månedligt. Projektgruppen vil bestå af projektlederen, økonomikonsulent, økonomi-, data- og ledelsesinformationskonsulenten, forandringskoordinatoren og rehabiliteringskoordinatoren. Projektgruppen står for at forberede sager til styregruppen. Projektgruppen følger også op på de beslutninger, der træffes i styregruppen.

## Organisering og placering af de selvstyrende teams

Projektet omfatter hjemmeplejen i Nordthy/Hannæs, som varetager hjemmepleje- og sygepleje for ca. 1/5 af kommunens borgere. Der er i dag 45 SOSU-hjælpere og -assistenter under én teamleder i hjemmeplejen i Nordthy/Hannæs. Derudover er der 10 sygeplejersker tilknyttet under en anden leder. Både SOSU-hjælpere, -assistenter og sygeplejersker er i dag placeret på samme matrikel og arbejder sammen om levering af hjemme- og sygepleje. Det foregår dog som klassisk hjemmepleje med udarbejdelse af kørelister fra tre skiftende planlæggere.

Medarbejderne har individuelle kompetencer alt efter fagprofil, hvor ufaglærte og social- og sundhedshjælpere varetager den stabile personlige og praktiske hjælp. Social- og sundhedsassistenter



varetager den komplekse pleje og stabile uddelegerede sygepleje. Sygeplejerskernes opgaver er fx sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, at yde sygepleje og behandling samt palliation.

I projektet etablerer vi 3-4 mindre faste selvstyrende tværfaglige teams med 11-15 medarbejdere samt 2-3 faste sygeplejersker. Den endelige størrelse på de enkelte teams vil afhænge af foranalysens afdækning af kompetencer og plejebehov/tyngde hos de tilknyttede borgere. Vi vil også løbende se på sammensætningen af medarbejdere, kompetencer og plejebehov. Pejlemærket er, at vi kan sikre en solid kontinuitet for borgerne, kvalitet og trivsel blandt medarbejderne.

Derudover vil der blive tilknyttet en visitator fra myndighed til hvert team, som fysisk vil have fremmøde sammen med teamet. Hvert team vil forventeligt have omkring 100 borgere inden for et geografisk område i distriktet, der dækker Nordthy/Hannæs i dag. Dette defineres nærmere i opstartsfasen af projektet.

Personaleledelsen af SOSU-medarbejderne og sygeplejerskerne i Nordthy/Hannæs vil være forankret hos to teamledere.

### **Understøttende ressourcer tilgængeligt for de selvstyrende teams**

Overgangen til selvstyrende teams er en stor organisatorisk og kulturel forandring. Vi vil derfor sørge for at stille de nødvendige understøttende ressourcer tilgængelige for de enkelte teams med henblik på at gøre det muligt for dem at planlægge og styre deres egen arbejdsdag.

De selvstyrende teams skal i projektperioden have adgang til væsentlig understøttelse fra følgende:

- En fast administrativ medarbejder i hjemmeplejen
- Støtte fra en rehabiliteringskoordinator (terapeut)
- Støtte fra en faglig forandringskoordinator (sygeplejerske)
- Projektledelse
- Administrativ og økonomisk støtte
- En fast kontaktperson i myndighed
- Økonomiske ressourcer til at prioritere lokal planlægning

**Projektlederen** vil blive varetaget af en person med et indgående kendskab til hjemmeplejens rammevilkår, drift og arbejdsgange, med akademisk baggrund samt med stærke kompetencer inden for processtyring, facilitering og projektopfølgning. Projektlederen har erfaring med projektledelse, bl.a. fra kommunens igangværende projekt "Styrket nærvær og omsorg" og vil være ansvarlig for fremdrift og væsentlige leverancer til styregruppen. Projektlederen vil også være overordnet ansvarlig for processen med at indhente og strukturere den samlede kvantitative og kvalitative erfaringsopsamling.

**Ressourcerne til administrativ og økonomisk støtte** vil komme fra to medarbejdere med viden om afregning og økonomi på ældreområdet, og i særdeleshed hjemmeplejen. Dette vil blive kombineret med en stærk kvantitativ og datamæssig profil. Udover økonomisk indsigt og talkompetencer vil medarbejderne også have stærke processuelle og relationelle kompetencer, så de kan facilitere udviklingsprocessen om en ny kvalitetsbaseret økonomimodel og kan give den nødvendige sparring til de selvstyrende teams på en konstruktiv og pædagogisk måde.

**Rehabiliteringskoordinatoren** skal have erfaring med rehabilitering i praksis. Vedkommende skal samarbejde tæt med både SOSU-personale og sygeplejersker. Vedkommende skal arbejde med at udpege og konkretisere veje at gå for at styrke rehabiliteringen med blik for hjælpemidler.

Rehabiliteringskoordinatoren vil kapacitetsopbygge rehabiliteringsarbejdet i de enkelte teams.

Vedkommende vil deltage i hjemmebesøg og sidemandsoplære medarbejderne i de selvstyrende teams til at arbejde rehabiliterende af både SEL og SUL ydelser. Rehabiliteringskoordinatoren skal også hjælpe med at udarbejde og kvalificere rehabiliteringsplaner. Rehabiliteringskoordinatoren skal også afprøve målingen af udvikling i borgerens trivsel og funktionsevne på konkrete borgerforløb. Afslutningsvist skal rehabiliteringskoordinatoren afslutningsvist arbejde med erfaringsopsamling, spredning og vidensindhentning i hele organisationen.

**Den faglige forandringskoordinator** skal forventeligt have en sygeplejefaglig baggrund. Vedkommende skal have erfaring med systematisk kvalitetsarbejde. Vedkommende vil også have konkrete opgaver forbundet med at sikre serviceniveau i de selvstyrende teams og bistå med en løbende sikring og tilpasning af visitationsniveau for borgere sammen med den tilknyttede medarbejder fra visitationen. Den faglige forandringskoordinator skal også fungere som faglig sparringspartner og coach for de selvstyrende teams. I forlængelse heraf skal den faglige forandringskoordinator være ansvarlig for at understøtte og opsamle på det PDSA baserede kvalitetsarbejde i de faste, og tværfaglige teams. Erfaringsopsamling og spredning af viden ligger således også som en integreret del af opgaverne for den faglige forandringskoordinator.

### **Samarbejde med eksterne interessenter**

For at sikre den nødvendige sparring og viden i løbet af projektet vil vi nedsætte en referencegruppe til projektet. Referencegruppen har til rolle at sparre med styregruppen og arbejdsgruppen undervejs i projektet. Igennem projektet vil vi afholde min. tre referencegruppemøder, hvor vi deler erfaringer og udfordringer i projektet, som vi kan modtage input og sparring på fra referencegruppen.

Det er tanken at invitere følgende til referencegruppen:

- FOA
- DSR
- Ældre-/Seniorrådet

### **Vidensindsamling**

*Beskriv kort hvordan projektets erfarings- og vidensindsamling anvendes lokalt i projektet samt har sammenhæng med projektet formål og aktiviteter.*

*Kommunen skal beskrive:*

- *Hvordan der lokalt i projektet indsamles viden og erfaring under projektperioden, for løbende at tilpasse og justere projektet for at opnå de forventede mål.*

- *Hvordan viden og erfaring fra projektet forventes anvendt lokalt i kommunen. Se ansøgningsvejledningens afsnit 7 samt 9 for yderligere information (maksimalt 2400 anslag).*

### **Integreret erfaringsopsamling og justering af indsatser**

På tværs af alle spor vil der blive afholdt kvartalsvise erfaringsopsamlingsmøder med det formål at indsamle erfaringer samt vurdere resultater og behovet for tilretning i afprøvning. Vi vil løbende følge op databaseret på udviklingen i målsætningerne i forhold til baselinemålingen.

Ansvar for erfaringsopsamlingen vil overordnet være placeret hos projektlederen. Dernæst vil rehabiliteringskoordinatoren og den faglige forandringskoordinator have et stort ansvar for løbende at opsamle og skriftliggøre erfaringerne særligt i forbindelse med de kvartalsvise forbedringsseminarer. Forventningen er, at vi producerer små kvartalsvise leverancer i hele projektperioden (vidensnotater, interviews mv.) om metodeudviklingen. Dernæst vil vi levere ca. fire større skriftlige leverancer på metodeudviklingen.

Vi har tilrettelagt en proces, hvor vi fra start til slut vil indsamle både data og erfaringer, indtryk og frustrationer som måtte opstå undervejs i projektet med henblik på at tilpasse og justere indsatsen mod at vores opstillede mål. Vi vil derfor tillade os at være fleksible og justere vores indsatser i projektet efterhånden som vi bliver klogere. Vi tilpasser vores projekt på baggrund af følgende:

- Foranalysen (se afsnittet ovenfor for en operationalisering).
- Kvartalsvise opsamlinger på de kvantificerede indikatorer for vores målsætninger.
- Slutmåling og tværgående opsamling.

### **Hvordan anvendes viden og erfaringer fra projektet i kommunen?**

Der vil blive udarbejdet en evalueringsrapport, som præsenterer modellerne og metoderne til kvalitetsudvikling og kulturforandring, som er udviklet i projektet, og som vil blive anvendt i planlægningen af den videre implementering i kommunens øvrige hjemmeplejeplejeteams. Thisted Kommune har fra tidligere projekter god erfaring med små-skalaimplementering, hvor der er mulighed for løbende tilpasning og justering.

Der vil løbende i projektperioden og afslutningsvist blive kommunikeret om projektet og resultater heraf til andre medarbejdere og afdelinger internt i kommunen via intranet, oplæg mv. Derudover vil der foregå en ekstern kommunikation til interesserede borgere via sociale medier og lokale nyhedsmedier. Vi vil være opsøgende på muligheden for at fremlægge vores erfaringer til andre kommuner, videnscentre mfl. på symposier, konferencer, netværksdage osv.