



Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

17. september 2009

Sagsnr.
2009-106139

Dokumentnr.
2009- 548356

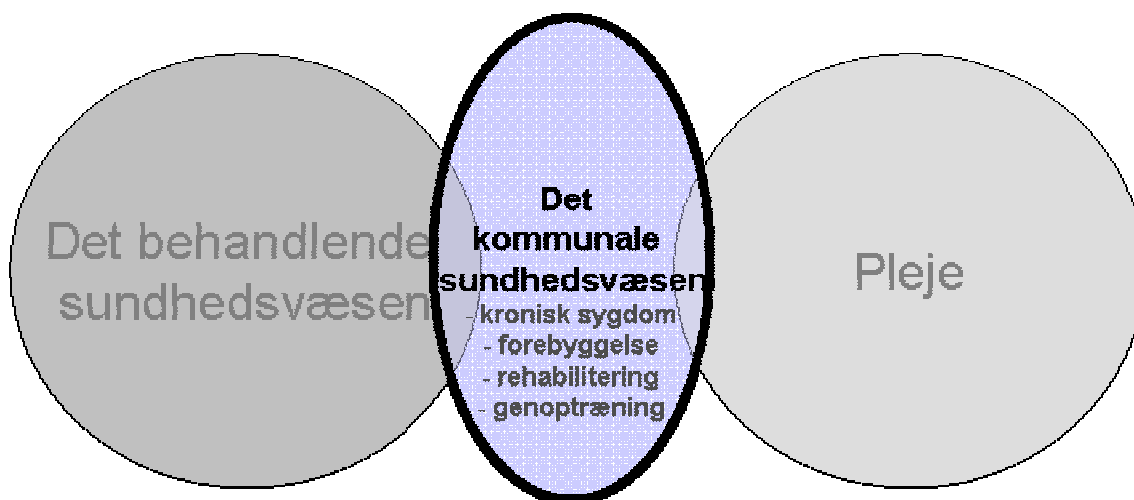
ANSØGNING TIL PULJE VEDR. FORLØBSPROGRAMMER

Københavns Kommune har modtaget indkaldelse af ansøgninger om økonomisk tilskud fra puljer i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010 – 2012.

Det kommunale sundhedsvæsen

Københavns Kommune ser indsatsen for patienter med kronisk sygdom, som en af kerneopgaverne i *det kommunale sundhedsvæsen*. Opgaverne i det kommunale sundhedsvæsen placerer sig i krydsfeltet mellem det behandlende sundhedsvæsen og den plejeindsats som traditionelt har kendetegnet den kommunale opgaveløsning, jf. figur 1.

Figur 1. Det kommunale sundhedsvæsen



Det er på denne baggrund, at Københavns Kommune søger at løse opgaven med at sikre en sammenhængende indsats af høj kvalitet til borgere med kronisk sygdom.

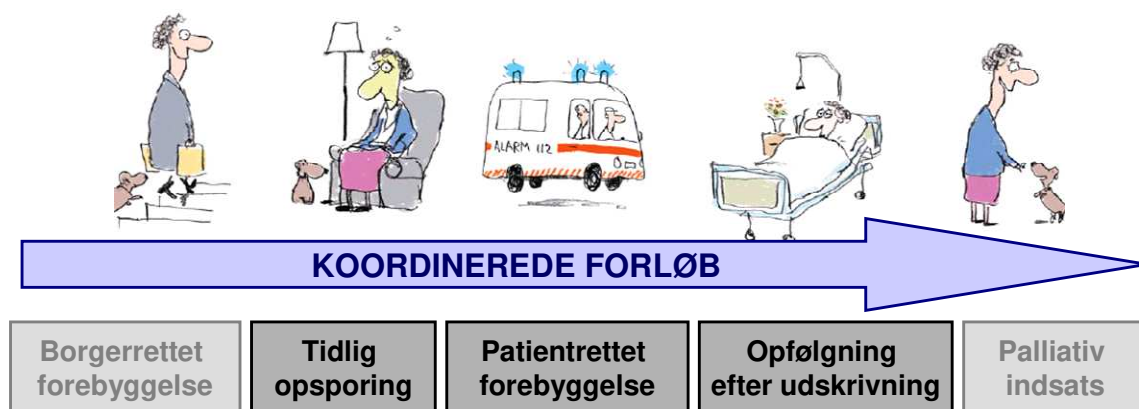
Indsats for patienter med kronisk sygdom i København

I Københavns Kommune tager indsatsen for patienter med kronisk sygdom udgangspunkt i en gennemgående *forløbstænkning*. Både i udviklingen og implementeringen af regionale forløbsprogrammer og i udviklingen af sammenhængende borgerforløb internt i kommunen. Forløbstænkningen danner samtidig grundlag for udviklingen af den

samlede kommunale indsats – fra tidlig opsporing til opfølgning efter en eventuel indlæggelse.

Den fokuserede udvikling af indsatsen til borgere med kronisk sygdom – og udgangspunktet for nærværende ansøgning – er de 3 mørkegrå kasser i nedenstående figur.

Figur 2: Sammenhængende indsats til borgere med kronisk sygdom



Primær sektors rolle i indsatsen for patienter med kronisk sygdom

En grundpræmis i udviklingen af Københavns Kommunes indsats for kronisk sygdom er et udgangspunkt i primær sektors særlige generallistrolle.

I modsætning til det behandlende sundhedsvæsens specialeopdeling er det en forudsætning for den kommunale opgaveløsning, at den rummer alle borgere - med de diagnoser, sociale omstændigheder og øvrige forhold, der måtte kendetegne borgerens situation.

Ifølge Region Hovedstadens sundhedsprofil var der i Københavns Kommune i 2008 ca. **19.500 borgere med hjertesygdomme**, ca. **13.500 borgere med diabetes** og ca. **49.000 borgere med kroniske lungesygdomme**. Endvidere har 8 % af befolkningen i Københavns Kommune, svarende til knap **30.000 borgere, tre eller flere samtidige kroniske sygdomme**¹.

Udviklingen af den kommunale indsats forudsætter derfor, at der udvikles tilbud, der kan rumme meget brede grupper af kroniske sygdomme – samtidig med at kommunen er i stand til at indgå som en professionel partner i samarbejdet med hospitalerne. Ikke mindst i forhold til de **årligt ca. 35.000 udskrivninger af + 65 årige borgere**.

¹ Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, *Sundhedsprofil for region og kommuner* (2008)

Den kommunale infrastruktur

Kernen i Københavns Kommunes indsats for kronisk sygdom har siden udviklingen af Sundhedscenter Østerbro i 2005 været forankret i kommunens **centre vedr. indsats for kronisk sygdom**. Målsætningen er at Københavns Kommune med åbningen af et 5. center vil kunne dække alle kommunens borgere.

Udgangspunktet for arbejdet i centrene vedr. indsats for kronisk sygdom er de synergier og fordele, der kan skabes ved en samling af rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser. Samtidig vil centrene vedr. indsats for kronisk sygdom fremadrettet indgå som en vigtig kommunal aktør i de **sundhedshuse**, der fremover skal danne centrum for udviklingen af det samlede borgernære sundhedsvæsen i Københavns Kommune.

De to første regionale forløbsprogrammer for henholdsvis **KOL** og **type 2 diabetes** er under implementering og karakteren af centrene vedr. indsats for kronisk sygdoms indsats betyder, at rehabiliteringstilbuddene løbende kan udvides til at omfatte andre patientgrupper. Indsatsen til borgere med **hjerter-kar sygdomme** rummes allerede i centrene vedr. indsats for kronisk sygdom og vil i nødvendigt omfang blive tilpasset når det regionale forløbsprogram på området foreligger. Forløbsprogrammet for **muskel-skelet lidelser** er endnu på tegnebrættet, men der forudses ikke problemer med at integrere forløbsprogrammet i de kommunale træningscentre og Ryg- og Genoptræningscenter København, der i dag yder behandling på et højt fagligt niveau med fokus på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i sammenhængende behandlingsforløb.

Grundstrukturen for kommunale tilbud om rehabilitering til mennesker med kronisk sygdom er således på plads.

Den videre udvikling af indsatsen til borgere med kronisk sygdom

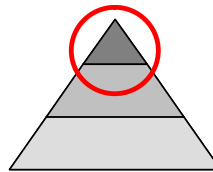
Den videre udvikling af indsatserne til Københavns Kommunes borgere vil fokusere på den løbende koordinering og udvikling af patientforløbene mellem **centrene vedr. indsats for kronisk sygdom, de 4 hospitaler og de ca. 330 praktiserende læger** i kommunen.

Samtidig mangler Københavns Kommune at udvikle tilbuddene til de borgere med kronisk sygdom, der modtager hjælp i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, således at indsatsen her på systematisk vis kan understøtte sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet. Det gælder i forhold til at sikre borgerne bedre tilbud før og efter en indlæggelse, herunder i forhold til det behov for forløbskoordination, som kommunen oplever hos en mindre men meget ressourcetung gruppe af borgere. På den baggrund har Københavns Kommune, som grundlag for sin ansøgning opstillet 5 delprojekter.

Målgrupper

Målgruppen i de enkelte delprojekter er beskrevet med udgangspunkt i den stratificeringspyramide, der traditionelt anvendes i arbejdet med kronisk sygdom. Pyramiden illustrerer fordelingen i patientpopulationen ud fra sygdommens sværhedsgrad. Det betyder at der almindeligvis er tale om, at en meget stor del af en patientgruppe har sygdommen i let eller middelsvær grad, mens kun en lille andel af patienterne har sygdommen på et meget fremskredet stadie. Samtidig er der i forhold til den øverste gruppe af patienter et særligt stort behov for koordination.

Figur 3: Stratificering af målgrupper - forløbskoordination



Målet med stratificeringspyramiden er, at den kan bruges som grundlag for en **arbejdsdeling** mellem sektorerne, eksempelvis i forhold til rehabilitering. Også internt i kommunen kan indsatserne målrettes ud fra denne stratificering. Eksempelvis retter et tilbud om forløbskoordination, jf. Sundhedsstyrelsens definitioner, sig mod den mest komplekse gruppe af borgere. Dette er illustreret i figur 3.

ANSØGNINGENS ØKONOMI

Københavns Kommune har som grundlag for sin ansøgning opstillet 5 delprojekter, der uddybes i bilag:

- **Koordination** af kommunal implementering af de regionale forløbsprogrammer med fokus på rehabilitering.
- **Tidlig opsporing** - forebyggelse af uhensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser.
- **Forløbskoordination** - for ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer.
- **Opfølgning efter udskrivning** – analyse og udvikling af sammenhængende kommunal indsats
- **Brug af telemedicin i hjemmeplejen** – for KOL patienter

Udover delprojekterne søges der midler til:

- **Vikardækning** v. kompetenceudvikling ifbm.:
 - Tværsektoriel kompetenceudvikling
 - Tidlig opsporing
 - Forløbskoordination
- **Evaluering og opfølgning**
 - eksklusiv monitoreringen af forløbsprogrammer.

Ansøgningen af midler fordeler sig som følger:

	ANSØGTE BELØB (2010 pl.)			Samlet
	2010	2011	2012	
DELPROJEKTER				
1. Koordination	900.000	900.000	900.000	2.700.000
2. Tidlig opsporing	600.000	1.000.000	1.000.000	2.600.000
3. Forløbskoordination	950.000	1.350.000	1.350.000	3.650.000
4. Opfølgning efter udskrivning	300.000	600.000	600.000	1.500.000
5. Brug af telemedicin i hjemmeplejen	1.500.000	1.000.000		2.500.000
TVÆRGÅENDE INDSATSER				
Vikardækning v.kompetenceudvikling	850.000	700.000	800.000	2.350.000
Evaluering og opfølgning	530.000	80.000	530.000	1.140.000
I alt	5.630.000	5.630.000	5.180.000	16.440.000

SAMARBEJDE MED REGION HOVEDSTADEN

Nærværende ansøgning er udarbejdet på baggrund af tæt dialog og gensidig koordinering med Region Hovedstaden.

Ansøgningen er drøftet i de fora, der danner udgangspunkt for samarbejde om forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Den gensidige koordinering af ansøgninger er således drøftet i:

- Sundhedskoordinationsudvalget
- Den administrative styregruppe
- Udviklingsforum
- Samordningsudvalget for Københavns Kommune
- Samordningsudvalgene for Amager, Bispebjerg, Frederiksberg og Hvidovre Hospital.

På baggrund af disse drøftelser har Region Hovedstaden påtaget sig ansvaret for det videre arbejde med en række områder af gensidig interesse for kommuner og region. København Kommune søger derfor *ikke* midler til:

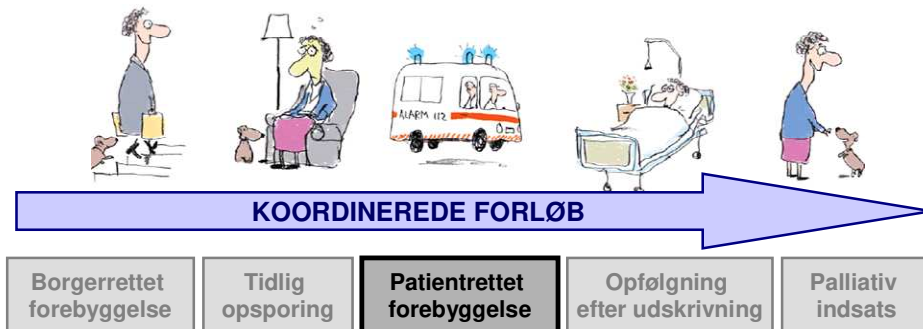
- Monitorering af fælles forløbsprogrammer
- Udvikling af tværsektorielle it-værktøjer
- Tværsektoriel kompetenceudvikling, undtaget udgifter til vikardækning

Med venlig hilsen

Lene Sillasen
Adm. direktør



DELPROJEKT 1



TITEL

Koordination af kommunal implementering af de regionale forløbsprogrammer med fokus på rehabilitering.

FORMÅL

Formålet er at implementere den del af de regionale forløbsprogrammer, som omhandler rehabilitering til borgere med kronisk sygdom startende med KOL og type 2 diabetes.

Københavns Kommune har allerede udviklet et evidensbaseret rehabiliteringsforløb til borgere med KOL, type 2 diabetes eller hjertesygdom². Rehabiliteringsforløbet tilbydes i centre vedr. indsats for kronisk sygdom, og er beskrevet i diagnosespecifikke, tværsektorielle *forløbsbeskrivelser*³.

Rehabiliteringsforløbet skal med åbningen af flere centre vedr. indsats for kronisk sygdom udbredes til hele byen. En systematisk implementering af forløbet vil betyde, at kommunen har implementeret rehabiliteringsdelen i forløbsprogrammerne.

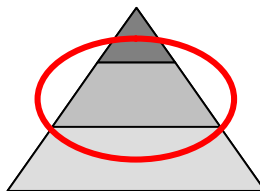
Hidtil har kommunen skullet samarbejde med ét hospital og ca. 130 praktiserende læger omkring udvikling og implementering af rehabiliteringsforløb. Ved en bydækkende indsats skal kommunen samarbejde med 4 hospitaler og ca. 330 praktiserende læger. Implementeringen af forløbsbeskrivelserne for rehabilitering i hele Københavns Kommune bliver således en meget kompleks opgave, som kræver central koordination og forankring.

Formålet med projektet er:

- at koordinere samarbejdet med hospitaler og praktiserende læger på tværs af kommunens lokalområder
- at sikre koordination af udviklingen af forløbsbeskrivelser for rehabilitering på tværs af kommunens lokalområder
- at sikre ensartet implementering af rehabiliteringsforløbet på tværs af kommunens centre vedr. indsats for kronisk sygdom

Målgruppe

Rehabiliteringsforløbet i centrene er et tilbud til de patienter med kronisk sygdom, der ikke er så syge, at de har behov for en specialiseret rehabiliteringsindsats på hospitalet. Målgruppen befinder sig således i midten af stratificeringspyramiden.



INDHOLD

Projektet omfatter udvikling og afprøvning af model for etablering af koordinator funktion, som på tværs af byens lokalområder har ansvar for:

- at understøtte, koordinere og udvikle det tværgående samarbejde vedrørende rehabilitering mellem centrene vedr. indsats for kronisk sygdom, de relevante hospitalsafdelinger og de praktiserende læger i lokalområderne
- at sikre at forløbsbeskrivelserne for rehabilitering ved KOL, type 2 diabetes og hjertesygdom følges i centrene vedr. indsats for kronisk sygdom
- at sikre den løbende implementering af den del af forløbsprogrammerne, der omhandler rehabilitering.

Samtidig med afprøvning af koordinatorfunktionen, afprøves en model for samarbejde mellem kommune og almen praksis, hvor der ansættes praktiserende læger som konsulenter i alle lokalområder. De indgår i arbejdet med at sikre tværsektoriel koordination gennem dialog og videndeling med personalet i centrene vedr. indsats for kronisk sygdom og relevant hospitalspersonale. I hvert center frikøbes en medarbejder til at indgå i det videre arbejde med udarbejdelse og implementering af forløbsbeskrivelser for rehabilitering, bl.a. ved deltagelse i arbejdsgrupper og planlægning af videndeling med almen praksis og hospitalspersonale.

SUCCESKRITERIER

1. At den regionale monitorering af forløbsprogrammerne påviser en effekt af kommunal rehabilitering i forhold til:
 - **Klinisk kvalitet** - f.eks. gennem måling af forbedringerne i sygdomsspecifikke tests
 - **Organisatorisk kvalitet** – f.eks. gennem måling af graden af koordinering med almen praksis
 - **Patientoplevelt kvalitet** – f.eks. gennem måling af patienternes oplevelse af sammenhæng i rehabiliteringsforløbet

Metode:

Målingerne vil bl.a. blive foretaget vha. de værktøjer, der på nuværende tidspunkt anvendes til evaluering og monitorering af kommunale rehabiliteringsforløb, og som vil blive udbredt til de kommende centre i kommunen. Der er tale om værktøjer til registrering af bl.a.:

- Basisdata vedrørende f.eks. KRAM-faktorerne
- Sygdomsspecifikke tests
- Fysiske funktionstests
- Livskvalitet

TIDSPLAN

2010

Jan. – Jul. Udvikling af model for koordinatorfunktion
Udvikling af model for samarbejde mellem kommune og almen praksis
Etablering af samarbejde med de relevante hospitaler

Aug. – Dec. Afprøvning af model for koordinatorfunktion
Afprøvning af model for samarbejde mellem kommune og almen praksis
Dataindsamling til evaluering og løbende monitorering

2011

Jan. – Dec. Afprøvning af model for koordinatorfunktion
Afprøvning af model for samarbejde mellem kommune og almen praksis
Dataindsamling til evaluering og løbende monitorering

2012 Videre udvikling af model for koordinatorfunktion
Evaluering

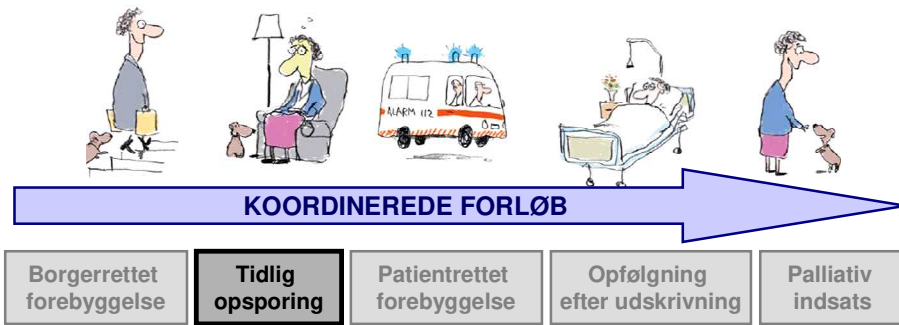
ØKONOMI

Udgifterne til projektet består primært i fuldtidsansættelse af en koordinator. Hertil kommer et vist antal timer til praktiserende læger, som skal indgå i den tværsektorielle koordinering samt frikøb af medarbejdere i centrene vedr. indsats for kronisk sygdom.

	2010	2011	2012	I alt
Fuldtidsansat koordinator	650.000	650.000	650.000	1.950.000
Praksiskonsulenter	100.000	100.000	100.000	300.000
Frikøb af medarbejdere i centrene	150.000	150.000	150.000	450.000
I alt	900.000	900.000	900.000	2.700.000



DELPROJEKT 2



1. TITEL

Tidlig opsporing - forebyggelse af u hensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser

2. FORMÅL

Mange korte indlæggelser er en belastning, især for de svageste ældre. De bliver konfuse og forvirrede, og det kan i sig selv medføre en yderligere svækkelse med risiko for flere indlæggelser.⁴ For at kunne styrke livskvaliteten gennem færre indlæggelser, er det vigtigt at forebygge en negativ udvikling af sundhedstilstanden i de uger, der går forud for indlæggelsen.⁵

Projektets formål er at udvikle en model for nedbringelse af antallet af indlæggelser. Gennem en ændret og fokuseret indsats skal sammenhængende borgerforløb i hjemmeplejen fremmes for at forebygge to typer af indlæggelser:

1. Indlæggelser som kan forebygges i kommunalt regi ved inddragelse af flere sundhedsfaglige ressourcer.²
2. U hensigtsmæssige indlæggelser, som er defineret ved indlæggelser, hvor den ældre enten ikke er udrednings- eller behandlingskrævende, men i stedet er indlagt af sociale eller plejemæssige årsager.²

Målgruppe

Projektets målgruppe er ældre, som modtager ydelser fra hjemmeplejen/sygeplejen. Ældre som ofte har en kronisk baggrundssygdom

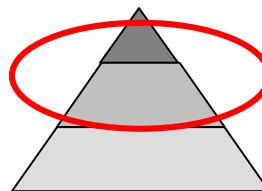
kombineret med plejemæssige og sociale problemstillinger, som gør dem mere udsatte, og hvor indlæggelsen fx skyldes faldende funktionsevne, dårlig ernæringsstilstand eller faldtendens².

Analyser i Københavns Kommune har vist, at de kommunale indsatser særligt vil kunne påvirke indlæggelsesmønstret for nedenstående 8 diagnoser, der dækker ca. 14 % af samtlige indlæggelser på hospitalerne for ældre over 65.

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. tryksår | 5. blærebetændelse, |
| 2. blodmangel | 6. lungebetændelse |
| 3. brud | 7. forstoppelse |
| 4. mave-tarm betændelse | 8. dehydrering |

Samtidig kan en tidlig kommunal indsats hindre eller udskyde progressionen i sygdomsudviklingen for fx KOL og diabetes patienter, med en reduktion i behovet for behandling til følge.

I stratificeringspyramiden er de at finde både i den øverste og midterste kategori.



3. INDHOLD

Projektet betyder, at Københavns Kommune implementerer en strukturel og faglig metodeudvikling med henblik på at sikre tidlig opsporing af forandringer i den ældres sundhedstilstand og hverdags-situation for derigennem at forebygge indlæggelser.

Projektet bidrager til, at Københavns Kommune udvikler en model for at forebygge indlæggelser samt tidlig udredning af årsager til svækkelse jf. Sundhedsaftalen med Region Hovedstaden.⁶

Projektet er en videreudvikling af resultater fra et pilotprojekt i Valby hjemmepleje under Lokalområdekantor Vesterbro/Kgs.Enghave /Valby.

Kort om interventionen

Projektet omfatter udviklingen af en model for tidlig opsporing af ændringer i borgernes funktionsniveau. Der er fokus på den brede medarbejdergruppe i forvaltningen, nemlig sosu-hjælperne, som skal identificere hverdagsindikatorer, som peger i retning af, at den ældre borger kan være på vej mod en indlæggelse.

Der er udviklet et evidensbaseret ”fokusskema” over hverdagsindikatorer indenfor kost/ernæring, fysisk aktivitet, demens og fald til brug for sosu-hjælperne i deres møde med de ældre. Skemaet skal bidrage til en systematisk opsporing af forandringer i den ældres sundhedstil-

stand og hverdag. Dette kræver kompetenceudvikling af sosu-medarbejderne i hjemmeplejen til observation af forandringer i den ældres hverdag og sundhedstilstand.

Sygeplejen inddrages og foretager på baggrund af sosu-hjælpernes "fokusskema" en tidlig udredning og iværksættelse af forebyggende foranstaltninger. Dette skal sikre en kontinuerlig faglig kvalitet i form af ledelse af og forebyggende foranstaltninger i plejen især hos ældre med komplekse sundhedsproblemer, fx flere kroniske diagnoser og en udefinerbar svækkelse/forandring. Sygeplejen skal sikre, at der inddrages de nødvendige faglige kompetencer i primærsektor, der kan være med til at forebygge en indlæggelse, fx praktiserende læger, geriatrike ambulatorier eller diverse kommunale sundhedstilbud.

Strategien er udviklet på baggrund af et igangværende forskningssamarbejde med Hvidovre Hospital omhandlende test af to parametre - BMI og Chair/stand - som let anvendelige indikatorer på forandringer i den ældres funktionsevne. Tests som sygeplejen vil kunne gennemføre ved udredningsbesøget i hjemmet. I projektet vil de to parametre indgå i modellen for tidlig opsporing.

Alt i alt skal der sikres kontinuitet og sammenhæng i plejen og på tværs af det sundhedsfaglige personale i lokalområdet. Som del af projektet udarbejdes nye arbejdsgange fra hjemmeplejegrupperne til sygeplejegruppen og gennem tilknytning til andre sundhedstilbud i lokalområdet.

Også dialogen med hospitalet inddrages i projektet. Bl.a. ved at implementere brugen af indlæggelsesrapporter fra hjemmeplejen til hospitalet i forbindelse med indlæggelsen.

4. SUCCESKRITERIER

1. At antallet af korte indlæggelse (1-2 døgn) af + 65 årige, som modtager hjemmepleje er faldet.

Metode: Opgørelse af indlæggelsesdata.

2. At medarbejdere med ansvar for tidlig opsporing oplever, at de kender deres opgave, og har de nødvendige forudsætninger for at løse den.

Metode: Interviews m. medarbejdere / spørgeskemaundersøgelser

5. TIDSPLAN

2010

Aug. – Dec. Udvikling af model for tidlig opsporing
Udarbejdelse af modeller for dataindsamling
Udvikling af uddannelsesforløb

2011

Videreudvikling af model for tidlig opsporing
Tilrettelæggelse af uddannelsesforløb
Uddannelse af sosu-assistenten
Dataindsamling

2012

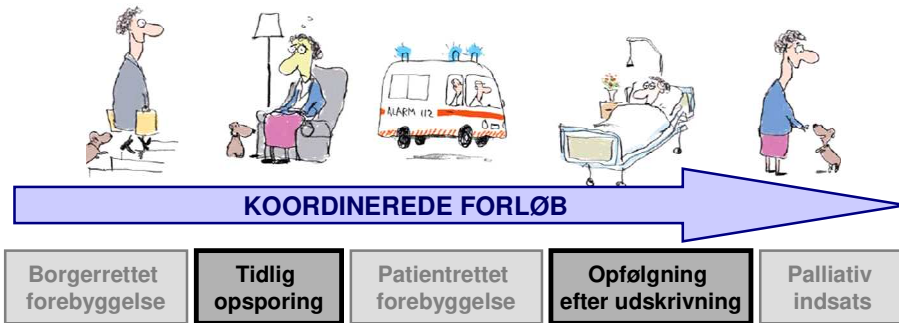
Færdiggørelse af model for tidlig opsporing
Uddannelse af sosu-assistenten
Dataindsamling

6. ØKONOMI

	2010	2011	2012	I alt
Projektleder/koordinator	300.000	600.000	600.000	1.500.000
Kompetenceudvikling		400.000	400.000	800.000
I alt	300.000	1.000.000	1.000.000	2.300.000



DELPROJEKT 3



TITEL

Forløbskoordination for ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer

FORMÅL

Baggrund

Ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer udgør en væsentlig del af målgruppen for Københavns Kommunes ydelser. Borgerne modtager almindeligvis kommunale pleje- og sundhedsydelser, herunder sygepleje, hjemmepleje og evt. en målrettet rehabiliterende indsats. Endvidere indgår borgere med komplekse sundhedsproblemer hyppigt i behandlingsforløb på hospital eller hos praktiserende læger. Det stiller både krav til den faglige koordination mellem områderne og til kontinuiteten i borgerens forløb.

I de regionale forløbsprogrammer anbefales det, at der indhøstes erfaringer med forløbskoordination. Borgerne i målgruppen har ofte kontinuerlig kontakt til det kommunale sundhedsvæsen. Det er derfor naturligt, at kommunen har ansvaret for forløbskoordination.

Formål

Formålet med projektet er at understøtte effektive forløb for borgere med komplekse sundhedsproblemer, bl.a. mhp. at reducere senkomplikationer samt forebygge unødige indlæggelser.

Forløbskoordination skal bidrage til:

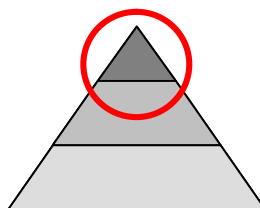
- at sikre faglig sammenhæng i ydelser og aktiviteter på tværs af sektorer og aktiviteter

- at støtte og vejlede borgeren i kontakter til kommunale og regionale aktører
- at fastholde borgeren i forløbet og styrke motivation og egenomsorg
- at sikre systematisk opsamling og formidling af observationer vedr. borgernes sundhedstilstand.

Målgruppe

Den del af de ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer, som har behov for en særlig koordinerende indsats, er placeret øverst i stratificeringstrekanten. De er karakteriseret ved:

- at de har én eller flere sygdomme, som ofte er kroniske
- at de har nedsat funktionsevne
- at de har svage sociale netværk.
- at de har en sundhedstilstand, som er præget af ustabilitet
- at de har mange indlæggelser
- at de har ofte kontakt til mange sundhedsaktører
- at de har vanskeligt ved at indgå i behandlingsforløb
- at de har en lav egenomsorgskapacitet



INDHOLD

I projektet forankres forløbskoordinationen i hjemmesygeplejen, idet hjemmesygeplejen i kraft af sit gode kendskab til borgerens sundhedssituation har mulighed for løbende at observere og agere på ændringer i borgens sundhedstilstand.

Projektets formål opnås via udvikling og implementering af forløbskoordination som en ydelse i hjemmeplejen. Det indebærer:

- 1. Udvikling af standarder for forløbskoordination** i form af forløbsbeskrivelser og procedurer for forløbskoordination, herunder:
 - Opstilling af kriterier for tildeling af forløbskoordination (beskrivelse af målgruppen)
 - Beskrivelse af opgaver og ansvar
 - Udvikling af procedurer for kommunikation med andre parter
 - Udvikling af modeller for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, via f.eks. koordinationsmøder og tværfaglige teams.
- 2. Uddannelse af sygeplejersker i forløbskoordination**
- 3. Afprøvning af model for forløbskoordination**
Forløbskoordination tilbydes til ca. 250 borgere i projektperioden.
- 4. Udarbejdelse af monitoreringsplan samt løbende monitoring**, herunder monitoring af:
 - Opfyldelse af faglige standarder og procedurer for ydelsen
 - Økonomi og ressourcer

SUCCESKRITERIER

1. At 250 borgere inden for målgruppen har modtaget ydelsen forløbskoordination i perioden 2010 – 2012
Metode: Dataindsamling
2. At borgere der modtager ydelsen forløbskoordination, kender forløbskoordinatorens rolle og oplever tryghed og kontinuitet i deres samlede behandlings- og plejeforløb
Metode: Interviews m. et repræsentativt antal borgere.
3. At medarbejdere med ansvar for forløbskoordination oplever, at de kender deres opgave, og har de nødvendige forudsætninger og vilkår for levering af ydelsen.
Metode: Interviews m. medarbejdere / spørgeskemaundersøgelser
4. At samarbejdspartnerne kender forløbskoordinatorens rolle og oplever at forløbskoordinationen er med til at skabe sammenhæng i indsatsen.
Metode: Interviews med samarbejdspartnere / spørgeskemaundersøgelser
5. At forløbskoordinationen bidrager til at skabe faglig sammenhæng i ydelser og aktiviteter på tværs af sektorer og aktiviteter
Metode: Journalaudit og gennemgang af et antal forløb.

Der kan evt. udtages kontrolgruppe for mere systematisk effektmåling.

TIDSPLAN

2010

Jan. – Jul. Udvikling af standarder for forløbskoordination
Uddannelse af sygeplejersker m. ansvar for forløbskoordination

Aug. – Dec. 50 koordinationsforløb iværksættes

2011

Jan. – Dec. 100 koordinationsforløb iværksættes

2012

100 koordinationsforløb iværksættes

ØKONOMI

Udgifterne til projektet består i køb af sygeplejersketimer til forløbskoordination samt projektledelse.

	2010	2011	2012	I alt
Køb af sygeplejersketimer	400.000	800.000	800.000	2.000.000
Projektledelse	300.000	300.000	300.000	900.000
Kompetenceudvikling	250.000	250.000	250.000	750.000
I alt	950.000	1.350.000	1.350.000	3.650.000



DELPROJEKT 4



TITEL

Opfølgning efter udskrivning - analyse og udvikling af sammenhængende kommunal indsats

FORMÅL

Baggrund

En væsentlig del af kommunens rolle i et sammenhængende forløb er, at sikre den rette opfølgning i perioden efter at en borger har været indlagt. Både med henblik på at sikre borgeren den rette hjælp, i en situation hvor funktionsniveauet måske er ændret og for at forebygge at der sker en hurtig genindlæggelse af borgeren.

I forhold til den gruppe af borgere med kronisk sygdom, der hører til inden for centrene vedr. kronisk sygdoms målgruppe sker opfølgningen og rehabiliteringsindsatsen her.

En hurtig og korrekt opfølgning er også vigtig for de borgere, der falder uden for centrenes målgruppe. Særlig i forhold til den gruppe af borgere, der samtidig kan betegnes som ældre medicinske patienter. I forhold til de konkrete indsatser er der her en nær sammenhæng til delprojekt 2 og 3.

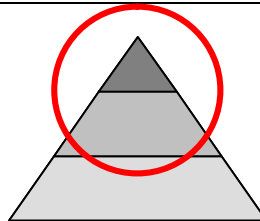
Formål

Formålet med projektet er:

- at udvikle kommunens analysemuligheder i forhold til at sikre en målrettet opfølgning efter udskrivning.
- at udvikle og tilpasse kommunale værktøjer som fx *forløbskoordination* og *opfølgende hjemmebesøg* til indsatsen efter en indlæggelse.

Målgruppe

Det der særligt kendetegner den kommunale indsats efter en indlæggelse er, at kendskabet til målgruppen øges markant, i det øjeblik der knyttes en diagnose til borgeren.



Det betyder at opfølgningen kan tilrettelægges mere systematisk og fokuseret. F.eks. viser nye tal fra Sundhedsstyrelsen at 29 % af de patienter, der udskrives med aktionsdiagnosen KOL genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse fra hospital⁷.

Med den rette adgang til data betyder det, at kommunen har mulighed for at tilrettelægge særligt fokuserede opfølgingsforløb for bestemte grupper af borgere.

INDHOLD

Øget viden – fokuseret indsats

I praksis er de ældre medicinske patienter blandt den gruppe af borgere, hvor kommunen har flest tilbud, som potentielt kan påvirke frekvensen af genindlæggelser. Det gælder i forhold til hjemmepleje, ældreboliger, hjælpemidler, genoptræning m.v.

Analysen i Københavns Kommune har vist, at de kommunale indsatser vil kunne påvirke indlæggelsesmønstret for diagnoser som:

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. tryksår | 5. blærebetændelse, |
| 2. blodmangel | 6. lungebetændelse |
| 3. brud | 7. forstoppelse |
| 4. mave-tarm betændelse | 8. dehydrering |

Der er samtidig et betydeligt potentiale for en offensiv kommunal indsats i forhold til at forebygge genindlæggelser på de store grupper af kronisk sygdomme.

Projektet skal i første omgang sikre:

- at Københavns Kommune får adgang til de rette data og at dataanalysen udvikles med henblik på at fokusere de kommunale indsatser.

Fx udvikle metoder, der kobler data på institutionsniveau med indlæggelser. Eksempelvis med henblik på løbende at følge fordelingen af borgere fra kommunens plejehjem, der indlægges pga. akutte exacerbationer i KOL.

I næste fase skal projektet arbejde med:

- udvikling af model for en løbende kvalitetssikring og udvikling af de kommunale tilbud, der gives til borgerne efter en udskrivning.

Fx sikre at tilgængelige data og analyser indgår i tilrettelæggelse af

indsatser som eksempelvis forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Både i modeludviklingen og i den konkrete tilrettelæggelse af indsatserne.

SUCCESKRITERIER

1. At sammenkoblede data fra Københavns Kommunes omsorgsdata, hospitalerne og almen praksis øger effekten af de kommunale indsatser efter en udskrivning, således at der sker en reduktion i andelen af genindlæggelser.
Metode: Opgørelse af indlæggelsesdata.
2. At data anvendes som input i tilrettelæggelsen af fokuserede indsatser til den enkelte borger.
Metode: Audit.

TIDSPLAN

2010	Juli - dec	Udvikling af model for en løbende kvalitetssikring og udvikling af de kommunale tilbud
		Udvikling af tilgængelige data og analysemetoder
2011		Videreudvikling af de kommunale tilbud og indsatser efter en udskrivning.
		Dataindsamling
2012		Udvikling af model hvor data anvendes som input i tilrettelæggelsen af fokuserede indsatser til den enkelte borger.
		Dataindsamling

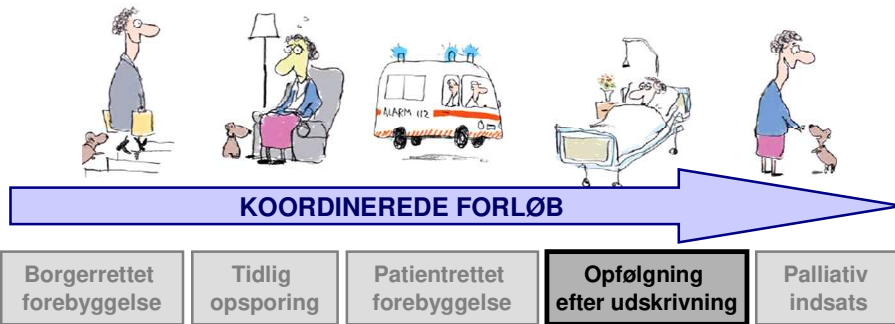
ØKONOMI

Udgifterne til projektet er knyttet til udviklingen og planlægning af kommunal opfølgning efter udskrivning.

	2010	2011	2012	I alt
Projektleder/koordinator	300.000	600.000	600.000	1.500.000
I alt	300.000	600.000	600.000	1.500.000



DELPROJEKT 5



1. TITEL

Brug af telemedicin i hjemmeplejen – for KOL patienter

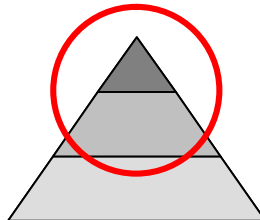
2. FORMÅL

Projektet har til formål at undersøge potentialet ved anvendelse af telemedicin i hjemmeplejen med fokus på KOL-patienter. Projektet fokuserer på opfølgning efter udskrivelse ved at:

- Sikre hurtig udskrivning og undgå genindlæggelser
- Sikre adgang til hurtig klinisk vejledning
- Sikre videndeling mellem hospital og kommunal sygepleje
- Patienten er tryk i eget hjem efter udskrivning
- Sikre patientens kommunikation med hjemmepleje og hospital

Målgruppe

Målgruppen er KOL patienter, der modtager hjælp fra den kommunale hjemmesygepleje.



For den gruppe af patienter, der ligger i midten af pyramiden, er teknologier, der understøtter patientens egenomsorg i fokus.

For den mest syge gruppe af patienter er det primært teknologier, der kan sikre det faglige niveau i den kommunale indsats, der er i højsædet.

3. INDHOLD

Der er i Københavns Kommune 49.000 borgere med kroniske lunge-sygdomme⁸. Samtidig viser nye tal fra Sundhedsstyrelsen at 29 % af de patienter, der udskrives med aktionsdiagnosen KOL genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse fra hospital⁹.

Med hyppige kontakter til mange dele af sundhedsvæsnet, et højt niveau af genindlæggelser og et stort plejebæhov udgør KOL-patienterne derfor en særlig udfordring og et særligt potentiale i forhold til både koordination og sikring af videndeling på tværs af sektorer.

Nærværende projekt bygger videre på erfaringer med telemedicin fra bla. Odense Universitetshospital, Ålborg Universitet og Frederiksberg Hospital.

Projektet spiller med sit fokus på ny teknologi og nye løsninger ind i den fremadrettede strategi på innovations- og udviklingsområdet i Københavns Kommune. Projektet lægger sig desuden naturligt op ad den igangværende digitaliseringsindsats på arbejdsområdet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens decentrale enheder. Fx overgangen til Håndholdt 2 samt forsøg med On-line Hjemmesygepleje i ABT-fonds regi.

Københavns Kommune har sammen med Frederiksberg Hospital, Frederiksberg Kommune og Bispebjerg Hospital en prioriteret indsats på KOL-området. Derudover påregnes det, at telemedicin også vil kunne anvendes med succes på en række andre patientgrupper fx på sår-området samt generelt for indlagte i eget hjem.

Konkret skal der i projektet udvikles og afprøves teknologi, der kan anvendes til KOL-patienter i eget hjem. Der skal hos ca. 20-25 borgere med KOL afprøves teknologi, der muliggør kontakt med og undersøgelse af læge i eget hjem uden lægens tilstedeværelse. Teknologien skal både kunne benyttes af den ældre selv samt af plejepersonalet.

Der indledes med en forsøgsgruppe på udvalgte 20-25 personer, der får udleveret udvalgt teknologi hver - fx KOL-kuffert eller tilsvarende. Der skal desuden uddannes personale i anvendelse af teknologien og udvikles en model for indarbejdelse af teknologien i det daglige arbejde. Det forventes at omkostninger til afprøvning og evaluering er indeholdt i projektbudgettet.

4. SUCCESKRITERIER

1. At patienten udskrives hurtigt og undgår unødvendig genindlæggelse.
Metode: Måles på udtræk fra KOS.
2. At patienten er tryk i hjemmet efter udskrivning.
Metode: Kvalitative interviews.
3. At kommunikationen mellem hospital og kommune er forbedret.
Metode: Kvalitative interviews samt estimeret tidsforbrug på kommunikation.
4. At patienten kommunikerer nemt og hurtigt med relevant plejepersonale og læge.
Metode: Kvantitativt ved estimeret tidsforbrug og kvalitativt ved interviews.
5. At både patient og læge/hospital oplever teknologien/løsningen som velfungerende – måles k
Metode: Kvantitativt ved træk fra KOS og kvalitativt ved interview med ældre og plejepersonale

TIDSPLAN

2010	Indledende fase med krav.spec, udbud og kontraktindgåelse Kompetenceopbygning hos medarbejdere Første forsøgsfase med opstilling af devices i borgeres hjem, indkøring af model for anvendelse af teknologien og begyndende effektmåling
2011	Anden forsøgsfase med konsolidering af anvendelsen af teknologien for både ældre og plejepersonale med løbende effektmåling Afslutning, opsamling og evt. implementering

ØKONOMI

	2010	2011	2012	I alt
Projektleder/koordinator	400.000	500.000	-	900.000
Teknologi	800.000	400.000	-	1.200.000
Uddannelse	300.000	100.000	-	400.000
I alt	1.500.000	1.000.000	-	2.500.000