

## Bilag til Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner

Beskrivelse af planlagte, igangværende eller afsluttede projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er forankret i kommunerne

Kommune, hvor indsatsen er forankret	Beskrivelse af projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er igangsat i kommunerne
<b>Sønderborg</b>	<p>Projekt <i>Særlig på opsøgende indsats</i> er igangsat med relation til den ældre medicinske patient og er gennemført i 2014 og 2015. Projektet er målrettet svage og sårbare ældre, der udskrives fra sygehus, og formålet har været at tilbyde en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen. Det er gennemført på tværs af visitation, hjemmesygepleje, hjemmepleje, ældrevejledere m.fl. Projektet afsluttes med udgangen af 2015, hvorefter der arbejdes med at implementere erfaringerne fra projektet i driften.</p> <p>Erfaringerne fra projektet er, at det har været med til at forebygge medicinfejl, øget fokus på afkræftede borgere og borgere med akut ændret funktionsniveau, sikret øget sammenhæng på tværs af faggrupper og været med til at målrette indsatsen mod borgere med størst behov.</p>
<b>Kerteminde</b>	<p>Der har hen over sommeren 2015 været fokus på arbejdet med funktionsvurderinger, som led i tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand.</p> <p>Der er gennemført undervisning for nøglepersoner i forhold til Avaleo, der er arbejdet med sidemandsoplæring og der har været tæt ledelsesopbakning og fokus.</p> <p>Sygeplejerskerne er undervist, og der er fastlagt procedure og dokumentationspraksis.</p> <p>Der planlægges et undervisningsforløb for alle SSA og SSH i hjemmeplejen, i forhold til observation og måling af vitale parametre (Puls, temperatur, respiration, blodsukker, urinstix og blodtryk). Undervisningen forventes gennemført i januar måned. Herefter vil der blive arbejdet med implementering af ændringsskema, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Der arbejdes aktuelt med sygeplejefaglig udredning og handleplan, på tværs af Sygeplejen, Plejecentrene og Rehabiliteringsenheden. Herunder styrkelse af den sygeplejefaglige vurdering og fælles praksis. Målgruppen er sygeplejerskerne.</p> <p>Der planlægges aktuelt et forløb med fælles undervisning og arbejde med sygeplejefaglig udredning og handleplan i praksis, med start i</p>

	<p>januar måned.</p> <p>Det forventes at Kerteminde kommune sidst på foråret 2016 er klar til at starte implementering af Triage model, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Det forventes at det forudgående arbejde med observation og med sygeplejefaglig udredning og handleplan vil have væsentlig betydning for paratheden til at arbejde med triagering og for udbyttet af dette.</p>
<b>Fanø</b>	<p>Der foregår ikke konkrete projekter, men der er fokus på at oprette koordinerende tværfaglige teams omkring borgere med komplekse problemstillinger</p>
<b>Nordfyn</b>	<p>Nordfyns Kommune har i første halvår 2015 gennemført et projekt omkring on-line sygepleje til borgere med KOL-diagnose. Der foreligger evaluering af projektet, som blev gennemført med tilbud til 8 borgere. Der er aktuelt ikke afklaring i forhold til evt. fremtidige tiltag med virtuelle sygeplejebesøg.</p> <p>Der er etableret et tværfagligt KOL-rehabiliteringsteam, hvor der ligeledes er forventninger til forebyggende tiltag til borgere, der er omfattet målgruppen af DÆMP-borgere.</p>
<b>Faaborg-Midtfyn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvikling af kvalitetsmodel vedr. sårbare ældre borgere mhp at undgå forebyggelige indlæggelser.</li> <li>• Styrkelse af forebyggende indsats for ældres ernæringstilstand</li> <li>• Faldforebyggelse.</li> </ul>
<b>Svendborg</b>	<p>Svendborg Kommune igangsatte et 1-årigt projekt, som skulle sikre, at borgerne oplever et sammenhængende, koordineret og individuelt tilrettelagt forløb både i forbindelse med sektorovergange ved indlæggelser og udskrivelser, og ved overgange mellem tilbuddene internt i kommunens ældrepleje. Projektet løb fra efteråret 2014 til efteråret 2015.</p> <p>Projektet var to-delt:</p> <p>Del 1: Implementering er arbejdsgange ifbm. "Vejledningen for den ældre medicinske patient"</p> <p>Del 2: Overgange - mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt overgange mellem de forskellige tilbud i ældreområdet.</p> <p>I forbindelse med Del 2, blev der afprøvet en række mindre tiltag. Projektet mandede ud i en række anbefalinger i forhold til kommunikationen mellem sygehus og kommune ved indlæggelser og udskrivelser, samt arbejdsgange i forbindelse med overgange til og fra</p>

	<p>gæsteboliger i kommunen samt mellem kommunens interne tilbud til borgerne.</p> <p>Disse anbefalinger er nu vedtagne og skal implementeres henover foråret 2016.</p>
<p><b>Aabenraa</b></p>	<p>Aabenraa Kommunes fremskudte visitation på Sygehus Sønderjylland, status er at det er i drift, tidsplanen er, at det skal fortsætte på ubestemt tid og evt. på sigt udvides til det psykiatriske sygehus også. Den formodede effekt er styrket forløbskoordination.</p> <p>ACCESS-projektet hvor den praktiserende læge kunne visitere ældre borgere til kommunal akutplads eller hjælp fra kommunalt akutteam som alternativ til indlæggelse, status og tidsplan er at projektet er afsluttet, den formodede effekt er færre indlæggelser/genindlæggelser.</p> <p>Aabenraa Kommunes akutteam og akutplads, der vil bestå i et akutteam med sygeplejersker med særlige kompetencer og døgndekning og 1 akutplads på kommunens Special- og Rehabiliteringscenter. Status er, at akuttillbuddet (team + plads) er under etablering i disse dage, tidsplanen er at det går i drift primo januar 2016 og den formodede effekt er bl.a. færre uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.</p> <p>Rehabilitering i henhold til servicelovens § 83a, tidsplanen er at det skal fortsætte på ubestemt tid, og den formodede effekt er borgere, der evt. har været ældre medicinske patienter, der er mere selvhjulpne og har større livskvalitet, har behov for mindre hjælp og som indlægges sjældnere.</p>
<p><b>Kolding</b></p>	<p>Sygeplejen og hjemmeplejen i Kolding Kommune sætter fokus på tidlig opsporing af begyndende sygdom.</p> <p>Seniorområdet i Kolding Kommune har udvalgt 3 værktøjer, der anvendes i hjemmeplejen og sygeplejen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ændringskema og triagemodel, hjemmeplejen <ul style="list-style-type: none"> <li>• TOBS – måling af vitale parametre, sygeplejen</li> <li>• Ernæringsvurderingskema, sygeplejen</li> </ul> </li> </ul> <p>TOBS måling af vitale parametre er en videreudviklet udgave af hospitalernes tidlige opsporing af kritisk sygdom, som er tilpasset primærsektoren. Det er rutinemæssige målinger af vitale værdier som puls, blodtryk, temperatur, bevidsthedsgrad og respirationsfrekvens og bruges, som et værktøj til at understøtte sygeplejerskers og assistenters kliniske blik.</p> <p><b>Forebyggende hjemmebesøg</b></p> <p>Kommunen arbejder med forebyggende hjemmebesøg. De praktiserende læger opfordres til at benytte de sundhedsfremmende og</p>

	<p>forebyggende hjemmebesøg til borgere + 75 år og derover. Formålet med samtalen er at drøfte borgerens aktuelle livssituation og vejlede så borgeren udnytter egne ressourcer, og bevarer sit funktionsniveau længst muligt.</p> <p>Samtalen har fokus på hvordan den ældre mestrer sin tilværelse og danner grundlag for en bedre udnyttelse af den ældres ressourcer, og dermed støtter dem i at bevare livskvaliteten. Temaerne i samtalen kan være om dagligdagen, trivsel, socialt netværk, bolig, nærmiljø sundhedstilstand, funktionsevne, aktiviteter og interesser. Samtalen kan også berøre eksistentielle emner som sorg, tab, identitet, isolering og døden.</p> <p>Kommunen kontakter relevante borgere en gang om året, med henblik på forebyggende hjemmebesøg, idet besøgene tilbydes en gang årligt. Der er mulighed for flere besøg, hvis der er behov for det. Endvidere tilbydes et ekstra sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, der lige har mistet en ægtefælle. Der er ligeledes mulighed for ekstra besøg, hvis der behov herfor.</p> <p>Kommunen tilbyder sundhedsfremmende og forebyggende besøg til alene-boende mænd og kvinder i aldersgruppen fra 60 til 74 år. Tilbuddet gives med baggrund i, at forskningen viser, at enlige har større risiko for helbredsproblemer end samlevende.</p> <p>Hvis egen læge har opfattelse af, at en borger har brug for et forebyggende hjemmebesøg, kan det kommunikeres til visitationen via en korrespondance.</p> <p>Kommunen har dertil etableret et akutteam der er en specialfunktion, som skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser ved at foretage observationer, behandling og pleje til borgere med akutte eller specielt komplicerede behov, der efter lægehenvi sning kan forblive i kommunalt regi.</p>
<b>Nyborg</b>	<p>Der er planer om at gennemgå DÆMP borgere inden for en vis periode og se på eks. borgere, der er registreret med flere genindlæggelser. Her vil der være fokus på, hvad der særligt skal være opmærksomhed omkring i forhold til denne gruppe af borgere.</p>
<b>Fredericia</b>	<p>Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom. Vi arbejder med 2 – 3 indsatser omkring tidlig opsporing om året. Dette startede i foråret. Målet er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.</p> <p>Vi forventer at se effekter i løbet af 2016.</p>

