

NOTATTil: **Regionsrådet****Opgang** Blok B
Telefon 38 66 60 00
Direkte 38 66 60 80
Web www.regionh.dk

Dato: 1. juni 2012

Projektforslag til fase 2 af udmøntningen af 50 mio. kr puljen

Regionsrådet har i budgettet for 2012 afsat 50 mio. kr. til en pulje, der skal anvendes til igangsættelse af nye samarbejdsprojekter mellem regionen og kommunerne og/eller til udbygning af samarbejdsprojekter, der vil styrke den samlede effekt af kommunernes og regionens indsats i forhold til indsatsen over for udsatte grupper.

På baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger er der udarbejdet beskrivelser af projektforslag til 2. fase af puljens udmøntning. Det drejer sig om i alt 19 projekter. Beskrivelserne er i videst muligt omfang udarbejdet i samarbejde med de relevante kommuner, hospitaler og psykiatrien. Projektforslagene vil blive konkretiseret yderligere i samarbejde med kommunerne og efter inddragelse af brugerorganisationerne.

De 19 projekter fordeler sig således:

Projektforslag inden for psykiatrien

Nr.	Deltager	Emne - psykiatri
A	Glostrup, Albertslund, Brøndby og Ishøj/Vallensbæk kommuner, Psykiatrisk Center Glostrup og KABS	Tværsektorielt samarbejde om indsatsen overfor mennesker med sindslidelse (ikke-psykotiske) og misbrug (dobbeltdiagnoser)
B	Ballerup og København kommuners jobcentre m.fl. - Psykiatrisk Center København	Tidlig opsporing - sammenhæng i tilbud vedr. den lettere psykiatri (samarbejde med jobcentre med mere)
C	Alle kommunerne i Region Hovedstaden og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup	Samarbejde om indlæggelser og udskrivning (børn) – etablering af udgående akut-team
D	Alle kommunerne i Region Hovedstaden og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup	Vedr. bedre koordinering af indlæggelser og udskrivinger – etablering af ordning med samordningskonsulenter

Projektforslag inden for svangre, børn og unge

Nr.	Deltager	Emne: Svangre, børn og unge
E	Hillerød, Frederikssund, Hørsholm kommuner og HIH	Tidlig koordineret og samordnet indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer
F	Frederiksberg (Halsnæs)	Unge-rådgivning
G	Alle kommuner i Region Hovedstaden	Udvidelse af Databasen Børns sundhed
H	Frederiksberg, Brøndby kommuner og HIH	Rådgivningsenhed om overvægt hos børn

Projektforslag inden for kronikerområdet /den ældre medicinske patient

Nr.	Deltager	Emne - kronikerområdet / den ældre medicinske patient
I	Kommunerne i planlægningsområde SYD, GLO, HIH, Psykiatrien og almen praksis	Shared care model for behandling af patienter med samtidig forekomst af psykiatriske og somatiske diagnoser
J	Dragør, København, Tårnby kommuner og AMH/HVH	Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og minimering af henvendelser med mindre skader i Akutmodtagelsen i dagtiden
K	Københavns Kommune og BBH	Rehabilitering for mennesker med samtidig forekomst af flere kroniske sygdomme
L	Frederiksberg Kommune	Pilotprojekt om kompetence udvikling af kommunens plejepersonale
M	Gladsaxe Kommune og HEH	Genetablering af Akut-team
N	Københavns Kommune og BBH	Højrisikopatienter der indlægges til observation for hjertesygdom, men som ikke har dette – Optimering af overgang mellem hospital kommunalt tilbud
O	Almen praksis, Bornholms Regionskommune og BOH	Afprøvning af model for samarbejde om rygpatienter
P	Herlev Kommune og HEH	Koordineret indsats for risiko-patienter, der indlægges på akutmodtagelse og som ikke er kendte i kommunen
Q	Københavns Kommune og HVH	Geriatrisk tilsyn fra Hvidovre Hospital på Akutplejeenheden, Københavns Kommune

Diverse

Nr.	Deltager	Emne
R	Ballerup Kommune (Vestegnskommunerne)	Frivillig-dreven tandklinik for udsatte grupper.
S	Gladsaxe Kommune og Herlev Hospital	Sammenhængende patientforløb og forbedrede overgange mellem den primære og sekundære sundhedssektor for etniske minoritetsgrupper

Projekt A: Forslag til projekt om tværsektorielt samarbejde om indsatsen overfor mennesker med sindslidelse (ikke-psykotiske) og misbrug (dobbeltdiagnoser)

Deltagende enheder:	Psykiatrisk Center Glostrup, KABS samt Glostrup, Albertslund, Brøndby og Ishøj/Vallensbæk Kommuner				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 30. september 2013				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	1	4	3,38		8,38
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager gennem eksisterende aktiviteter og tilbud indenfor social-psykiatrien og misbrugsområdet. Herudover bidrager kommunerne med personale-ressourcer til projektgrupper og -aktiviteter.				
Effekt:	▪ Det forventes, at flere patienter med ikke-psykotisk lidelse og misbrug vil få behandling for deres problematikker og at færre i målgruppen får recidiv. Der forventes endvidere at der gennem projektet etableres et tættere tværfagligt samarbejde.				

Formål

Formålet med projektet er at få igangsat en behandlingsindsats i forhold til patienter med ikke-psykotiske lidelser og misbrug med henblik på at forbedre den almene sundhedstilstand samt sikre bedre forudsætninger for at opnå eller fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det foreslås, at projektet fokuserer på yngre borgere med ikke-psykotiske lidelser i form af f.eks. depression, personlighedsforstyrrelser, ADHD med samtidigt misbrug af alkohol, stoffer og evt. medicin.

Kommunerne varetager hovedparten af misbrugsbehandlingen. Region Hovedstadens Psykiatri behandler langt de fleste patienter med ikke-psykotiske lidelser i pakkeforløb, som hovedsageligt er baseret på gruppe-terapi og medicinsk behandling. Erfaringer har vist, at behandling i terapiforløb kun har yderst ringe effekt, når patienten samtidig har et misbrug. Samtidig er misbrugsbehandlingen vanskeliggjort, når patienten har en ubehandlet psykisk lidelse.

Der er evidens for, at patienter med misbrug responderer bedre på et psykoterapiforløb, hvis de forinden har været gennem en forberedende fase med fokus på motivation og behandling af misbruget.

Det foreslås, at der etableres en ambulant behandlingsklinik til målgruppen, der får til opgave at udvikle en ambulant udrednings- og behandlingsspakke til målgruppen – og efterfølgende udrede og behandle målgruppen efter de fastlagte retningslinjer.

Behandlingspakken skal indeholde:

- udredning og diagnosticering af psykisk sygdom
- afdækning af misbrugsproblematik
- motivering
- behandling af misbrug
- psykiatrisk behandling

Med henblik på at kvalificere samarbejdet i forhold til misbrugsbehandling foreslås, at der afsættes midler til konsulenttydelser fra f.eks. KABS med fokus på at udvikle en samarbejdsform og et koncept for samarbejde, således at det sikres, at behandlingen sker parallelt – og eventuelt under ”samme tag”.

Med henblik på at sikre det tværsektorielle samarbejde, både under og efter gennemførelsen af pakkeforløbet tilknyttes en socialrådgiver til behandlingsklinikken, som får til opgave, at koordinere forløbet med involverede kommuner og eventuelt andre relevante aktører med henblik på at sikre stabilisering af begge lidelser efterfølgende.

Projekt B: Forslag til projekt om tidlig opsporing - sammenhæng i tilbud vedr. den lettere psykiatri (forebyggelse)

Deltagende enheder:	Ballerup og Københavns Kommunens jobcentre og eventuelt ungdomsuddannelses institutioner samt psykiatrisk center København				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 30. september 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,8	3,2	2,78		6,78
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager med personaleressourcer til projektgrupper og -aktiviteter og gennem eksisterende aktiviteter og tilbud i jobcentrene mm.				
Effekt:	Det forventes, at en tidlig opsporing og hurtig behandling vil medføre, at flere unge/ynge med lettere psykiske lidelser vil kunne gennemføre et uddannelsesforløb eller fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet.				
Formål Mange borgere får tilkendt førtidspension på baggrund af en ikke-psykotisk lidelse. En del af problematikken er bl.a., at disse borgere ikke identificeres tilstrækkeligt tidligt, og dermed ikke modtager relevant behandling for deres lidelse.					

Med henblik på at styrke den tidlige opsporing og igangsætning af relevant behandling foreslås et samarbejdsprojekt mellem en eller to kommuners jobcentre og et psykiatrisk center i regionen, som skal fokusere på at bibringe medarbejdere i jobcentre og vejledere på ungdomsuddannelser viden om observationspunkter i forhold til identifikation af psykisk lidelse hos unge. Desuden skal disse medarbejdere have viden om relevante veje ind i det psykiatriske behandlingssystem.

Almen praksis vil kunne behandle langt de fleste patienter – den hospitalsbaserede psykiatri skal via patientens egen læge have henvist de patienter, der af egen læge vurderes at have en moderat til svær psykiatrisk lidelse, der kræver behandling i hospitalsregi.

Målgruppe

Målgruppen er unge/ynge mennesker, som har vanskeligt ved at gennemføre en uddannelse eller opnå/fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor der samtidig er mistanke om en psykisk lidelse, der kræver lægebehandling, enten i almen praksis eller i hospitalspsykiatrien.

Projekt C: Forslag til projekt om samarbejde om indlæggelser og udskrivning (børn) – etablering af udgående akut-team

Deltagende enheder:	Det foreslås, at projektet forankres i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrups akutmodtagelse og akutafsnit og dækker kommunerne i Region Hovedstaden. Akutteamets samarbejdsparter vil være både familie, institution, skoler og andre i den unges netværk.				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 31. september 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	1	4	3,38		8,38 mio. kr.
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager med personaleressourcer til projektgrupper og gennem eksisterende aktiviteter og tilbud på området.				
Effekt:	▪ Teamets arbejde vil skabe en højere grad af kontinuitet i patientforløbene, og skabe en mere glidende overgang mellem sektorerne samt bedre pårørende samarbejde. ▪ Det er desuden forventningen, at det udgående arbejde og psykoedukation til familie, institutioner, skoler mv. dels vil styrke det tværsektorielle samarbejde i forhold til indlæggelser og udskrivinger. ▪ Endelig forventes det, at antallet af genindlæggelser vil kunne reduceres - og i nogle tilfælde helt forebygge indlæggelse.				
Formål					

Med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde om indlæggelser og udskrivning i børne- og ungdomspsykiatrien foreslås etablering af et akut udgående børne- og ungdomspsykiatrisk team.

Målgruppen vil være: Børn og unge med psykisk lidelse (herunder retspsykiatriske unge), f.eks. i form af selvmordstanker eller alvorlig selvskadende adfærd, aggressiv adfærd eller uafklarede psykiatriske symptomer, herunder isolationsadfærd og ændret døgnrytme.

Et akutteam kan bl.a. varetage følgende opgaver:

- Der kan ydes en hurtig og fleksibel indsats i den unges nærmiljø med henblik på afklaring og evt. motivation til indlæggelse.
- Der kan formidles observationer og anamnesticke oplysninger til brug for den psykiatriske undersøgelse med henblik på at effektivisere undersøgelsen og dermed afkorte indlæggelserne.
- De unge kan behandles i eget hjem eller institution, og teamet kan forestå psykoedukation af forældre, institutioner, skoler og andre i den unges netværk, således at disse bliver bedre rustet til at varetage den unges særlige behov. Dette vil medvirke til at fastholde den unge i behandling og dermed reducere genindlæggelser.
- Der kan ydes støtte ved vanskelige overgange fra indlæggelse til institution, Teamet vil således fungere som patientens kendte og dermed trygge relation, samt som vejleder til hjemmet, institutionen, skolen eller lign. i forhold til den unges særlige behov.

Projekt D: Vedr. bedre koordinering af indlæggelser og udskrivninger – øget fokus på efterlevelse af samarbejdsaftalerne i den daglige praksis gennem etablering af ordning med samordningskonsulenter

Deltagende enheder:	Hele psykiatrien – alle kommuner i regionen (en samordningskonsulent i hvert planområde).				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 31. september 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr. ·	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,58	2,3	2,1		4,98
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager med personaleressourcer i forbindelse med koordinationen omkring indlæggelser og udskrivninger.				
Effekt:	▪ Bedre koordination og sammenhæng omkring indlæggelses- og udskrivningsforløb gennem øget fokus på implementeringen af samarbejdsaftalerne/ efterlevelse af samarbejdsaftalerne i den daglige praksis.				
Formål					

Med henblik på at styrke implementeringsarbejdet om samarbejdsaftalen, og dermed styrke samarbejdet om indlæggelser og udskrivinger, foreslås at der ansættes en samordningskonsulent i hvert planområde. Samordningskonsulenterne vil få til opgave at samarbejde med socialrådgiverne på de psykiatriske centre og i kommunerne i forhold til at:

- Koordinere og kvalitetssikre samarbejdet om patientforløb på tværs af sektorerne
- Implementere sundheds- og samarbejdsaftalernes afsnit om indlæggelse og udskriving, herunder sikre ensartet praksis på tværs af de psykiatriske centre i planområdet.
- Udmønte og implementere beslutninger i forhold til indlæggelse og udskriving truffet i samordningsudvalget.
- Følge op på kvaliteten af varslinger, udskrivningskonferencer og dokumentation af disse i afsnittene.
- Deltage i implementeringen af MedComstandarder til tværsektoriel kommunikation om indlæggelse og udskriving
- Udvikle og igangsætte projekter og initiativer, der faciliterer sammenhængende patientforløb i forhold til indlæggelse og udskriving.
- Kontakter koordinerende kontaktperson i kommunerne i tilfælde, hvor tolkningen af samarbejdsaftalerne skal drøftes med henblik på at opnå en ensartet og god sagsbehandling
- Følge op på kommunikation mellem psykiatrisk center og kommune med henblik på at forebygge lignende tilfælde.

Forankring/samarbejde

- Det foreslås, at der ansættes en samordningskonsulent i hvert planområde

Projekt E: Tidlig koordineret og samordnet indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer.

Deltagende enheder:	Frederikssund Kommune, Hillerød Kommune (oprindelig forslagsstiller), Hørsholm Kommune samt Hillerød Hospital Flere kommuner søges inddraget.				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 30. september 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,23	0,9	0,68		1,8
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager med eksisterende personaleressourcer på området.				
Effekt:	▪ Det forventes at projektet vil medføre at en større del af risikogruppen vil blive identificeret gennem en mere effektiv og bevidst opsporing, at indsatsen før, under og efter graviditeten vil iværksættes hurtigere og mere målrettet i forhold til de specifikke vanskeligheder der udgør de gravides/vordende forældres vanskeligheder.				

	▪ Som en konsekvens af denne indsats forventes det at forældrene vil kunne udvikle en adækvat forældrekompetence og at færre spæd- og småbørn vil komme i mistrivsel således at behovet for meget omfattende foranstaltninger (anbringelser uden for hjemmet) nedbringes. ▪ Projektet er tænkt som et modelprojekt og det forventes at projektets resultater gennem en planlagt formidlingsstrategi vil kunne anvendes af andre (Regioner og Kommuner).
Formål Projektet har til formål at fremme en tidlig, koordineret og samordnet indsats for gravide/vordende forældre med sociale, medicinske og psykiske problemer gennem et styrket samarbejdet mellem relevante aktører i Region Hovedstaden og i Frederikssund, Hillerød og Hørsholm kommuner. Målgruppen for projektet er sårbare og udsatte gravide/vordende forældre som er udfordret i deres kommende forældrerolle som følge af alvorlige sociale belastninger, misbrug, psykiske vanskeligheder eller medicinske problemer.	

Projekt F: Unge- rådgivning					
Deltagende enheder:	Frederiksberg Kommune, Halsnæs Kommune og Frederiksberg Hospitals Koordinerende Forskningsenhed.				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 30. september 2015				
Ansøgt beløb: Mio.kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,42	0,79	0,79	0,76	2,76
	Kommunerne bidrager ved at stille lokaler til rådighed for projektet. Herudover vil kommunerne bidrage med personaleressourcer i planlægningsfasen og med opfølgningsaktiviteter på ungdomsuddannelserne.				
Effekt:	Projektet formål er, at fremme den seksuelle sundhed gennem et styrket samarbejdet mellem Regionen og Frederiksberg og Halsnæs kommuner. Målet er at øge de unges kompetencer, at nedbringe abortraten og at reducere forekomsten af seksuelt overførbare sygdomme.				
Formål Sundhedsstyrelsen publicerede i 2010 en undersøgelse af unge kvinder, der får provokeret abort. Af denne rapport fremgår det at der i de sidste knap 10 år har der været tendenser til øget antal uønskede graviditeter					

og dermed til stigende abortrater både blandt de 15-19-årige og blandt de 20-24-årige. Antallet af unge, der får konstateret klamydia er fordoblet de seneste 10 år. Sidste år blev der opdaget næsten 30.000 klamydiatilfælde. Det reelle antal smittede vurderes dog til at være 50.000 per år. Unge under 25 år udgør 72 % af de smittede.

I mange tilfælde opdager man ikke, at man er smittet. Konsekvenserne af ubehandlet klamydia kan være underlivsbetændelse, ufrivillig barnløshed, graviditet uden for livmoderen og kroniske underlivssmerter. På denne baggrund har projektet til formål at fremme af den seksuelle sundhed gennem et styrket samarbejde mellem Regionen og Frederiksberg Kommune.

Målet er at øge de unges kompetencer, at nedbringe abortraten og at reducere forekomsten af seksuelt overførbare sygdomme.

Projektets mål skal opnås gennem to delprojekter: Seksualundervisning og individuel rådgivning.

Undervisningen tilbydes til alle 10. klasser og alle klasser på ungdomsuddannelserne. Hver 10. klasse tilbydes to undervisningsmoduler med 2-3 ugers interval, da opfølgning og refleksion er vigtigt. Undervisningen på ungdomsuddannelser vil foregå i forbindelse med temadage om seksuelt overførbare sygdomme.

Ved hver undervisning gøres de unge opmærksomme på muligheden for at henvende sig i klinikken. Dette kombineret med opslag i lokalpressen, plakater på skolerne og kontakt til tv medier, skal fungere som markedsføring af tilbuddet.

Individuel rådgivning

Den individuelle rådgivning er det helt centrale i projektet og "Sundheds- og Præventionsklinikken" skal - med udgangspunkt i ovenstående vinkling - fungere som reelt tilbud til unge i kommunen, hvor de kan tale om livet, seksualiteten, forventninger og erfaringer. De skal kunne blive testet for kønssygdomme, foretage graviditetsprøver og modtage individuel rådgivning om prævention. Ved muligheden for at henvende sig uden tidsbestilling og ved den nye vinkel på undervisningen, mener vi at kunne imødeset behovet for personlig vejledning hos flere af de unge, som af forskellige årsager ikke benytter egen læge.

Rådgivningsklinikken på Frederiksberg vil være et tilbud tre dage ugentligt i tidsrummet kl.16 -19. Rådgivningsklinikken i Halsnæs Kommune vil et tilbud en dag ugentligt i tidsrummet kl. 16 -19. Personalet vil begge steder være jordemødre og læger.

Projekt G: Databasen Børns Sundhed

Deltagende enheder:

Samarbejdet omfatter aktuelt 11 kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre og Tårnby

Flere kommuner søges inddraget via projektet

Projektperiode:

1.oktober 2012 – 31. december 2013

Ansøgt beløb Mio. kr.

2012	2013	2014	2015	I alt
0,41	1,22			1,63

Effekt:

- Projektets formål er – gennem implementering af en ny IT-løsning - at gøre det lettere for nye kommuner at tilslutte sig samarbejdet om databasen Børns Sundhed.
- At flere kommuner tilslutter sig data-basen
- At flere kommuner dermed får adgang systematisk indsamlede data om børns sundhed
- At mulighederne for indsamling af data om børns sundhed – herunder udviklingen over

Formål

I dag er der tekniske begrænsninger i forhold til databasen Børns Sundhed, idet indrapportering til databasen kun kan ske via nogle bestemte journalsystemer.

Formålet med projektet er, at gøre databasen uafhængigt af de forskellige it – journalsystemer, der findes på området, således at alle kommuner får mulighed for at tilslutte sig Data-Basen.

På denne baggrund kan projektet implementeres i alle kommuner i Region Hovedstaden, der er interesseret i at følge børnesundheden i egen kommune. Årligt vil der blive udarbejdet sundhedsprofiler på området for den enkelte kommune.

Baggrund:

Databasen Børns Sundhed er oprettet af de ledende sundhedsplejersker i mange af kommunerne i det daværende Københavns Amt i samarbejde med amtet i 2002. I dag omfatter samarbejdet 11 kommuner:

Sundhedsplejerskerne i disse kommuner registrerer på en systematisk måde oplysninger om børns sundhed i første leveår og ved indskolingen, herunder oplysninger om familien og indsatsen fra sundhedsplejen.

Fra 2011 er der etableret et samarbejde mellem Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed om drift og nyttiggørelse af data. De deltagende kommuner får hvert år sundhedsprofiler på børnene i form af to årsberetninger med nøgledata om de 0-1-årige børn og om indskolingsbørn. Dertil en temarapport om de 0-1-årige og en temarapport om indskolingsbørn. I 2011 handlede temarapporten om de 0-1-årige om amning. Temarapporten for indskolingsbørn handlede om motorik. Desuden har hver kommune fået tema-

rapporter om kommunens egne børn. Dvs at tyngden i sundhedsplejerskearbejdet kan måles Kommunerne ejer egne data.

Databasen er rig på oplysninger. Studerende og forskere kan søge adgang til data mhp. større og mindre forskningsprojekter. I de kommende år vil der blive skrevet temarapporter for 0-1-årige om syn og hørelse, mor-barn-kontakt, psykosocial funktion, vægtudvikling, sygdom og handicap, familieforhold og familiens sociale netværk, kendetegn ved familier der får mange besøg af sundhedsplejersken, spædbørn i ressourcefattige familier, spædbørn i indvandrerfamilier og mange andre temaer. Det er ambitionen at udbrede denne mulighed for at levere årlige kommunale sundhedsprofiler nyfødte børn og indskolingsbørn til alle kommuner i Region Hovedstaden.

Projekt H: Rådgivningsenhed i forhold til overvægtige børn

Deltagende enheder:	Hillerød Hospital, Frederiksberg Kommune, Brøndby Kommune.														
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 31. marts 2014														
Ansøgt beløb: Mio. kr.	<table><tr><th>2012</th><th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>I alt</th></tr><tr><td>0,3</td><td>1,1</td><td>0,9</td><td></td><td>2,4</td></tr></table>					2012	2013	2014	2015	I alt	0,3	1,1	0,9		2,4
	2012	2013	2014	2015	I alt										
	0,3	1,1	0,9		2,4										
Samfinansiering: Kommunerne deltager med personaleressourcer i styregruppe, projektgrupper og – aktiviteter. Kommunerne udvikler desuden på de eksisterende tilbud inden for sundhedsplejen.															
Effekt:	▪ Projektet vil medvirke til en kvalitetssikring og –løft af den kommunale indsats overfor overvægtige. ▪ Tillige vil projektet, såfremt det udbredes til alle regionens kommuner være med til at sikre en højere grad af ensartethed kommunerne i mellem (i forhold til fx effekten af kommunernes indsats frem for metodemæssigt, da kommunernes vilkår er forskellige). ▪ Projektet vil også kunne bidrage til videndeling og netværksdannelse mellem kommunerne i Region Hovedstaden.														
Formål Kommunerne har allerede i dag initiativer overfor børn og familier med overvægt, bl.a i form af tværfaglige team (Frederiksberg Kommune). Det der efterspørges er, at regionen indgår i et samarbejde med kommunerne omkring at løfte og kvalitetssikre indsatsen. Med projektet Kvalitetsløft i indsatsen overfor overvægtige børn tilbyder Region Hovedstaden en tværfaglig															

rådgivning.

Rådgivningen kunne dække følgende områder:

- tilrettelæggelsen af opsporingen af overvægtige børn og familier,
- fastholdelse af effekt hos børn efter indsats (fx efter behandling på Julemærkehjem)
- nyeste viden omkring ikke-medicinske behandlingsmetoder
- udarbejdelse af forløbsbeskrivelser for den lokale tværfaglige indsats
- monitorering og evaluering af indsatsen.

Projekt I: Shared care model for behandling af patienter med samtidig forekomst af psykiatriske og somatiske diagnoser

Deltagende enheder:	Hospitaller og kommunerne i Vestegnsprojektet - herunder Socialpsykiatrien i Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje Tåstrup, Ishøj og Vallensbæk kommuner, almen praksis i de 7 kommuner, Psykiatrisk Center Glostrup repræsenteret ved Distriktskykiatrisk Center Glostrup og Distriktskykiatrisk Center Ishøj. Endvidere arbejdes på at få involveret Psykiatrisk Center Hvidovre og Distriktskykiatrisk Center Hvidovre.				
Projektperiode:	1.november 2012 – 31. december 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,18	1,53	1,61		3,31
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager med personaleressourcer til projektgrupper og gennem eksisterende aktiviteter og tilbud inden sundhedsområdet og socialpsykiatrien.				
Ønsket effekt:	Implementering af shared care-modellen på Vestegnen har følgende mål: ▪ At implementere shared care-modellen, således at borgerne og patienterne får en bedre behandling. ▪ At tilbyde kompetenceudvikling til social- og sundhedsprofessionelle af sundhedsfaglig, sundhedspædagogisk og strukturel karakter. Dette med henblik på at målrette og kvalificere indsatsen over for psykisk syge borgere, som har en kronisk sygdom eller som er i risiko for udviklingen heraf. ▪ At videreudvikle og implementere patienttilbud (patientskoler), der er særlig målrettet psykisk syge borgere og patienter.				
Formål					

Formålet med Shared Care-projektet er at videreudvikle og implementere den shared care-samarbejdsmodel, som aktuelt er ved at blive udviklet i regi af Vestegnsprojektet sårbarhedsindsats, på hele Vestegnen.

Udvikling af modellen bygger dels på erfaringer fra selve Vestegnsprojektet og dels på konkrete erfaringer fra patienter, almen praksis, distriktspsykiatri og socialpsykiatri i de tre kommuner. Modellen skal sikre og optimere en relevant informationsudveksling og ansvarsplacering mellem aktørerne i sundhedstrekanten, således at psykiatriske patienter med KOL, Type 2 Diabetes eller risiko for udvikling heraf, modtager optimal medicinsk, sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende behandling.

Der vil blive arbejdet med at styrke samarbejdet om de kroniske sygdomme gennem kompetenceudvikling og udvikling af metoder til et fælles ansvar i forhold til opsporing, behandling og fastholdelse i rehabiliteringsforløb.

Den systematiske, profylaktiske indsats, vil bl.a. foregå i samarbejde med bosteder, hospitaler, lokale idrætsforeninger, frivillige organisationer mv. Shared Care-projektets formål er to-faset, hvor fase 2 har til formål at udvikle modellen til øvrigt kroniske diagnoser, somatiske såvel som psykiatriske.

Projekt J: Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og minimering af henvendelser med mindre skader i akutmodtagelsen

Deltagende enheder:	Dragør Kommune, Københavns Kommune, Tårnby Kommune, Amager Hospital				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 31. marts 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,40	1,59	0,45		2,44
	Samfinansiering: Kommunerne bidrager til projektet via eksisterende personaleressourcer i hjemmeplejen, på bosteder og institutioner.				
Effekt:	- Tryghed og tilfredshed for patienten gennem hjemmebehandling - Færre indlæggelser af ældre mennesker med mindre skader, målt ved et antal foruddefinerede diagnoser - Øget samarbejde mellem akutmodtagelsen og den kommunale hjemmepleje, botilbud med mere.				
Formål Formål at undgå uhensigtsmæssige/ ikke nødvendige indlæggelser af patienter med mindre skader og hvor den fysiske og/eller mentale status nødvendiggør en liggende og ofte ledsaget transport. Det drejer sig eksempelvis om ældre immobile, ofte demensprægede patienter boende i eget hjem eller på plejehjem, samt					

psykisk handicappede fra forskellige bostæder/ institutioner. Skadens omfang står ofte ikke i rimeligt forhold til de ressourcer, der anvendes til transporten der oftest foregår med ambulance med 2 reddere og evt. plejepersonale fra bostedet, samt den indgriben det er i patientens dagligdag at blive indbragt til skadestuen.

2 projektsygeplejersker (behandlersygeplejersker ansat i Akutmodtagelsen), vil varetage en behandlerklinik der har åbent alle dage 8-23, og vil varetage såvel behandlerfunktionen på tilkald i primær sektor. Behandlersygeplejerskerne deltager i den daglige gang på Akutmodtagelsen og vil tage sig af henvendelser omkring mindre skader. Der er vagtdækning i dagvagt og aftenvagt (8-23), mandag til fredag. Såfremt et problem/en usikkerhed opstår i primærsektor, der kalder på Akutmodtagelsens ekspertice (jf. punkt 3) vil der være mulighed for at kontakte Akutmodtagelsen på et nærmere specificeret telefonnummer, hvorefter en behandlersygeplejerske vil kunne køre ud og tilse borgeren.

Projekt K: Rehabilitering af mennesker med samtidig forekomst af flere kroniske sygdomme (Forløbsprogram for Multisygdom)

Deltagende enheder:	Københavns Kommune og almen praksis samt Bispebjerg Hospital, (Endokrinologisk-Gastroenterologisk Afdeling, Lungemedicinsk Afdeling, Kardiologisk Afdeling, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb (ASP))				
Projektperiode:	1.november 2012 – 31. oktober 2014				
Ansøgt beløb: Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,48	1,95	1,52		3,95
	Samfinansiering: Københavns Kommune bidrager med personale til gennemførelse af pilotprojektets intervention (forløbskoordination).				
Effekt:	▪ Afdække omfanget og karakteren af patientforløb hos mennesker med multisygdom i og på tværs af de tre sektorer ▪ Vurdere sammenhæng og koordinationsgrad af målgruppens patientforløb ▪ Afdække behovet for forløbskoordination ▪ Beskrive og udarbejde metoder og værktøjer der kan håndtere målgruppens behandlings - og rehabiliteringsbehov ▪ Udvikle og beskrive metoder og arbejdsgange på tværs af sygdomsspecifikke specialer og sektorer, der kan understøtte samarbejdet om patienter/borgere med multisygdom ▪ Beskrive indsatser og værktøjer, der kan sikrer patientinddragelse, tværfagligt- og organisatorisk samarbejde ▪ Videreudvikle forløbsprogrammer så de dækker multisygdom.				
Formål					

Projektets overordnede formål er i et tæt samarbejde mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommune og almen praksis, at udvikle koordinerede og sammenhængende sundhedsfaglige indsatser for mennesker med multisygdom.

Projektets formål er at udvikle effektive behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med samtidig forekomst af flere kroniske sygdomme (multisygdom).

Baggrund

I 2009 fordelte de 340.000 borgerne (16+årige) i Planlægningsområde Byen sig på følgende måde indenfor de tre sygdomme: Type 2 diabetes, KOL og hjerte-kar sygdomme: 13.589 med type 2 diabetes, 12.267 med KOL, 12.016 med hjerte-kar sygdomme.

Med implementering af forløbsprogrammer for KOL, Type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme, er der for disse grupper skabt de første erfaringer med effektive behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor de sundhedsfaglige indsatser understøttes på tværs af sektorgrænser.

18 procent af borgerne i Region Hovedstaden har imidlertid mere end én kronisk sygdom og antallet af mennesker med flere kroniske sygdomme er stigende.

Patientforløb for mennesker med mere end en kronisk sygdom er komplicerede, fordi der ofte ikke er en reel kobling mellem de sundhedsfaglige indsatser i forløbene. Desuden vanskeliggør og påvirker andre faktorer, som for eksempel graden af motivation hos patienten, livsstilsfaktorer, socioøkonomiske forhold og etnicitet, det optimale patientforløb.

Det er også velkendt, at mange mennesker med kroniske sygdomme ikke orker eller ikke ønsker rehabilitering.

Endvidere mangler der en tydeliggørelse af, hvordan samarbejdsrelationen bedst kan tilrettelægges til øvrige offentlige instanser, der har med målgruppen at gøre.

Eksisterende forskning peger på, at de mennesker, der har flere kroniske sygdomme, har en ringere oplevelse af sammenhæng i deres forløb, dårligere livskvalitet og stor overdødelighed.

Samtidigt er det beskrevet, at ressourceforbruget er stort i denne patientgruppe. En borger med én eller flere kroniske sygdomme (KOL, type 2 diabetes, hjerte-kar sygdom og kræft) i Københavns Kommune har i gennemsnit et kommunalt forbrug på 73.500 kr. om året, hvilket svarer til en merudgift på 26.000 kr. pr. borger. Sammenfattende afspejler ulighed i sundhed sig også ned i de konkrete udgifter, der er forbundet med de kroniske sygdomme. Eksempelvis er andelen af borgere, der modtager kommunale ydelser dobbelt så stor blandt borgere med kort uddannelse, sammenlignet med borgere med lang uddannelse.

Projekt L: Pilotprojekt om kompetence udvikling af kommunernes plejepersonale

Deltagende enheder:	Frederiksberg Kommuner indgår som pilotprojektkommune. Herudover inviteres yderligere en kommune ind i projektet. Projektet forankres i HRU.				
Projektperiode:	1.november 2012 – 31. marts 2014				
Ansøgt beløb: Mio.kr.	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,2 5	1,25	0,55		2,05
	Frederiksberg Kommune indgår i projektarbejdet og betaler medarbejdernes løn i kursusperioden.				
Effekt:	Projektet skal bidrage til udvikling af et kompetenceudviklingskoncept i form af et kursusforløb og en værktøjskasse. Herigennem skal kursisterne opnår en øget viden om relevante tiltag med henblik på at understøtte et øget fokus på forebyggelse og tidlig opsporing. Der skal i projektet sættes fokus på den enkeltes mulighed for at omsætte opnået viden i daglig praksis.				
Formål Formålet med projektet er at udvikle et kompetenceudviklingskoncept i form af et kursusforløb og en værktøjskasse om forebyggelse og tidlig opsporing. Projektet vil bestå i udvikling af flere forskellige kursusforløb, der rettes mod forskellige faggrupper i hjemmeplejen m.fl. Fokus vil bl.a. blive rettet: - Tidlig opsporing af forebyggelige diagnoser - Forebyggelse, hvordan kan det gøres og hvem skal inddrages? - Inddragelse af egen læge Herudover skal udvikles understøttende værktøjer i form af guidelines til medarbejdere. Værktøjerne skal blandt andet udvikles som applikationer (apps) til mobiltelefoner mm.					

Projekt M: Udgående akut-team

Deltagende enheder:	Gladsaxe Kommune, Herlev Hospital				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 30. september 2014				
Ansøgt beløb:	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,2	0,8	0,6		1,6
	Gladsaxe Kommune bidrager med eksisterende ressourcer inden for hjemmeplejen og deltager i koordinationen af indsatsen med akutteamet.				
Effekt:	▪ Akut-teamet skal bidrage til nedbringe antallet af 0-dagsindlæggelser ▪ Mindske antallet af forebyggelige indlæggelser				
Formål Formålet med projektet er at implementere en model med akut-sygeplejen i hjemmet og dermed forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser, men særligt fokus på 0-dages indlæggelserne. Gladsaxe Kommune er blandt den tredjedel af kommuner i Region Hovedstaden, som har flest 0-dagsindlæggelser og markant flere end gennemsnittet af kommunen i regionen. Modellen indebærer at special-uddannede AMA-sygeplejersker kører ud til hjemmeboende borgere med hjemmeplejekontakt eller plejeboligboere efter henvendelse fra primært hjemmesygeplejerske eller sosu-assistent og i sjældnere tilfælde praktiserende læge/vagtlæge. Der vil i projektet blive bygget videre på allerede indhøstede erfaringer med udgående akut-sygeplejerske. Tidligere undersøgelser har således vist en positiv effekt af denne type tiltag.					

Projekt N: Højrisikopatienter der indlægges til observation for hjertesygdom, men som ikke har dette. Et tværsektorielt forløbs- og forebyggelsesprojekt til optimering af overgang mellem hospital og kommunalt tilbud.

Deltagende enheder:	København Kommune (forebyggelsescentre på Østerbro og Nørrebro), BBH (Kardiologisk afdeling)				
Projektperiode:	1.oktober 2012 – 31. marts 2014				
Ansøgt beløb:	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,2	0,5	0,2		0,9
Mio. kr.	Samfinansiering: Kommunen bidrager med finansieringen af omkostninger ved rehabiliteringen i kommunale forebyggelses centre. Kommunens udgifter er beregnet til at udgøre 4,5 mio. kr.				
Effekt:	Effekten af forebyggelsesindsatsen måles før og efter den kommunale intervention. ▪ Kliniske data: BMI, taljemål, vægt, højde, blodprøver ▪ Fysiske tests: Borg 15/gangtest – under afklaring. ▪ Selvrapportering: Sundhedsadfærd og fysisk aktivitets niveau				
Formål Kardiologisk afdeling Y, Bispebjerg Hospital behandlede i 2009 ca. 1200 patienter, som blev indlagt til observation for en hjertesygdom. Diagnosen blev efterfølgende afkræftet og patienterne udskrevet uden yderligere behandling. Alene det at blive indlagt til observation for hjertesygdom udgør en risiko for senere udvikling af hjertesygdom (1). For disse højrisikopatienter eksisterer der for nærværende ikke et pakkeforløb, hvorfor denne gruppe ikke indgår i den lokale udmøntning af regionens forløbsprogrammer for hjerte-kar sygdomme. Det drejer sig primært om patienter med hypertension, hyperkolesterolemie og overvægt/fedme. Ændret livsstil er en velkendt faktor i forebyggelsen af udvikling af hjertesygdom. Skønsmæssigt vurderes, at ca. 2/3 af patientgruppen kan profitere af en systematisk intervention. Da Hjerterafdelingen, Bispebjerg Hospital imidlertid ikke har et behandlingstilbud til denne patientgruppe, opfordres patienterne til via egen læge at få en henvisning til kommunal borgerrettet forebyggelse i Københavns kommunes forebyggelsescentre. Der eksisterer tilbud såvel patientrettede, som borgerrettede i kommunal regi. Empirisk viser det sig, at man-					

ge patienter ikke følger hospitalets råd om henvendelse til egen læge mhp. henvisning til et kommunalt forebyggelsesforløb.

Ved overgange mellem sektorer (Hospital, kommune, praktiserende læge) (patientovergange) mistes information om patienten. Der er manglende viden, sektorerne imellem, om hvad der foregår med patienten fra sygdomsstart til færdig behandling og genoptræning. Der er en sikkerhedsrisici for patienten forbundet ved disse patientovergange. Tiltag, hvor hjertepatienter kontaktes direkte i forbindelse med indlæggelse, betyder øget deltagelse i opfølgende behandling

Formålet med projektet er, at udvikle et forløbs- og forebyggelsestilbud til patienter, der bliver indlagt til observation for Akut Koronar Syndrom (AKS), hvor diagnosen afkræftes. Tilbuddet skal gælde patienter, der tilhører gruppen af patienter med høj risiko for udvikling af Koronarsygdom.

- 1) Undersøge om logistikken med *direkte henvisning* fra Akut koronarafsnit på hospital til et kommunalt forebyggelsestilbud er effektiv.
- 2) Undersøge om direkte motivering af patienterne ved indlæggelsen, samt direkte henvisning til et kommunalt forebyggelsesforløb får patienterne til at gennemføre forebyggelsestilbuddet.
- 3) Undersøge, hvor stor en andel af patienterne, der fuldfører et individuelt tilrettelagt forebyggelsesforløb i Københavns Kommunes forebyggelsescentre.
- 4) Undersøge om nedenstående risikofaktorer/effektmål ændres med forebyggelsesforløbet.
 - Vægttab
 - Rygestop
 - Motionsvaner
- 5) Undersøge om antallet af indlæggelser for koronarsygdom på længere sigt i Region Hovedstaden påvirkes inden for 1 år /3 år?

Projekt O: Afprøvning af model for samarbejde om rygpatienter

Deltagende enheder:	Almen praksis på Bornholm, Bornholms Regionskommune og Bornholms Hospital				
Projektperiode:	1. juli 2012 – 31.december 2014				
Ansøgt beløb:	2012	2013	2014	2015	I alt
	0,37	1,1	1,1		2,57
	Samfinansiering: Kommunen etablerer relevante tilbud om rehabilitering til patienterne. Kommunen indgår i styregruppe og projektgruppe og deltager i uddannelsesaktiviteter.				
Effekt:	▪ Hurtigere udredning af rygpatienter ▪ Færre genhenvisninger ▪ Kortere sygemeldinger ▪ Øget lighed i anvendelse af sundhedsydelser for sårbare grupper. ▪ Forbedret samarbejde mellem hospital, sundheds-, social- og beskæftigelsesområderne i kommunen, almen praksis, privatpraktiserende speciallæger, fysioterapeuter mv.				
Formål Bornholms sundhedsprofil viser at der er mange borgere i risiko for at udvikle sygdom og miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Samtidig viser undersøgelser at sygedagpengemodtagere på Bornholm bruger sundhedssystemet mindre end sygedagpengemodtagere i resten af regionen. Det tyder på at der finder en underbehandling sted. Formålet med projektet er at afdække årsagerne til et lavere forbrug og etablere nye arbejdsgange og samarbejdsmetoder, så det sikres at patienter med lænderyg lidelser får den nødvendige udredning og behandling. Projektforslaget har fokus på en styrket tværsektoriel indsats for mennesker med lænderyglidelser. Det handler om at sikre en tidlig udredning og rehabilitering med det formål at undgå at lidelsen i lænderyg bliver kronisk. Der er fokus på en både tværsektoriel og tværfaglig indsats, hvor den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats også er indtænkt. Projektet har fokus på samme patientgruppe som det regionale forløbsprogram for lænderyglidelser, men med projektet vil man række udover de indsatser, der er beskrevet i forløbsprogrammet.					

Projekt P: Koordineret indsats for risiko-patienter, der indlægges på akutmodtagelse og som ikke er kendte i kommunen

Deltagende enheder:

Herlev Kommune og Herlev Hospital

Projektperiode:

1. juli 2012 – 31. december 2014

Ansøgt beløb:

2012	2013	2014	2015	I alt
0,31	1,25	0,94		2,50

Samfinansiering:

Herlev Kommune bidrager med personale ressourcer til afholdelse af opsøgende forebyggende hjemmebesøg af hjemmesygeplejersken. De bidrager til projektarbejdet, herunder ved udarbejdelse og distribution af materiale. Desuden tilbyde patienterne deltagelse i eksisterende kommunale tilbud om rehabilitering og forebyggelse.

Effekt:

- Færre genindlæggelser
- Forebyggelse af funktionstab hos målgruppen

Formål

Den nationale handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient har sat fokus på opfølgende hjemmebesøg, men der er ikke identificeret en målgruppe for denne indsats. Dette projekt vil kunne bidrage til at udpege en risikogruppe med forebyggelsespotentialer.

Når en ældre patient, der hidtil har været helt selv-hjulpen, indlægges kan dette blive starten på en fysisk og psykisk nedadgående spiral, hvor den ældre kan ende med at være afhængig af hjælp i det daglige. Med projektet undersøges der, hvilke patienter der er i risiko og der iværksættes en intervention under indlæggelse og efter udskrivelse med det formål at bremse eller forebygge en funktionsnedsættelse.

Projektet henvender sig til patienter, som ikke er kendt i systemet, men som er i risiko for at blive skrøbelige. Projektet vil desuden sigte mod, at styrke det tværsektorielle samarbejde og de faglige relationer. Der vil også være fokus på tværfaglig/-sektoriel kompetenceudvikling.

I projektet undersøges og sammenlignes to forskellige interventioners effekt på genindlæggelse, tab af funktioner, livskvalitet og cost-benefit i forhold til nuværende praksis.

Almen praksis og pårørende inddrages også i projektet.

Projekt Q: Geriatrisk tilsyn fra Hvidovre Hospital på Akutplejeenheden, Københavns Kommune

Deltagende enheder:

Københavns Kommune og Hvidovre Hospital

Projektperiode: 1. juli 2012 – 31. december 2014

Ansøgt beløb:

2012	2013	2014	2015	I alt
0,18	0,04			0,22

Samfinansiering:

Kommunen bidrager med eksisterende tilbud på akutplejeenheden, samt med planlægningen af de geriatriske tilsyn og i evalueringen.

Effekt:

- Færre indlæggelser og genindlæggelser

Formål

Projektet indgår i sundhedsaftalen for 2011-2014 mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden, hvori det er beskrevet, at der skal udarbejdes en samarbejdsmodel om geriatriske tilsyn til borgere på Akutplejeenhed København. Tilsynet skal gennemføres af speciallæger ved Hvidovre Hospital på Akutplejeenhed København (Vigerslevhus).

Projektet er et led i udviklingen af nye tilbud i grænsefladen mellem hospital og hjem, herunder kommunale pleje- og omsorgstilbud (intermediate care). Modellen ønskes afprøvet med henblik på at indhente erfaringer med denne type samspil mellem et kommunalt tilbud og hospitalets specialiserede ydelser.

Formålet er at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere med ophold på akutplejeenheden.

Tilsynet udføres af speciallæger i geriatri ved Hvidovre Hospital. Det omfatter lægelige undersøgelser og udredning af borgerne og involverer også interview af tilstedeværende pårørende eller plejepersonale. Det vurderes at ca ¼ af borgerne på akutplejeenheden vil have behov for geriatrisk tilsyn.

Bemærkning.

Der er alene ansøgt om puljemidler til iværksættelse af projektet i en forsøgsperiode, idet det forventes at der kan opnås tilslutning til en finansieringsmodel som kan anvendes, hvis projektet skal permanentgøres.

Arbejdsgruppen har indstillet, at projektet i forsøgsperioden gennemføres på en måde så der sikres ydelsesregistreringer i HVH's patientadministrative system.

Projekt R: Projekt Frivilligt drevet tandklinik for socialt udsatte

Deltagende enheder:	Ballerup Kommuner, Frivillige Tandlæger, Tandlægehøjskolen
Projektperiode:	1. juli 2012 – 31.december 2015
Ansøgt beløb:	1,68 mio. kr. (engangsbeløb til fysisk etablering af tandklinikken)
Samfinansiering/ budget.	De samlede udgifter til projekter til projekt er beregnet til 5,2 mio. kr. Region Hovedstaden er ansøgt om at dække engangsudgifterne ved den fysiske etablering af tandklinikken - i alt 1,68 mio. kr. Ballerup Kommunes medfinansiering er beregnet til 0,8 mio.kr. Værdien af den frivillige indsats (ulønnet arbejde) er ligeledes værdisat til knap 0,8 mio. kr. Herudover er der ansøgt om 1,9 mio. kr. fra satspuljen til afholdes af driftsudgifter og koordinationsudgifter.
Evaluerings:	
Bemærkninger:	Projektet var med i sagsfremstillingen til Regionsrådets møde den 10. april 2012 om udmøntningen af første fase af 50 mio. kr. puljen men blev udskudt, idet der var opstået tvivl om hvorvidt projektet stred mod dele af overenskomsten. Herudover var der sat spørgsmålstejn ved håndtering af patientklager og de heraf forbundne udgifter. Det er nu via Danske Regioner afklaret, at projektet ikke strider mod overenskomsten og, at projektet ikke kan betragtes som konkurrenceforvridende. I forhold til spørgsmålet om patientklager har Ballerup Kommune tilkendegivet, at man ikke ser problemer i, at Ballerup Kommune påtager sig klagesagsbehandlingen og afholder de heraf forbundne udgifter. Der er endnu ikke etableret en procedure for klagesagsbehandlingen. Ballerup Kommune har derfor tilkendegivet, at kommunen er indforstået med Regionsrådet eventuelle tilsagn om støtte til projektet betinges af, at kommunen har beskrevet en klar procedure for håndtering af klagersager.

	Det skal desuden bemærkes, at projektet er afhængigt af støtte fra Satspuljen (alternativ anden ekstern pulje eller fond). Et eventuelt tilsagn om støtte til projektet fra Region H. må derfor gøres betinget af, at projektet opnår støtte til den del af projektet, der søges finansieret via satspuljen eller at støtten opnås via anden ekstern finansiering.
Formål Projektets formål er at etablere et tandplejetilbud, der væsentligt forbedrer tandsundheden og den almene sundhed hos socialt udsatte borgere, herunder borgere med et nuværende eller tidligere misbrug. Målgruppen for tandklinikken arbejde er voksne socialt udsatte med dårlig tandstatus. Udgangspunktet for indsatsen vil være misbrugere, som enten kommunens misbrugscenter Brydehuset eller Jobcenter Ballerup har kontakt til. Det forventes, at i alt 350 personer vil benytte tilbuddet. Heraf vil 2/3 have bopæl/tilknytning til Ballerup Kommuner og ca. 1/3 af brugerne vil være fra andre kommuner (primært Vestegns-kommuner). Projektidéen er født af tandlæge Jørgen Lætgaard, der også var en af hovedkræfterne bag etableringen af de frivilligt drevne tandklinikker i Mændenes Hjem og på Koefoeds Skole i København. I Ballerup Kommunal har idéen mødt stor politisk opbakning og er således nævnt i servicestrategien, som er den politiske udmøntning af budgetaftalen for 2012. Her har en samlet kommunalbestyrelse tilkendegivet sit ønske om at undersøge, hvordan kommunen kan understøtte etableringen af en frivilligt drevet tandklinik for socialt udsatte. Misbrugere og andre socialt udsatte er i høj grad kendetegnet ved misligholdte tænder og dårlig mundhygiejne. Det resulterer i mange smerter og tab af tygge-evne på grund af manglende eller svækkede tænder. Symptomerne dækkes ofte af misbrug, og de aktive misbrugere søger typisk først behandling, når smerterne er så voldsomme, at de er nødt til at gå på skadestuen, eller de via egen læge får penicillin for at slå infektionen ned. En egentlig tandbehandling får de typisk ikke foretaget, udover akut nødbehandling og akut smertelindring. Når misbrugere påbegynder afvænning, bliver det samtidig starten på en smertefuld proces, da deres rus-tilstand ikke længere slører smerterne i munden. Dermed er det ikke mindst personer, der er på vej ud af et misbrug, som kan have et akut behov for tandlægehjælp. Økonomisk befinder misbrugerne sig ofte i en situation, hvor de formelt set har en fin økonomi og derfor ikke er berettiget til kommunalt tilskud til behandlingen. Reelt skal de dog finansiere deres eventuelle fortsatte misbrug, betale gamle gældsposter osv. og har derved ikke reelt råd til at betale for tandbehandlinger. Skønt behovet åbenlyst er til stede, vil de som sagt ikke være berettiget til enkelttilskud til tandbehandlingen. Udover manglende økonomi til behandlingen er mange af misbrugerne desuden direkte flove over deres tænder og har ikke været til tandlæge i mange år. At gå ind til en almindelig tandlæge vil være alt for grænseoverskridende for mange af disse personer, ligesom det i sig selv også vil være udfor-	

drende at overholde en tidsfastsat aftale som en tandlægetid.

Medarbejderne i Brydehuset vil derfor være meget opmærksomme på at støtte op om en frivilligt drevet tandklinik og hjælpe borgerne ind i klinikken – såvel motivationsmæssigt som rent praktisk.

Fagpersonalet i Brydehuset, som betjener borgere fra såvel Ballerup som omegnskommunerne, har efter en gennemgang af deres brugergruppe vurderet, at de sammen med Ballerup Jobcenter aktuelt har kontakt til ca. 200 personer, som vil være relevante for et forløb på tandklinikken.

De væsentlige aktører omkring klinikken vil være frivillige arbejdskraft samt en lønnet klinikkoordinator, Brydehuset (opsøgende arbejde, visitation, støtte til brugerne før, under og efter behandlingsforløb) samt Odontologisk Institut (evaluering og dokumentation).

Projekt S: Sammenhængende patientforløb og forbedrede overgange mellem den primære og sekundære sundhedssektor for etniske minoritetsgrupper.

Deltagende enheder:

Gladsaxe Kommune og Herlev Hospital

Projektperiode:

1. juli 2012 – 31. december 2014

Ansøgt beløb:

2012	2013	2014	2015	I alt
0,23	0,9	0,68		1,81

Samfinansiering:

Gladsaxe Kommune bidrager med personaleressourcer vedrørende deltagelse i styregruppe og andre projektaktiviteter, fx netværksmøder, gensidige praktik-besøg mv. Gladsaxe Kommune bidrager også mhp. rekruttering af deltagere til projektet og gennem eksisterende tilbud om etniske sundhedsvejledning i kommunen.

Effekt

- Sikre effektive og koordinerede forløb for patienter med anden etnisk oprindelse end dansk, som har svært ved at begå sig i det danske sundhedssystem
- Fastholde patienterne i behandlingen og øge deres egenomsorg
- Etablere og styrke netværk mellem kommunerne og hospitalet i forhold til målgruppen
- Etablere samarbejde til Gladsaxe Kommunes etniske sundhedsvejledere

Formål

Gladsaxe kommune har et korps af etniske sundhedsvejledere, som oplever at der er en gruppe borgere af anden etnisk oprindelse som har meget svært ved at navigere i sundhedsvæsenet. De ser et behov for, at disse borgere er bedre rustede til møde med hospitalet, men også i deres møde med almen praksis.

Herlev Hospital kan for mange virke som en meget vanskelig organisation at komme i kontakt med og navigere i. Der er forskellig opfattelse af, hvordan beslutninger træffes og hvem der gør det, samt hvad man kan forvente i mødet med højt specialiserede hospitalsafdelinger. Både sproglige men måske i særdeleshed kulturelt betingede forventninger kan medføre vanskeligheder i første kontakt med Herlev Hospital, og det medfører nogle gange at patienter føler sig afvist eller at utilsigtede hændelser opstår.

En "etnisk" forløbskoordinator på Herlev Hospital kunne fungere som en bisidder både ved første henvisning og i forbindelse med udskrivningen og medvirke til at sikre, at borgeren får al relevant information om, hvad de fremadrettet kan forvente fra hhv. kommune og almen praksis (fx hvilke parter der har ansvar for hvad).

Herlev Hospital har erfaring fra opbygningen af det etniske ressource team med såvel uddannelse af sådanne ressourcepersoner samt formidling af kontakter til patienter der har behov for støtte og vejledning.

En model for det videre arbejde vil være organiseret med udgangspunkt i en styregruppe med repræsentation fra det nuværende etniske ressource team i form af teamets leder, en eller to repræsentanter fra Hospitalets følge-hjem-ordning, to personer fra hospitalets ledergruppe samt kommunale repræsentation fra Gladsaxe kommune. Styregruppen fungerer udover opfølgning på projektet som forum for viden, inspiration og sparring for forløbskoordinatoren. Der vil derfor forventes en tæt opfølgning/mødeaktivitet i den første periode.

Der ansættes en etnisk forløbskoordinator svarende til 2 år. Der udvælges et antal afdelinger, herunder Akutmodtagelsen til deltagelse i projektet, ligesom forløbskoordinatorfunktionen forankres i denne.

Projektet bør monitoreres omhyggeligt således at såvel positive som negative erfaringer registreres og den forventelige nytteværdi dokumenteres. Det bør derfor tilrettelægges om en kombineret driftsmodel og et prospektivt forløbsstudie. Det er vigtigt at projektet indeholder en model for brugerevaluering. Derfor bør der det sidste år ansættes en projektassistent med henblik på evaluering.