



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

14-02-2013

Bilag 4 status på initiativer i Københavns Kommune

Sagsnr.
2013-21264

Dette notat giver en status på de aktiviteter, der er igangsat i Københavns Kommune

Dokumentnr.
2013-124444

Sagsbehandler
Gitte Mogensen

1. Forebyggelse og Sundhedsfremme

Indsats	Status i Københavns Kommune
Påbegyndt implementeret eller implementeret i 2013	
Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker	Kortlægning er gennemført som internt, administrativt review og i form af status for kommunens sundhedspolitik.
Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker	Prioritering af kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsats sker på grundlag af kommunens sundhedspolitik Længe Leve Købehavn 2011-14, som bl.a. har taget udgangspunkt i Sundhedsprofilerne. Sundhedspolitikken afspejler i høj grad anbefalingerne i forebyggelsespakkerne. Dette fokus vil blive styrket i kommende revisioner af politikken.
Implementering af ”træning før hjælp”/ hverdagsrehabilitering for at understøtte borgernes selvhjulpnehed	Hverdagsrehabilitering er fra 2013 udbygget, så det gives til både praktiske og personlige opgaver. Københavns kommune har initiativer i gang indenfor brug af velfærdsteknologi, udvikling af hjælpemiddel samt samarbejde med frivillige. Initiativerne understøtter genoptræning og hverdagsrehabilitering mhp. at flere borgere bliver selvhjulpne.
Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder	
Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkerne, fx tværkommunal alkoholforebyggelse	Initiativer på tobaksområdet med udgangspunkt i kommunens igangsatte indsats Røgfrit København 2025. Kommunen har inviteret potentielle samarbejdskommuner til samarbejde omkring røgfri kommune.
Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkerne udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.	Indsatser der sætter fokus på social ulighed i sundhed – fx udgående funktioner fra kommunens forebyggelsescentre til udsatte boligområder.

Sjællandsgade 40
2200 København N

Telefon
3530 3868

E-mail
B085@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290809

www.kk.dk

2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Indsats	Status i Københavns Kommune
Påbegyndt implementeret eller implementeret i 2013	
<p>Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient</p>	<p>Opfølgende hjemmebesøg implementeres i 2013 i den form, som KL lægger op til. Kommunen har tidligere tilbudt opfølgende hjemmebesøg, men tilbuddet blev midlertidig stoppet, da evalueringen i Københavns Kommune ikke var entydig positiv. Nu implementeres opfølgende hjemmebesøg i et samarbejde mellem kommunerne og regionen, og dialog om indhold pågår.</p>
<p>Kommunerne skal have ensartet samarbejde med hospitaler om udskrivning i form af kommunikationsaftalen for indlæggelser og udskrivninger</p>	<p>Kommunen er ved at implementere elektronisk kommunikation med hospitalerne, således der vil være elektronisk kommunikation om indlæggelser og udskrivninger, når kommunen tager sit nye omsorgssystem i brug 2. april 2013.</p>
<p>Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient implementere forløbskoordinering. Retningslinjer for den konkrete udformning afventer konkretisering af udspil fra KL og Danske Regioner.</p>	<p>Forløbskoordinering implementeres i et samarbejde mellem regionen og kommunerne i regionen. Det sker på baggrund af et udspil fra KL og Danske Regioner i foråret 2013.</p>
<p>Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ intern specialisering i teams/enheder, ○ tværfaglige indsætter, ○ tværkommunale samarbejder. 	<p>Organisering af Kommunens genoptræningsindsats bygger på principper for økonomisk- og faglig bæredygtighed. Derfor er volumen, patientsikkerhed samt diagnosegrupperes kompleksitet styrende for den interne specialisering og tværfaglige indsats. Kommunen har i dag specialer indenfor fx hjerneskadeområdet, rygområdet, borgere med amputation og inkontinens. Der arbejdes i stigende grad med at udbygge det tværfaglige samarbejde på tværs af forvaltningerne, fx etablering af hjerneskadesamrådet.</p>
<p>Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicinhandling, faldforebyggelse, kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:</p>	<p>Kommunen har iværksat en række initiativer, som har til formål at løfte indsatsen i ældreplejen og forebygge indlæggelser på forskellig vis:</p> <p>Der er nedsat et Program for basiskvalitet i hjemmeplejen. Programmet slutter 1. marts 2013 og har resulteret i en række initiativer i forhold til medicinhandling, faglige instrukser generelt, tidlig opsporing og faglig ledelse samt styrkelse af medarbejdernes faglige kompetencer.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv., • Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv. • KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering • Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau • Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.) • Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser • Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler). 	<p>Der er iværksat et projekt som skal udbrede tidlig opsporing som en systematisk indsats til alle plejehjem.</p> <p>Kommunen har implementeret en bredt favnende demensstrategi før og sideløbende med, at det regionale forløbsprogram for demens er implementeret.</p> <p>I forhold til at samarbejde med praktiserende læger om opsporing af indlæggelser arbejder kommunen med fokus på de svageste borgere på plejehjem og akutplejeenhed. Der er knyttet to praktiserende læger til akutplejeenheden som praksiskonsulenter. Borgere, som giver tilsagn, tilses af disse læger under opholdet, og lægerne giver faglig sparring til personalet. Kommunen deltager desuden i et projekt med det formål at undersøge fordelene ved fast tilknyttede praktiserende læger til plejehjemmene.</p> <p>Kommunen har forskellige samarbejder med hospitalerne i København. På kommunens akutplejeenhed er der en aftale med geriatrisk overlæge fra Hvidovre Hospital om tilsyn med borgerne. Kommunen har oprettet Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) i samarbejde med Bispebjerg Hospital. Kommunale sygeplejersker varetager den sygeplejefaglige behandling af borgere på hospitalet, mens de får lægelig udredning og behandling i et ambulans forløb som alternativ til indlæggelse. Borgerne henvises til TUE af praktiserende læge/vagtlæge som et alternativ til indlæggelse.</p>
Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder	
<p>Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglige kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af trykshoteller”, akutpladser eller rehabiliteringspladser)</p>	<p>Kommunen har midlertidige døgnpladser og akutplejepladser. Sidstnævnte er med døgndækkende sygepleje, og borgerne kan komme både fra hospital og visiteres hjemmefra af praktiserende læge/vagtlæge. Det vil blive taget op på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden.</p>

Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriiske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams	Se ovenfor vedrørende Tværsektoriel Udredningsenhed.
Udvikling af samarbejdet med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser.	Se ovenfor vedrørende Tværsektoriel Udredningsenhed.

3. Kronisk sygdom

Indsats	Status i Københavns Kommune
Påbegyndt implementeret eller implementeret i 2013	
Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammerne for KOL, diabetes, demens og kræft i 2013	<p>KOL og diabetes: Forløbsprogrammer for KOL og diabetes er implementeret i 2011.</p> <p>Kræft: Implementeringsplan for forløbsprogrammet forventes godkendt inden sommer 2013. Herefter igangsættes den konkrete, lokale udmøntning og implementering af forløbsprogrammet i form af tilretning af forløbsbeskrivelser.</p> <p>Demens: Forløbsprogram for demens er implementeret. Der er udarbejdet en demensstrategi og sygeplejedyden <i>Demensforløbskoordination</i> er implementeret i 2012.</p>
Alle kommuner skal have taget stilling til implementering af forløbsprogrammet for hjerte-kar i 2013, og halvdelen af kommunerne påbegynder implementeringen af programmet inden udgangen af 2013	Forløbsprogram for hjerte-kar sygdom implementeres i 2013.
Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogram, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. udviklingen sker tværkommunalt.	Modeller for forløbsprogrammet udarbejdes i 2013 i et samarbejde mellem kommunerne i Region Hovedstaden. Der er etableret et samarbejde mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune omkring et projekt med fokus på multisygdom. Erfaringerne herfra kan spille ind i forløbsprogrammet.
Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder	
Implementering af forløbsprogram	Kbh. Kommune har deltaget i

for lænde-ryg sygdomme	<p>udarbejdelsen af forløbsprogrammet og deltager i arbejdsgruppen vedr. implementering heraf.</p>
<p>Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder</p>	<p><u>Praksiskonsulenter</u> Københavns Kommune vil i 2013 have ansat en praksiskonsulent i hvert af de fem lokalområder. I 2013 vil der være fokus på i højere grad at styrke samarbejdet mellem de lokale kommunale praksiskonsulenter og dertilhørende forebyggelsescentre, så praksiskonsulenterne bliver i stand til at vedligeholde de lokale PLOs informationsniveau om aktuelle tilbud i forebyggelsescentrene. Der vil endvidere blive udarbejdet tværsektorielle procedurer for at øge henvisningen til rehabilitering</p> <p>Data fra den regionale rehabiliteringsdatabase vil give ny indsigt i patienternes flow mellem sektorer og således udgøre grundlaget for at kunne analysere patienternes forløb på tværs af sektorer.</p> <p><u>Opsporing og tidlig intervention over for kronisk sygdom</u> Kommunen samarbejder med Statens Institut for Folkesundhed om projektet ”Opsporing og tidlig intervention overfor kronisk sygdom”. Formålet med projektet er at undersøge, hvorvidt en proaktiv indsats i almen praksis kan motivere mennesker i alderen 50-64 år uden formel uddannelse til at deltage i helbredstjek og kommunale sundhedsfremmetilbud for at forbedre deres sundhedsadfærd. Hensigten med projektet er således at teste en procedure i den primære forebyggelse i almen praksis ifht. opsporing af personer i øget risiko for livsstilssygdomme.</p>
<p>Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper mfl.)</p>	<p>Københavns Kommune opstarter i 2013 tre projekter i forebyggelsescentrene med særligt fokus på sårbare borgere:</p> <p><u>Indsats overfor psykisk sårbare unge</u> Målgruppen er psykisk sårbare unge i alderen 15-30 år, som grundet sociale og psykiske udfordringer risikerer frafald fra uddannelse eller psykiske sammenbrud. Indsatsen er udgående fra forebyggelsescentrene, og indsatsen skal foregå der, hvor de unge befinder sig og vil blive varetaget af et team af psykologer.</p>

	<p><u>Indsats overfor udsatte borgere</u> I 2013 vil forebyggelsescentrene øge fokus på mental sundhed og de psykologiske faktorer, for i højere grad at kunne øge kvaliteten i de eksisterende tilbud og sikre fastholdelse i de forløb borgerne tilbydes, særligt med henblik på at kunne fastholde særligt udsatte borgere. Mental sundhed vil blive indarbejdet både som en selvstændig intervention og som et integreret fokus i de eksisterende borgerforløb.</p> <p><u>Indsats overfor borgere med psykisk sygdom</u> Formålet med projektet er dels at give en gruppe sindslidende borgere mere viden om sundhed og skabe en sundhedsfremmende effekt i forhold til kost, alkohol, røg og motion. Og dels at træne borgerne i at indgå i sociale relationer samt at brobygge til aktiviteter i nærområdet.</p>
Udvikling af forløbskoordination	SUF tilbyder forløbskoordination (for borgere i selvstændig bolig) via ydelseskatalog for sygepleje. Ydelsen tildeles borgere med et særligt behov for koordination, herunder fx alvorlig sygdom og uafklarede sygdomsproblematikker, en eller flere kroniske sygdomme, flere indlæggelser, nedsat egenomsorg og motivation. Forløbskoordination tilbydes således ikke i forbindelse med forløbsprogrammerne, men i forbindelse med ydelseskatalog for sygepleje til særligt sårbare borgere.
Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger	Der er udviklet og implementeret tværsektorielle samarbejdsmodeller for telemedicinsk indsats i forhold til sår, type 2 diabetes og KOL. Den telemedicinske sårindsats er i drift, mens indsatserne i forhold til diabetes og KOL er under afprøvning. Der tages stilling til den videre udrolning af den telemedicinske KOL-indsats i løbet af første halvår 2013.
Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer	Ultimo 2011 igangsatte KL og Sundhedskartellet et treårigt udviklingsprojekt om udvikling af kliniske retningslinjer på det kommunale sundhedsområde. Der er nedsat fire tværfaglige arbejdsgrupper med ansvar for udvikling af en klinisk retningslinje på inden for følgende områder:

	<ul style="list-style-type: none"> • Apopleksi • Hverdagsrehabilitering • Palliation • Udredning og forebyggelse af indlæggelser. <p>Det forventes, at arbejdsgrupperne indleverer kliniske retningslinjer til godkendelse i forsommeren 2013.</p>
Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram	Københavns Kommune har i 2012 og 2013 oprettet en pulje med fokus på aktiv udslusning fra forebyggelsescentrene til patient- og idrætsforeninger – dvs. øget fokus på samarbejdet med frivillige. Målet er at borgere efter et endt forebyggelsesforløb sluses aktivt ud i foreninger med henblik på at fastholde de livsstilsændringer de har opnået gennem et forløb i et forebyggelsescenter. Det skaber øget fokus på, at borgeren ikke står alene når et forløb slutter og at overgangen fra forebyggelsescenter til forening i højere grad integreres.

4. Dokumentation

Indsats	Status i Københavns Kommune
Påbegyndt implementeret eller implementeret i 2013	
Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker	Der er gennemført evalueringer af hverdagsrehabilitering i 2011 og 2012. Der er planlagt en evaluering af projektet Tværsektoriel Udredningsenhed.
Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt	SUF udarbejder kvartalsvise nøgletal på flg. bl.a. områder: Antal forebyggelige indlæggelser (fra hhv. hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og midlertidige pladser) Antal borgere, der modtager hverdagsrehabilitering Antal telemedicinske forløb Antal faldudredninger Antal patientrettede og borgerrettede forebyggelsesforløb. Nøgletallene drøftes kvartalsvist dels i Sundheds- og Omsorgsudvalget, og dels i forvaltningens chefgruppe.
Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik op opfølgning i egen kommune og sammenligning af	Der er ikke på nuværende tidspunkt udvalgt fælles centrale indikatorer til opfølgning på tværs af kommuner. De bliver udarbejdet i løbet af 2013 sammen med de øvrige kommuner.

indsatser på tværs af kommuner	
Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL	Forvaltningens ledelsesinformation er indsendt til KL
Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning	Københavns Kommune indgår gerne i dette samarbejde.
Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder	
<p>Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser • Optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer • Afdække borgerens oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne • Bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen 	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil gerne indgå i dette arbejde; særligt med fokus på akutteam og rygestopdatabasen. Det vil blive taget op i samarbejde på tværs af de 29 kommuner i Region Hovedstaden.