

Ansøgningskema for puljeprojekt:

“Genopsalg: Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særligt fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper”

Frist for indsendelse af ansøgning 18. juni 2018 kl 12.00	Skemaet sendes til jkr@sst.dk Mrk. 4-1214-416/1
---	--


Alle rubrikker i skemaerne skal besvares.

Ansøgningskemaet indeholder:

- Skema 1: Ansøgningskema til projektstøtte
- Skema 2: Projektbeskrivelseskema
- Skema 3: Budgetskema for projektperioden
- Skema 4: Budget for hvert år

Der anmodes om, at ansøgningen udfyldes kort og præcist. Skema 2 må max fylde fem sider, udfyldt med skrifttype Verdana, str. 10.

Skema 1: Ansøgningskema til projektstøtte

1	Projektets titel:	Videreudvikling og styrkelse af Hvidovre Kommunes sundhedsindsatser overfor medicinske patienter i eget hjem og borgere i eget hjem med kronisk sygdom eller forøget risiko for at udvikle kronisk sygdom.
2	Ansøger: Adresse: CVR nr.: Navn på projektleder: Stillingsbetegnelse: Tlf. nr.: E-mail: Juridisk ansvarlig: Stillingsbetegnelse: Tlf.nr.: E-mail: Kontaktperson: E-mail:	Hvidovre Kommune Hvidovrevej 278, 2650 Hvidovre 55 60 66 17 Mette Dissing Odgaard Souschef, Center for Sundhed og Ældre 36 39 38 49 muw@hvidovre.dk Nicolai Kjems Centerchef, Center for Sundhed og Ældre 36 39 32 54 nkg@hvidovre.dk Mette Dissing Odgaard, Souschef, Center for Sundhed og Ældre muw@hvidovre.dk Ansøgers personlige underskrift:  Sted: Hvidovre Kommune Underskrift: Nicolai Kjems, Centerchef, Center for Sundhed og Ældre Dato: 18/06/2018
3	Samarbejdsprojekt/partnerskab	Projektet gennemføres af Hvidovre Kommune alene. Så der er ingen samarbejdspartnere eller partnerskaber i projektet.
4	Ansøger og samarbejdspartneres forudsætninger for at gennemføre projektet:	Center for Sundhed og Ældre, herunder sundhedscentret, genoptræningen, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og visitationen, samt Center for Børn og Familie, herunder omsorgstandplejen, har fra igangværende og tidligere udviklingsprojekter erfaringer, der modsvarer hvad forudsætningerne kræver for at gennemføre projektet. Det gælder både på leder- og medarbejderniveau, men også hvad angår gode samarbejdserfaringer mellem Center for Sundhed og Ældre og omsorgstandplejen i Center for børn og Familie. Ledelsen og medarbejderne i begge fagcentre har et godt kendskab til målgrupperne gennem flere års målrettet arbejdet med at øge sund-

		<p>heden i plejen og omsorgen overfor medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom.</p> <p>Men erfaringen er også, at kommunen kan blive langt bedre. Der er behov for at blive bedre til bl.a. at rekruttere til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og særligt forebygge uhenigtsmæssige indlæggelser.</p> <p>På politisk niveau er der også et stort fokus på forebyggelse og sundhed, og at kommunen bliver endnu bedre til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, reducere forekomst og følger af kronisk sygdom, og at endnu flere ældre medicinske patienter og borgere kronisk sygdom eller risiko for at udvikle kronisk sygdom forbliver selvhjulpne længst muligt i eget hjem.</p> <p>På den baggrund er den samlede vurdering, at kommunen har forudsætningerne for at gennemføre projektet.</p>
5	<p>Projektlederens uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence:</p>	<p>Projektlederen, Mette Dissing Odgaard, har en kandidatuddannelse i Folkesundhedsvidenskab (Cand. Scient. San. Publ.) fra Københavns Universitet. Hun har siden taget en proceskonsulentuddannelse hos Attractor.</p> <p>Mette har tidligere været ansat som specialkonsulent i Sundheds- og Ældreministeriet, Afdeling for ældreområdet og det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Her har hun bl.a. betjent sundhedsministeren og ældreministeren, udviklet og revideret bekendtgørelse og vejledning vedr. sundhedsaftaler, deltaget i udarbejdelse af National Diabeteshandlingsplan samt øvrige kronikerområder. Hun har kendskab til genoptræning og fysioterapi, herunder arbejdet med udmøntningsplan for servicetjek for hjerneskadeområdet og model for frit valg til genoptræning.</p> <p>Mette har også en ansættelse som specialkonsulent i Det fælleskommunale sundhedssekretariat, Hovedstaden, bag sig. Her har hun arbejdet med bl.a. styrkelse af det politiske beslutningsgrundlag og kommunernes styringsmuligheder på sundhedsområdet, udarbejdet og implementeret større tværsektorielle aftaler, herunder Sundhedsaftalen 2015-2018 og Praksisplan for almen praksis 2015-2019. Fra stillingen har hun også erfaring i at understøtte faglig netværksdannelse og videndeling mellem kommunerne, bl.a. gennem netværksfacilitering og afholdelse af dialogmøder. Endelig har hun også erfaring med at understøtte kommunernes arbejde med specifikke faglige ud-</p>

		<p>viklingsområder, fx Fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens, Kontrol af afregning af vederlagsfri fysioterapi og Fælles praksis vedr. palliativ fysioterapi.</p> <p>Sidst men ikke mindst arbejdede hun frem til 2013 i Ballerup Kommune som planlægnings- og udviklingskonsulent på sundhedsområdet og har også herfra erfaring med kommunal projektledelse i praksis.</p>
6	Der ansøges om i alt:	10.713.513 kr. (jævnfør budgetskema)
7	Projektets varighed:	Projektet forventes igangsat 1. september 2018 og afsluttet 31. december 2020.
8	Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side:	Nej, der er ikke ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side. Projektet omhandler ikke eksisterende indsatser eller indsatser, der allerede er givet midler til i andet regi, fx indsatser der indgår i kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner.
9	Egenfinansiering i projektet:	Der er ikke kapitaliseret egenfinansiering i budgettet. Men der indgår en betydelig medfinansiering i form af ledelsestid og medarbejdertid hos frontmedarbejdere, som berøres af projektets forskellige projektspor jf. projektets formål.
1	Projektets samlede budget:	10.713.513 kr.
11	Tidligere bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen inden for samme fagområde:	<p>Projektitel/årstal/bevilget beløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stærkt koordineret storrygerindsats – mellem kommuner, almen praksis og hospitaler på Vestegnen og Sydamager". Årstal: 2014 – 2017. Bevilget beløb: 8.248.606 kr. • Rådgivnings- og aktivitetscenter i Hvidovre for borgere med demens og deres pårørende i Albertslund, Glostrup, Ishøj og Hvidovre kommuner. Årstal: 2017. Bevilget beløb: 1.567.684 kr. • Tværkommunal akutindsats Brøndby og Hvidovre Kommuner. Årstal: 2017 – 2018. Bevilget beløb: 1.000.000 kr.

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

1	Projektets titel:	Videreudvikling og styrkelse af Hvidovre Kommunes sundhedsindsatser overfor medicinske patienter i eget hjem og borgere i eget hjem med kronisk sygdom eller forøget risiko for at udvikle kronisk sygdom.																								
2	Baggrund og formål med projektet:	<p>Centrale nøgletal viser, at Hvidovre har behov for at videreudvikle og styrke de forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser med særligt fokus på +65-årige medicinske patienter i eget hjem samt borgere med kronisk sygdom eller forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom. Nøgletal viser fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> I 2017 har kommunen haft udgifter for 5,2 mio. kr. ifm. akutte genindlæggelser inden for 30 dage hos kendte borgere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen (KØS). I 2016 havde kommunen 700 akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patienter for hele kommunen, dvs. også evt. ikke kendte borgere. Gnsntl. for hele landet er 570 pr. 1.000 KOL patienter. Samlet udgift for kommunen for kendte borgere var 1,2 mio. kr. i 2017 (KØS). Hvidovre havde i 2016 487 akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patienter. Gnsntl. for hele landet er 366 pr. 1.000 diabetes patienter. Samlet udgift for kommunen for kendte borgere var 235 t.kr. i 2017. Derudover var der ingen udgifter for borgere på plejecentre udover en udgift på 7.900 kr. på Strandmarkshave (KØS). I 2016 havde kommunen 89,8 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre. På landsplan er der 61,6 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre. Kommunen havde i 2017 en udgift på 6,8 mio. kr. for alle kendte borgere. De forebyggelige indlæggelser omhandlede primært nedre luftvejssygdom, brud, dehydrering og blærebetændelse (KØS). I 2017 var gnsntl. 50,4 borgere pr. md. visiteret til et rehabiliteringsforløb efter § 83 i serviceloven. For de to første måneder i 2018 er tallet 47,5 borgere i gns. (KMD Care). I 2017 var der forebyggende hjemmebesøg hos i alt 474 borgere. Men 1273 borgere har afvist eller ikke svaret på brev med tilbud om besøg jf. tabel nedenfor (KMD Care). <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antal pers. afvist tilbud om hjemmebesøg i 2017</th> <th>Antal pers. modtaget 1 eller flere hjemmebesøg i 2017</th> <th>Antal gennemførte besøg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Under 75 år</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>75-79 år</td> <td>262</td> <td>171</td> <td>176</td> </tr> <tr> <td>80-84 år</td> <td>649</td> <td>220</td> <td>228</td> </tr> <tr> <td>85 år og derover</td> <td>362</td> <td>77</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>I alt</td> <td>1273</td> <td>474</td> <td>488</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Hvidovre Kommune har siden kommunalreformen haft store udgifter til færdigbehandlede på hospital, således var udgiften i 2016 4,4 mio. kr. Fra 2017 kom der nye regler for betaling for færdigbehandlede. Reglerne ville betyde en udgift på ca. 10 mio. kr., hvis der ikke blev iværksat en strategisk indsats mhp. at reducere færdigbehandlingsdagene. Det lykkedes over al forventning, så Hvidovre havde en indtjening på knap 1 mio. kr. i 2017 (eSundhed. Data dannet 19-02-2018). <p>For fortsat at forbedre eksemplerne på nøgletal ovenfor er der behov for at videreudvikle og styrke kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. <i>Formålet er derfor at videreudvikle og styrke de nuværende forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser mhp. at:</i> 1) reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, 2) reducere forekomst og følger af kronisk sygdom, 3) flere ældre medicinske patienter og borgere med forøget risiko for at udvikle eller have kronisk sygdom forbliver selvhjulpne længst muligt; herunder videreudvikle og styrke kommunens:</p> <ul style="list-style-type: none"> Projektspor 1: Nuværende ernæringsindsats med en tandplejer og tilbud om 1. gangs besøg i eget hjem med undersøgelse af tandlæge og tandklinikassistent fra omsorgstandplejen. Projektspor 2: Nuværende genoptræning med undersøgelse og træning af den geriatriske borger vha. DigiRehab. Projektspor 3: Tidlige opsporing gennem forebyggende hjemmebesøg vha. en sygeple- 		Antal pers. afvist tilbud om hjemmebesøg i 2017	Antal pers. modtaget 1 eller flere hjemmebesøg i 2017	Antal gennemførte besøg	Under 75 år	0	6	6	75-79 år	262	171	176	80-84 år	649	220	228	85 år og derover	362	77	78	I alt	1273	474	488
	Antal pers. afvist tilbud om hjemmebesøg i 2017	Antal pers. modtaget 1 eller flere hjemmebesøg i 2017	Antal gennemførte besøg																							
Under 75 år	0	6	6																							
75-79 år	262	171	176																							
80-84 år	649	220	228																							
85 år og derover	362	77	78																							
I alt	1273	474	488																							

		<p><i>jerske, der fysisk kontakter borgere som takker nej eller ikke svarer på udsendt brev med tilbud om forebyggende hjemmebesøg.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektspor 4: Fortsatte rehabilitering og træning i hjemmeplejen så borgernes funktionsniveau opretholdes efter udskrivning fra genoptræning på midlertidige døgnpladser, herunder kompetenceudvikling og træning i rehabilitering for alle ledere og medarbejdere i hjemmeplejen, samt ansættelse af fysioterapeut i hjemmeplejen til bl.a. forebyggende arbejde med faldulykker og kompetenceudvikling af de nævnte ledere og medarbejdere i hjemmeplejen. • Projektspor 5: Koordineringen af komplekse forløb for ældre medicinske patienter med en koordinerende funktion i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, som arbejder forebyggende med koordinering af forløb <u>før</u> indlæggelse, så u hensigtsmæssige indlæggelser undgås. • Projektspor 6: Implementering af systematisk triagering i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, herunder "brush-up" undervisning af alle ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, så der skabes sammenhæng mellem Fælles Sprog III og tidlig opsporingsværktøjer til hverdagsobservationer, sikker kommunikation og god formidling. • Projektspor 7: Samarbejde og inddragelse af pårørende til ældre medicinske patienter med kursusforløb, hvor pårørende lærer at iagttage tegn og adfærd, der med en forebyggende indsats kan hindre indlæggelse. • Projektspor 8: Dokumentation og evaluering af projektspor 1-7, ledelsesinformation til den administrative og politiske topledelse, samt politisk beslutning om fortsat forankring i drift.
3	Projektets overordnede mål (én linje):	<p>Det samlede mål for projektspor 1 til 7 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er reduceret blandt +65-årige medicinske patienter i eget hjem. • Flere +65-årige medicinske patienter i eget hjem, samt flere +65-årige i eget hjem med kronisk sygdom eller forhøjet risiko for kronisk sygdom, forbliver selvhjulpne længst muligt i eget hjem.
	Delmål (én linje pr. delmål):	<ul style="list-style-type: none"> • Projektspor 1: Flere fra målgruppen har en bedre mundhygiejne og modtager 1. gangs besøg og indledende undersøgelse i eget hjem af tandlæge og tandklinikassistent fra omsorgstandpleje. • Projektspor 2: Flere fra målgruppen modtager genoptræning med DigiRehab i eget hjem. • Projektspor 3: Flere fra målgruppen modtager forebyggende hjemmebesøg. • Projektspor 4: Flere fra målgruppen modtager genoptræning i eget hjem efter §83a eller §83 efter udskrivning fra rehabilitering på kommunens midlertidige pladser. • Projektspor 5: Flere komplekse medicinske patienter har en kommunal koordinator før der sker forebyggelige indlæggelser. • Projektspor 6: Færre fra målgruppen bliver triageret som "rød" borger. • Projektspor 7: Flere fra målgruppen opspores til en tidlig indsats af pårørende. • Projektspor 1 til 7: Flere +65-årige i eget hjem med kronisk sygdom eller forhøjet risiko for kronisk sygdom, samt flere +65-årige medicinske patienter i eget hjem, opspores og henvises til: <ul style="list-style-type: none"> → kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. → undersøgelse hos egen læge. • Projektspor 1 til 7: Flere +65-årige i eget hjem med kronisk sygdom eller forhøjet risiko for kronisk sygdom, samt flere +65-årige medicinske patienter i eget hjem, er motiveret til og fastholdes i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.
4	Projektets fokus- eller indsatsområder:	<p>Indsatsområderne i projektspor 1 til 7 bygger videre på kommunens arbejde med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og implementering af de målgruppespecifikke forløbsprogrammer og forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom¹, herunder forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter². Projektet falder på den måde inden for puljens område nr. 2 vedr. implementering af rehabiliteringsindsatser til borgere med kronisk sygdom og andre målgrupper, som ligeledes kan profitere af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forløbsplaner for kronisk sygdom,</p>

¹ Sundhedsstyrelsen 2016: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDB80.ashx>

² Sundhedsstyrelsen 2013: Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Sundhedsstyrelsen 2015: Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/25B07126AD6B40429D3DC8E695900EB.ashx>

		herunder medicinske patienter. Sidst men ikke mindst bygger projektet på arbejdet med at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger til arbejdsgange og redskaber til tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre ³ .
5	Projektets målgruppe(r):	Målgruppen er: <ul style="list-style-type: none"> • +65-årige medicinske patienter i eget hjem (Indsatser i projektspor 1, 2, 3, 4, 5 og 6) • +65-årige i eget hjem med kronisk sygdom eller forøget risiko for at udvikle kronisk sygdom (Indsatser i projektspor 1, 2, 3, 4 og 6) • Pårørende til ældre medicinske patienter (Indsats i projektspor 7).
6	Aktiviteter og metoder (angiv i punktform):	<ul style="list-style-type: none"> • Projektspor 1: Her videreudvikles samarbejdet mellem kommunens sundhedscenter og hjemmepleje/hjemmesygepleje omkring eksisterende ernæringsindsats med et nyt samarbejde med omsorgstandplejen. Ernæringsteamet består i dag af diætister og ergoterapeut, der opkvalificerer medarbejderne i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen i at opspore vægttab og handle derpå. Ergoterapeuten lærer desuden medarbejderne at leje borgerne rigtigt ved tygge-synkevanskeligheder, og diætisterne rådgiver desuden småtspisende borgere i hjemmet. I projektet suppleres ernæringsteamet med en tandplejer, der underviser sosu-assistenter, -hjælpere og sygeplejersker i mundhygiejne, så svampeinfektioner behandles i tide, så tandproteser passer, så borgerne ikke får lungeinfektioner af dårlig mundhygiejne. Tandplejeren lærer medarbejderne at passe borgernes mund/tænder, opspore dårlige tænder og mundhygiejne, og henvise til omsorgstandpleje. En tandplejer i ernæringsteamet og undervisning af sosu-assistenter, -hjælpere og sygeplejersker i mundhygiejne vil medføre øget opmærksomhed på tandpleje og tænder, og dermed vil flere i målgruppen blive henvist til visitationen. Det er visitationen, der herefter visiterer til omsorgstandpleje ud fra de kriterier, der er fastlagt med hensyn til funktionsniveau. Som det er i dag, skal borgeren efter visitation selv komme ind til omsorgstandplejen. Men denne procedure ønskes videreudviklet i projektet. Dette ved at borger efter visitation kan få et 1. besøg i eget hjem af tandlæge og tandklinikassistent. Ved dette besøg laves der en foreløbig undersøgelse, som afklarer behandlingsbehovet. Den efterfølgende behandling af borgeren vil dog stadig foregå på klinik i omsorgstandplejen ud fra at Sundhedsstyrelsen fraråder tandbehandling af borgere i eget hjem, og at Styrelsen for patientsikkerhed stiller kvalitetssikrede krav til levering af tandbehandling. Sidst men ikke mindst vil projektet tilbyde transport til omsorgstandplejen da erfaringen er, at mange ældre i eget hjem fravælger tandpleje pga. besværlig transport. Derfor vil der i projektspor 1 også blive tilbudt transport til omsorgstandplejen. Omsorgstandplejen ser desværre ofte, at når borgerne til sidst ender på plejecentrene og bliver tilset, da har de et omfattende behandlingsbehov. Dette ønskes forebygget med projektspor 1. Til projektspor 1 søges derfor om midler til en tandplejer i ernæringsteamet, en tandlæge og tandklinikassistent til 1. besøg i eget hjem, samt transport af ældre til tandklinik. • Projektspor 2: Her videreudvikles genoptræningen i eget hjem med velfærdsteknologi i form af DigiRehab, som kommunen har indkøbt. DigiRehab er et brugervenligt trænings- og analyseværktøj, der målrettet styrker ældres fysiske formåen og gør dem i stand til bedre at klare mange flere af dagligdagens aktiviteter. DigiRehab består af tre funktioner – screening, træning, analyse – der til sammen udgør en ressourceoptimerende hverdagsrehabilitering⁴. Kommunen har i dag sosu-medarbejdere uddannet som hjemmetrænere i hjemmeplejen. Hjemmetrænerne samarbejder med genoptræningens fysioterapeuter og ergoterapeuter. Men der er behov for en fysioterapeut og hjemmetræner i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, som alene arbejder med at hjemmetrænerne lærer at arbejde med DigiRehab. Hjemmetrænerne skal lære og følge borgerne i at bruge de tre funktioner i DigiRehab: 1) <i>Screening</i> – screeningen skaber en objektiv vurdering af hver enkel borgers rehabiliteringspotentiale og gør det muligt at målrette indsatsen til de borgere, hvor træningen vil have størst effekt. 2) <i>Træning</i> – borgeren får et skræddersyet træningsprogram, der udføres i eget hjem under supervision af sosu-medarbejder/hjemmetræner. Øvelserne målrettes borgerens individuelle udfordringer og kan følges på video-instruktion. 3) <i>Analyse</i> – analyse – og effektværktøjet gør det enkelt og hurtigt at følge effekten af indsatsen i hele borgergruppen. Et indbygget vars-

³ Sundhedsstyrelsen 2017: Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber. <https://www.sst.dk/da/aeldre/aeldre-medicinske-patient/~media/4D9BF1D790584C6C8C8A8084ECFDD5D6.ashx>

⁴ Uddybende om DigiRehab: <https://digirehab.dk/>

lings-system viser automatisk, hvornår effekten af træningen er så stor, at det måske er tid til en revisitation hos den enkelte borger. Til projektspor 2 søges derfor om midler til en fysioterapeut og hjemmetræner, der alene skal lære hjemmetrænerne at implementere DigiRehab.

- **Projektspor 3:** Som det fremgår indledningsvist, har 474 borgere i 2017 takket ja til forebyggende hjemmebesøg. Men 1273 borgere har ikke svaret på eller afvist tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Tilbud om forebyggende hjemmebesøg gives i dag pr. brev uden personlig opfølgning. For at afprøve metode til tidlig opsporing, og sikre at de borgere, der har behov for forebyggende hjemmebesøg, også får besøg, videreudvikles indsatsen derfor med en sygeplejerske, der ringer til borgerne og tilbyder besøg, efter aftale. Sygeplejersken vil kontakte borgerne flere gange hvis de har behov for betænkningstid. Argumentet for en insisterende personlig kontaktform tager også afsæt i at nå ensomme i projektets målgruppe. Ensomhed er den værste fjende i forhold til genindlæggelser, hvor borgerne sidder alene i eget hjem og ikke får spist og drukket. Dette kan opspores med et forebyggende hjemmebesøg. Til projektspor 3 søges derfor om midler til en sygeplejerske.
- **Projektspor 4:** Her videreudvikles rehabiliteringen efter §83a og/eller §83 i eget hjem efter udskrivning fra genoptræning på kommunens midlertidige pladser. I dag bliver mange i målgruppen udskrevet fra de midlertidige pladser til eget hjem uden fortsat genoptræning i eget hjem. Borgeren mister derfor det optrænede funktionsniveau hvilket fører til genindlæggelser. Dertil kommer, at medarbejderne i hjemmeplejen ikke har det fornødne fokus og/eller kompetencer til at arbejde med fastholdelse af borgerens funktionsniveau. Når der vurderes behov herfor, skal genoptræningen fortsættes i et rehabiliteringsforløb via §83a, hvor der samarbejdes med hjemmeplejen og andre relevante fagpersoner så borgernes funktionsniveau opretholdes. Der skal sikres, at relevante medarbejdere har kompetencerne til at opstarte og udføre sammenhængende forløb i tæt samarbejde med borgeren. I forbindelse hermed skal der ansættes en koordinator samtidig med, at alle ledere og flere medarbejdere (hjemmetrænere) i hjemmeplejen kompetenceudvikles og trænes i rehabilitering. Derfor søges der i projektspor 4 midler til ansættelse af en fysioterapeut/ergoterapeut på de midlertidige pladser til ovenstående arbejde.
- **Projektspor 5:** Erfaringen i Hvidovre er som undersøgelser viser, at ældre medicinske patienter, der indlægges med en diagnose, der kunne have været forebygget i kommunalt regi, ofte har flere samtidige sygdomme hvorfor årsagen til den konkrete indlæggelse derfor ofte er multifaktoriel⁵. For at videreudvikle det forebyggende arbejde er der behov for – før der sker forebyggelige indlæggelser – at kunne håndholde koordineringen for den ældre, som ofte har tildelt rigtig mange ydelser fra forskellige fagligheder og afdelinger i Hvidovre. Der er behov for en koordinerende funktion, der holder styr og overblik over de ydelser, som den enkelte borger får for sine flere samtidige sygdomme. I projektspor 5 søges der derfor midler til en sygeplejerske som alene skal koordinere og holde styr på de mest komplekse ældre medicinske patienter før de kommunalt forebyggelige indlæggelser accelerer.
- **Projektspor 6:** Her videreudvikles kommunens implementering af systematisk triagering i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, herunder brug af ernæringsdelen i triageringsværktøjet og "brush-up" undervisning af alle ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, så der skabes sammenhæng mellem Fælles Sprog III og tidlig opsporingsværktøjer til hverdagsobservationer, sikker kommunikation og god formidling. Til dette arbejde søges der om midler til en læringskonsulent uddannet som sygeplejerske, og med erfaring i at omsætte viden til praksis i undervisning af ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.
- **Projektspor 7:** De pårørende er en naturlig medspiller i arbejdet med at forebygge indlæggelser for den ældre medicinske patient. Hvidovre Kommune ønsker at afprøve hvordan samarbejdet med de pårørende kan styrkes og videreudvikles. Samarbejdet kan bl.a. omfatte at give de pårørende kurser i hvordan man ser tegn og adfærd hos patienten, som der skal handles på, og som med en forebyggende indsats kan forhindre, at den medicinske patient må indlægges. Der søges om midler til at udvikle og afprøve

⁵ S. 4 i Sundhedsstyrelsen 2015: Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~//media/25B07126AD6B40429D3DC8E69E5900EB.ashx>

		<p>et koncept for styrket samarbejde, herunder afholde kurser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektspor 8: I det sidste projektspor dokumenteres og evalueres projektspor 1 til 7, herunder de opsatte mål og delmål. Denne viden bruges til ledelsesinformation til den administrative og politiske topledelse, samt politisk beslutning om fortsat forankring i drift. Projektspor 8 leverer også viden i afrapportering til Sundhedsstyrelsen, herunder bl.a. viden om, hvorvidt og hvorledes målene er opnået, hvorvidt og i hvilken form og regi projektet fortsætter efter projektperioden.
7	Projektets bidrag til at øget kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats:	<p>Indledningsvist fremgår eksempler på centrale nøgletal, som projektet forventes at forbedre, og som kan ses som udtryk for en forbedring af kvaliteten i Hvidovres sundhedsindsats. Det gælder forbedring af nøgletal for bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udgifter i forbindelse med akutte genindlæggelser inden for 30 dage hos borgere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen (KØS tal). • Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 patienter med kronisk sygdom som fx KOL og diabetes type 2-patienter, samt udgifterne hertil (KØS tal). • Antal forebyggelige indlæggelser som følge af fx nedre luftvejs sygdom, brud, dehydrering og blærebetændelse samt udgifter hertil (KØS tal). • Gennemsnitlige antal borgere pr. md. visiteret til rehabiliteringsforløb efter serviceloven §83a og §83 (KMD Care tal). • Antal personer der modtager forebyggende hjemmebesøg (KMD Care tal). • Udgifter til færdigbehandlede på hospital (eSundhed tal).
8	Dokumentation og afrapportering (punktform foreløbige forslag til indikatorer der måles på):	<ul style="list-style-type: none"> • Der vil bl.a. blive dokumenteret og evalueret på de mål og delmål, der fremgår ovenfor under afsnit 3. Der henvises til disse mål for overblik over de foreløbige indikatorer, der vil blive målt på. • Der vil desuden blive dokumenteret og evalueret på de centrale nøgletal, der fremgår ovenfor under afsnit 7, så disse nøgletal efter projektperioden kan sammenlignes med tilsvarende, der fremgår af afsnit 2.
9	Projektets organisering og bemanding, herunder ledelsesmæssig forankring:	<ul style="list-style-type: none"> • Projektet er ledelsesmæssigt forankret i styregruppen bestående af: Nicolai Kjems, projektejer, chef for Center for Sundhed og Ældre; Vibeke Nyholm Sørensen, overtdlæge, Center for Børn og Familie; Pernille Haaning, leder af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen; Casper Mortensen, leder af genoptræningen; Pia Jenfort, leder af sundhed og forebyggelse; Tina Faarup, leder af visitationen; Projektleder, sekretær for styregruppen og overordnet projektleder og koordinator i projektgruppen. Styregruppen har det overordnede ansvar for projektets gennemførelse. <i>I tilfælde af tilsagn har styregruppen ansvar for at eftersende politisk godkendelse af ansøgningen til Sundhedsstyrelsen.</i> • Den daglige koordinering af projektet foregår i en koordinerende projektgruppe bestående af: projektleder med hovedansvar for daglig projektledelse og dokumentation og evaluering i projektspor 8; tandplejer, tandlæge og tandklinikassistent fra projektspor 1; fysioterapeut og hjemmetræner/SOSU-Assistent fra projektspor 2; sygeplejerske fra projektspor 3; fysioterapeut fra projektspor 4; sygeplejerske fra projektspor 5; læringskonsulent fra projektspor 6; forebyggelseskonsulent med ansvar for kursus til pårørende i projektspor 7. • Under den koordinerende projektgruppe organiseres der 7 projektgrupper, som gennemfører arbejdet i projektspor 1 til 7.
10	Tids- og projektplan:	<p>Projektet starter 1. sep. 2018 og afsluttes 31. dec. 2020. Tidsplanen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sep. – okt. 2018: Nedsættelse af projektorganisering. • Nov. 2018: Detailplanlægning og -beskrivelse af videreudviklede indsatser i projektspor 1 til 7 samt udarbejdelse af evalueringsplan- og design for projektspor 8. • December 2018: Fælles kick-off for de enkelt involverede afdelinger og teams med præsentation af det samlede projektførløb for alle involverede ledere og medarbejdere. • Jan. 2019 – dec. 2020: Implementering af indsatser i projektspor 1 til 7. • Sep. 2018 – dec. 2020: Dokumentation og evaluering af projektspor 1 til 7. ledelsesinformation til den administrative og politiske topledelse, politisk beslutning om fortsat forankring i drift, afrapportering til Sundhedsstyrelsen.

Skema 3: Budget for projektperioden

1. Projektets titel:	Videreudvikling og styrkelse af Hvidovre Kommunes sundhedsindsatser overfor medicinske patienter i eget hjem og borgere i eget hjem med kronisk sygdom eller forøget risiko for at udvikle kronisk sygdom.			
2. Regnskabsansvarlig:	Navn: Pia Hassel, Souschef, Økonomiafdelingen			
	Tlf.nr.: 51 58 76 63			
	E-mail: pij@hvidovre.dk			
3. Revisor:	BDO, Havneholmen 29, 1561 København V, 1561			
	Aktivitetssomfang (antal)	Timetal og sats	Beløb i kr.	Noter
4. Projektledelse/-deltagelse:				
Projektleder, AC'er	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 320 kr./t. • 1924 t. * 326,40 kr./t. • 1924 t. * 332,90 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 205.222 • 627.993 • 640.499 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 320 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
<u>Projektspor 1:</u> Tandplejer	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 245,85 kr./t. • 1924 t. * 250,77 kr./t. • 1924 t. * 255,78 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 157.668 • 482.481 • 492.120 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 245,85 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
<u>Projektspor 1:</u> Tandlæge	<ul style="list-style-type: none"> • 80,12 t./md. i 4 md. i 2018 • 80,12 t./md. i 12 md. i 2019 • 80,12 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 320,68 t. * 297,50 kr./t. • 962 t. * 303,45 kr./t. • 962 t. * 309,52 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 95.402 • 291.919 • 297.758 	<ul style="list-style-type: none"> • Halv tid i projektperioden svarende til 962 timer pr. år. eller 80,17 t./md. • Lønsats 297,50 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
<u>Projektspor 1:</u> Tandklinikassistent	<ul style="list-style-type: none"> • 80,17 t./md. i 4 md. i 2018 • 80,17 t./md. i 12 md. i 2019 • 80,17 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 320,68 t. * 228,08 kr./t. • 962 t. * 232,64 kr./t. • 962 t. * 237,29 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 73.140 • 223.799 • 228.272 	<ul style="list-style-type: none"> • Halv tid i projektperioden svarende til 962 timer pr. år. eller 80,17 t./md. • Lønsats 228,08 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
<u>Projektspor 2:</u> Fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 267 kr./t. • 1924 t. * 272,34 kr./t. • 1924 t. * 277,79 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 171.232 • 523.982 • 534.468 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 267 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.

Projektspor 2: Hjemmetræner/SOSU-Assistent	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 230 kr./t. • 1924 t. * 234,60 kr./t. • 1924 t. * 239,29 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 147.504 • 451.370 • 460.394 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 230 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
Projektspor 3: Sygeplejerske	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 265 kr./t. • 1924 t. * 270,30 kr./t. • 1924 t. * 275,71 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 169.950 • 520.057 • 530.466 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 265 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
Projektspor 4: Fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 267 kr./t. • 1924 t. * 272,34 kr./t. • 1924 t. * 277,79 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 171.232 • 523.982 • 534.468 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 267 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
Projektspor 5: Sygeplejerske	<ul style="list-style-type: none"> • 160,33 t./md. i 4 md. i 2018 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2019 • 160,33 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 641,32 t. * 265 kr./t. • 1924 t. * 270,30 kr./t. • 1924 t. * 275,71 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 169.950 • 520.057 • 530.466 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuld tid i projektperioden svarende til 1924 timer pr. år. eller 160,33 t./md. • Lønsats 265 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
Projektspor 6: Læringskonsulent	<ul style="list-style-type: none"> • 40 t./md. i 4 md. i 2018 • 40 t./md. i 12 md. i 2019 • 40 t./md. i 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 160 t. * 320 kr./t. • 480 t. * 326,40 kr./t. • 480 t. * 332,90 kr./t. 	<ul style="list-style-type: none"> • 51.200 • 156.670 • 159.792 	<ul style="list-style-type: none"> • Læringskonsulent uddannet som sygeplejerske med erfaring i at omsætte viden til praksis og undervise ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. • Der regnes med 10 timer pr. uge svarende til 40 timer pr. md. i projektperioden. • Lønsats 320 kr./t. i 2018 inkl. pension og ferie reguleret med en lønfremgang på 0,2% i 2019 og 2020.
5. Uddannelse, kurser, konferencer o.lign.				

<u>Projektspor 7:</u> Kursus for pårørende til ældre medicinske patienter.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 md. i 2018 • 12 md. i 2019 • 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 md. * 10.000 kr. • 12 md * 10.000 kr. • 12 md * 10.000 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40.000 • 120.000 • 120.000 	<ul style="list-style-type: none"> • Udgifter til afholdelse af kursus for pårørende til ældre medicinske patienter, så pårørende kan hjælpe med opsporing til forebyggelse af indlæggelser eller forværring af sygdom. • Der regnes med afholdelse af 1 kursus pr. md. i projektperioden. • Der regnes med at hvert kursus koster 10.000 kr. inkl. forplejning, lønkroner til udvikling af kursusmateriale og lønmidler til en forebyggelseskonsulent og en sygeplejerske, som underviser de pårørende.
6. Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode:				
7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter:				
<u>Projektspor 1:</u> Transport til ældre som efter hjemmebesøg af tandlæge skal køres til behandling på tandklinik.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 md. i 2018 • 12 md. i 2019 • 12 md. i 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 md. * 10.000 kr. • 12 md * 10.000 kr. • 12 md * 10.000 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40.000 • 120.000 • 120.000 	<ul style="list-style-type: none"> • En gruppe ældre vil have behov for at få transporten betalt ind til tandklinik efter hjemmebesøg af tandlæge. • Der regnes med et estimeret beløb på 10.000 kr. pr. md. til dækning af disse transportudgifter.
8. Serviceydelser, herunder konsulentbistand mv.:				
9. Administration, revision:				
Revision	<ul style="list-style-type: none"> • BDO 		<ul style="list-style-type: none"> • 10.000 	<ul style="list-style-type: none"> • Udgifter til revision hos BDO ved projektets afslutning.
10. Andet:				
ANSØGT BELØB I ALT:			10.713.513	

Skema 4: Budget for hvert år

Projektets titel:	Videreudvikling og styrkelse af Hvidovre Kommunes sundhedsindsatser overfor medicinske patienter i eget hjem og borgere i eget hjem med kronisk sygdom eller forøget risiko for at udvikle kronisk sygdom.							
	2018 (beløb i kr.)		2019 (beløb i kr.)		2020 (beløb i kr.)		Samlet beløb	
	Evt. egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen	Evt. egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen	Evt. egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen	Evt. egenfinansiering	Fra Sundhedsstyrelsen
Projektledelse/-deltagelse:								
Projektleder, AC'er		205.222		627.993		640.499		1.473.714
Projektspor 1: Tandplejer		157.668		482.481		492.120		1.132.269
Projektspor 1: Tandlæge		95.402		291.919		297.758		685.079
Projektspor 1: Tandklinikassistent		73.140		223.799		228.272		525.211
Projektspor 2: Fysioterapeut		171.232		523.982		534.468		1.229.682
Projektspor 2: Hjemmetræner/SOSU-Assistent		147.504		451.370		460.394		1.059.268
Projektspor 3: Sygeplejerske		169.950		520.057		530.466		1.220.473
Projektspor 4: Fysioterapeut		171.232		523.982		534.468		1.229.682
Projektspor 5: Sygeplejerske		169.950		520.057		530.466		1.220.473
Projektspor 6: Læringskonsulent		51.200		156.670		159.792		367.662
Uddannelse, kurser, workshops, konferencer og lign.:								
Projektspor 7: Kursus for pårørende til ældre medicinske patienter		40.000		120.000		120.000		280.000
Rejser og transport inkl. opholdsudgifter:								
Projektspor 1: Transport til ældre til behandling på tandklinik		40.000		120.000		120.000		280.000
Administration, revision								
Revision						10.000		10.000
I alt		1.492.500		4.562.310		4.658.703		10.713.513