



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

PROJEKTBEKRIVELSE

Særligt sårbare kræver særlig opmærksomhed



projektbeskrivelse

Projekt: Særligt sårbare kræver særlig opmærksomhed	Projektansvarlig: Tove Sommer	Dato: Maj 2011
<p>Baggrund</p> <p>Fåborg Midtfyn Kommune (FMK) har fra 2008-2010 været involveret i to projekter, der har fokus på "den særligt sårbare" og "forløbskoordination".</p> <ul style="list-style-type: none">• "Gode Rammer for hjerterehabilitering – Et Patnerskabsprojekt" er sluttet maj 2010.• "Patientrettet forebyggelse", som er sluttet 1.juli 2010. <p>Ultimo december 2009 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bevilget midler til projekt: "Særligt sårbare kræver særlig opmærksomhed" i FMK, projektansøgningen ses i bilag 1. 1.6 mio over tre år med 8 timer ugentlig projektledelse.</p> <p>Projektet bygger på læringspunkter fra de to afsluttede projekter samt Sundhedsaftalen for Region Syddanmark 2011-14¹ med en vægtning af den særligt sårbare borger.</p> <p>Den særligt sårbare defineres i projektansøgningen som værende en patient med en eller flere kroniske sygdomme og samtidig ringe egenomsorg begrundet i eksempelvis nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemer, jf. stratificeringsmodellen i Region Syddanmark gruppe 3 og 4 samt FMK's egen kronikerstrategi².</p> <p>Ansøgningen er bredt formuleret, så inden nedsættelse af en projektgruppe er projektet præciseret og afgrænset.</p> <p>En ideudviklingsdag er afholdt den 22. marts 2010 med det formål at definere begreberne: "særligt sårbare" og "særlig opmærksomhed". 30 personer deltog fordelt over forskellige fagsekretariater, almen praksis, sygehus og anden kommune samt frivillige organisationer og patientforeninger.</p> <p><u>Fra ideudviklingsdagen ses følgende mulige retninger for projektet:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1) Udvikling og afprøvning af et specifikt stratificeringsværktøj mellem almen praksis og kommune2) Udvikling af model for afprøvning af forløbsprogrammerne i det tværsektorielle felt.3) Kompetenceudvikling af organisationen med tydelige aftaler for koordinationsrollen.4) Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller med frivillige og patientforeninger. <p>Styregruppen beslutter maj 2010 at fokus i projektet lægges:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kompetenceudvikling af organisationen med tydelige aftaler for koordinationsrollen.		

¹ <http://www.regionsyddanmark.dk/wm318137>

² www.faaborgmidtfyn.dk/borger/sundhed-sygdom/kronikerstrategi/

I forløbsprogrammerne³ for Sundhedsaftalen 2011-2014 er begreberne stratificering, tidlig opsporing, rehabilitering og forløbskoordination afklaret.

Forløbsprogrammerne i sundhedsaftalen er bygget efter samme ramme. Derfor er det muligt her at sammentænke specialer i opbygning af tværfaglige samarbejdsaftaler i kommunen og med almen praksis. Begrebsafklaringen er vedlagt projektbeskrivelsen som bilag.

Målgruppen er således afgrænset til borgere med en eller flere kroniske sygdomme som er stratificeret som gruppe 3 eller 4 efter forløbsprogrammerne i Sundhedsaftalen for Region Syddanmark 2011-2014 ud fra en vægtning af egenomsorgsevne.

Konklusionen fra ideudviklingsdagen med fire mulige retninger for projektet harmoniere med de formulerede leverancer i projektansøgningen. Alle fire retninger hænger sammen, men rammerne for projektet nødvendiggør en prioritering.

Der har ud fra regionens oversigt over projekter i perioden 2010-2013 været kontakt med Vejle og Kolding Kommune, med projektleder for kompetenceudvikling i Region Syddanmark samt Praksishuset i Region Syddanmark.

Dette vil blive fulgt op ved evaluering af projektet, således at resultatet af lignende projekter kan berige beslutningsgrundlaget for implementering af model for forløbskoordination, eksempelvis med en gennemarbejdet stratificeringsmodel.

Styregruppe:

- Anne Højmark (Projektejer og leder af Det mobile Sundhedscenter)
- Anne Grethe Stadil (Leder af sygepleje og rehabilitering)
- Elsebeth Elsted (Leder af træning og aktivitet)
- Inger Marie Hansen (Sekretariatsleder i Pleje og Omsorg)
- Carsten Henriksen (Praksiskonsulent)
- Eva Terkelsen (Gruppeleder i jobcenteret)
- Kirsten Rasmussen (Souschef i borgerservice)
- Bent Ibsen (Teamleder i handicap og psykiatri)
- Tove Sommer (Projektleder og forløbskoordinator)

Styregruppens opgaver:

- Sikre at projektet koordineres med øvrige projekter (ældrepolitik, SAMBO, særligt sårbare i jobcenteret osv.)
- Sikre kendskab til projektet i eget område
- Sikre den overordnede koordinering til den sideløbende implementering af patientforløbsprogrammer især med fokus på de særligt sårbare patienter.
- Sikre at projektet følger projektbeskrivelsen med hensyn til indhold samt at projektet skrider frem i henhold til tidsplanen.
- Understøtte projektgruppen i udarbejdelse af projektets leverancer.
- Sikre at der sker midtvejsrapportering samt endelig afrapportering af projektet.
- Afklare principielle spørgsmål vedrørende gennemførelse af projektet
- Forholde sig kritisk kommenterende til projektets faser
- Bidrage til formidling af projekterfaringer til interessenter
- Drøfte mulighederne for forankring af indsatser efter projektets afslutning, herunder den politiske opbakning
- Orientering om projektet til samordningsforum OUH, Svendborg.
- Sparringspartnere for projektlederen

³ Hjerte-karsygdom, kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes og muskel-skeletsygdom.

Projektleder:

- Tove Sommer

Projektlederens opgaver:

- Udarbejde og løbende justere projektbeskrivelse
- Sammensætte og lede projektgruppen
- Sammen med projektgruppen, at afholde følgegruppemøder og afholde kompetenceudvikling omkring pilotprojekt
- Udnytte muligheder for samarbejde med andre projekter i region, andre kommuner og almen praksis
- Sparringspartner for projektgruppen
- Løbende kontakt til projektejer
- Sammen med projektejer, at planlægge og afholde styregruppemøder
- Lede projektet gennem alle faser
- Håndtere relevante interessenter, synliggør projektet og taler projektets sag
- Sparringspartner for styregruppen
- Udarbejde estimat og aflægge regnskab for projektgruppemedlemmer fremmøde med afregning en gang om året

Projektgruppen:

- Tove Sommer (forløbskoordinator)
- Grethe Hansen (sygepl. og vidensperson på diabetes)
- Margit Skov (sygepl. og koordinator for sygeplejestuderende)
- Susanne Valbjørn Nielsen (udviklingsterapeut)
- Kirsten Nørgaard Dahl (motionsvejleder)
- Anne Højmark Jensen (Leder af Det Mobile Sundhedscenter)

Projektgruppens opgaver:

- Begrebsafklaring
- Udvikle redskaber og koncept
- Sammen med UCL beskrive indhold i kompetenceudvikling
- I samarbejde med projektleder at afholde følgegruppemøder og kompetenceudvikling omkring pilotprojekt
- Udarbejde plan for de aktiviteter, der skal udføres mellem de enkelte milepæle og evt. iværksætte de enkelte aktiviteter
- Følge op på milepælene
- Sparringspartnere for projektlederen
- Forestå en del af undervisning af kollegaer i pilotprojektet

Følgegruppen:

Aktuelt deltager på den tværfaglige temadag den 10. februar 2011, skrives ind senere.

Følgegruppens opgaver:

- Kvalificere leverancerne i projektet mod produkt og implementering
- Vidensdeling vedrørende relevante kompetenceudviklingstiltag
- Understøtte ejerskabet i organisationen for projektets produkt og implementering
- Understøtte kendskab til projektet og ejerskab i egen organisation

Følgegruppen tænkes at være sammensat som en dynamisk gruppe, der kan ændres undervejs, afhængig af projektets fokus og retning.

Identifikation af borgermålgruppen:

Borgere med en eller flere kroniske sygdomme er stratificeret til gruppe 3 eller 4 efter forløbsprogrammerne i Sundhedsaftalen for Region Syddanmark 2011-2014. ud fra en vægtning af egenomsorgsevne. Modellen er godkendt af almen praksis

Ud fra afsatte ramme til projektet afgrænses målgruppen, således at borgere der alene har psykiske sygdomme og børn under 18 år fravælges i pilotprojektet.
Desuden fravælges direkte henvisninger fra sygehuset.

Vision:

I Faaborg-Midtfyn Kommune bliver særligt sårbare borgere med kronisk sygdom støttet til selv at kunne håndtere deres liv med kronisk sygdom.

Formål:

At udvikle organisationen til at kunne støtte den sårbare til øget egenomsorg og dermed evnen til og muligheden for at håndtere livet med kronisk sygdom.

At udvikle rammer og aftaler for forløbskoordination

Mål

At udvikle og afprøve en model for forløbskoordination for borgere med kronisk sygdom på tværs i kommunen og med almen praksis.

Modellen tager afsæt i begreberne i sundhedsaftalen 2011-14 og omfatter:

- opsporing og rehabilitering
- kompetenceudvikling af organisationen
- uddannelse af forløbskoordinatorer blandt sygeplejersker, trænende terapeuter og sagsbehandlere i handicap- og psykiatriområdet.

Delmål:

- a. At definere og kvalificere centrale begreber
- b. At udvikle tværfaglig forståelse og ejerskab for begreber og redskaber
- c. Tværfaglig udvikling og afprøvning af redskaber og metoder i et afgrænset geografisk område
- d. Tværfaglig udvikling og afprøvning af model for forløbskoordination
- e. At uddanne forløbskoordinatorer blandt sagsbehandlere i handicap og psykiatri, sygeplejersker og trænende terapeuter
- f. At udvikle manual for dokumentation af forløb jf. målgruppen i Care og intranet/infolet med henblik på dataindsamling og evaluering

Leverance:

- a. Afholde en ideudviklingsdag der definerer "særligt sårbare" og "særlig opmærksomhed"
- b. Udvikle redskaber og aftaler for model for forløbskoordination
- c. Afholde en tværfaglig følgegruppetag til kvalificering af redskaber og aftaler inden pilotprojekt
- d. Afprøve samarbejdsaftale for forløbskoordination i et afgrænset geografisk område
- e. Afholde kompetenceudvikling i samarbejde med UCL for forløbskoordinerende funktion
- f. Udvikle redskab til dokumentation og evaluering
- g. Afholde en opsamlingsdag på læring af pilotprojektet inden evaluering

Kritiske succeskriterier:

Hvad skal være indfriet, for at vi kan sikre en succes, der indfrier formål og mål
Formuleres endeligt inden opstart af pilotprojekt.

- 80 % af sagsbehandlere, sygeplejersker og terapeuter der er tilknyttet det afgrænsede geografiske område i pilotprojektet har været på 4 dages kursus i forløbskoordination
- Der har været et tilbud til almen praksis om 1 timers undervisning i stratificering og indhold af forløbskoordination
- Stratificeringsredskab, manual for samarbejde og borgerens plan er udviklet og afprøvet
- Aftalt datamateriale forefindes isoleret
- Interessenter er orienteret
- Forslag til implementering

Rammer for projektet:

- Lovgivning på berørte områder. Sundhedsloven, Serviceloven, Lov om sygedagpenge.
- Sundhedsaftalerne 2011-2014 med forløbsprogrammerne med stratificering, tidlig opsporing og rehabilitering
- Kronikerstrategien i Region Syddanmark og Fåborg Midtfyn Kommune
- Rehabiliteringsbegrebet jf. Marselisborgcenteret

Forudsætning.

- Økonomisk rammer på 1.6. mio over 3 år
- Jobcenter, borgerservice, trænende terapeuter, sagsbehandlere i handicap og psykiatri, pleje og omsorg samt sygeplejen kan prioritere involvering i projektet.

Ressourceforbrug.

Estimat og budget er udarbejdet for projektet og revideres en gang årligt.

Interessenter:

Interessentanalysen skal bidrage projektet med følgende:

- Sikre, at projektets formål, leverancer, succeskriterier samt fremgangsmåde er attraktive for de væsentligste interessenter.
- Identificere ressourcepersoner.
- Identificere og håndtere eventuelle modstand og konflikter.
- Planlægge en optimal beslutningsproces.
- Planlægge en hensigtsmæssig kommunikation og involvering af interessenterne.

Interessentanalyse udarbejdet af styregruppen den 8. februar 2010 og revideret den 6. juli 2010:

Gidsler:

- Borgere/patienter
- Social og sundhedsassistenter
- Social og sundhedshjælpere
- Borgerservice

Ressource personer:

- Sektionsleder ude
- Praktiserende læger
- Sygeplejersker
- Sagsbehandlende terapeuter
- Visitatorer
- Trænende terapeuter
- Jobcenter
- Sagsbehandlere i handicap og psykiatri
- Regionens projektleder for kronikermidlerne
- Kolding Kommune

Eksterne interessenter:

- IT og kommunikation
- Apoteket
- Frivillige organisationer
- AMU/VUC
- Social og Sundhedsskolen
- UCL
- Sagsbehandlere i børne- og ungeområdet

Grå eminence:

- Socialudvalget
- Politikere i Sundhedsudvalget
- Fagchefer
- Pressen
- Ældrerådet
- Patientforeninger

Hovedmilepæle med terminer, evaluering og ansvarlige i forhold til delmål:

Projektets aktiviteter og metoder:

- Den 22. marts 2010 blev afholdt en ideudviklingsdag, med udarbejdelse af et idekatalog.
- Inden opstart af pilotprojekt april 2011 ligger en manual for evaluering af projektet, den løbende dokumentation vil så vidt muligt blive lagt i Care og andet journalsystem samt intranettet i en lukket mappe.
- Ud fra oversigten over fordelingen af kronikermidlerne i Region Syddanmark har været et samarbejde med Vejle og Kolding Kommune, projektleder for kompetenceudvikling samt Praksishuset i regionen.
- Projektgruppen blev nedsat i juni 2010.
- Efteråret 2010 har projektleder aflagt besøg hos alle relevante aktører med henblik på afklaring af perspektiver på projektet og samspil med øvrige igangværende tiltag.
- Efteråret 2010 er proces for involvering af almen praksis intensiveret med blandt andet involvering af Praksishuset i Region Syddanmark.
- Ultimo 2010 er oplæg til redskaber og samarbejdsaftale udviklet.
- Ultimo 2010 udvælges pilotprojektområde.
- Den 10.2. 2011 afholdes 1. følgegruppetag til kvalificering af oplæg.
- Foråret 2011 afholdes temamøde for deltagere i pilotprojektet
- Foråret 2011 uddannes til forløbskoordination
- Foråret 2011 involveres eksterne interessenter og grå eminence efter aftale med styregruppe
- Fra 1.maj 2011 til 1. marts 2012 afvikles pilotprojekt.
- September 2011 udarbejdes midtvejsevaluering
- Foråret 2012 bearbejdes patientdata og data på redskabs- og kompetenceudviklinger for pilotprojektet
- Foråret 2012 afholdes 2. følgegruppetag til opsamling af læring for pilotprojektet.
- Foråret 2012 involvering af eksterne interessenter og grå eminence overvejes af styregruppe.
- Efteråret 2012 slutevaluering med anbefalinger på implementering

Tids - og handleplan:

Se særskilt bilag

- Afholdelse af styregruppemøder, pilotprojekt, følgegruppetage,
- Deadlines for evalueringer
- Hvornår skal opgaven være løst

Plan for implementering af opgaven/projektet:

Evalueringsmanual er udarbejdet inden opstart af pilotprojekt foråret 2011.

En studentermedhjælper ansættes fra primo januar 2011 og resten af projektperioden. Det sikrer fokus på opsamling og bearbejdning af data gennem hele projektperioden samt midt og slutevaluering.

Projektet indbefatter en slutevaluering med anbefalinger på implementering.

Begrebsgrundlag og andre elementer af projektet

- Definition og afklaring

I det følgende defineres de centrale begreber som indgår i projektet. Hvor det er relevant vil der være uddybende bemærkninger. Hvor intet andet er anført som kilde, er definitionen formuleret af medlemmerne i Projektgruppen. Begrebsgrundlaget kan bruges som opslagsværk, når man i arbejdet med "Genvej til Overblik", støder på begreber man ønsker forklaret. Derfor er dette begrebsgrundlag en blanding af generelle begreber og begreber der specifikt vedrører projektet. Når et ord er skrevet med *kursiv*, betyder det, at begrebet er defineret selvstændigt.

Til slut er der en forklaring af "Almen praksis som tovholder" og "Forløbskoordinerende opgaver gældende for kommune" som er en del af Sundhedsaftalen 2011-2014.

Borgeren

I "Genvej til Overblik" har deltagerne på den ene eller anden måde en sygdomsdiagnose. Da projektet har til formål at hjælpe deltagerne ud fra et helhedsorienteret perspektiv og ikke kun ud fra det medicinske, vælger vi at kalde dem borgeren og ikke patient.

Borger- og Patientrettet forebyggelse

I arbejdet med "Genvej til Overblik" vil begrebet Borger- og Patientrettet forebyggelse ofte optræde, både skriftligt og mundtligt. Som udgangspunkt ligger der i dette begreb, at det handler om at forebygge at sygdom opstår eller forværres. Derudover kan man anskue begrebet ved at sige, at den Borgerrettede Forebyggelse er at sammenligne med *primær forebyggelse*, hvor målgruppen er raske borgere, man ønsker forbliver raske. Den Patientrettede Forebyggelse kan sammenlignes med enten *sekundær* eller *tertiær forebyggelse* hvor man ønsker enten at begrænse udviklingen i sygdommen eller hindre tilbagefald. Man skal være opmærksom på at selvom man bruger dette begreb, vil man kunne støde på de tilsvarende begreber: *primær, sekundær og terciær forebyggelse*.

Borgerens plan

En plan hvori der nedskrives de aftaler der indgås mellem *forløbskoordinatoren* og *borgeren*.

Flyer

En lille seddel der gives til *borgeren*, som kort fortæller om "Genvej til Overblik".

Forløbskoordination

Alt tilsigtet arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge (Wulff et. al., Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter, Ugeskrift for Læger, marts 2010).

Bemærkninger: Formålet med Forløbskoordination er at give *borgeren* den rette hjælp, så vedkommende på sigt bliver i stand til at kunne overskue sin livssituation.

Forløbskoordinator

Fagperson, der har den forløbskoordinerende rolle overfor *borgeren*. Forløbskoordinatoren kan være en sygeplejerske, fysioterapeut eller socialrådgiver.



Genoptræning

En målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en *borger*, eventuelt pårørende og personale (Sundhedsloven).

Bemærkninger: Formålet med genoptræning er, at *borgeren* opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. (Kilde: Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2009)

Guiden

Dokument der guider *opsporeren* til at afklare om ”Genvej til Overblik” er det rette tilbud og hvordan *borgeren* videre henvises.

Kompleksitet

En situation eller tilstand der har flere forskellige aspekter og som gør det kompliceret at over- og gennemskue.

Bemærkninger: I ”Genvej til Overblik” kan kompleksiteten komme til udtryk i f.eks. et sygdomsbillede præget af flere forskellige diagnoser, eller en livssituation der er præget af mange forskellige stressende elementer som f.eks. skilsmisse, sygdom og arbejdsløshed. Det er *borgerens* kompleksitet som *opsporeren* bliver opmærksom på og som giver anledning til at henvide til ”Genvej til Overblik”.

Kronisk Sygdom

En sygdom der varer mere end seks måneder.

Opsporeren

Den person der har den første kontakt med *borgeren* og som skal være opmærksom på *kompleksiteten* og *risikofaktorer* i vedkommendes livssituation. Det kan være Borgerservice, SOSU-personale, Jobcentret, visitatorer og praktiserende læger.

Patientforløbsprogram

Et patientforløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given *kronisk* tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Bemærkninger: Målet med forløbsprogrammer er bl.a. at sikre bedre sammenhæng mellem de enkelte tiltag i den samlede indsats og dermed bedre sammenhæng på tværs i sundhedsvæsenet (Sundhedsaftalen 2011-14).



Patientuddannelse

Struktureret undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom. Rettet mod individer eller grupper af patienter og eventuelt pårørende.

Bemærkninger: Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den *patientrettede forebyggelse*.

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom – selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog.

Primær forebyggelse

Forebyggelse der har til formål at hindre at sygdom, psykosociale problemer eller ulykker opstår (Sundhedsstyrelsen).

Rehabilitering

En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en *borger*, pårørende og fagfolk. Formålet er, at *borgeren*, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på *borgernes* hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborg Centret, 2004).

Risikofaktor

Faktor, der øger sandsynligheden for sygdomme, psykosociale problemer og ulykker (Sundhedsstyrelsen).

Bemærkninger: Ansvar for at identificere risikofaktorer ligger både hos fagpersoner i kommuner, på sygehusene og i almen praksis – men også hos *borgeren* selv. Fagpersoner skal være opmærksomme på risikofaktorer i borgerkontakten – også selv om kontakten måske handler om noget helt andet. Eksempler på risikofaktorer er lav uddannelse, lille socialt netværk, lav indkomst, rygning, fysisk inaktivitet og luftforurening.

Sekundær forebyggelse

Forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom eller risikofaktorer tidligst muligt (Sundhedsstyrelsen).



Stratificering

At inddele noget eller nogen i grupper efter specifikke kriterier.

Bemærkninger

I ”Genvej til Overblik” er *borgerne* opdelt i følgende fire grupper:

I. Borgere med:

- Enkel sygdom
- God egenomsorgsevne
→ patient + egen læge

II. Borgere med:

- Komplex sygdom
- God egenomsorgsevne
→ patient + egen læge + sygehus

III. Borgere med:

- Enkel sygdom
- Ringe egenomsorgsevne
→ patient + egen læge + kommunal koordinator

IV. Borgere med:

- Komplex sygdom
- Ringe egenomsorgsevne
→ patient + egen læge + kommunal koordinator + sygehus

Det er *borgere* i gruppe tre og fire, der kan henvises til ”Genvej til Overblik” (Kronikerstrategien for Region Syddanmark)

Særlig Sårbar Borger

En *borger* med en eller flere *kroniske sygdomme* og samtidig ringe egenomsorg begrundet i eksempelvis nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Tertiær forebyggelse

Forebyggelse der har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse (Sundhedsstyrelsen).

Tidlig opsporing

Fagpersoner i social- og sundhedsvæsenet identificerer personer med *risikofaktorer* eller sygdom tidligst muligt med henblik på intervention, fx behandling eller risikoafgrænsning (Sundhedsstyrelsen).

Bemærkninger: *Kronisk sygdom* er i høj grad et resultat af vores livsstil. Med en tidlig og systematisk indsats kan risiko for sygdom mindskes, hvilket vil kunne beskytte den enkelte og/eller samfundet mod sygdom og sygdommens konsekvenser. Derfor er identificering af modificerbare *risikofaktorer* og tidlig opsporing af personer med øget risiko vigtig. Tidlig opsporing er en del af den *sekundære forebyggelse*

Elementer af projektet

Almen praksis som tovholder

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som kronikerstrategi for Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål

Tovholderfunktionen indebærer, at almen praksis guider patienten gennem sundhedsvæsenet. Egen læge har kendskab til patientens andre sygdomme, egenomsorgsevne, netværk og viden om hvilke andre forløb patienten gennemgår. Almen praksis arbejder for, at patienten ikke "tabes" mellem sektorer, og at patienten får et hensigtsmæssigt forløb gennem sundhedsvæsenet og henvises til kommunen ved behov.

Forløbskoordinerende opgaver gældende for kommuner

Nogle borgere/patienter kan have et særligt behov for støtte til gennemførelse og fastholdelse af rehabilitering.

Følgende opgaver er centrale især i relation til patienter i stratificeringsgruppe med ringe egenomsorg:

- koordinere ydelser fra flere kommunale social- og sundhedspersoner
- sikre støtte til evt. selvmonitorering og egenbehandling i hjemmet
- afdække patientens behov og formidle viden om muligheder for at deltage i kommunale tilbud som f.eks. generel patientuddannelse
- koordinere indsats og kommunikation med almen praksis, patientens tovholder
- visitere borgere til forebyggelsestilbud på baggrund af almen praksis' henvisning
- medvirke i udarbejdelsen af behandlingsplanen for patienter med behov for en udvidet indsats
- følge op på patientens arbejde med behandlingsplanen
- koordinere indsats og informationer med sygehuset, når kontakten ikke naturligt er koordineret via patientens tovholder
- inddrage pårørende og netværk.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af kronikerforløb mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.