

Projektbeskrivelse: "Socialt udsatte enliges sundhed på landet".

1) Indledning

1.1. Baggrund

I foråret 2015 nedsatte Sundhedsstyregruppen en arbejdsgruppe til at arbejde med udfordringer omkring ulighed i sundhed.

Afsættet for arbejdsgruppens arbejde vedr. de socialt udsatte er den politisk indgåede sundhedsaftale "Mere sundhed i det nære – på borgerens præmisser, 2015-2018 i Region Midtjylland. Sundhedsaftalen bygger på tre overordnede visioner, hvor den tredje vision er "Mere lighed i sundhed". Visionerne understøttes af en række konkret sundhedspolitiske mål. Af særlig interesse for arbejdet med socialt udsattes sundhed kan nævnes målene om "Den sociale ulighed i sundhed mindskes" og "Bedre sundhed for borgere, som er socialt udsatte". For at indfri de politiske visioner og målsætninger for de socialt udsatte er det centralt, at indsatserne på sundhedsområdet i langt højere grad sammentænkes med indsatserne på andre velfærdsområder, som f.eks. social og arbejdsmarkedsområdet. Arbejdet skal være sammenhængende, holistisk og med udgangspunkt i et borgerperspektiv. Dette kræver nye og innovative metoder på tværs af sektorer og faggrænser.

Arbejdsgruppen har foruden en generel kortlægning af området med socialt udsattes sundhed også nedsat underarbejdsgrupper til at arbejde med forslag til konkrete projektbeskrivelser på nogle af de problemstillinger, som de socialt udsatte udfordres af i forhold til deres sundhed. Et udkomme af dette arbejde er en projektbeskrivelse for en mere koordineret sundhedsindsats for socialt udsatte enlige i landområder.

1.2. Formål og mål

Socialt udsattes sundhedsudfordringer i landområderne er en underbelyst problemstilling. I modsætning til de større byer lever de socialt udsatte mere geografisk spredt og afsondret på landet. Derfor har der ikke været den samme politiske opmærksomhed på disse borgers situation, som man har haft på ghetto-problematikken i de større byer.

En særlig udsatte gruppe i forhold til sundhed og sociale forhold er de enlige voksne med kort uddannelse, ofte med dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, med ringe socialt netværk og nogle gange med en misbrugsproblematik i forhold til alkohol og andre stimulanser. Denne gruppe har erfaringsvist svært ved at gøre brug af de eksisterende tilbud hos alm. praksis, hospitalet og i kommunalt regi. Af samme grund er der mange borgere i denne gruppe, der ikke tids nok får handlet på de sundhedsmæssige og sociale udfordringer de står med, og derfor ender i mere komplekse og længerevarende behandlingsforløb end de behøvede.

Med afsæt i ovenstående er der derfor behov for at skabe ny viden om, hvordan man bedst sikre denne gruppe af borgere et sundere liv, og en mere hensigtsmæssig brug af de offentlige sundhedsydelser.

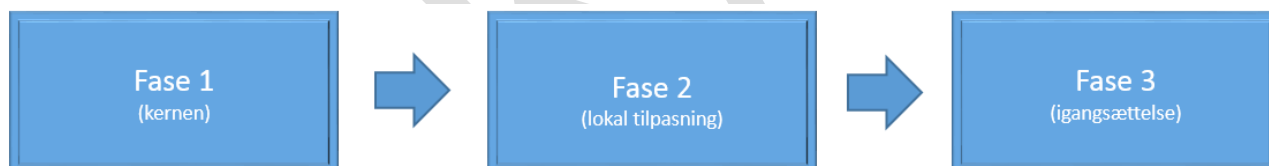
For at adressere disse udfordringer iværksættes et eksplorativt projekt, hvor der med udgangspunkt i en case manager tænkning søges afdækket, hvordan der kan sikres tættere og bedre koordinering mellem de forskellige sektorer og faglighedens tilbud, og tillige at der sker en øget inddragelse af den enkelte borger i forhold til egen sundhedstilstand, sociale relationer, arbejdsmarkedstilknytning og mere generelt evnen til at mestre sit eget liv.

Parterne i projektet er Norddjurs Kommune, Trustrup lægehus og Region Midtjylland. Foruden de offentlige parter søges også frivillige og den enkeltes netværk inddraget i arbejdet.

2) Struktur, metode & design

Overordnet er projektet struktureret som et tre-fase-projekt. Første fase er udarbejdelsen af en overordnet projektbeskrivelse, der udgøres af nærværende dokument. Dokumentet kan ses som kernen, der er den samme uanset kontekst. Anden fase er en konkretisering og operationalisering af projektbeskrivelsen med udgangspunkt i de lokale forhold i Norddjurs Kommune. Tredje fase er igangsættelse og gennemførelse af projektet. Selve gennemførelsen af projektet forventes at have en varighed på minimum 2 år.

Figur A: Projektets tre faser



Den geografiske afgrænsning af projektet vil være 1- 2 sogne i Norddjurs Kommune kategoriseret som gruppe 4 sogne i den regionale sundhedsprofil. Norddjurs Kommune er den kommune i Midtjylland, der har flest gruppe 4 sogne. De potentielle borgere til projektet vil blive fundet i disse sogne via en specifik screening, der tager udgangspunkt i de karakteristika, der beskriver populationen (udfyldes i nedenstående). Det er intentionen, at der skal ske en successiv tilgang af borgere til projektet, og at der løbende sker en videns generering via brugen af PDSA-cirkler. Denne viden bruges til kontinuerligt, at optimere indsatsen i projektet, og samtidig skaffe data til den Triple Aim evaluering, der skal foretages af hele projektet og herunder også muligheden for skalering af projektet til andre kommuner, såfremt der er basis herfor.

¹Collective impact er en australsk metode til at håndtere dybe og komplekse sociale – og sundhedsproblemer hos socialt udsatte borgere. Metoden er struktureret i forhold til samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser for at lave varige og betydelige forandringer for udsatte borgere. Konkret bygger metoden på fem grundlæggende principper for samarbejdet:

¹ Collective Impact: <http://www.collaborationforimpact.com/collective-impact/>

- a) Fælles dagsorden, fælles problemforståelse og fælles mål
- b) Gensidigt forpligtende aktiviteter, der understøtter det fælles mål
- c) Fælles måling
- d) Løbende kommunikation mellem aktører, men også i forhold til målgruppen og det omgivende samfund
- e) Etablering af et "rygrads-sekretariat", der løfter de praktiske opgaver og holder konneksen til aktørerne.

Det er hensigten, at metoden udgør en ramme for projektet i Norddjurs Kommune.

3) Målgruppebeskrivelse

Målgruppen for indsatsen i projektet skal findes blandt borgere i gruppe 4 sogne i sundhedsprofilen – "Hvordan har du det?"² i 1 – 2 sogne i Norddjurs Kommune. Borgerne i målgruppen er kendetegnet ved bl.a. følgende karakteristika:

- Aldersgruppen for projektet: enlige og/eller par 30 – 65 år. Uden hjemmeboende.
- Dårlig skolegang, lille eller intet netværk, der kan være misbrug af alkohol m.m., og nogle har løsere tilknytning til arbejdsmarkedet.
- De dykker meget i sundhedstilstand og kommer først til kommunen og øvrige myndigheder, når deres tilstand er kritisk.
- En del er kronikere, der ikke kan følge op på deres behandling,
- Har svært ved at møde op til aftaler i kommunen, hos alm. praksis og på hospitalet.
- Kan have psykiatriske problemstillinger – specielt hos den yngre del af målgruppen.
- Manglende evne til at drage omsorg for sig selv.

4) Omfang og skallering

Ud fra en kvalitetscirkel-tænkning (PDSA-cirklen) optages der løbende borgere i projektet. Der startes med 5 borger og op til 100 borgere henover den toårige projektperiode. Ved at inkludere et stigende antal borgere bibringes ny viden, om indsatsen. Denne viden bruges til kontinuerligt at optimere de enkelte elementer i projekter. Der er således tale successiv læringsproces, hvor der undervejs i projektet sker en optimering. Skaleringen fra 5 til potentielt set 100 borgere skaber en række udfordringer. For det første skal der tages stilling til bemanningen af den case-manager funktion, som er central i projektet. De 5 første borgere vil givetvis kunne håndteres inden for den eksisterende bemanning, men der vil være behov for se på ekstra personale ressourcer, når der skaleres til 100 borgere. For det andet vil der kunne være behov for at tage stilling til kompetenceløft til de sundhedskonsulenter, der skal arbejde som case-manager i projektet. For det tredje vil der være behov for at tage stilling til datahåndtering og registrering, når man skalere projektet til de 100 borgere. I håndteringen af disse udfordringer vil det være hensigtsmæssigt at gøre brug af erfaringerne med brugen af scale-up grid fra tidligere gennemførte Triple Aim projekter.

² Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA, Christiansen J. Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.

5) Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen i projektet bygger på en tidlig og forebyggende tænkning. De enlige socialt udsatte i landområderne skal spottes rettidigt, og der skal igangsættes en koordineret indsats, der forebygger alvorlig dyk i den enkeltes sundhedstilstand.

Første skridt i denne indsats er en screening efter potentielle borgere, der ville kunne drage fordel af projektet i de udvalgte sogne. Screening af borgere til projektet påtænkes placeret hos alm. praksis og i regi af kommunens arbejdsmarkedsafdeling. Begrundelsen herfor, er at borgerne i målgruppen ofte har hyppigst kontakt til disse to offentlige aktører. Øvrige offentlige aktører omkring borgerne informere om projektet og kan henvise potentielle borgere for projektet til screening hos de to ovenfor nævnte indgange.

Som et led i projektet skal der udvikles et screeningsredskab. Redskabet vil blive udviklet på baggrund af erfaringerne fra de første 5 – 15 borgere, der bliver indlemmet i projektet.³ Parameterne i screeningsredskabet vil bl.a. kunne være:

- Geografi
- Alder
- Uddannelsesniveau
- En eller flere kroniske sygdomme
- Evne til egenomsorg
- Tilknytning til arbejdsmarked/uddannelse.

I udviklingen af screeningsværktøjet vil der ligeledes kunne indhentes erfaringer fra ASI (Addiction Severity Index)⁴, der er et værktøj, som bruges til screening for misbrugsproblemtikker.

De borgere der bliver screenet skal opfylde et givet antal parameter for at indgå i projektet. Det konkrete antal parameter, der skal være opfyldt må bero på, hvor mange parameter, der opstilles i det endelige screeningsredskab.

Med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen udvikles et spørgeskema, der skal udfyldes af den praktiserende læge eller arbejdsmarkedsafdelingens medarbejdere med henblik på at vurdere om borgeren er i målgruppen for projektet eller ej.

Når screeningen er gennemført kontakter den medarbejder, der har gennemført screeningen, kommunens sundhedscenter med henblik på at skabe kontakt mellem borgeren og den kommunale case-manager. Det er afgørende, at kontakten mellem den medarbejder, der har foretaget screeningen og den kommunale case-manager, sker umiddelbart efter screeningen, så man sikre, at borgeren oplever en kontinuitet i

³ De første 5 – 15 borgere i projektet vil blive udvalgt af alm. praksis og arbejdsmarkedsområdet på baggrund af de opstillede karakteristika for målgruppen (se side 3).

⁴ ASI (Addiction Severity Index): <http://alcoholrehab.com/addiction-articles/addiction-severity-index-asi/>

forløbet. Case-manageren er i udgangspunktet en sundhedskonsulent i kommunen. Det er vigtigt, at case-manageren opfattes af borgeren som støttende person, og ikke som en myndighedsperson. Det kan overvejes om andre faggrupper kan indgå som case-manager, eller om der skal oprettes teams af case-managers. Dette må bero på de konkrete lokale erfaringer, der gøres med projektet.

Case-manageren tager kontakt til borgeren med henblik på et indledende møde. Til dette indledende møde inviteres de relevante fagpersoner fra den kommunale forvaltning, fra hospitalet, den praktiserende læge og evt. ressourcer fra borgerens netværk eller civilsamfundet. Det er case-manageren, der ud fra en dialog med borgeren finder frem til, hvem de relevante mødedeltagere vil være. Til dette indledende møde klarlægges borgerens udfordringer og ønsker om sundhed og trivsel. Med afsæt i collective impact metoden opsættes klare mål for borgeren og der aftales, hvilke konkrete aktiviteter, der skal sættes i værk en i konkret handleplan. Når der er opnået enighed herom hjælper case-manageren borgeren med at sikre vejen gennem systemet ud fra den aftalte handleplan. Som en del af denne hjælp vurderer case-manageren, hvilke ressourcer i familien, netværket og det bredere civilsamfund, der kan aktiveres for at understøtte en positiv udvikling for borgeren. Foruden det indledende møde, der sker ved fysisk fremmøde vil den videre kommunikation mellem borgeren og case-manageren i høj grad kunne varetages via telefonen eller andre former for elektronisk kommunikation. Et kardinal punkt i indsatsen er kontinuerlig dialog mellem case-manageren og borgeren med udgangspunkt i den opstillede proces og mål i handleplanen.

For at kunne måle udviklingen i borgerens generelle sundhedstilstand foretages en måling af borgerens helbred og funktionsevne med SF12 af case-manageren ved opstart af handleplanen. På samme måde afsluttes forløbet med en gennemgang af SF12 for at afdække udviklingen i borgerens sundhed gennem projektet. Forløbet for en borger i projektet må maksimalt være 1 år. Dog bør en borger kunne afsluttes inden et år såfremt case-manageren vurderer det fagligt hensigtsmæssigt, forsvarligt, og at den pågældende borger er indforstået hermed.

6) Evaluering og måleparameter i projektet

Ud fra Triple Aim metoden vil projektet løbende evalueret på nedenstående målparameter:

- Større sammenhæng i forløbene. – proces/organisatorisk mål.
- Omkostninger pr. capita
- Kvalitative data i form af interview med borgeren eller fokusgruppe interview.
- Deltagelse i kommunale soft-tilbud
- Udeblivelse fra besøg hos alm. praksis og hospitalet.
- Fraværet af besøg på skadestuen.
- Generelle sundhedsomkostninger og forbrug af ydelser i det sekundære sundhedsvæsen
- Graden af tilknytning til arbejdsmarkedet,
- Selvvurderet helbred som metode (sygdomsrisiko) – outcome mål (SF12). En måling ved forløbets start og ved afslutningen.

Det skal overvejes, hvorvidt der kan knyttes forskning på projektet. Her vil det være relevant, at afsøge mulighederne for et samarbejde med Forskningsheden for alm. praksis, da alm. praksis er en central aktør i projektet.

7) Økonomi

Ved gennemførelse af projektet vil der være en række omkostninger. På overordnet plan er der følgende udgiftsposter:

- Omkostninger til case-manager funktionen
- Omkostninger til screening hos alm. praksis og kommunens arbejdsmarkedsområdet
- Efteruddannelse
- Befordringsgodtgørelse / transport
- Sekretærbistand
- Styregruppemøder
- Evaluering og forskning.

Af bilag A fremgår de direkte omkostninger ved interventionen forstået som case-managerfunktionen og indledende møde. Omkostninger til projektledelse, efteruddannelse, evaluering og forskning er ikke beregnet.

Bilag A: Direkte omkostninger ved interventionen - case-managerfunktionen og indledende møde med borgeren.

Bilag B: Borgercases fra Norddjurs.