

**Projektansøgning.**

**Projekt forebyggende hjemmebesøg til ældre under 75 år**

|  |  |
| --- | --- |
| Kommune | Odsherred |
| Titel på pilotprojekt | Forebyggende hjemmebesøg til ældre under 75 år |
| Periode for projekt | Oktober 2013 til oktober 2014 |
| Kontaktpersoner | Forebyggende sygeplejersker, Sygehusvej 5, 4500 Nykøbing. |
| Projektets formål | Projektet skal give de forebyggende sygeplejersker mulighed for at tilbyde 1-2 besøg til borgere under 75 år, hvis livssituation pludselig forandrer sig, og personen ønsker støtte og vejledning.  Vores ønske om dette udmunder i, at vi efterhånden får flere henvendelser fra borgere under 75 år, som ønsker at drøfte deres livssituation med en sundhedsfaglig person.  Der ud over oplever vi, at besøge borgere, når de er fyldt 75 år, hvor vi ville ønske, at vi havde haft mulighed for at tilbyde besøget tidligere.  Hvis disse borgere havde fået støtte og vejledning langt før, havde vi kunne give dem redskaber til at øge handlekompetencer og bedre mestring af egenomsorg.  Vores ønske om, at tilbyde besøg til borgere under 75 år tager også afsæt i Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen, som anbefaler en tidlig forebyggende indsats i kommunerne og helst før borgerne selv henvender sig.  Der lægges i rapporten op til, at styrke den forebyggende indsats overfor borgere i særlig risikogruppe.    Rapporten fra kommissionen peger yderligere på, at effektiv forebyggelse kan være med til at sikre ældre borgere et liv med mindst mulig sygdom, tab af funktionsevne og afhængighed af hjælp. Endvidere nævnes forebyggelse som et redskab til at stabilisere en tilstand, undgå forværring af en tilstand samt at imødegå tilbagefald.  (Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen, s. 43, forebyggelse- et aktivt ældreliv). |
| Målgruppe | Som udgangspunkt, borgere mellem 55 og 75 år.  Det drejer sig om borgere der f. eks. er isolerede eller ensomme.  Det vil eksempelvis kunne dreje sig om ægtefælles død, kronisk sygdom eller fordi borgeren savner netværk og fællesskaber.  Der er således tale om personer, hvis liv kan være markant forandret og de dermed er blevet sårbare og udsatte. |
| Mål og forventede resultater | Et målrettet tilbud med henblik på at   * Yde støtte og vejledning så borgeren selv kan løse sygdoms- og sundhedsproblemer * Skabe sammenhængende forløb for borgerne ved at henvise til og inddrage relevante samarbejdspartnere i kommunen. * Borgerne bliver i stand til at mestre eget liv i eget hjem ved at fokuserer på hele løsninger og evt. medinddrage pårørende og frivillige. * Skabe netværk og forebygge ensomhed. * Forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. |
| Metode | Vi tilbyder 1 – 2 besøg i borgerens hjem og efterfølgende opfølgning pr. tlf.  Besøgene iværksættes ved selvhenvendelser, henvendelser fra egen læge, naboer og pårørende osv. |
| Ressourcer | Via udvidelse af vores stratificeringsmodel til 24 måneder vil vi finde de nødvendige ressourcer til at kunne tilbyde besøgene. |
| Evaluering | Vi vil afprøve forsøget et år, og derpå evaluere kvantitativt på, hvor mange henvendelser vi får og fra hvem. Der ud over vil vi kvalitativt henvende os til de borgere, som har været inkluderet i forsøget med spørgsmål om de synes det har givet udbytte for dem at få et besøg.  Den kvantitative evaluering vil foregå via registrering af:   * Hvor mange borgere under 75 år har fået besøg og hvad er deres alder. * Hvor kommer henvendelsen fra. * Hvad er årsag til henvendelsen. * Hvor mange besøg er der tilbudt i alt og til den enkelte.   Den kvalitative evaluering består af en telefonisk kontakt til borgeren ca. 14 dage efter sidste besøg med henblik på, hvilket udbytte de har fået af besøget. |
| Eks. på et forebyggende besøg til borger under 75 år | Se nedenstående beskrivelse af besøg. |

**Besøg til borger under 75 år:**

I foråret fik vi en selvhenvendelse fra hustruen til en borger under 75 år. Ægteparrets livssituation havde forandret sig markant, og de havde gennem omgangskredsen hørt om forebyggende besøg, De vidste ikke hvor de skulle henvende sig for at få hjælp, så derfor ringede de til os. Vi besøgte ægteparret i alt 3 gange fordelt over et par måneder.

**Der var flere problemstillinger i hjemmet:**

* forværring i kronisk sygdom, Parkinson syge
* dalende funktionsniveau
* smerter
* dårlig nattesøvn
* faldtendens
* nedsat hukommelse
* boligindretning
* kørselsproblemer til træning hos ambulant fysioterapeut
* krise
* forstoppelse

**Omdrejningspunktet i samtalen var:**

* At aflaste hustru
* Motivere borger til selvhjælp
* Vejlede i forhold til hvor borger kan få hjælp

**På kort sigt** medvirkede vores besøg til at ægteparret fik støtte, råd og vejledning i forhold til selv, at løse en række sygdoms- og sundhedsproblemer. Det handlede om plan for smertebehandling, bedre nattesøvn og at få gang i maven.

Der ud over blev vore samarbejdspartnere , hjælpemiddelterapeuterne og hjemmepleje involveret. Dette bevirkede, at der kom ro i hjemmet.

Hjemmet blev indrettet således, at risikoen for fald blev mindsket. Desuden blev der søgt kørsel til borger, således at han fortsat kan komme til fys. træning uden at hustruen skal køre, hvilket var en belastning for hende. Endvidere har han erkendt, at han nu har brug for hjælp til daglig personlig pleje, således at hustru der var i krise, kan aflastes i forhold til dette.

**De langsigtede mål**: Borgeren har nu mulighed for at vedligeholde og forbedre sit funktionsniveau hos fysioterapeuten.

Vi har været med til at forbygge fald og hospitalsindlæggelse, i det hjemmet nu er indrettet mhp. at undgå fald.

Borger kan nu selvstændigt og i højere grad komme rundt i hjemmet uden hjælp.

Vi har givet hustru støtte og vejledning i den akutte krisesituation, og på sigt måske forhindret at hun vil få en depression.

Et succeskriterie som vi kan måle på, er ægteparrets vurdering af, hvad de har fået ud af besøget.

De fortæller at de nu føler sig trygge i forhold til at vide, hvem de skal kontakte omkring de forskellige udfordringer, de har i hverdagen.

Begge giver udtryk for, at besøgene har været givende og begge mestrer nu deres udfordringer bedre end før vores besøg, og ægteparret fortæller, at de via besøgene har fået åbnet for en indbyrdes dialog omkring deres situation.

**Ovenfor beskrevne ansøgning danner grundlag for vores udarbejdelse af Projektgrundlaget. Se næste side.**

**Projektgrundlag**

1. **Projektes formål:**

Formålet med projektet er at styrke den forebyggende indsats overfor borgere fra 55 - 74 år, hvis livssituation fysisk, psykisk eller socialt markant har forandret sig indenfor de sidste 3-6 måneder.

1. **Projektmål:**

Projektmål er at vejlede og koordinerer, således at den enkelte borger opnår handlekompetencer og en endnu bedre mestring af egenomsorg.

1. **Tidsramme:**

Projektet starter 1. januar 2014 og slutter 31. december 2014.

Sidste interview er senest den 20. december 2014.

Januar og februar 2015 skal bruges til evaluering af projektet.

Se tids- og aktivitetsplan.

1. **Ressourcer:**

Ressourcer til projektet skal findes via vores stratificeringsmodel som udvides til at omhandle tilbud om besøg med 6-12-18 eller 24 måneders interval.

Udvidelsen består i, at nogle borgere over 75 år efter individuel aftale kan tilbydes besøg med interval på 24 måneder i mellem besøgene.

Der tilbydes i projektet et besøg af ca. 1 times varighed.

Besøget foregår i borgerens hjem.

Hvis der i samråd med borger skønnes at der er behov for opfølgning, kan der tilbydes yderligere et besøg.

I alt vurderes ressourceforbruget til pr. besøg til ca. at være 3 timer.

Dette skøn baseres på et ressourceforbrug, der ud over besøget omhandler, dokumentation, transport, visitering af borgere, og

kvalitativ måling via telefoninterviews og kvantitativ måling via dokumentation i statistik ark.

1. **Projektets organisation:**

Projektet er organiseret via projektejer Thorkild Christensen.

Leder af projektet er forebyggende sygeplejerske Ulla Buchart Jensen.

Deltagere: Borgere mellem 55 – 74 år bosat i Odsherred kommune.

Aktører: forebyggende sygeplejersker.

Interessenter: pårørende, naboer, egen læge, frivillige, hjemmepleje, hjemmesygeplejersker og afdeling for omsorg og sundhed.

1. **Forudsætninger:**

Forudsætninger for at projektet kan gennemføres er, at projektet bliver synligt for offentligheden, og at minimum 40 borgere includeres i projektet..

1. **Afgrænsning af projekt:**

Målgruppe er borgere fra 55 år og til 75 år.

Inclusionskriterier:

En ændret livssituation indenfor de sidste 3-6 måneder, f. eks.

Kompleks eller alvorlig sygdom, dødsfald i nærmeste familie, tab af netværk og følelse af ensomhed.

Henvendelse kan ikke ske anonymt.

Borger skal være bekendt med ordningen og accepterer, at der formidle kontakt. Det er den enkelte forebyggende sygeplejerskes faglige skøn som ligger til grund for om besøget tilbydes.

Borgere som modtager hjemmepleje kan fravisiteres i forhold til samme

kriterier som i øvrigt er gældende ved almindeligt forebyggende besøg til

borgere over 75 år.

**Plan for synliggørelse af projekt:**

Information til de praktiserende læger vil foregå via informationsmøde i tolv mandsforeningen samt via soft.dk og i gennem kontakt til de enkelte lægehuset.

Information til øvrige samarbejdspartere hjemmepleje, hjemmesygeplejersker og demenskonsulenter vil foregår på intranettet samt ved oplæg af en forebyggende sygeplejerske i og til grupperne. Kontakt skal formidles i gennem teamlederne.

Der ud over vil der blive udfærdiget en folder om projektet som udleveres til alle samarbejdspartnere og som også lægges på bibliotekerne.

Borgerne informeres bl.a. Via denne folder og via en pressemeddelelse, som sættes i Odsherred nyt.

1. **Løbende opfølgning på projekt:**

Der skal ske en løbende opfølgning på projektet.

1. Opfølgning i forebyggende team x 1 månedtligt
2. Opfølgning ved møder med projekt ejer hver 2. måned.
3. Der ud over løbende, når der er behov for det.

Se tids- og aktivitetsplan.

1. **Evaluering:**

I projektet er valgt kvantitativt og kvalitativt måleredskab.

**Kvantitativt** måleinstrument består af et statistik ark, hvor der efter hvert besøg dokumenteres hvor henvendelse kommer fra, hvor mange besøg i alt, og hvor meget tid er forbrugt på projektet.

**Kvalitativt** måleinstrument består af en spørgeguide, hvor borger, efter besøget får 2 spørgsmål udleveret, som han/hun skal forholde sig til. Efter 14 dage kontaktes borger pr. telefon og interviewes med henblik på svar og i forhold til oplevet deltagelse i projektet.