

Projektet

Social henvisning Vesterbro-Sydhavnen

Projektet arbejder med tertiær forebyggelse i en population af sårbare socialt udsatte borgere med en eller flere kroniske lidelser.

Formål med projektet

At supplere den sundhedsfaglige behandling af patienter i område Vesterbro-Sydhavnen med en social indsats, overfor patienter som har sundhedsmæssige problemstillinger, der enten bunder i eller forstærkes af sociale udfordringer. Indsatsen vil bestå i at de praktiserende læger får mulighed for at tilknytte patienterne til socialt-kulturelle projekter, der enten findes i området i forvejen eller udvikles i forbindelse med projektets gennemførelse.

Baggrund

Erfaringer fra andre europæiske lande viser at i mindre lokalområder på 20.000-100.000 indbyggere er det muligt at forbedre sundhedstilstanden blandt de mest belastede borgere ved at inddrage dem i omsorgsfulde netværk ved hjælp af socialarbejdere i samarbejde med sociale institutioner i området. Primært drejer det sig om at kortlægge og skabe henvisningsmuligheder (social henvisning) til allerede eksisterende servicetilbud. Ved begrænsede udgifter kan dette udføres, således at sundhedsarbejdere (læger, sygeplejersker etc) ved social henvisning kan knytte patienterne til lokale tilbud.

Kommunerne yder allerede nu en stor indsats for at styrke sociale indsatser i belastede områder. Men der er pt. sparsom koordination af disse indsatser i forhold til det primære sundhedsvæsen. Socialt belastede borgere er truet på deres sundhed eller har allerede en eller flere kroniske sygdomme. Derfor er det essentielt at de sociale indsatser koordineres med sundhedsindsatsen i primærsektoren. Netop ved en fælles indsats på dette område er der mulighed for en betydende synergieffekt.

Vesterbro-Sydhavnen er et af de mere socialt- og sundhedsmæssigt belastede områder i København. Ved at styrke det social- og sundhedsfaglige samarbejde omkring de skrøbeligste og mest udsatte borgere, er det målet at styrke deres sociale robusthed og derigennem helbred med henblik på at forebygge social- og sundhedsmæssig deroute.

De praktiserende læger i området er knyttet sammen i et samarbejds-mæssigt netværk Klyngen SydVest. Klyngen SydVest består af 45 praktiserende læger fordelt på 21 klinikker. Dette projekt er et forsøg på at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og de sociale aktører i området om patienterne og styrke områdets populationsomsorg.

Lægerne i området ser dagligt hver ca 1-2 patienter dvs. 40-50 patienter for hele klyngen, hvis sundhedsmæssige udfordringer enten bunder i eller forstærkes af sociale udfordringer af forskellig art. Dvs patienter, der potentielt kan have gavn af social henvisning.

Metode og deltagere

I første omgang samarbejder projektet med udgangspunkt i de eksisterende sociale kommunale, private og frivillige tilbud samt de eksisterende indgange til disse med henblik på at styrke samarbejdet mellem de lokale sociale aktører og de praktiserende læger.

Tværasektorielle samarbejdsflader

Projektet forsøger ved hjælp af sociale projekter og støtteordninger at afhjælpe komplekse sundhedsmæssige problemstillinger hos patienter med kroniske sygdomme, multimorbiditet eller sygdomme, der bunder i sociale/psykiatriske problemstillinger. Det er meningen at denne kombination af sociale og sundhedsmæssige tilbud skal kunne skabe større lighed i sundhed for nogle af de mest sårbare patientgrupper området.

De praktiserende læger får mulighed gennem projektet at tilbyde patienter alternativer til traditionel medicinsk behandling af kroniske sygdomme og multimorbiditet i form af motion, bedre ernæring og social netværksdannelse.

Styrkelse af den sociale indsats

Socialforvaltningen og de sociale tilbud får gennem projektet kontakt med nogle af områdets socialt og sygdomsmæssigt mest sårbare patientgrupper, og kan via denne kontakt eventuelt styrke det sociale arbejde for disse grupper. Projektet vil også kunne skabe et tættere samarbejde mellem den sociale indsats i området og de praktiserende læger.

Sundhedsforvaltningen får aflastet nogle af de sårbare patienter, således at de gennem projektet og samvær med andre får større evne til selvhjælp og dermed et højere funktionsniveau i hverdagen.

Bæredygtighed

I de områder hvor man har udrullet social henvisning, har man set et fald i forbruget af sundhedsydelse, medicin og højere grad af egenomsorg hos patienterne, der blev henvist. Det er resultater, der vil medføre et fald i brug af ressourcer (transport, medicin, hjælpemidler etc.). Derfor er et væsentlig virkning af projektet et forventet fald i ressourceforbrug hos de deltagende borgere.

Aflastning af sekundærsektoren

Social Henvisning (Eng. Social Prescribing) har været praktiseret i den sydengelske by Frome siden 2013. Opgørelsen over indlæggelseshyppigheden i området for perioden 2013-17 viser at der i Frome var et fald i ikke-elektive indlæggelser på 14%. Til sammenligning var der i nabokommunen Somerset i samme periode

en stigning i ikke-elektive indlæggelser på 29%. Så en implementering af SH vil kunne aflaste sekundærsektoren på væsentlige områder.

Projektplan

1 Præfase

a Kortlægning (gennemført)

En arbejdsgruppe bestående af ansatte fra Københavns Kommunes Socialforvaltning har kortlagt sociale projekter i området. En samlet beskrivelse af 50 henholdsvis private og offentlige sociale tilbud foreligger nu. Beskrivelsen indeholder kontaktdata, målgruppe, formål og indhold for alle projekter.

Oplysningerne fra kortlægningen skal anvendes til visitation af patienterne fra de praktiserende læger til de sociale tilbud i området.

b Social brobygning

Der er pr den 1. juni dette år ansat en social brobygger i projektet, og de første sociale henvisninger her fundet sted.

Kontakten mellem de praktiserende læger og de lokale fællesskabstilbud varetages af den sociale brobygger, som man har gjort i projektet 'Social Prescribing' i Storbritannien. En person der kender de lokale tilbud, der er tilknyttet projektet og kan støtte henviste patienter i deres henvisning til tilbuddene.

Herudover skal den sociale brobygger holde kontakten med de praktiserende læger og de sociale tilbud ved lige, således at visitation, samarbejde og kommunikation optimeres.

Den sociale brobygger ansættes og arbejder i relation til et af de sociale projekter, der findes i området i forvejen.

c Database og hjemmeside

Der er opbygget en database af ca. 70 sociale tilbud i området. De er tilgængelige på en hjemmeside (doneret af Trygfonden) for de deltagende læger og brobyggeren.

På hjemmesiden beskrives projektet, partnerskabet og projektets formål

d Projektet

Målgruppen – in- og eksklusionkriterier

Inklusionskriterier

Borgere > 18år

Behov for social støtte, der kan understøtte behandling eller forebyggelse af sygdom

Er motiveret for at deltage

Kan kontaktes via telefon eller e-mail

Bor i Københavns kommune

Eksklusionkriterier

Alvorlig psykisk sygdom, andet alvorligt handicap eller misbrug, der hindrer patienten i at kunne deltage.

Partnerne i projektet

Lægerne i Vesterbro-Sydhavnen tilknyttet Klyngen Sydvest

Ældre Sagen

Frivilligcenter VSV

Der er indgået en partnerskabsaftale om projektet for 3 år mellem ovennævnte parter.

,

Projektplan:

1. Ældre Sagen har fra Social og boligstyrelsen hjemtaget 3,8 Mio kr i projektstøtte. Midlerne er bundet til social støtte og ensomhedsbekæmpelse blandt 60+-årige i en projektperiode på 3 år. Der søges derfor midler hos relevante fonde mhp. at få projektet til at dække alle 18+årige i området.

2. Social Brobygger

Den sociale brobygger er ansat ved Frivilligcenter Sydhavnen.

3. Kommunikation

Al skriftlig kommunikation mellem brobyggeren og de praktiserende læger foregår via krypterede kommunikationsmeddelelser under MedCom standarder.

4. Henvisning

De praktiserende læger udvælger patienter der er socialt udsatte, og som kan indgå i projektet. Og sender herefter en henvisningsformular via kommunikationsmodulet i deres IT-system til den sociale brobygger.

Den sociale brobygger kontakter herefter deltageren og finder sammen med denne et passende tilbud til denne.

5. Resultater og evaluering

Hvidovre Hospitals Forskningsafdeling (HHF) har udarbejdet evalueringsplan (se bilag), der skal undersøge forløbet og registrere og analysere resultater af projektet i projektperioden.

Ud over HHF deltager DEFACTUM (Region Midt) og CAM (Center for almen medicin KU) i evalueringen af projektet.

6. Pilotprojekt

Evalueringen indledes med et pilotprojekt udført af HHF

På baggrund af erfaringer herfra vil projektet videreføres.

8. Information om projektet

Projektudrulning i Klyngen Sydvest

Der er sendt informationsmateriale til Klyngens medlemmer. Og der er i maj då. holdt et informationsmøde med deltagelse af Klyngens medlemmer og de øvrige partnere i projektet.

Klyngen skal medinddrages i projektet og implementeringen.

Projektet vil løbende skulle diskuteres på de planlagte møder i klyngen.

Projektudrulning i Københavns Kommune

Der vil blive sendt introduktionsmateriale til Socialforvaltningens medarbejdere i Vesterbro-Sydhavnen.

Afholdelse af informationsmøder med diskussion af projektet og de mulige virkninger, det har på arbejdet i området.

Alle frivillige og kommunale fællesskabsprojekter i området er kontaktet og orienteret om projektet. De vil blive besøgt af projektets medarbejdere mhp. at indgå samarbejdsaftaler.

Områdets medarbejdere skal medinddrages i projektet og implementeringen.

Projektet vil løbende skulle diskuteres med kommunens medarbejdere.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen orienteres løbende om projektet.

Socialforvaltningen er involveret i projektet og deltager i at skaffe yderligere økonomiske midler til projektet.

Litteratur

1. Website: <https://www.compassionate-communitiesuk.co.uk/projects>
2. Julian Abel, Helen Kingston, Andrew Scally, Jenny Hartnoll, Gareth Hannam, Alexandra Thomson-Moore and Allan Kellehear
3. British Journal of General Practice 2018; 68 (676): e803-e810. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X699437>
4. Health Connections Mendip.(2018) Mendip directory. <https://healthconnections Mendip.org/mendip-directory/> (accessed 27 Sep 2018).
5. Neuropsychopharmacology. 2017 Jan; 42(1): 242–253. Published online 2016 Sep 14. Prepublished online 2016 Aug 2. doi: 10.1038/npp.2016.141
6. Resurgent & Ecologist. Issue 307. March/April 2018. Julian Abel and Lindsay Clarke: Compassion is the best medicine.
7. Social Prescribing BMJ 2019; 364 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l1285> (Published 28 March 2019) Cite this as: BMJ 2019;364:l1285
8. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review
9. Julianne Holt-Lunstad , Timothy B. Smith , J. Bradley Layton Published: July 27, 2010 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
10. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/feb/21/town-cure-illness-community-frome-somerset-isolation>
11. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2017;7(4):e013384.

12. South J, Higgins T, Woodall J, White S. Can social prescribing provide the missing link? *Primary Health Care Research & Development*. 2008; 9(4):310-318.
13. Younan HC, Junghans C, Harris M, Majeed A, Gnani S. Maximising the impact of social prescribing on population health in the era of COVID-19. *J R Soc Med*. 2020;113(10):377-382.
14. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*. 2018;10(2):97-123.