

# Rehabiliteringstilbud i nordjyske kommuner

En kortlægning af kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, hjertekarsygdom, type 2-diabetes i kommunerne i Nordjylland

Astrid Blom, Kasper Norman, Micael Mikkelsen, Marie Bergmann og Tine Curtis  
Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet





## Forord

Denne rapport handler om den kommunale forebyggelsesindsats overfor borgere med en af følgende kroniske sygdomme: kronisk obstruktiv lungesygdom, hjertekar-sygdom eller type 2 diabetes.

Med Kommunalreformen fra januar 2007 fik kommunerne ansvaret for ”at skabe rammer for en sund levevis” og for etablering af ”forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne” (Sundhedsloven § 119, juni 2005). I bemærkningerne til sundhedsloven står desuden, at ”Forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, varetages fremover af kommunerne” (Forslag til Sundhedsloven, feb. 2005). Siden reformens ikrafttrædelse har kommunerne således haft opgaven med at udvikle den nye forebyggelsesopgave, herunder forebyggelsesindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom. Hvordan de enkelte kommuner landet over har valgt at løfte denne opgave, er der stadig begrænset viden om.

For at bidrage til videndeling på området har TrygFondens Forebyggelsescenter taget initiativ til to kortlægninger. Denne rapport omfatter en kortlægning af, hvordan den kommunale indsats ser ud i de 11 kommuner i Nordjylland. Det andet initiativ er en national kortlægning af samme område, dog med et mere snævert fokus. Denne kortlægning offentliggøres i januar 2011.

Formålet med nærværende kortlægning er at bidrage til videndeling mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland omkring løsning af den kommunale forebyggelsesopgave. Målgruppen for rapporten er således primært kommuner og region i Nordjylland. Men det er samtidig forhåbningen, at også andre kommuner og regioner i Danmark samt nationale aktører på området kan finde inspiration i at læse om, hvordan den patientrettede forebyggelse håndteres i Nordjylland.

Tak til et konstruktivt samarbejde med kommuner og region i Nordjylland.

København, november 2010

Tine Curtis  
Centerchef  
TrygFondens Forebyggelsescenter

Morten Grønbæk  
Forskningschef  
TrygFondens Forebyggelsescenter



## 1. Indledning

Denne rapport er en kortlægning af indhold og organisering af kommunale tilbud til borgere, der har kronisk obstruktiv lungelidelse, iskæmisk hjertekar-sygdom eller type 2 diabetes i de 11 kommuner i Region Nordjylland<sup>1</sup>. Kortlægningen er beskrivende og rummer ingen vurdering af kvaliteten af indsatserne. I Nordjylland kaldes disse tilbud for rehabilitering, når de er organiseret som et tværfagligt forløb over tid.

### *Metode*

Data til kortlægningen er indhentet gennem personlige interviews med repræsentanter fra hver enkelt kommune, undtagen Læsø og Thisted, hvor interviewet er gennemført pr. telefon. Interviewpersonerne har været enten sundhedschef, sundhedscenterchef, leder af rehabiliteringsafdeling eller andre, som den respektive kommune har valgt. En oversigt over interviewpersoner findes i bilag 1. Interviewene har været baseret på en fælles spørgeguide (se bilag 2). Interviewpersonerne har efterfølgende haft rapporten til gennemsyn. Kommunernes og regionens respektive hjemmesider er gennemgået. Endelig har der været dialog med regionens Kronikerenhed. Af ressourcemæssige hensyn er hverken repræsentanter fra sygehuse eller almen praksis interviewet. Kortlægningen rummer således udelukkende kommunernes beskrivelse af egen indsats. I Mariagerfjord og Vesthimmerlands kommuner gennemføres indsatsen som et fælles projekt, og derfor er oplysningerne for disse to kommuner ens.<sup>2</sup>

### *Rapportens opbygning*

Rapporten indledes med en beskrivelse af den regionale kontekst for udvikling af de kommunale patientrettede tilbud, den forvaltningsmæssige forankring af tilbuddene i kommunerne samt den geografiske placering af de kommunale tilbud. Dernæst handler afsnit 5 om rekruttering til de kommunale tilbud, mens der i afsnit 6 redegøres for omfanget af tilbud i de enkelte kommuner. Afsnit 7 handler om den indledende samtale og visitation til disse tilbud, hvorefter tilbuddenes længde, varighed og indhold beskrives i afsnit 8. Afsnit 9 handler om, hvordan udslusning og opfølgning er tilrettelagt, mens det i afsnit 10 beskrives, hvilke personalegrupper der indgår i tilbuddene. Rapporten afsluttes med en kort beskrivelse i afsnit 11 af registrerings- og evalueringspraksis i den kommunale rehabiliteringsindsats.

## 2. Den regionale kontekst

Regionen spiller en aktiv rolle i koordineringen af indsatsen overfor borgere med kronisk sygdom på tværs af sygehuse, praktiserende læger og kommuner i Nordjylland. I tilknytning til de obligatoriske sundhedsaftaler er der indgået frivillige såkaldte sygdomsspecifikke sundhedsaftaler med fokus på den patientrettede forebyggelse overfor mennesker med kronisk sygdom. Aftalerne præciserer blandt andet inklusionskriterier, kompetencekrav og ansvarsfordeling i relation til

---

<sup>1</sup> I det følgende betegnes disse diagnoser med forkortelserne: KOL, hjertekar-sygdom og diabetes. Enkelte af kommunerne har udover de nævnte tilbud også tilbud til kræftpatienter. Disse beskrives ikke i denne rapport.

<sup>2</sup> Politikerne i de to kommuner har i efteråret 2010 besluttet, at indsatsen i de to kommuner kommer i drift fra 2011.

forebyggelse og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom. For hver sygdomsspecifik sundhedsaftale er der nedsat et tværsektorielt forum med repræsentanter fra de nævnte parter og fra patientforeningerne. Disse fora har fokus på den sundhedsfaglige indsats, og rådgiver blandt andet regionens administrative styregruppe omkring indholdet i sundhedsaftalerne.

Alle de nordjyske kommuner har tiltrådt, eller givet tilsagn om tiltrædelse, af de sygdomsspecifikke aftaler på KOL og hjertekar-området, mens otte kommuner har tiltrådt aftalen på diabetesområdet. Der er desuden en aftale på demensområdet, og nye aftaler på muskel-skeletområdet og osteoporose er undervejs.

Til at koordinere indsatsen på kroniker-området har man i Nordjylland oprettet en Kronikerenhed, som udover at sekretariatsbetjene de tværsektorielle fora også arbejder med projekter, der relaterer sig til kronikerområdet.

### 3. Forvaltningsmæssig forankring

Den patientrettede forebyggelse er forankret forskelligt i kommunerne. Den kan være placeret under sundhedsområdet, f.eks. som en del af aktiviteterne i et sundhedscenter. Det er til fældet i Aalborg, hvor den patientrettede indsats er en del af kommunens sundhedscenter og således organisatorisk placeret sammen med den borgerrettede forebyggelse. En anden mulighed er, at den patientrettede forebyggelse er forvaltningsmæssigt placeret under ældreområdet, f.eks. sammen med genoptræningsopgaven. Dette er tilfældet i Thisted, hvor den patientrettede forebyggelse er placeret i afdelingen Pleje, træning og omsorg og ikke i samme afdeling, som den borgerrettede forebyggelse.<sup>3</sup> En tredje organisatorisk variant findes i Rebild Kommune, hvor patientrettet forebyggelse ligger sammen med sundhedsfremme, sygepleje og træning i én afdeling.

### 4. Geografisk lokalisering af tilbud

Den geografiske lokalisering af indsatsen er således, at tilbuddene udbydes på et eller to (et enkelt

*Der er stadigvæk sådan lidt i forhold til det der med de gamle kommuner. En af lægerne sagde, at det da var ærgerligt, at det hele blev samlet herinde. Så sagde vi til hende, at hvis hun kunne stille nok til et hold, så kørte vi gerne ud til hende. Hun har sendt to, og så må vi se, om der kommer flere. (Rebild)*

sted tre) centrale lokaliteter i kommunen som en del af et sundhedscenter, en sundhedsklinik eller et træningscenter. Koncentrationen på få lokaliteter hænger sammen med, at det i tyndere befolkede områder kan være svært at samle et helt hold på 8–12 deltagere, som illustreret af citatet fra Rebild. Enkelte kommuner yder helt eller delvist tilskud til taxa-kørsel for borgere, der har stor afstand og ikke selv kan transportere sig til

lokaliteten for tilbuddet.

---

<sup>3</sup> Der er dog et tæt samarbejde mellem de to afdelinger, som ligger under samme forvaltning.

## 5. Rekruttering til forebyggelsesforløb

Et centralt element i indsatsen er rekruttering af borgere; både at rekruttere et tilstrækkeligt antal borgere til at samle et hold og at få fat i dem, der er i målgruppen for indsatsen. Eftersom der er tale om borgere med en diagnose, bruges ofte henvisninger fra praktiserende læge eller sygehus. Der er lidt variation mellem kommunerne for så vidt angår henvisningspraksis. I seks kommuner kræves henvisning fra sygehus eller praktiserende læge. I de øvrige kommuner kan man, udover henvisning disse steder fra, også komme ind fra gaden og blive visiteret på sundhedscentret af en sygeplejerske.

### *Henvisning fra sygehus*

Antallet af henvisninger fra sygehuse beskrives som varierende fra sygehus til sygehus. Interviewpersonerne mener, at der er flere årsager til, at nogle sygehusansatte ikke henviser alle de borgere, der opfylder inklusionskriterierne. Blandt andet nævnes: forvirring blandt personalet på grund af forskelle mellem tilbud kommunerne imellem, mangel på kendskab til tilbuddene, usikkerhed omkring tilbuddenes faglige kvalitet eller ressourcetænkning. Antallet af henvisninger fra sygehus beskrives generelt som værende i stigning.

Følgende initiativer nævnes som noget, der potentielt kan styrke samarbejdet mellem kommune og sygehus i forhold til rekruttering:

- at medarbejdere fra den kommunale enhed besøger sygehuset for at fortælle om tilbud
- at personale fra sygehuset underviser de ansatte, der står for de kommunale tilbud
- at der rekrutteres personale, som tidligere har arbejdet på et sygehus
- at der anvendes delestillinger mellem sygehus og kommune. Hvor dette har været forsøgt beskrives samarbejdet som mindre kompliceret end forventet.

### *Henvisning fra almen praksis*

*Rekrutteringen af diabetespatienter hænger lidt ... Det er særligt de diagnosticerede borgere, der går lang tid med diabetes uden at få et tilbud. Problemet består i, at det er praksis-sygeplejerskerne, der varetager diabetespatienterne, og det er dem, vi skal tage kontakt til fremover for at få henvisning til tilbuddene sat i system (Jammerbugt).*

Omfanget af henvisninger fra almen praksis beskrives ligeledes som varierende fra læge til læge. Kommunerne har på forskellig vis formidlet information til de praktiserende læger om de kommunale tilbud. Det drejer sig om udarbejdelse af pjecer, nyhedsbreve og hjemmeside, deltagelse i møder, annoncering i lokalaviser og åbent-hus arrangementer.

Forklaringerne på, at ikke alle praktiserende læger henviser de

relevante borgere, beskrives af de kommunale repræsentanter som f.eks. manglende kendskab til de kommunale tilbud blandt praksispersonalet og travlhed hos de praktiserende læger. En enkelt

interview-person nævner lægernes ønske om betaling for at henvise som en barriere. Desuden nævner flere kommunale repræsentanter i anden sammenhæng, at lægerne ønsker data vedrørende borgere elektronisk.<sup>4</sup>

Inden for den enkelte kommune er der mulighed for, at medarbejdere i andre afdelinger eller forvaltninger er opmærksomme på kommunens forebyggende tilbud og opfordrer borgeren til at gå til egen læge med henblik på at få en henvisning til tilbuddet eller til at henvende sig direkte, hvis dette er muligt i kommunen. I seks af kommunerne er der et vist samarbejde internt i kommunen i forhold til rekruttering til de forebyggende tilbud. Det drejer sig overvejende om samarbejde med hjemmeplejen og visitationen, der henviser borgere til det forebyggende tilbud evt. ved at henvise borgeren til at gå gennem deres praktiserende læge. I Morsø er der eksempelvis planlagt tre møder af tre timers varighed for hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere med undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse generelt og information om kommunens rehabiliteringstilbud.

Både for så vidt angår rekruttering fra sygehus, praktiserende læger og andre dele af kommunen er vurderingen blandt interviewpersonerne, at der er rum og interesse for at øge samarbejdet. Dette nævnes f.eks. i Hjørring Kommune til trods for, at der her allerede er kontakt til flere kommunale enheder.

## **6. Omfanget af patientrettede forebyggelsesforløb i kommunerne**

Nogle kommuner havde allerede i 2008 tilbud til alle tre patientgrupper, mens andre kommuner er kommet senere i gang og endnu ikke har fuldt implementeret deres tilbud. Status pr. juni 2010 er, at ni kommuner har tilbud til borgere med KOL, hjertekar-sygdom og diabetes, mens to kommuner har tilbud til borgere med KOL og hjertekar-sygdom, men ikke til borgere med diabetes.<sup>5</sup>

I de fleste kommuner er tilbuddet en del af driften, forstået sådan, at det ikke er et tidsbegrænset projekt. I Mariagerfjord og Vesthimmerlands kommuner har tilbuddet til borgere med KOL og hjertekar-sygdom karakter af et tidsbegrænset projekt, men det er efterfølgende blevet oplyst, at politikerne har besluttet, at indsatsen skal i drift fra 2011. I Læsø er der tale om, at tilbud om Motion på Recept er ved at blive udviklet til et rehabiliteringstilbud. I alle kommuner - uagtet om tilbuddet er blevet en del af driften - er der stadig tale om, at tilbuddet er i gang med en udrulning og en fortsat udvikling på basis af de indhøstede erfaringer.

For at give et indtryk af volumen viser tabel 1 på næste side en estimering af, hvor mange hold og hvor mange deltagere, der forventes at påbegynde hold i 2010 samt patientgruppens størrelse i de respektive kommuner, som det er opgjort i udfyldningsaftalerne. Dog skal det nævnes, at

---

<sup>4</sup> Medarbejdere i Kronikerenheden oplyser, at den administrative styregruppe har godkendt anbefalinger og fælles henvisningskriterier for elektronisk henvisning fra almen praksis til de nævnte kommunale tilbud. De forventes implementeret i nærmeste fremtid.

<sup>5</sup> I disse to kommuner er det dog efterfølgende besluttet, at tilbud til borgere med diabetes skal iværksættes primo 2011.



patientgruppens samlede størrelse ikke kan betragtes som det antal borgere, tilbuddene ideelt set skal nå, da det ikke vil være relevant for alle borgere med disse diagnoser at deltage i et rehabiliterende tilbud.

Der er en vis variation i holdstørrelse med en vis tendens til, at hold for borgere med diabetes er lidt større end de øvrige. I Frederikshavn er der ikke faste hold, men løbende optag, hvorfor antal hold ikke kan opgøres.

**Tabel 1. Antal hold og antal deltagere, der påbegynder hold, samt patientgruppens størrelse, estimeret på årsbasis for 2010**

Kommune	KOL			Hjerte-kar			Diabetes			Antal hold og borgere i tilbud samlet	
	antal hold	antal borgere i tilbud	antal borgere med KOL *	antal hold	antal borgere i tilbud	antal borgere med hjertekar sygdom*	antal hold	antal borgere i tilbud	antal borgere med diabetes*	antal hold	antal borgere i tilbud
Brønderslev	8	96	2.264	8	96	530	12	144	910	28	336
Frederikshavn	-	120	4.149	-	50	930	-	70	1.750	-	240
Hjørring	4	44	4.301	3	33	1.000	3	45	1.680	10	122
Jammerbugt	-	54	2.250	-	28	580	-	30	1.030	-	72
Læsø	-	-	120	-	-	30	-	-	80	4	25**
Mariagerfjord	3	42	2.425	3	36	630	0	0	1.100	6	78
Morsø	2	23	1.276	3	36	330	2	15	570		74
Rebild	-		1.520	-	-	430	-	-	630	5	60
Thisted	4	40	2.690	4	40	680	4	40	1.100	12	120
Vesthimmerland	3	42	2.322	3	36	570	0	0	1.030	6	78
Aalborg	25	300	11.457	25	300	2.890	15	300	4.540	75	900

\* Kilde: De regionale udfyldningsaftaler.

\*\* På Læsø inkluderes også borgere med forhøjet blodtryk og overvægt i tilbuddet.

I Hjørring er der, udover hold, individuelt tilrettelagte forløb for i alt 58 borgere (20 borgere med KOL, 18 borgere med hjertekar-sygdom og 20 borgere med diabetes) i 2010. I Mariagerfjord og Vesthimmerlands kommuner er der 10 individuelt tilrettelagte forløb.

Der sker frafald fra holdene undervejs i forløbet, men det generelle indtryk fra interviewene er, at frafaldet er lavere end forventet. For eksempel blev det nævnt i Thisted, at holdstørrelsen var sat relativt højt, fordi der forventedes et vist frafald. Dette havde dog vist sig at være begrænset. I ti af kommunerne registreres frafald systematisk.

## 7. Den indledende samtale/visitation

I alle elleve kommuner gennemføres en indledende samtale. I de ti kommuner foregår samtalen ved et personligt møde, mens den i Morsø er telefonisk.<sup>6</sup> Varigheden af den indledende samtale varierer

*Jeg gør meget ud af den første telefonsamtale. Hvis ikke det er nogen, der ringer af sig selv – hvis det er nogen, der kommer via en henvisning – så ringer jeg dem op med det samme, jeg får henvisningen i hånden. Det er for ligesom at finde ud af, om det overhovedet er én, der skal have hele pakken ... Jeg har lige haft en, som jeg faktisk troede bare skulle have et par samtaler ..., men da jeg så får talt med vedkommende, kan jeg så se, at det ville være kanon at give hele pakken alligevel (Hjørring)*

fra en kortere telefonsamtale i Morsø, ca. 30 min i Rebild og 1-1½ time i de øvrige kommuner. Den indledende samtale omfatter typisk basisregistrering, afklaring af problemstillinger og motivation, udfyldning af spørgeskema og tests. I Rebild gennemføres testning som et element i den fysiske træning, hvilket gør samtalen kortere. I afsnit 10 beskrives de typer af registreringer, der foretages i de enkelte kommuner.

Den indledende samtale fungerer typisk som en visitationssamtale, hvor det afklares, hvorvidt det kommunale tilbud er det rigtige, og hvilken sammensætning

det skal have. Forud for samtalen kan der desuden have været en telefonisk kontakt, der bidrager til afklaringen af behov.

### *Hvilke borgere: stratificering eller funktionsniveau?*

I de såkaldte udfyldningsaftaler, som kommunerne har indgået med regionen, er der defineret specifikke kriterier for, hvilke borgere der er sygehusets ansvar, og hvilke der hører under kommunen. Disse kriterier bygger på princippet om stratificering og handler om sygdommes sværhedsgrad og kompleksitet. Det fremgår af interviewene, at der i praksis er visse gråzoner i forhold til anvendelsen af disse kriterier.<sup>7</sup> Det nævnes i flere kommuner, at det snarere er det faktiske funktionsniveau, der visiteres efter, end de definerede inklusionskriterier. Desuden har distinktionen mellem niveau 2a og 2b for diabetespatienter vist sig svær at arbejde med. I to kommuner blev det desuden nævnt, at man i opstartsfasen havde inkluderet borgere på holdene, der faldt udenfor inklusionskriterierne simpelthen for at få fyldt holdene op. Denne praksis er ikke længere nødvendig i de to kommuner.

Derudover er der eksempler på kommuner, som efter aftale med sygehuset har taget borgere ind med så svær sygdomsgrad, at de formelt var sygehusets ansvar. Det er tilfældet i én kommune, hvor der har været en aftale med sygehuset om, at kommunen tog dårligere hjertekar-patienter ind end inklusionskriterierne indikerede, fordi sygehuset ikke havde et tilbud til borgeren. Sygehuset betalte kommunen for at tage disse borgere. Denne aftale har kommunen ikke længere kapacitet til. Det er

<sup>6</sup> Fra august 2010 indføres i Morsø en personlig indledende samtale af 45 minutters varighed inden start på hold for borgere med kronisk sygdom.

<sup>7</sup> Der pågår en justering af inklusionskriterier i de tværsektorielle fora.

især i forhold til borgere med KOL, at der synes at være forskel på, hvor dårlige deltagerne er i de kommunale tilbud. I Aalborg er det planen at etablere et flex-KOL hold til de dårligere borgere og for dem, der dropper ud af standardforløbet.

### *Kontaktperson*

I syv af kommunerne er der én person, der er kontaktperson for borgeren, og som tager den indledende og den afsluttende samtale. Der er forskel på, hvor tæt kontakt der er mellem borger og kontaktperson gennem forløbet. I en kommune er det kun på KOL-hold, at der er en kontaktperson eller nøgleperson for den enkelte borger. I de mindre kommuner, som Morsø og Læsø, er der én person, som er kontaktperson for alle deltagerne i de kommunale rehabiliteringsforløb.

## **8. Indholdet i de kommunale forløb**

### *Forløbenes organisering og længde*

Som det fremgår af tabel 2 afvikler de fleste kommuner tilbuddene diagnoseopdelt. I Frederikshavn er kun træningen diagnoseopdelt, mens undervisningen er organiseret som ugentlige temadage, hvor man deltager på tværs af diagnoser. I Rebild har man forsøgt med separate KOL-hold uden større succes, og man fortsætter derfor med samlede hold. På Læsø er borgere med alle tre diagnoser samlet for at kunne samle deltagere nok til at danne et hold.

**Tabel 2. Diagnoseopdelt eller samlede forløb**

Kommune	Diagnoseopdelt	Samlet
Brønderslev	X	
Frederikshavn		X *
Hjørring	X	
Jammerbugt	X	
Læsø		X
Mariagerfjord	X **	
Morsø	X	
Rebild		X
Thisted	X	
Vesthimmerland	X **	
Aalborg	X	

\* Træning er opdelt \*\* Kun KOL og hjertekar-sygdom

Forløbene består af fysisk træning og undervisning/motivationsarbejde. Der er en vis variation i, hvorvidt forløbene er individuelt tilpassede, eller der er tale om en gruppe, der følger præcis samme undervisning og træningsforløb. Fx er forløbene i Jammerbugt individuelt tilrettelagt, således at selvom træningen foregår gruppevis, går deltagerne ikke på et hold med de samme deltagere hver gang. Anderledes er det organiseret i Mariagerfjord og Vesthimmerlands kommuner, hvor der er tale om et fast fælles forløb og dermed hold, hvor deltagerne sammen følger det samme forløb, dog med mulighed for enkelte individuelle tilpasninger, fx ved behov for ekstra individuel rådgivning.

Længden af både trænings- og undervisningsdelen varierer mellem kommunerne, som det fremgår af tabel 3. Fx er træningsdelen til borgere med KOL i Aalborg 8 uger á to gange ugentlig træning, mens man i Mariagerfjord og Vesthimmerland har 12 ugers træning med to gange om ugen de første 8 uger og én gang i de sidste 4 uger.

Der er ligeledes variation i længden af diabeteshold. De varierer fra 16 uger med træning to gange ugentlig (Læsø) eller 16 uger med to gange ugentlig de første 8 uger og én de sidste 8 uger (Hjørring) i den ene ende. Det korteste træningsforløb er et 8 ugers forløb med én gang ugentlig træning (Morsø).

**Tabel 3. Varighed af træning og undervisning (antal uger/gange pr. uge/antal min. pr. gang)**

Kommune	Træning			Undervisning		
	KOL	Hjertekar	Diabetes	KOL	Hjertekar	Diabetes
<b>Brønderslev</b>	10/2/75	10/2/90	10/2/75	10/1/60	10/1/60	10/1/90
<b>Frederikshavn</b>	12/2/90	12/2/60	12/2/60	150 min. per gang + individuel undervisning/samtale efter behov		
<b>Hjørring</b>	9/2/90	8/2/90	8/2/90 + 8/1/90	9/1/60	8/1/60	8/1/60
<b>Jammerbugt***</b>	10/2/-	10/2/-	10/2/-	10/2/-	10/2/-	10/2/-
<b>Læsø</b>	16/2/60	16/2/60	16/2/60	****		
<b>Mariagerfjord</b>	8/2/90 + 4/1/90	8/2/90 + 4/1/90	-	12/1/60 *	12/1/60	-
<b>Morsø</b>	8/1/60	9/2/60	8/1/45	9/1/60	9/1/60	9/1/45
<b>Rebild</b>	6/2/60 + 6/1/60			12/1/60		
<b>Thisted</b>	8/2/180**	8/2/180**	8/2/180**	8/1/60	8/1/60	8/1/60
<b>Vesthimmerland</b>	8/2/90+ 4/1/90	8/2/90 4/1/90	-	12/1/90	12/1/90	-
<b>Aalborg</b>	8/2/60	8/2/60	8/2/60 + 4/1/60	8/1/60	8/1/60	12/1/60

\* I alt 17 timers undervisning på KOL-hold, 18 timer på hjertekar-hold. De første 8 uger er undervisningen 2 gange ugentligt og de sidste 4 uger 1 gang ugentligt.

\*\* Minutter i alt pr. uge.

\*\*\* Forløb er individuelt tilrettelagt, og længden varierer derfor.

\*\*\*\* På Læsø er undervisningen integreret i træningen, på nær sygdomsspecifik undervisning af praksissygeplejerske.

### *Indhold i den fysiske træning*

Den indholdsmæssige side af træningen beskrives typisk som individuelt tilpasset den enkelte deltager. Denne kortlægning rummer ikke en detaljeret beskrivelse af træningssammensætningen for hvert enkelt tilbud i kommunerne. Det generelle billede er imidlertid, at alle har fælles

opvarmning og skifter mellem konditions- og styrketræning. Der er træning i maskiner og på gulv. I de fleste kommuner testes borgernes fysiske formåen ved start og slutning af forløb. Ni kommuner anvender enten borgtest eller 6 minutters gangtest (se tabel 7).

To kommuner har træning i naturen. I Rebild er der træning i naturen den ene af de to ugentlige træningsgange i de første 8 uger. Her er personalet uddannet specifikt til naturtræning. I Brønderslev er det især på diabeteshold, at der er udendørs træning. I Thisted anvendes stavgang. Generelt understreges det, at overførbarhed til hverdagen er vigtigt og derfor anvendes cykling, trappegang, elastikker og boldspil i træningen.

#### *Indhold i undervisningen*

Den indholdsmæssige side af undervisningen samler sig forholdsvis ensartet om følgende emner: sygdomsforståelse og det særlige indenfor den enkelte diagnose, kostvejledning/ernæring, betydningen af fysisk aktivitet, rygestop, brug af medicin samt målsætning og motivation. Der er særlig vægt på undervisning i vejrtrækning på KOL-hold og i angst på hjertekar-hold. Der er undervisning af fodterapeut i én kommune (Frederikshavn).

Den sundhedspædagogiske tilgang i de forskellige tilbud har stort set alle steder afsat i den motiverende samtale, en anerkendende tilgang og med fokus på at opstille målsætninger. Frederikshavn adskiller sig ved, at alle medarbejdere her er blevet undervist i kognitiv metode, og der er fastlagt månedlig supervision af medarbejderne. Der er fokus på at undgå sygdomsfokusering og på at fastholde, at ansvaret er borgerens. Der udtrykkes i flere kommuner ønske om at styrke det sundhedspædagogiske element i indsatsen.

## **9. Udslusning og opfølgning**

I stort set alle kommuner afsluttes forløbene med en afsluttende samtale, hvor spørgsmål til sundhedsstilstand og eventuelle tests, der er gennemført i begyndelsen af forløbet, gentages. Se afsnit 10 for en oversigt over anvendte spørgsmålstyper og tests.

#### *Kontakt til den praktiserende læge og det øvrige kommunale system*

Som det fremgår af tabel 4, får den praktiserende læge i fire kommuner besked ved afslutning af forløbet og modtager resultater af forløb og tests. En barriere for at give besked beskrives som mangel på et elektronisk system, der forbinder kommunen og den praktiserende læge.

I flere kommuner indtastes registreringerne i et kommunalt edb-system i særskilt afsnit, således at det er muligt fx for personalet i hjemmeplejen at se, hvad borgeren har været igennem. Dette finder sted i fire af kommunerne og er på vej i Jammerbugt og Hjørring.

**Tabel 4. Orientering af praktiserende læge og kommunale enheder under og efter forløb**

Kommune	Orientering af læge ved frafald undervejs i forløb	Orientering af læge ved afslutning af forløb med testresultater	Telefonisk kontakt ved konkret behov	Brug af fælles kommunalt edb-system
Brønderslev	-	Ja, før kun per brev, nu også elektronisk	Ja	Unic, Zealand Care
Frederikshavn	Nej, mangler elektronisk adgang	Nej, mangler elektronisk adgang	Ja	CSC
Hjørring	-	Ja per brev, men lægen ønsker elektronisk besked Gennem Koala på KOL*	-	(på vej)
Jammerbugt	Nej, fra nov. 2010	Nej, fra nov. 2010 Gennem Koala på KOL – edifact	I tvivlstilfælde	(på vej)
Læsø	Nej	Nej	-	-
Mariagerfjord	Ja	Gennem Koala på KOL	Ja	-
Morsø	-	Nej, mangler edb system, borgere opfordres til at orientere		-
Rebild	-	Ja, hvis lægen har henvist	-	Care
Thisted	-	Nej	-	-
Vesthimmerland	Ja	Gennem Koala på KOL	Ja	-
Aalborg	Ja	Ja, og gennem Koala på KOL	-	Care

\* Koala er en database udviklet i 2007 til registrering af indikatorer om KOL-forløb i kommunale sundhedscentre med henblik på kvalitetssikring.

- : Oplysning mangler.

#### *Udslusning til andre tilbud*

I kommunerne er der fokus på udslusning til andre tilbud eller aktiviteter. Undervejs i forløbet tages det op med borgeren, hvad vedkommende er interesseret i af aktiviteter efter endt forløb. I flere kommuner tales om dette emne fra begyndelsen af forløbet (fx i Brønderslev, Frederikshavn, Hjørring og Mariagerfjord/Vesthimmerland), mens det i andre kommuner tages op midt i forløbet fx i Rebild. I Rebild betyder fokus på naturtræning i begyndelsen af forløbet, at der er fokus på træningsformer, som borgeren kan fortsætte med efterfølgende.

Der er de fleste steder mulighed for, at en medarbejder kan tage med borgeren ud for at få introduktion til et aktivitetstilbud, fx fitnesscenter, idrætsforening eller motivationsgruppe i regi af Diabetesforeningen. Der er ofte et tæt samarbejde omkring henvisning til de kommunale borgerrettede tilbud, der fungerer som udslusningstilbud, som fx i Thisted og Jammerbugt. I Aalborg er der ikke mulighed for, at personalet kan gå med borgeren ud for at blive introduceret til andre tilbud. I stedet her holder kontaktpersonen sig orienteret om, hvilke tilbud der er i det pågældende nærområde og har en dialog med borgeren om dette fra midtvejs i forløbet. I Aalborg udbydes vedligeholdelsestilbud fx på et kommunalt aktivitetscenter, som borgeren kan fortsætte i efter endt forløb. Det vurderes typisk, at der ikke er tilstrækkelige tilbud at henvise borgere til efter endt forløb.

*Diabetesforeningen er vældig aktiv heroppe, så der har vi motivationsgruppen inde og fortælle om, hvad de byder på som udslusning bagefter ..., og vi har en lignende aftale med Hjerteforeningen. Vi har også planer om, at vi skal have Lungeforeningen ind omkring KOL ... Lungeforeningen er heroppe. De har en lokalforening (Brønderslev).*

Der er samarbejde med patientforeninger i flere kommuner, typisk med Diabetesforeningen, der har motivationsgrupper, der er relevante i forbindelse med at fastholde ændringer, der er sket i gennem forløbet, og med Hjerteforeningen, som fx kan inviteres til at deltage i en undervisningsgang og fortælle om, hvad foreningen kan tilbyde, som det sker i Hjørring.

Et element i udslusningen er, at kommunen kontakter borgeren jævnligt efter endt forløb for at følge op og eventuelt gennemgå spørgeskema og gentage tests. Kommunerne følger op med lidt forskellig frekvens, men flere kommuner har opfølgning tre og ni måneder efter endt forløb.

**Tabel 5. Opfølgning efter forløb bl.a. med samtale, udfyldning af spørgeskema og tests**

Kommune	Slut-samtale	1 mdr. efter endt forløb	3 mdr. efter endt forløb	6 mdr. efter endt forløb	9 mdr. efter endt forløb	12 mdr. efter endt forløb
Brønderslev	✓		✓	✓	✓	
Frederikshavn	✓*		Samtale + SF36*	Samtale*	Samtale*	Samtale + SF36*
Hjørring	✓		Telefonisk	✓		✓
Jammerbugt	✓		✓		✓	
Læsø	✓					
Mariagerfjord	✓		✓		✓	
Morsø	✓		Café dialog			
Rebild	✓		Telefonisk	✓		
Thisted	⇒	Telefonisk slutsamtale	I gruppe efter 4 mdr.		Samtale efter 10 mdr.	
Vesthimmerland	✓		✓		✓	
Aalborg	✓		Kun samtale	Kun samtale		✓

Note: ✓ betyder opfølgning, der indeholder: samtale, udfyldning af spørgeskema og tests.

\* I Frederikshavn betragtes forløbet først som afsluttet efter 12 mdr. Undervejs er der samtaler efter 3, 6, 9 og 12 mdr. efter påbegyndt forløb.

## 10. Personale og fagprofiler

Som det fremgår af tabel 6, omfatter personalet, der varetager tilbuddene i ti af kommunerne, sygeplejersker og fysioterapeuter. I otte kommuner anvendes desuden diætister til kostvejledningen, mens to kommuner anvender professionsbachelorer i ernæring til denne opgave. Derudover anvendes i varierende grad personale fra apotek til undervisning i medicin samt ergoterapeuter, sosu-assisterer og fodterapeuter. I to kommuner (fællesprojektet i Mariagerfjord og Vesthimmerland) gennemfører en psykolog individuelle rådgivningsforløb.

Som nævnt i afsnit 5, er der i flere kommuner samarbejde med sygehusafdelinger om formidling af sygdomsspecifik viden enten i form af, at personale fra sygehuset købes ind til at undervise i det kommunale tilbud, ved delestillinger eller ved fælles møder.

**Tabel 6. Faggrupper anvendt i de kommunale rehabiliteringsforløb**

Kommune	Sygeplejerske	Diætist	Fysioterapeut	Farmaceut	Psykolog	PB ernæ.*	Ergoterapeut	Fodterapeut	Sosu-assi.
Brønderslev	X	X	X	X					
Frederikshavn	X	X	X						X
Hjørring	X	X	X						
Jammerbugt **	X		X			X	X		
Læsø	(X)****		X						
Mariagerfjord	X	X	X		X				
Morsø	X		X			X	X		
Rebild	X	X	X						
Thisted	X	X	X	X				X	
Vesthimmerland	X	X	X		X				
Aalborg ***	X	X	X				X		

\* Professionsbachelor i ernæring

\*\* Psykoterapeut anvendes ad hoc

\*\*\* Har tilknyttet lægekonsulent

\*\*\*\* Koordineres af folkesundhedskandidat, praksissygeplejerske underviser i sygdomsspecifik viden, idrætsslærer varetager træning superviseret af fysioterapeut.



## 11. Registrering og evaluering

Alle elleve kommuner registrerer stamdata på borgere i forløb. Desuden registreres fremmøde systematisk under forløbet, på nær i Læsø kommune.

**Table 7. Tests og spørgeskemaer anvendt i forløb for KOL, hjerte-kar og diabetes**

Kommune	SF36	SF12	15D	Vægt, BMI	6 min. gangtest	Shuttle-test	Cykel-test	Borg	Blodtryk	Indgår i Koala
Brønderslev			X	X	X		X	X	hvis ukendt	X
Frederikshavn	X						X*			
Hjørring	X			X	X		hjerte	X	X	X
Jammerbugt **			(X)	X		X		X		X
Læsø				X			X			
Mariagerfjord***			X	X		X		X	X	X
Morsø	dele af				X					
Rebild	X			X	X					
Thisted	X			X	X					
Vesthimmerland***			X	X		X		X	X	X
Aalborg		X		X	X	X		X		X

\* Frivillig konditionstest

\*\* Til KOL patienter anvendes yderligere målinger fx spirometri, MRC, blodtryk og puls. Fra nov. anvendes 15D.

\*\*\* Desuden registreres alkoholforbrug og rygning. Ved KOL: spirometri og MRC.

Der anvendes forskellige spørgsmål til bestemmelse af sundhedsstilstand, selv vurderet helbred, trivsel m.m. SF36 til måling af helbredsstilstand anvendes i fem kommuner, mens en enkelt kommune anvender den kortere version SF12. Forskellige typer af tests til måling af kondition og fysisk formåen anvendes.

Der foreligger ikke egentlige kvantitative evalueringer af forløbenes effekt. Dertil er forløbene for nye og volumen i hver enkelt kommune ikke tilstrækkelig stor til at kunne måle effekt med en statistisk sikkerhed. Koala-systemet anvendes i fem kommuner, hvilket giver mulighed for at sammenligne testresultater fx i forhold til fysisk funktionsniveau med andre kommuner, der indgår i Koala. Der er nogle steder gennemført kvalitative evalueringer af brugertilfredshed o.l. (fx Aalborg, Rebild, Hjørring), eller sådanne evalueringer er på vej som i Mariagerfjord og Vesthimmerland. En evaluering af indsatsen forventes i slutningen af 2010 i Jammerbugt.

## Bilag 1. Interviewpersoner

<b>Aalborg</b>	Leder af sundhedscenter Lisbeth Jensen
<b>Brønderslev</b>	Afdelingsleder Bente Lund Pedersen
<b>Frederikshavn</b>	Afdelingsleder Birgitte Kvist Afdelingsleder Susanne Thaarup
<b>Hjørring</b>	Sundhedschef Anne Krøjer Afdelingsleder Charlotte Færch Nielsen Sygeplejerske på KOL Nuka Mortensen Sygeplejerske på hjertekar Helle Korsgaard Klinisk diætist Anna-Louise Nedergaard
<b>Jammerbugt</b>	Sundhedschef Hanne Heuch Teamleder Lise Skjærbæk Projektleder Maj-Britt Gulstad
<b>Læsø</b>	Sundhedskoordinator Sidsel Skov
<b>Morsø</b>	Faglig koordinator, Birgitte K Nannerup Leder af sundhedscenter, Annette Søe
<b>Vesthimmerland</b>	Fysioterapeut, Morten Wang Jensen
<b>Mariagerfjord</b>	Sygeplejerske, Lise Winter Psykolog, Lasse Holst
<b>Rebild</b>	Afdelingsleder, Anne Marie Holm Teamkoordinator, Janne Olesen
<b>Thisted</b>	Sygeplejefaglig leder, Bente Øllgaard Udviklingskonsulent, Dorte Rosendal Meier Sygeplejerske, Else Gothe

## Bilag 2. Spørgeguide

Spørgsmål
1) Stilling og organisatorisk placering af interviewperson(er) og opbygning af sundhedsområdet, herunder evt. brug af sundhedscenter (organisationsdiagram medbringes)
2) Tilbud/forløb, der udbydes
3) Rekruttering og visitation til tilbud/forløb for borgere med KOL, diabetes type 2 og hjertekar-sygdomme
4) Indhold i disse tilbud/forløb (om den indledende samtale, samt varighed, moduler og tilrettelæggelse af tilbud)
5) Organisering af tilbud/forløb (Lokaliteter, samarbejde med sygehus om undervisning etc.)
6) Personale (Faggrupper, kompetenceudvikling, sygdomsviden)
7) Udslusning og fastholdelse (Initiativer og tidsmæssigt placering)
8) Pædagogiske principper (Følges særlige principper, og hvordan arbejdes der med disse)
9) Registrering/evaluering (Af fremmøde/fracald og anden form for evaluering)