



Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011

En opfølgende kortlægning af kommunale patientrettede
forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner



Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011

En opfølgende kortlægning af kommunale, patientrettede forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner

Af Kasper Norman & Astrid Blom

Copyright © Center for Interventionsforskning (tidl. TrygFondens Forebyggelsescenter), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, november 2011. Centret er støttet af TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse

Kortlægningen er finansieret af Kommunernes Landsforening, KL

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller, figurer og citater er tilladt mod tydelig gengivelse.

Forside - Modelfoto: Colourbox

ISBN: 978-87-7899-195-1

Indhold

Forord	1
Sammenfatning.....	2
1. Indledning	3
Datagrundlag	4
Rapportens opbygning.....	5
2. Udbredelse af patientrettede forebyggelsestilbud.....	7
Finansiering af tilbud	9
3. Rekruttering og visitation.....	10
Henvisning	10
Samarbejde med praktiserende læge.....	12
Indledende samtale	14
4. Indhold og organisering	15
Fysisk træning	15
Undervisning.....	17
5. Deltagerantal	18
6. Nye tilbud.....	20
Finansiering af tilbud	22
Litteratur.....	23
Bilagsliste	24

Forord

Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 30 % af befolkningen over 18 år i Danmark har én eller flere af de fem store kroniske sygdomme. Knap 1,3 millioner har mindst én af de kroniske sygdomme Diabetes, Hjerte-kar-sygdom, kroniske lungesygdomme, osteoporose og leddegigt samt psykiske sygdomme (1). 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" (2). Siden reformens ikrafttrædelse har kommunerne således haft til opgave at udvikle nye forebyggelsestilbud, herunder tilbud til borgere i de ovennævnte diagnosegrupper, som her betegnes kommunal, patientrettet forebyggelse.

TrygFondens Forebyggelsescenter (nu Center for Interventionsforskning) foretog i 2010 to kortlægninger af området kommunal, patientrettet forebyggelse. En kortlægning, som blev offentliggjort i december 2010, skildrer indholdet i de kommunale, patientrettede indsatser i de 11 kommuner i Region Nordjylland (3). Endvidere blev en national kortlægning offentliggjort i februar 2011 om samme emne (4). Undersøgelserne gav en status over kommunernes indsatser, og på den baggrund har Kommunernes Landsforening (KL) taget initiativ til at følge op på denne undersøgelse ved at gentage en del af spørgsmålene i efteråret 2011. Denne rapport opsummerer resultatet af den nationale kortlægning af den kommunale indsats på området, hvor alle landets kommuner er inkluderet. Som en udvidelse af den forrige kortlægning er der i denne udgave desuden kort spurgt til kommuners tilbud til borgere med kræft-diagnose, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser. Formålet med kortlægningen er at kunne dokumentere den igangværende udvikling i kommunerne. Den vil indgå i KL's interessevaretagelse på forebyggelsesområdet - særligt i forhold til at skabe større forståelse blandt interessenter og beslutningstagere på sundhedsområdet af kommunernes vilkår, muligheder og fordele i arbejdet med den patientrettede forebyggelse. Den patientrettede forebyggelse for borgere i de tre diagnosegrupper er i hastig udvikling i kommunerne. Det er således væsentligt at pointere, at kortlægningen er et øjebliksbillede af området på tidspunktet for dataindsamlingen i perioden september – oktober 2011.

Kortlægningen drejer sig om tilbud, der hører ind under § 119 i sundhedsloven (2).

Tak til interviewpersoner i alle landets kommuner for et konstruktivt samarbejde og stor imødekommenhed i forbindelse med dataindsamlingen.

København, november 2011

Astrid Blom
Centerchef
Center for Interventionsforskning

Morten Grønbæk
Forskningschef, Center for Interventionsforskning

Sammenfatning

Formålet med nærværende kortlægning er at præsentere resultaterne fra en ét-års opfølgning af en kortlægning foretaget i slutningen af 2010. Formålet er at give et overblik over omfanget af de danske kommuners forebyggelsestilbud til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). I denne rapport er desuden kortlagt udbredelsen af tilbud til borgere med kræft, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser. Rapporten beskæftiger sig med de tilbud, der ligger under Sundhedslovens § 119. Den omhandler ikke tilbud om genoptræning efter udskrivning fra sygehus og vedligeholdelsestræning efter funktionstab. Data er indhentet ved telefoninterviews med repræsentanter fra hver enkelt kommune. Nedenfor følger en sammenfatning af resultaterne fra kortlægningen.

96 ud af de 98 kommuner tilbyder patientrettet forebyggelse til mindst én af diagnoserne type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL. Det er 12 kommuner flere end i 2010. I alt 81 kommuner har tilbud til mere end én diagnosegruppe mod 67 kommuner i 2010. Der er 60 kommuner, der har tilbud til alle tre diagnosegrupper. Denne andel er 17 procentpoint større end i 2010. Flest kommuner har tilbud til borgere med KOL (94 kommuner) sammenlignet med tilbud til borgere med type 2-diabetes (83 kommuner) og hjerte-kar-sygdomme (66 kommuner). I 73 kommuner (76 %) kræves henvisning med diagnose fra praktiserende læge eller sygehus, før borgeren kan få lov at deltage i tilbud fra kommunen. Det er 11 procentpoint flere end i 2010. Størstedelen af kommuner med tilbud (79 %) har en fast procedure om at informere praktiserende læger om borgernes deltagelse i det kommunale tilbud. Dette svarer til andelen i 2010. Blandt disse giver alle besked til lægen ved en deltagers afslutning af forløb. I 60 kommuner foregår denne kommunikation med lægen elektronisk, en andel der er 14 procentpoint højere end i 2010. Fysisk træning og undervisning er centrale elementer i næsten alle tilbud. I tilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom er der dog en lavere andel, hvor undervisning er inkluderet, sammenlignet med de andre diagnosegrupper. I 53 % af de kommuner, der har fysisk træning til mere end én diagnosegruppe, foregår træningen diagnoseopdelt. Den andel er lavere end i 2010. Det samme gør sig gældende for undervisning, dog har flere kommuner undervisningen diagnoseopdelt, sammenlignet med fysisk træning. Kortlægning af tilbud til andre diagnosegrupper viser, at 52 kommuner har tilbud til mindst én af diagnoserne kræft, muskel- og skeletlidelser eller lettere psykiske lidelser, heraf har de fleste til én diagnose, og de mest hyppige tilbud er til kræft og muskel- og skeletlidelser. For alle seks afdækkede diagnosegrupper gælder, at tilbud hovedsageligt er finansieret som en del af kommunernes drift. På baggrund af indkomne oplysninger fra 90 af kommuner med tilbud kan det anslås, at disse kommuner i 2011 - samlet for tilbud til de tre førstnævnte diagnoser - har haft 11.062 borgere igennem et tilbud. Dette svarer til 123 borgere pr. 1000 kommune med tilbud sammenlignet med 119 borgere i 2010. Det gennemsnitlige antal borgere pr. 1000 indbyggere er højest for kommuner med færre end 30.000 indbyggere.

1. Indledning

De sygdomsgrupper, der fylder meget i det danske sundhedsvæsen, er blandt andet diabetes, herunder type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom, kroniske lungesygdomme (KOL), psykiske sygdomme og muskel- og skeletlidelser, herunder osteoporose og leddegigt. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at omkring 1,3 mio. mennesker i Danmark lider af mindst én af disse kroniske sygdomme, og at cirka 400.000 har mere end én kronisk sygdom (1). Sygdommene skaber samlet fortsat udfordringer for sundhedsvæsenet (5). Kronisk sygdom er defineret ved at have en eller flere af følgende karakteristika: sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer, kræver en langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats (5).

Med Sundhedsloven er den patientrettede forebyggelse defineret som en delt opgave mellem kommuner og regioner (2). Patientrettet forebyggelse omhandler indsatsen for kronisk syge og defineres af Sundhedsstyrelsen således:

En indsats, der forebygger, at sygdom udvikler sig yderligere og søger at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning (6).

Indenfor denne definition har der siden 2007 været størst fokus på indsatser til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kronisk obstruktiv lungesygdom, dog uden det er helt afklaret, hvordan tilbuddene bedst udbydes (7).

Ved en kortlægning af området i slutningen af 2010 (4) blev det fundet, at mange kommuner var i gang med tilbud til én eller flere af de nævnte diagnosegrupper, og flere var på vej. I perioden omkring indsamlingen af data på området og sidenhen er der udmøntet 590 mio. kr. fra det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium til brug i projekter i alle kommuner og regioner til en forstærket indsats for borgere med kronisk sygdom i perioden 2010-2012. Samtidig arbejdes der fortsat på forløbsprogrammer for kronisk sygdom, der skal fremme en koordineret indsats på tværs af sektorer med det formål at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats og en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter (6).

Denne rapport præsenterer resultaterne af en ét-års opfølgning på den nationale kortlægning af den kommunale forebyggelsesindsats, der blev udført i 2010 af TrygFondens Forebyggelsescenter på Statens Institut for Folkesundhed (4). Kortlægningen omhandler indsatser til borgere med type 2-diabetes, hjerte-

kar-sygdom eller kronisk obstruktiv lungesygdom. Desuden afdækkes overordnet kommunernes engagement i indsatser til borgere inden for andre sygdomsgrupper.

Rapporten giver et overblik over omfanget af tilbud, rekruttering til tilbuddene, tilbuddenes indhold og organisering samt data på antallet af deltagende borgere på landsplan. Resultaterne sammenlignes løbende med resultater fra 2010 (4). Kortlægningen er beskrivende og rummer ingen vurdering af kvaliteten af indsatserne.

Rapporten beskæftiger sig med de patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne, som er diagnoserettede og ligger under Sundhedslovens § 119 (2). Generelt er disse tilbud karakteriseret ved at være undervisnings- og træningstilbud, organiseret som diagnosespecifikke eller fælles på tværs af diagnoser.

Rapporten omhandler ikke kommunernes tilbud om genoptræning efter udskrivning fra sygehus (Sundhedsloven § 140) (2) og vedligeholdelsestræning efter funktionstab (Serviceloven § 85 og 86) (8). For at forhindre uklarheder i forhold til definitionen af de kommunale tilbud er det ved interviewenes start tydeligt defineret, at det handler om patientrettede forebyggelsestilbud og ikke om den kommunale genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Datagrundlag

Data til kortlægningen er indhentet via telefoninterview med repræsentanter fra hver enkelt kommune. De 98 interviews blev gennemført i september og oktober 2011. Kommunerne blev kontaktet på chef- eller lederniveau, hvor der blev taget stilling til kommunens deltagelse. En relevant interview-person blev udvalgt af den pågældende sundhedschef eller leder, hvis ikke denne selv deltog i interview. Ligesom ved kortlægning i 2010 var en stor del af interviewpersonerne på chefniveau eller i en ledende stilling (60 personer), og de resterende 38 interviewpersoner var enten sundheds- og forløbskoordinatorer, projektledere, fysioterapeuter eller sygeplejersker - alle med stor indsigt i kommunens arbejde på området. Det blev i dataindsamlingen tilstræbt, at det så vidt muligt var den samme interviewperson, som deltog i 2010. I 59 kommuner var interviewpersonen den samme, som enten havde været hovedrespondent eller været involveret i besvarelse af enkelte spørgsmål (i nogle kommuner blev interviewet delt over flere personer afhængig af vedkommendes ansvarsområder).

Under interviewet blev svarene registeret i et spørgeskema, som var opbygget i de følgende syv emner: 1) Hvilke tilbud har kommunen, 2) Rekruttering og visitation, 3) Fysisk træning, 4) Undervisning, 5) samarbejde med praktiserende læge, 6) Omfang af tilbud, 7) Nye/yderligere tilbud. Emnerne var udvalgt af

KL ud fra interesseområde samt viden om kommunale, patientrettede forebyggelsestilbud, som blev genereret i forbindelse med den forrige nationale kortlægning.

Der er stor variation mellem kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud, og da målet med kortlægningen er at få et overblik over tilbuddene, blev spørgeskemaet standardiseret med faste svar-kategorier. Denne standardisering betyder, at kortlægningen ikke belyser nuancerne i forebyggelsestilbuddene, herunder tilbuddenes specifikke indhold. Kategorien *undervisning* kan eksempelvis indeholde både individuel samt holdbaseret undervisning.

For at sikre ensartethed i udfyldningen af spørgeskemaerne tog interviewerens udgangspunkt i en vejledning, som tydeliggjorde, hvordan der skulle afkrydses ved forskellige typer af mulige svar. I de tilfælde, hvor et svar lå i gråzonen, vurderede interviewerens i samarbejde med informanten, hvordan spørgeskemaet skulle udfyldes.

Rapportens opbygning

De følgende seks afsnit beskriver resultaterne af interviews om kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud. De fleste resultater angives opdelt på de tre diagnoser. I enkelte tilfælde er resultater tillige angivet for regioner. Hvor det vurderes relevant, er data præsenteret i figur eller i en tabel. Figurer i tilknytning til beskrivelsen af resultater præsenterer resultater fra 2011 sammen med resultat fra 2010. For tal, der ikke er præsenteret som figur eller i tabel i afsnittene, henvises der til tabeller i bilag. I tabeller i bilag er de fleste resultater præsenteret opdelt på diagnoser, og hvor relevant som total på tværs af diagnosegrupper. Resultater er opgjort på landsplan og opdelt på regioner i antal og som andel af svarkommuner. Desuden viser tabeller, hvor det er relevant, resultatet fra 2010, angivet som andelen af kommuner, der har svaret på det pågældende spørgsmål i 2010. I bilag er spørgsmålene, der ligger til grund for resultaterne, præsenteret forud for de respektive tabeller. Når der i rapporten refereres til undersøgelsen eller kortlægningen fra 2010, er det TrygFondens Forebyggelsescenters kortlægningrapport, der refereres til (4).

Nedenfor følger en kort beskrivelse af indholdet i de forskellige afsnit.

- Afsnit 2 beskriver omfanget af kommuner, der har patientrettede forebyggelsestilbud, hvilket år tilbuddene er opstartet, og hvorvidt de er i drift eller helt eller delvist projektfansieret.
- Afsnit 3 omhandler rekruttering og visitation til tilbuddene, herunder hvorvidt der er et krav fra kommunen, at der en henvisning fra praktiserende læge eller sygehus, eller om borgeren kan henvende sig selv og komme i betragtning til tilbud og involvering af læge i den forbindelse. Dette afsnit præsenterer også kommunernes brug af indledende samtale forud for tilbud. Desuden

beskrives kommunernes samarbejde med praktiserende læger i forbindelse med borgernes deltagelse i kommunalt forebyggelsestilbud.

- Afsnit 4 beskriver, om tilbuddene indeholder fysisk træning og undervisning, og om dette er organiseret som diagnoseopdelt, på tværs af diagnoser eller fælles for enkelte diagnoser.
- Afsnit 5 indeholder en beskrivelse af, hvor mange borgere det vurderes, der har deltaget i tilbud i 2011 samt den vurderede kapacitet i kommunale tilbud i 2011.
- Afsnit 6 præsenterer en generel opgørelse af, om kommunerne er i gang med at arbejde med andre diagnosegrupper, hvornår de i så fald er startet på det, og hvordan disse tilbud er finansieret. Desuden er opgjort kommunernes konkrete fremtidsplaner om tilbud til andre diagnosegrupper. De grupper, der er spurgt til, er kræft, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser.

2. Udbredelse af patientrettede forebyggelsestilbud

I efteråret 2010 var der blandt alle landets 98 kommuner 84 kommuner (85,7 %), der oplyste, at de har tilbud til mindst én diagnosegruppe. 14 kommuner havde på tidspunktet for dataindsamlingen i 2010 således ikke tilbud til nogen af diagnosegrupperne. Denne ét-års opfølgning viser, at næsten alle landets kommuner er kommet i gang med at tilbyde patientrettet forebyggelse i større eller mindre grad. Der er 96 kommuner (98 %), der har tilbud til mindst én diagnosegruppe, og 60 kommuner har tilbud til alle tre diagnoser. En forøgelse på 39,5 % fra undersøgelsen i 2010, hvor det var 43 kommuner, der havde tilbud til alle tre diagnoser. Tabel 2.1 viser fordelingen af landets 98 kommuner på regioner, og hvor mange kommuner der udbyder patientrettede forebyggelsestilbud, målrettet borgere med henholdsvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL. I de kommuner, der har tilbud til kun én diagnosegruppe, er det altid enten type 2-diabetes eller KOL.

Tabel 2.1. Total antal kommuner i hver region samt kommuner, der har henholdsvis ingen tilbud, tilbud til én, to eller alle tre af diagnosegrupperne.

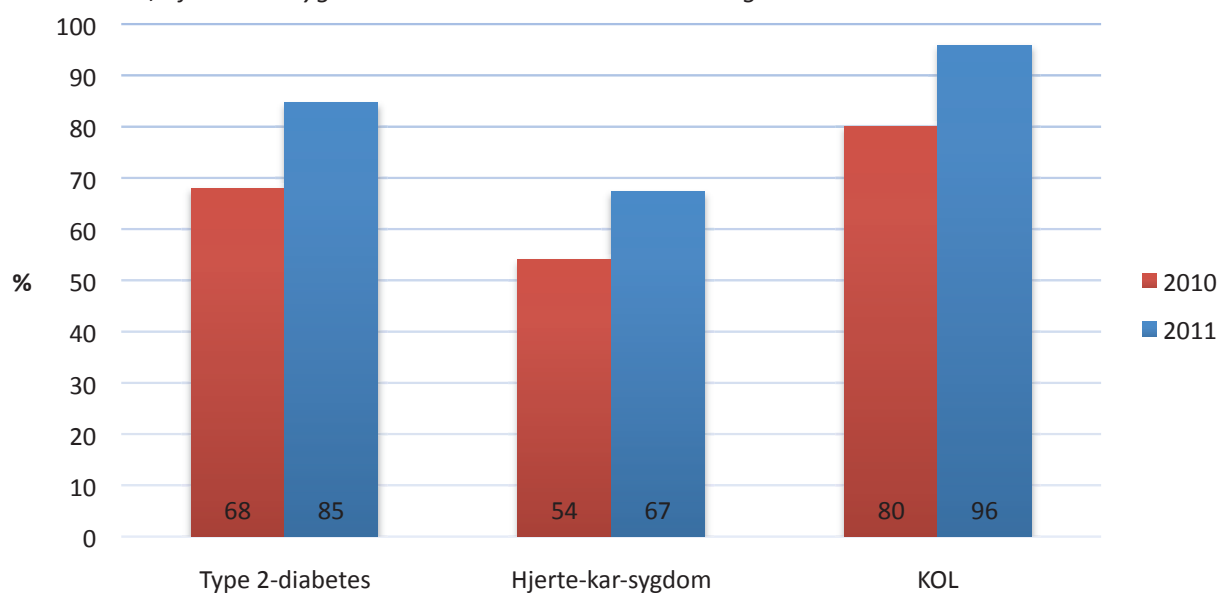
		Kommuner		Ingen tilbud		Mindst ét		Ét tilbud		To tilbud		Tre Tilbud	
		Antal		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landsplan		98		2	2,0	96	98,0	9	9,2	27	27,6	60	61,2
Region	Nordjylland	11		0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0
	Midtjylland	19		1	5,3	18	94,7	1	5,3	1	5,3	16	84,2
	Syddanmark	22		0	0,0	22	100,0	0	0,0	7	31,8	15	68,2
	Sjælland	17		1	5,9	16	94,1	2	11,8	3	17,6	11	64,7
	Hovedstaden	29		0	0,0	29	100,0	6	20,7	16	55,2	7	24,1

På regionsniveau fremgår det, at alle kommunerne i Region Nordjylland har tilbud til alle diagnosegrupper, og ligesom ved undersøgelsen i 2010 har Region Midtjylland den højeste andel blandt de resterende regioner (84,2 %), mens Region Syddanmark og Region Sjælland ligeledes ligger tæt på landsgennemsnittet, og Region Hovedstaden har den laveste andel af kommuner med tilbud til alle tre diagnoser (24,1 %) (se bilag 1, tabel 1.1 A).

I figur 2.1 nedenfor er vist, hvor stor en andel af alle landets kommuner, der har tilbud til borgere med henholdsvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL sammenlignet med andelen ved undersøgelsen i 2010. I alt oplyser 83 kommuner, at de har tilbud til borgere med type 2-diabetes, mens lidt færre, 66 kommuner, har tilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom, svarende til en forøgelse på henholdsvis 23,9 %

og 24,5 % sammenlignet med undersøgelsen i 2010. I 2010 var der flest kommuner, der havde tilbud til borgere med KOL (78 kommuner). I 2011 er der 94 kommuner med sådanne tilbud, en forøgelse på 20,5 %. På regionsniveau er andelen af kommuner, der har tilbud til borgere med type 2-diabetes og KOL, nogenlunde tilsvarende, mens der ligesom ved undersøgelsen i 2010 er forskel, hvis man ser på tilbuddene til borgere med hjerte-kar-sygdom. Her har alle kommuner i Region Nordjylland tilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom, mens andelen af kommunerne i Region Hovedstaden er 24,1 % (Se bilag 1, tabel 1.1 B).

Figur 2.1 Andel af alle kommuner, der har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med henholdsvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL i henholdsvis 2010 og 2011. Procent



n=98

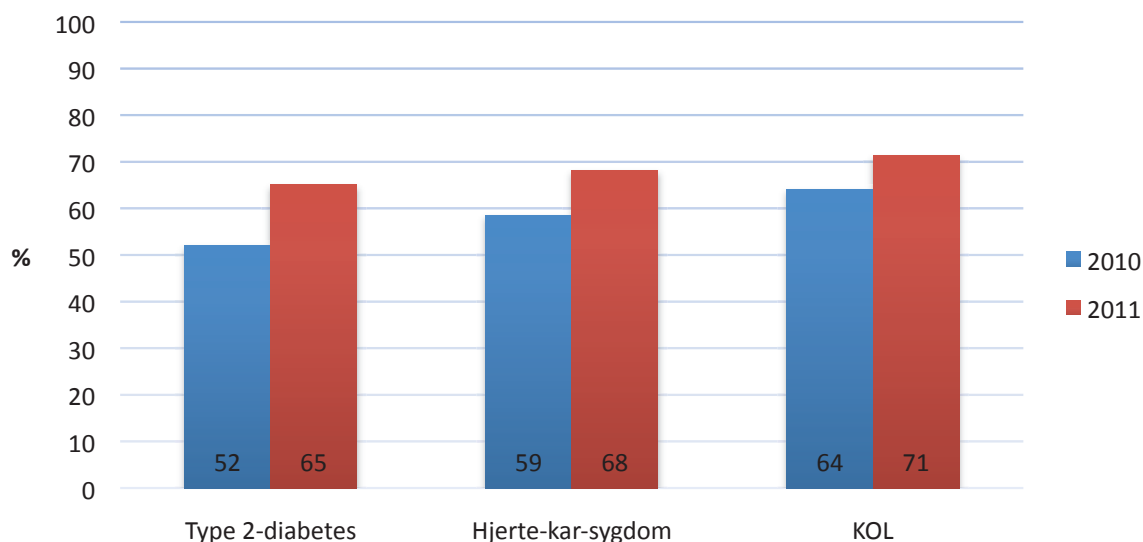
Undersøgelsen i 2010 viste, at der var forskel på, hvornår de forskellige tilbud blev etableret, da nogle begyndte inden 2007, mens andre først var begyndt kort forud for undersøgelsen i 2010. Samlet er der i 2011 startet 22 (26,8 %) tilbud til borgere med type 2-diabetes. For hjerte-kar-sygdom og KOL er der startet henholdsvis 12 (18,2 %) og 17 (18,1 %) kommunale tilbud i 2011 (Se bilag 1, tabel 1.2)

Finansiering af tilbud

Der blev i kortlægningen spurgt til, om kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud er en del af driften, et tidsbegrænset projekt eller delvist projektfinsieret. Blandt de 96 kommuner med tilbud er der i alt 73 kommuner (76,0 %), der har mindst ét tilbud i drift. Ved undersøgelsen i 2010 var der 53 kommuner (63,1 %), der havde mindst ét tilbud i drift. Der er 13 kommuner mere (37 kommuner), der har tilbud til alle tre diagnosegrupper i drift, sammenlignet med 2010, svarende til 61,7 % af kommuner med tilbud til alle tre diagnosegrupper.

Af figur 2.2 nedenfor fremgår, hvor stor en andel af kommuner med tilbud, der har tilbud som del af driften sammenlignet med resultat fra 2010, fordelt på diagnoser. Tilsvarende undersøgelsen i 2010 er der en lidt større andel af tilbuddene til borgere med KOL i drift (71,3 %) sammenlignet med tilbud til type 2-diabetes (65,1 %) og hjerte-kar-sygdom (68,2 %). Der er 19 kommuner (19,8 %), der har tilbud til mindst én diagnose, der er delvist projektfinsieret. For tilbud til både borgere med type 2-diabetes og KOL er andelen, der er delvist projektfinsierede, lavere end i 2010. 18 kommuner (18,8 %) oplyser, at de har tilbud til mindst én diagnose, der er fuldt finansieret af projektmidler (se bilag 1, tabel 1.3).

Figur 2.2 Andel af kommuner med tilbud, der har tilbud som en del af driften i henholdsvis 2010 og 2011. Procent.



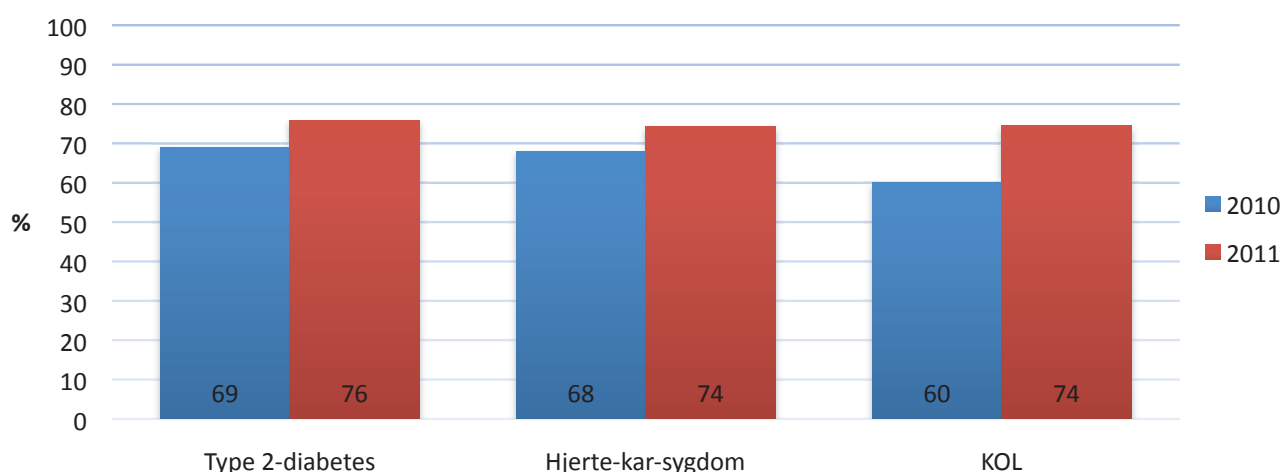
n=96

3. Rekruttering og visitation

Henvisning

Rekruttering er stadig et centralt element i forhold til at gennemføre tilbuddene. Alt efter hvordan tilbuddene er organiseret, kan det være afgørende at rekruttere et tilstrækkeligt antal borgere til at samle et hold og at få fat i dem, der er i målgruppen for indsatsen. Kortlægningen viser, at det stadig er mest almindeligt, at der er krav om henvisning fra praktiserende læge eller sygehus, men nogle steder er det også muligt for borgeren selv at henvende sig til kommunen. I dataindsamlingen var det afgørende for svaret, om det primært er et krav med henvisning, eller om det aldrig er et krav. Der kan altså godt være kommuner, hvor der for langt størstedelen af borgerne kræves henvisning, men hvor det i enkelte tilfælde ikke er et krav. At der kræves henvisning, betyder ikke, at borgerne ikke henvender sig af sig selv i de kommuner, men at det kræves, at de vender tilbage til egen læge, for at lægen kan tage stilling til borgerens behov. Blandt kommuner med tilbud til mindst én diagnosegruppe er der på tværs af diagnoser 73 kommuner (76,0 %), hvor henvisning med en diagnose fra praktiserende læge eller sygehus er påkrævet, mod 65,5 % ved undersøgelsen i 2010. Figur 3.1 nedenfor viser, at andelen af kommuner med krav om henvisning fra praktiserende læge eller sygehus er af samme størrelse i kommuner med tilbud til henholdsvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL. I 2010 var andelen lidt lavere for tilbud til borgere med KOL, sammenlignet med tilbud til de to andre. Der er 28 kommuner (29,2 %), hvor det er muligt for borgere at komme direkte fra gaden uden henvisning og deltage på et hold (se bilag 2, tabel 2.1 A-B).

Figur 3.1 Andel af kommuner med tilbud, der oplyser, at det er ved henvisning fra praktiserende læge eller sygehus, at borgerne kommer i betragtning til tilbud i henholdsvis 2010 og 2011. Procent.

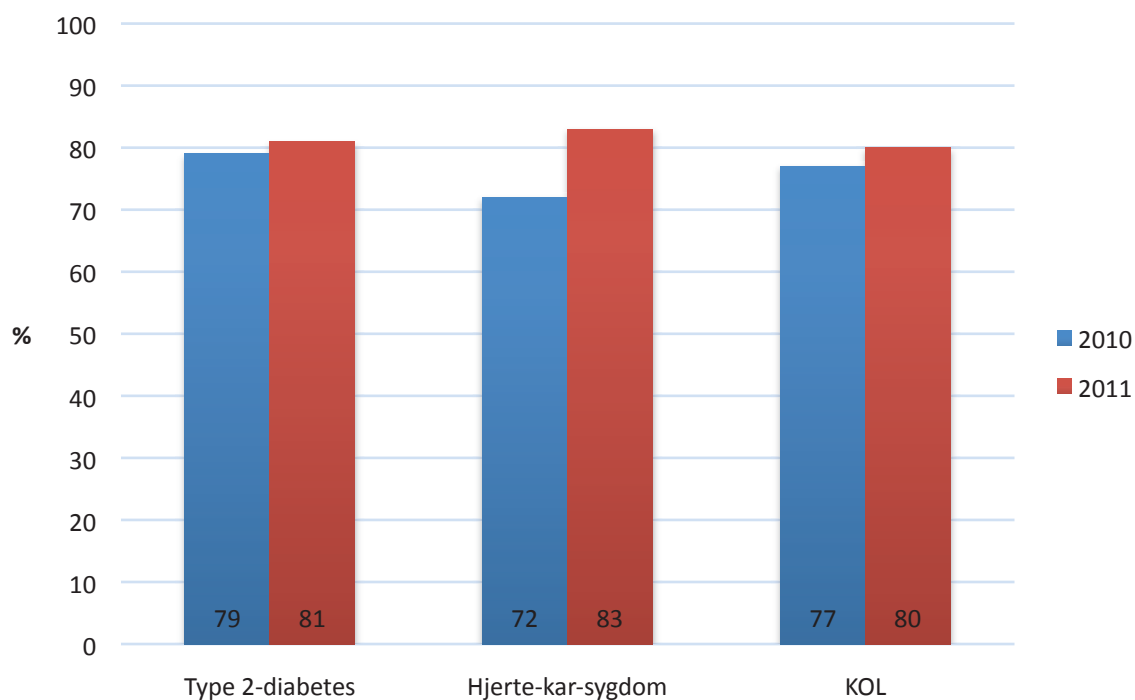


Blandt de kommuner, hvor der ikke er krav om en egentlig henvisning, kan der dog være krav om, at borgerne konsulterer lægen alligevel for en godkendelse af deltagelse i fysisk træning eller foretagelse af eventuelle målinger. I 2010 var der blandt de kommuner, hvor borgeren selv kan henvende sig, 18 kommuner (54,5 %), hvor det var en forudsætning, at borgeren efterfølgende selv henvender sig til sin praktiserende læge og får en lægefaglig godkendelse af deltagelsen. I 2011 er der krav om, at borgeren skal tilses af en læge i 13 af de kommuner (46,4 %), hvor man kan henvende sig uden henvisning i mindst ét tilbud (se bilag 2, tabel 2.2).

Samarbejde med praktiserende læge

Ved spørgsmålene vedrørende samarbejde med praktiserende læger blev der spurgt til, om der er en fast procedure for at give nogen form for information til praktiserende læger om borgernes deltagelse i et kommunalt tilbud. I de kommuner, hvor det er tilfældet, er spurgt til, på hvilket tidspunkt, eller af hvilken årsag der eventuelt gives information, samt om denne information foregår elektronisk. Andelen af kommuner, der har en fast procedure om at informere deltagerens praktiserende læge om deltagelse i tilbud, er stort set uændret fra 2010. Blandt 96 kommuner med tilbud er der 79,2 % (76 kommuner), der fast giver information til deltagerens praktiserende læge vedrørende dennes deltagelse i tilbud, sammenlignet med 80,7 % i 2010. I figur 3.2 er vist andelen af kommuner med tilbud, der svarer ja til, at der gives information til praktiserende læger, fordelt på diagnosegrupper og sammenlignet med tal fra 2010. Blandt de kommuner, der ikke fast giver besked til praktiserende læge, er der fire kommuner, der svarer, at der gives besked i særlige tilfælde (se bilag 2, tabel 2.3).

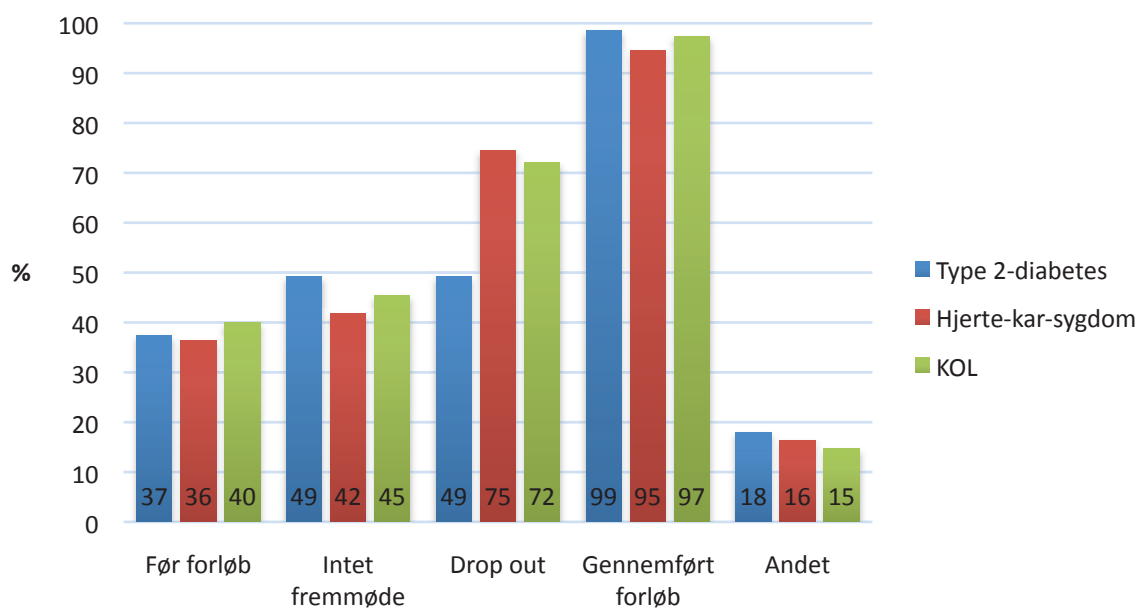
Figur 3.2 Andel af kommuner med tilbud, der svarede ja til, at der gives information til praktiserende læger om borgernes deltagelse i kommunalt tilbud i 2010 og 2011. Procent.



n=96

Kommunerne blev spurgt, i hvilke situationer der gives information til praktiserende læger. Blandt de 76 kommuner, der fast giver information, er det, ligesom i 2010, oftest ved gennemført forløb, at der gives besked, idet alle 76 kommuner gør dette. Der er 56 kommuner (73,7 %), der giver besked ved frafald fra tilbud til mindst én af diagnosegrupperne, hvilket er en lidt højere andel sammenlignet med 2010. En lidt lavere andel end i 2010 giver besked ved information om borgerens manglende fremmøde til tilbud (47,4 %), mens dobbelt så mange kommuner som i 2010 svarer, at der gives besked før start af tilbud (40,8 %) (se bilag 2, tabel 2.4). Som det fremgår af figur 3.3, er der en nogenlunde lige fordeling mellem diagnoserne for, hvilken årsag der udløser information til deltagerens praktiserende læge. Det er for alle tre diagnoser i høj grad ved deltagerens gennemførelse af tilbud og ved deltagerens eventuelle frafald, at der gives besked til læge, dog med undtagelse af tilbud til borgere med type 2-diabetes, hvor der ikke så ofte gives besked ved frafald, sammenlignet med de to andre diagnosegrupper.

Figur 3.3 Tidspunkt/årsag til information til praktiserende læge. Tal for 2011. Procent



n=76

De kommuner, der svarede ja til, at der gives information til praktiserende læge, blev spurgt, hvorvidt denne kommunikation foregår elektronisk. Med elektronisk kommunikation menes brug af et system beregnet til udveksling af sundhedsdata. Brug af e-mail eller sikker e-mail tæller ikke i opgørelsen. Kun kommuner, der har fast procedure for information til praktiserende læge, er blevet spurgt. Der kan derfor godt være kommuner, der fx modtager henvisning elektronisk, men ikke benytter muligheden for

elektronisk kommunikation yderligere. Der er flere af de adspurgte kommuner, der oplyser, at de har muligheden og bruger det i det omfang, lægerne er villige til det. Hvis kommunen har muligheden og benytter det så vidt muligt, tæller svaret med. Der er 76 kommuner, der fast giver information til praktiserende læge om borgernes deltagelse i tilbud. Heraf er der 74 kommuner, der kunne oplyse, om der bruges elektronisk kommunikation. Blandt disse er der 60 kommuner (81,1 %), der gør brug af elektronisk kommunikation vedrørende tilbud til mindst én diagnose. I 2010 var andelen 67,2 %. For tilbud til type 2-diabetes og KOL er der en stigning fra 2010, mens det for tilbud til hjerte-kar-sygdom er tilsvarende 2010 (se bilag 2, tabel 2.5).

Indledende samtale

Kortlægningen i 2010 viste, at tilbuddene typisk begynder med en indledende, individuel samtale, hvor borgerens situation, sundhedsvaner mv. afklares, og hvor der ofte også foregår en form for visitering af borgeren med henblik på at finde det rette forløb for denne. I 2011 er dette uændret, da der samlet blandt de 96 kommuner med mindst ét tilbud er 91 kommuner (94,8 %), der har indledende samtale med deltagerne i kommunens tilbud. Dette er 11 flere kommuner end i 2010, men andelen er tilsvarende i 2010. Kun fire kommuner med tilbud til type 2-diabetes, og henholdsvis to og tre kommuner med tilbud til hjerte-kar-sygdom og KOL oplyser, at der ikke benyttes indledende individuel samtale (se bilag 2, tabel 2.6).

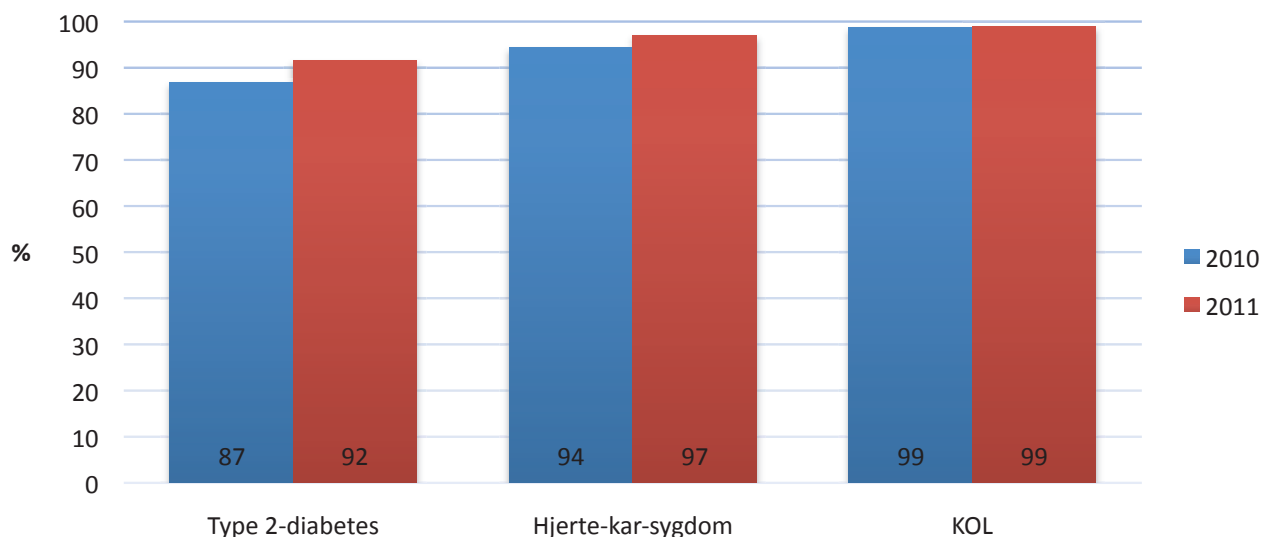
4. Indhold og organisering

Forebyggelsesforløb består typisk af elementer med fysisk træning og en undervisningsdel. Undersøgelsen i 2010 gav et billede af både udbredelsen af fysisk træning og undervisning, omfanget heraf samt om disse elementer var organiseret som gruppe- eller individuelle forløb. I kortlægningen i 2011 er der udelukkende spurgt til forløbenes indhold af træning og undervisning og ikke organiseringen af denne, dog er der indsamlet oplysninger om, hvorvidt forløbene indenfor begge områder er diagnosespecifikke eller samlet på tværs af diagnoser.

Fysisk træning

Fysisk træning er i de fleste kommuner en del af tilbuddet. Blandt kommuner med tilbud til mindst én diagnose er der 95 kommuner (99 %), der har træning som en del af tilbuddet. Det fremgår af figur 4.1 nedenfor, at der overordnet ikke er stor forskel på andelen af kommuner, der har fysisk træning som del af tilbud fordelt på diagnosegrupper, samt at der ikke er den store ændring i forhold til kortlægningen i 2010 (se bilag 3, tabel 3.1).

Figur 4.1 Andel af kommuner med tilbud, der oplyser, at træning indgår i tilbuddet i 2010 og 2011. Procent.



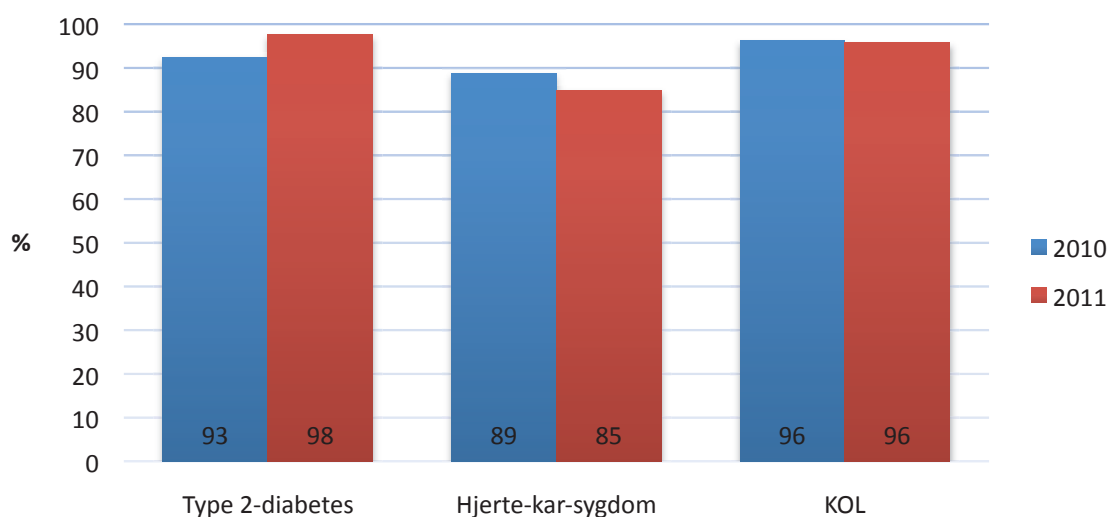
I 2010 var der 67 kommuner, der har tilbud om træning til flere end én diagnose. I 2011 er dette antal 81 kommuner. Antallet af kommuner, der afvikler den fysiske træning udelukkende diagnoseopdelt, er dog stort set uændret, da 43 kommuner (51,3 %) gør dette i 2011, sammenlignet med 44 kommuner i 2010, svarende til en andel, der er 12,6 procentpoint lavere i 2011. Samtidig er andelen af kommuner, der har træning samlet steget til 23 kommuner (28,4 %) sammenlignet med 15 kommuner (22,4 %) i 2010, ligesom andelen af kommuner, der har træning samlet for enkelte diagnoser, er mere end fordoblet til 13,6 %.

Størstedelen af de kommuner, der har organiseret træningen på tværs af diagnoser, har tilbud om træning til alle tre diagnoser. I de resterende fire kommuner med træning til flere end én diagnose er det forskelligt, om træningen afvikles diagnoseopdelt eller samlet, afhængigt af, hvor mange der er henvist, og om der er mange, der har flere diagnoser (se bilag 3, tabel 3.2). Det understreges i langt de fleste kommuner, hvor træning foregår fælles for flere diagnoser, at træningen er tilpasset de individuelle behov, hvad angår den enkelte borger og diagnose.

Undervisning

Det blev i undersøgelsen i 2010 fundet, at undervisning i større eller mindre omfang indgår som en obligatorisk del af kommunernes tilbud. Undervisning kan være i emner som kost, vigtigheden af fysisk aktivitet og sygdomsspecifik viden og medicinbehandling. Andelen af kommuner, der tilbyder undervisning er stort set uændret i 2011, idet der blandt kommuner med tilbud er 93 kommuner (96,9 %), der tilbyder undervisning som del af tilbuddet. Den laveste andel af kommuner, der tilbyder undervisning, findes for tilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom. Her tilbyder 56 kommuner undervisning (84,8 %). Af figur 4.2 fremgår, at undervisning som en del af tilbud er meget udbredt, og at det stort set er uændret fra 2010 (se bilag 4, tabel 4.1).

Figur 4.2 Andel af kommuner med tilbud, der oplyser, at undervisning indgår i tilbuddet i 2010 og 2011. Procent.



På trods af en lidt lavere andel i 2011 sammenlignet med 2010 er det stadig mest udbredt, at den undervisning, der tilbydes, foregår diagnoseopdelt. Blandt de 81 kommuner, der har undervisning til flere end én diagnosegruppe, har 53 kommuner (65,4 %) udelukkende undervisningen diagnoseopdelt. Syv kommuner (8,6 %) har al undervisning samlet på tværs af diagnoser, mens 6 kommuner (7,4 %) har undervisningen primært diagnoseopdelt, med noget af undervisningen samlet for borgere med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom. Desuden har 13 kommuner (16 %) noget undervisning diagnoseopdelt, og hvor det findes relevant samlet på tværs af alle tre diagnosegrupper. To kommuner varierer undervisningen mellem både diagnoseopdelt, samlet for alle tre diagnoser og noget kun for borgere med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom sammen. Borgere med KOL modtager således altid undervisning uden deltagelse af andre diagnosegrupper (se bilag 4, tabel 4.2).

5. Deltagerantal

I kortlægningen i 2010 blev spurgt til forventning om antal borgere, der ville modtage tilbud i 2010 i de enkelte kommuner. Kommunerne oplyste det antal borgere, som de forventede at nå op på, når årets sidste hold var afsluttet. De oplyste desuden, hvor mange deltagere de mente, der var kapacitet til i kommunens tilbud. På trods af en del usikkerhed i denne opgørelse er spørgsmålet blevet gentaget i 2011. I 2010 gav alle 84 kommuner med tilbud til mindst én diagnosegruppe oplysninger om deltagerantal for mindst én diagnose. I 2011 er det i 90 kommuner, svarende til 93,8 % af kommuner med tilbud til mindst én diagnosegruppe, lykkedes at indhente oplysninger for deltagerantal i mindst én diagnosegruppe, eller et samlet tal på tværs af diagnoser. Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvordan deltagerantal opgøres, desuden tages der ikke højde for, om et tilbud har været veletableret hele året, eller om det er nystartet og dermed ikke har mange deltagere igennem i 2011. Præsentation af deltagerantal må derfor opfattes blot som en indikation af hvor mange borgere, der har haft adgang til tilbud, og ikke som et udtryk for, hvor langt den enkelte kommune er. På baggrund af de indkomne oplysninger kan det anslås, at de 90 kommuner i 2011 samlet for tilbud til alle tre diagnoser har haft 11.062 borgere igennem et tilbud. Dette svarer til 123 borgere pr. kommune med tilbud. I 2010 var det gennemsnitlige deltagerantal 119 borgere pr. kommune.

I 25 % af kommunerne er der færre end 44 borgere igennem tilbud. I 2010 havde de 25 % færre end 37 borgere igennem. I 2010 havde de 25 % af kommunerne med flest borgere igennem flere end 130 borgere igennem tilbud. I 2011 er dette tal steget til 140 borgere. Kommunerne i de to midterste kvartiler har i gennemsnit et forventet antal borgere på henholdsvis 57 og 98 borgere igennem et tilbud i 2011. Dette, svarer til resultatet fra 2010.

Der er 86 kommuner, der angiver samlet antal deltagere, der er kapacitet til i de kommunale tilbud. Blandt disse angiver 81 kommuner et specifikt antal borgere der er kapacitet til, svarende til samlet 12.430 deltagere i de kommunale tilbud på tværs af de tre diagnoser. I 2010 var dette tal 12.051. De resterende fem kommuner oplyser dog, at de ikke har et egentligt loft, men tager imod de borgere, der bliver henvist. Den samlede kapacitet må således estimeres til at være større end de 12.430 deltagere.

Det gennemsnitlige antal deltagere på tværs af kommunerne er 2,5 deltagere pr. 1000 indbyggere¹. Det laveste er 0,5 og det højeste er 15,1 deltagere i tilbud pr. 1000 indbyggere. Kommuner med færre end

¹ Indbyggertal pr. 1. oktober 2011 (9)

30.000 indbyggere har det højeste gennemsnitlige antal deltagere pr. 1000 indbyggere (3.4) sammenlignet med større kommuner.

Hvis deltagerantal deles op på diagnoser, var der (baseret på kommuner med tilgængelige oplysninger pr. diagnose) et forventet deltagerantal på 3.753 borgere igennem et forløb til type 2-diabetes (64 kommuner) sammenlignet med 3.349 (62 kommuner) i 2010. Der er i 2011 i kommunerne en forventning om 2.013 (46 kommuner) og 3.300 (74 kommuner) borgere igennem et forløb til henholdsvis hjerte-kar-sygdom og KOL sammenlignet med 2.213 (47 kommuner) og 3.224 (73 kommuner) i 2010. Blandt kommuner med oplysning om deltagerantal for hver diagnose, er det gennemsnitlige antal borgere igennem tilbud, stort set uændret i forhold til 2010 for tilbud til henholdsvis borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL (se bilag 5, tabel 5.1 A-B).

6. Nye tilbud

I denne opfølgende kortlægning blev kommunerne spurgt, om de har patientrettede forebyggelsestilbud indenfor samme rammer som til borgere med type- 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL, til borgere med en kræftdiagnose, muskel-skeletsygdom eller lettere psykiske lidelser. For de kommuner, der har tilbud, er der spurgt til, hvornår tilbuddene er startet, og hvorledes de er finansieret. De kommuner, der ikke har tilbud, er spurgt, om kommunen har planer om at starte indenfor området.

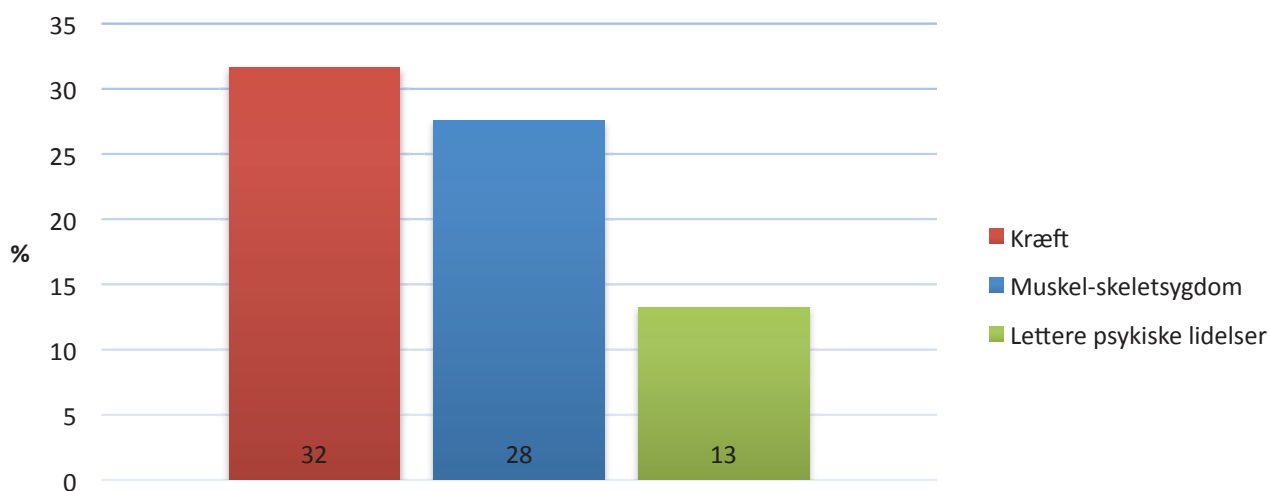
I tabel 6.1 er præsenteret, hvor mange kommuner der har et eller flere tilbud, målrettet til borgere med henholdsvis en kræftdiagnose, en eller flere muskel- og skeletlidelser eller lettere psykiske lidelser. Blandt alle landets kommuner er der 52 kommuner (53,1 %), der har tilbud til mindst én af disse diagnoser. På tidspunktet for dataindsamlingen var der således 46 kommuner, der ikke har startet tilbud op, målrettet specifikt til disse grupper. Der er 35 kommuner (35,7 %), der har tilbud til én diagnosegruppe, og kun to kommuner har tilbud til alle tre grupper.

Tabel 6.1. Total antal kommuner i hver region samt kommuner, der har henholdsvis ingen tilbud, tilbud til én, to eller alle tre af diagnosegrupperne.

		Kommuner		Ingen tilbud		Mindst ét		Ét tilbud		To tilbud		Tre Tilbud	
		Antal		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landsplan		98		46	46,9	52	53,1	35	35,7	15	15,3	2	2,0
Region	Nordjylland	11		4	36,4	7	63,6	5	45,5	2	18,2	0	0,0
	Midtjylland	19		6	31,6	13	68,4	6	31,6	6	31,6	1	5,3
	Syddanmark	22		6	27,3	16	72,7	13	59,1	2	9,1	1	4,5
	Sjælland	17		9	52,9	8	47,1	7	41,2	1	5,9	0	0,0
	Hovedstaden	29		21	72,4	8	27,6	4	13,8	4	13,8	0	0,0

Som det fremgår af figur 6.1 er det blandt de kommuner, der har tilbud, mest udbredt med tilbud til borgere med kræft og muskel- og skeletlidelser. På regionsniveau har Region Hovedstaden den største andel af kommuner, der ikke har tilbud. Mange kommuner, både med og uden tilbud til disse diagnosegrupper oplyser, at de møder borgere med både lettere psykiske lidelser og muskel- og skeletlidelser i deres tilbud til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL, men i undersøgelsen har det været afgørende for svaret, hvorvidt tilbud er målrettet eller ikke. Blandt kommuner med tilbud til borgere med en kræftdiagnose, er det meget udbredt, at tilbuddet udbydes i samarbejde med den lokale afdeling af Kræftens Bekæmpelse. For alle tre diagnosegrupper viser kortlægningen, at tilbuddene er startet op løbende siden 2007.

Figur 6.1 Andel af alle kommuner, der har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med henholdsvis kræft, muskel- og skeletlidelser eller KOL. Procent



Finansiering af tilbud

Som ved de øvrige diagnosegrupper, blev der også spurgt til finansieringstype ved disse yderligere diagnosegrupper. Blandt de 46 kommuner med tilbud til mindst én diagnosegruppe, der har oplysninger på dette punkt, oplyser 45 kommuner (97,8 %) at der er mindst ét tilbud i drift. Henholdsvis 90 % og 92,3 % af tilbud til borgere med kræft og lettere psykiske lidelser er i drift. Blandt 26 kommuner med oplysninger om finansiering af tilbud til muskel- og skeletlidelser, har 17 kommuner (65,4 %) tilbuddet i drift (se bilag 6, tabel 6.3).

De kommuner, der ikke har tilbud til ovennævnte diagnosegrupper, blev spurgt til kommunens konkrete planer på området. Mange kommuner regner med, at de kommer til at etablere tilbud indenfor disse grupper. De fleste kommuner uden tilbud til borgere med kræft, regner med, at det bliver aktuelt i forbindelse med Kræftpakke III. Det samme gør sig gældende for de to andre grupper i takt med udviklingen af forløbsprogrammer på området. Kun få kommuner afviste, at kommunen ville påbegynde udvikling af tilbud på områderne i fremtiden. I interviewene ved dataindsamlingen er planer om fremtidige tilbud defineret som konkret igangværende udvikling eller, at der er taget politiske og administrative beslutninger, der rækker udover en almindelig hensigt om at etablere tilbud på områderne. Blandt 66 kommuner, der ikke har tilbud til borgere med kræft og giver oplysninger om fremtidige planer, har 34 kommuner (51,5 %) konkrete planer om at starte op med tilbud. Der er 27 kommuner, der oplyser, at de vil begynde med tilbud målrettet muskel- og skeletlidelser, svarende til 38,6 % af de 70 kommuner, der har svaret på dette spørgsmål. 15 kommuner (18,3 %) har planer om tilbud til borgere med lettere psykiske lidelser (se bilag 6, tabel 6.4).

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen, Nationale tal for kronisk sygdom, sundhedsstyrelsen november 2011, www.sst.dk
2. Sundhedsloven. LBK nr. 913, juni 2005
3. Rehabiliteringstilbud i nordjyske kommuner. Trygfondens Forebyggelsescenter (nu Center for Interventionsforskning), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2010. www.interventionsforskning.dk
4. Patientrettet forebyggelse i kommunerne, Center for Interventionsforskning (tidl. Trygfondens Forebyggelsescenter), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2011. www.interventionsforskning.dk
5. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund, Sundhedsstyrelsen december 2005
6. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2008
7. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008. Sundhedsstyrelsen. Center for Forebyggelse, maj 2008
8. Serviceloven, LBK nr. 1096 af 2. september 2010
9. Danmarks statistik. Statistikbanken. Folketal pr. 1. oktober 2011. www.statistikbanken.dk

Bilagsliste

Bilag 1 - Udbredelse af tilbud

Bilag 2 - Rekruttering

Bilag 3 - Fysisk Træning

Bilag 4 - Undervisning

Bilag 5 - Deltagerantal

Bilag 6 - Yderligere tilbud

Tabel 1.1 B Andel af alle kommuner, der har tilbud til borgere med henholdsvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

Land	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	83	84,7	66	67,3	94	95,9
		68,4		54,1		79,6
Nordjylland	11	100	11	100	11	100
Midtjylland	17	89,5	16	84,2	18	94,7
Syddanmark	18	81,8	19	86,4	22	100,0
Sjælland	12	70,6	13	76,5	16	94,1
Hovedstaden	25	86,2	7	24,1	27	93,1
		69,0		20,7		72,4

Hvis kommunen har tilbud, hvornår er dette tilbud første gang udbudt i kommunen?

Tabel 1.2. År for start af tilbud. Andel af kommuner med tilbud, der er startet pr. år i perioden 2007 til 2011.

År	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Før 2007	4	4,9	2	3,0	7	7,4
2007	9	11,0	12	18,2	16	17,0
2008	11	13,4	8	12,1	16	17,0
2009	13	15,9	15	22,7	23	24,5
2010	22	26,8	17	25,8	14	14,9
2011	22	26,8	12	18,2	17	18,1
Uoplyst	1	1,2	0	0,0	1	1,1

Er kommunens tilbud en del af driften, et tidsbegrænset projekt eller delvist projektfinsieret?

Table 1.3. Andel af kommuner med tilbud, der oplyser, at patientrettet forebyggelsestilbud er en del af driften, projektfinsieret eller delvist projektfinsieret. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent)

		Drift			Projektfinsieret			Deltvist projektfinsieret		
		2011		'10	2011		'10	2011		'10
		Antal	%	%	Antal	%	%	Antal	%	%
Total*	96	73	76,0	63,1	18	18,8	20,2	19	19,8	25,0
Type 2-diabetes										
Land	83	54	65,1	52,2	13	15,7	20,9	16	19,3	26,9
Region	Nordjylland	9	81,8	62,5	1	9,1	12,5	1	9,1	25,0
	Midtjylland	9	52,9	26,7	4	23,5	33,3	4	23,5	40,0
	Syddanmark	12	66,7	61,5	2	11,1	15,4	4	22,2	23,1
	Sjælland	7	58,3	54,5	2	16,7	36,4	3	25,0	9,1
	Hovedstaden	17	68,0	60,0	4	16,0	10,0	4	16,0	30,0
Hjerte-kar-sygdom										
Land	66	45	68,2	58,5	9	13,6	22,6	12	18,2	18,9
Region	Nordjylland	9	81,8	50,0	1	9,1	30,0	1	9,1	20,0
	Midtjylland	8	50,0	30,8	2	12,5	30,8	6	37,5	38,5
	Syddanmark	15	78,9	76,5	2	10,5	11,8	2	10,5	11,8
	Sjælland	6	46,2	57,1	4	30,8	42,9	3	23,1	0,0
	Hovedstaden	7	100,0	83,3	0	0,0	0,0	0	0,0	16,7
KOL										
Land	94	67	71,3	64,1	13	13,8	15,4	14	14,9	20,5
Region	Nordjylland	10	90,9	50,0	1	9,1	30,0	0	-	20,0
	Midtjylland	10	55,6	47,1	4	22,2	23,5	4	22,2	29,4
	Syddanmark	18	81,8	78,9	2	9,1	10,5	2	9,1	10,5
	Sjælland	12	75,0	72,7	1	6,3	18,2	3	18,8	9,1
	Hovedstaden	17	63,0	66,7	5	18,5	4,8	5	18,5	28,6

*Kommuner, der har mindst ét tilbud, der er henholdsvis i drift, projektfinsieret eller delvist projektfinsieret.

Bilag 2 - Rekruttering

Kræver det henvisning fra praktiserende læge eller sygehus for at deltage i kommunens tilbud, eller kan borgeren selv henvende sig?

Tabel 2.1 A Antal kommuner og andel af kommuner med tilbud, der kræver henvisning fra sygehus eller praktiserende læge før start i tilbud. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	83	100	66	100	94	100	96	100
Land	63	75,9	49	74,2	70	74,5	73	76,0
	7	63,6	8	72,7	8	72,7	8	72,7
Nordjylland	14	82,4	11	68,8	14	77,8	15	83,3
Midtjylland	11	61,1	13	68,4	13	59,1	14	63,6
Syddanmark	10	83,3	11	84,6	12	75,0	12	75,0
Sjælland	21	84,0	6	85,7	23	85,2	24	82,8
Hovedstaden								

Tabel 2.1 B Andel af kommuner med tilbud, hvor det er muligt for borgerne selv at henvende sig. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	83	100	66	100	94	100	96	100
Land	20	24,1	17	25,8	24	25,5	28	29,2
	4	36,4	3	27,3	3	27,3	4	36,4
Nordjylland	3	17,6	5	31,3	4	22,2	5	27,8
Midtjylland	7	38,9	6	31,6	9	40,9	9	40,9
Syddanmark	2	16,7	2	15,4	4	25,0	5	31,3
Sjælland	4	16,0	1	14,3	4	14,8	5	17,2
Hovedstaden								

* Kommuner, hvor det er muligt for borgeren selv at henvende sig i tilbud til mindst én diagnosegruppe

† Andelen af kommuner med tilbud til type 2-diabetes, der henholdsvis kræver henvisning (tabel 2.1 A), og hvor det er muligt for borgeren at henvende sig selv, udgjorde i 2010 tilsammen mere end 100 %. Dette skyldes, at begge forekom i en enkelt kommune

Hvis borgerne selv kan henvende sig, er det så et krav, at de bliver tilset af en læge, inden de begynder i et tilbud?

Tabel 2.2 Andel af de kommuner, hvor borgere selv kan henvende sig, hvor det kræves, at borgeren tilses af læge inden start i tilbud. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	20	100	17	100	24	100	28	100
Land	9	45,0	7	41,2	12	50,0	13	46,4
Nordjylland	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Midtjylland	3	100	3	60,0	4	100	4	80,0
Syddanmark	2	28,6	3	50,0	3	33,3	3	33,3
Sjælland	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	20,0
Hovedstaden	3	75,0	1	100	4	100	4	80,0

* Kommuner, hvor det i tilbud til mindst én diagnosegruppe kræves, at borgeren tilses af læge inden start i tilbud

Informeres deltagerens praktiserende læge om deltagelse i tilbud?

Tablet 2.3 Andel af kommuner med tilbud, der fast giver information til borgernes praktiserende læge vedrørende borgerens deltagelse i kommunalt tilbud. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	83	100,0	66	100,0	94	100,0	96	100,0
Land	67	80,7	55	83,3	75	79,8	76†	80,7
Nordjylland	8	72,7	8	72,7	8	72,7	8	72,7
Midtjylland	14	82,4	14	87,5	15	83,3	15	83,3
Syddanmark	16	88,9	17	89,5	19	86,4	19	86,4
Sjælland	9	75,0	11	84,6	12	75,0	12	75,0
Hovedstaden	20	80,0	5	71,4	21	77,8	22	75,9

* Kommuner, der fast informerer læge i tilbud til mindst én diagnose. † Der er fire kommuner, der ikke fast informerer læge, men gør det i særlige tilfælde.

Hvis den praktiserende læge informeres, hvornår foregår dette så?

Tabel 2.4 Tidspunkt/årsag til information til praktiserende læge. Andel af kommuner, der giver information om borgerens deltagelse i tilbud. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	67	100	55	100	75	100	76	100
Før forløb	25	37,3	20	36,4	30	40,0	31	40,8
Intet fremmøde	33	49,3	23	41,8	34	45,3	36	47,4
Drop out	33	49,3	41	74,5	54	72,0	56	73,7
Gennemført forløb	66	98,5	52	94,5	73	97,3	76	100
Andet	12	17,9	9	16,4	11	14,7	13	17,1

*Det var muligt at komme med flere svar. *Total antal kommuner, der kontakter lægen af den pågældende årsag/tidspunkt i tilbud til mindst én diagnose.

Hvis den praktiserende læge fast informeres, foregår dette så elektronisk?

Tabel 2.5 Andel af kommuner, der giver information til praktiserende læge, der gør det elektronisk. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	66	98,5	54	98,2	74	98,7	74	97,4
Land	53	80,3	43	79,6	61	82,4	60	81,1
Nordjylland	7	87,5	7	87,5	7	87,5	7	87,5
Midtjylland	13	92,9	13	92,9	14	93,3	14	93,3
Syddanmark	13	81,3	14	82,4	16	84,2	15	88,2
Sjælland	3	33,3	4	36,4	5	41,7	5	41,7
Hovedstaden	17	85,0	5	100,0	19	90,5	19	86,4

* Kommuner, der bruger elektronisk kommunikation med praktiserende læge i tilbud til mindst én diagnosegruppe

Er den fysiske træning diagnoseopdelt, samlet for alle deltagere på tværs af diagnoser eller fælles for enkelte diagnoser?

Tablet 3.2 Kommuner med træning i mere end ét tilbud samt andel heraf, der har den fysiske træning henholdsvis opdelt, samlet for diagnoser eller samlet for enkelte diagnoser. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

Land	Kommuner med træning i mere end ét tilbud											
	2011		'10		2011		'10		2011		'10	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	81*		67	53,1	43	65,7	23	28,4	22,4	11	13,6	6,0
Nordjylland	11		10	54,5	6	90,0	2	18,2	10,0	2	18,2	0
Midtjylland	16		14	31,3	5	28,6	7	43,8	50,0	4	25,0	21,4
Syddanmark	22		18	68,2	15	66,7	6	27,3	16,7	0	0,0	0
Sjælland	13		10	30,8	4	60,0	7	53,8	30,0	2	15,4	10,0
Hovedstaden	19		15	68,4	13	86,7	1	5,3	6,7	3	15,8	0

* Kommuner der har både diagnoseopdelt og samlet for enkelte diagnoser. * Der er fire kommuner, der både afvikler træningen diagnoseopdelt og samlet for alle tre diagnosegrupper.

Bilag 4 - Undervisning

Er undervisning af deltagerne i emner som fx kost, vigtigheden af fysisk aktivitet og sygdomsspecifik viden en del af kommunens tilbud?

Tablet 4.1 Andel af kommuner med tilbud, der tilbyder undervisning. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

	Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL		Total*	
	2011	'10	2011	'10	2011	'10	2011	'10
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner	83	100	66	100	94	100	96	100
Land	81	97,6	56	84,8	90	95,7	93	96,4
	11	100	11	100	11	100	11	100
Nordjylland	17	100	16	100	18	100	18	100
Midtjylland	17	94,4	17	89,5	20	90,9	20	90,9
Syddanmark	12	100	10	76,9	15	93,8	15	93,8
Sjælland	24	96,0	2	28,6	26	96,3	29	100
Hovedstaden								

* Kommuner, der tilbyder undervisning i tilbud til mindst én diagnosegruppe

Er undervisningen diagnoseopdelt, samlet for alle deltagere på tværs af diagnoser eller fælles for enkelte diagnoser?

Tabel 4.2 Kommuner med undervisning i mere end ét tilbud samt andel heraf, der har undervisningen henholdsvis opdelt, samlet for diagnoser eller samlet for enkelte diagnoser. Tal for 2011 samt andel fra undersøgelsen i 2010 (procent).

Land	Kommuner med undervisning i mere end ét tilbud		Diagnoseopdelt		Samlet		Samlet for enkelte diagnoser				
	2011 Antal	'10 Antal	2011 Antal	'10 %	2011 Antal	'10 %	2011 Antal	'10 %			
	81	66	53	65,4	74,1	7	8,6	10,6	6	7,4	3,0
Nordjylland	11	10	6	54,5	80,0	-	-	20,0	2	18,2	0
Midtjylland	17	15	6	35,3	40,0	3	17,6	13,3	2	11,8	13,3
Syddanmark	20	15	13	65,0	86,7	3	15,0	6,7	2	10,0	0
Sjælland	12	8*	8	66,7	75,0	1	8,3	12,5	0	0	0
Hovedstaden	21	18	20	95,2	88,9	0	0	5,6	0	0	0

* I 2010 var der en kommune, for hvilken det var uoplyst, om undervisning var opdelt eller samlet. Der er 13 kommuner der tilbyder noget undervisning diagnoseopdelt, og hvor det findes relevant samlet på tværs af alle tre diagnosegrupper. To kommuner varierer undervisningen mellem både diagnoseopdelt, samlet for alle tre diagnoser og noget kun for borgere med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom sammen.

Bilag 5 – Deltagerantal

Hvor mange borgere forventes at deltage i kommunens tilbud indenfor hver diagnosegruppe i 2011?

Hvor mange borgere er der kapacitet til indenfor hver diagnosegruppe i 2011?

Table 5.1 A Antal borgere, der forventes at modtage tilbud i alt og indenfor hver diagnosegruppe.

	Total		Type 2-diabetes		Hjerte-kar-sygdom		KOL	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Svarkommuner	90	84	64	62	46	47	74	73
Total	11.062	9.956	3.773	3.349	2.013	2.113	3.300	3.224
Pr. kommune †	123	119	59	54	44	45	45	44
Færrest	20	12	8	4	3	1	5	7
Flest	1.460	1.300	840	600	320	300	300	300
25 % med færrest	<44	<37	<24	<17	<20	<18	<22	<23
Median	75	72	37,5	30	24,5	30	30	40
25 % med flest	>140	>130	>60	>50	>50	>50	>50	>50
Kapacitet								
Svarkommuner	81*	84						
Total kapacitet	12.430*	12.051						
Difference	1.368‡	2.095						

† Antal pr. kommune med svar for de respektive diagnoser. * Der er i alt 86 kommuner med svar på kapacitet, heraf oplyser fem kommuner, at der ikke er loft på kapacitet. ‡ Differencen er beregnet for de kommuner, der oplyser specifikt tal for både forventet antal deltagere og samlet kapacitet, den reelle difference må forventes at være større.

Tabel 5.1 B Indbyggertal i kommuner med tilbud og antal deltagere i tilbud pr. indbygger.

	Kommuner		Indbyggeret		Deltagere		Deltagere		Deltagere pr. 1.000		Deltagere pr. 1.000	
	Antal	Antal	Antal	Gennemsnit*	Antal	Gennemsnit*	Laveste	Højeste	Antal	Antal	pr. 1.000 Min	pr. 1.000 Maks
Land	90	5.012.884	55.699	11.062	123	1.460	20	1.460	2,2	2,5	0,5	15,1
Nordjylland	10	541.648	54.165	2.005	201	650	29	650	3,7	5,0	1,9	15,1
Midtjylland	17	1.203.816	70.813	1.759	103	250	25	250	1,5	1,8	0,6	6,3
Syddanmark	20	894.771	44.739	2.386	119	350	25	350	2,7	3,4	0,8	13,9
Sjælland	15	703.396	46.893	1.567	104	542	20	542	2,2	2,1	0,7	6,5
Hovedstaden	28	1.669.253	59.616	3.345	119	1.460	20	1.460	2,0	1,8	0,5	3,7
<30.000	24	493.138	20.547	1.180	49	110	20	110	2,4	3,4	0,7	15,1
30.000-50.000	33	1.347.006	40.818	3.052	92	240	20	240	2,3	2,3	0,6	6,7
50.000-70.000	17	874.724	51.454	2.070	122	350	35	350	2,1	2,1	0,5	5,7
70.000-100.000	11	927.749	84.341	2.112	192	542	71	542	2,3	2,3	0,8	6,5
>100.000	5	1.271.680	254.336	2.648	530	1.460	100	1.460	2,1	1,9	0,6	3,2

†Indbyggertal oktober 2011.*Gennemsnit pr. kommune

Bilag 6 – Nye/yderligere tilbud

Har kommunen patientrettede forebyggelsestilbud for følgende tre diagnosegrupper: kræft, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser?

Tablet 6.1 A. Andel af alle kommuner, der har tilbud til borgere med henholdsvis kræft, muskel- og skeletlidelser samt lettere psykiske lidelser.

	Kommuner		Ingen tilbud		Mindst ét		Ét tilbud		To tilbud		Tre Tilbud	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landsplan	98	46,9	46	46,9	52	53,1	35	35,7	15	15,3	2	2,0
Nordjylland	11	36,4	4	36,4	7	63,6	5	45,5	2	18,2	0	0,0
Midtjylland	19	31,6	6	31,6	13	68,4	6	31,6	6	31,6	1	5,3
Syddanmark	22	27,3	6	27,3	16	72,7	13	59,1	2	9,1	1	4,5
Sjælland	17	52,9	9	52,9	8	47,1	7	41,2	1	5,9	0	0,0
Hovedstaden	29	72,4	21	72,4	8	27,6	4	13,8	4	13,8	0	0,0

Tabel 6.1 B. Andel af alle kommuner, der har tilbud til borgere med henholdsvis kræft, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser.

		Kræft		Muskel-skelet		Psykiske lidelser	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner		98	100,0	98	100,0	98	100,0
Land		31	31,6	27	27,6	13	13,3
Region	Nordjylland	4	36,4	3	27,3	2	18,2
	Midtjylland	10	52,6	8	42,1	3	15,8
	Syddanmark	7	31,8	10	45,5	3	13,6
	Sjælland	5	29,4	2	11,8	2	11,8
	Hovedstaden	5	17,2	4	13,8	3	10,3

Hvis kommunen har tilbud, hvornår er dette tilbud første gang udbudt i kommunen?

Tabel 6.2. År for start af tilbud. Andel af kommuner med tilbud, der er startet pr. år i perioden 2007 til 2011.

År		Kræft		Muskel-skelet		Psykiske lidelser	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Før 2007		2	6,5	1	3,7	1,0	7,7
2007		4	12,9	4	14,8	3	23,1
2008		6	19,4	4	14,8	5	38,5
2009		5	16,1	6	22,2	0	-
2010		5	16,1	4	14,8	1	7,7
2011		8	25,8	6	22,2	2	15,4
Uoplyst		1	3,2	2	7,4	1	7,7

Er kommunens tilbud en del af driften, et tidsbegrænset projekt eller delvist projektfinsieret?

Table 6.3. Andel af kommuner med tilbud, der oplyser, at patientrettet forebyggelsestilbud er en del af driften, projektfinsieret eller delvist projektfinsieret

		Drift		Projektfinsieret		Deltvist projektfinsieret	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total*	46	45	97,8	10	21,7	1	2,2
Kræft							
Land	30	27	90,0	2	6,7	1	3,3
Region	Nordjylland	4	100	0	-	0	-
	Midtjylland	8	80,0	1	10,0	1	10,0
	Syddanmark	6	85,7	1	14,3	0	-
	Sjælland	5	100	0	-	0	-
	Hovedstaden	4	100	0	-	0	-
Muskel-skelet lidelser							
Land	26	17	65,4	8	30,8	1	3,8
Region	Nordjylland	1	50,0	1	50,0	0	-
	Midtjylland	6	75,0	1	12,5	1	12,5
	Syddanmark	6	60,0	4	40,0	0	-
	Sjælland	0	0,0	2	100	0	-
	Hovedstaden	4	100	0	-	0	-
Lettere psykiske lidelser							
Land	13	12	92,3	0	-	1	7,7
Region	Nordjylland	2	100	0	-	0	-
	Midtjylland	2	66,7	0	-	1	33,3
	Syddanmark	3	100	0	-	0	-
	Sjælland	2	100	0	-	0	-
	Hovedstaden	3	100	0	-	0	-

*Kommuner, der har mindst ét tilbud, der er henholdsvis i drift, projektfinsieret eller delvist projektfinsieret.

Tabel 6.4. Andel af alle kommuner, der ikke har tilbud til borgere med henholdsvis Kræft, muskel- og skeletlidelser og lettere psykiske lidelser, der planlægger at starte op med disse tilbud.

		Kræft		Muskel-skelet		Psykiske lidelser	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Svarkommuner		66	98,5	70	98,6	82	96,5
Land		34	51,5	27	38,6	15	18,3
Region	Nordjylland	4	57,1	3	37,5	0	-
	Midtjylland	5	62,5	6	60,0	3	21,4
	Syddanmark	10	66,7	5	41,7	4	21,1
	Sjælland	8	66,7	5	33,3	5	33,3
	Hovedstaden	7	29,2	8	32,0	3	11,5

I 2010 gennemførte TrygFondens Forebyggelsescenter (nu Center for Interventionsforskning) en kortlægning af den patientrettede forebyggelse til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL i samtlige Danmarks kommuner. På baggrund af resultaterne fra den kortlægning har Kommunernes Landsforening taget initiativ til at gennemføre en opfølgingsundersøgelse i efteråret 2011. Center for Interventionsforskning har igen udført denne landsdækkende kortlægning, og resultaterne er opsummeret i nærværende rapport. Formålet med kortlægningen er fortsat at kunne dokumentere den igangværende udvikling i kommunerne. Som en udvidelse af den forrige kortlægning er der desuden spurgt kort til kommunernes tilbud til borgere med en kræft-diagnose, muskel-og skeletsygdom og lettere psykiske lidelser.

