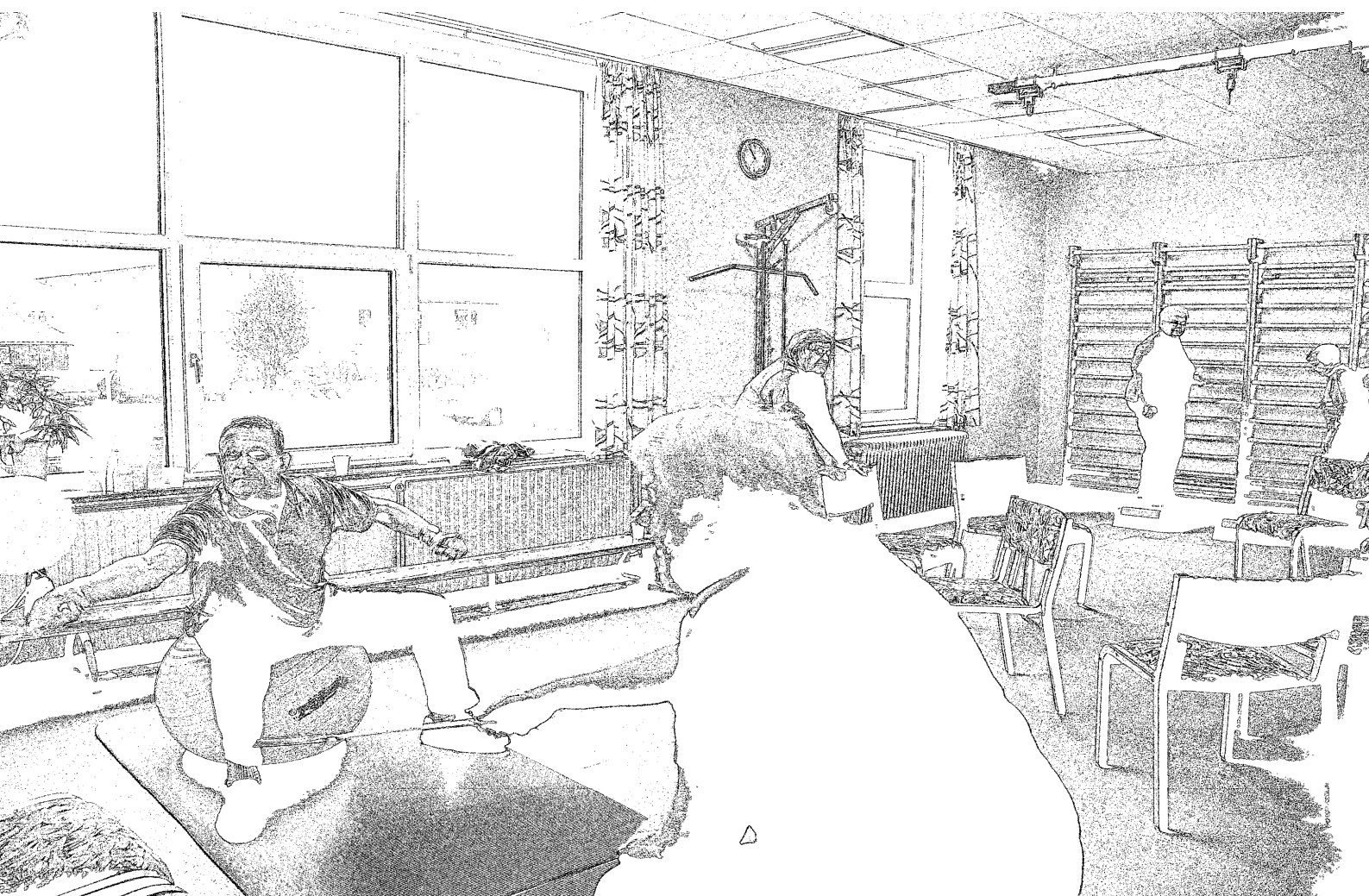




Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb

- for borgere med KOL og type 2-diabetes
i Brønderslev Kommune



MARSELISBORGCENTRET
DANSK CENTER FOR REHABILITERING, FORSKNING OG UDVIKLING

Forord

Denne rapport danner baggrund for en kommunal rehabiliteringsindsats til borgerne med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune. Projektet er resultatet af en samarbejdsaftale fra foråret 2006 mellem kommunerne i Brønderslev og Dronninglund og MarselisborgCentret i Århus, og det indgår som en del af et større Sundhedscenter i Brønderslev Kommune. Hensigten med projektet er at udarbejde en model for kommunal rehabilitering, som kan anvendes som yderligere inspiration til fremtidigt arbejde i kommunen.

Medlemmerne af arbejdsgruppen er sammensat af repræsentanter fra Brønderslev og Dronninglund Kommune, Nordjyllands Amt, praktiserende læger, Kommunens Sundhedskoordinatorer samt MarselisborgCentret i Århus. En klinisk projektleder er ansvarlig for den lokale indsats og koordinering.

I forbindelse med gennemførelse af projektet har der været vist stor interesse og deltagelse fra såvel borgere som forskellige faggrupper i Kommunen. En særlig tak rettes til borgere, der har deltaget og bidraget med viden og nytænkning. Desuden rettes en speciel tak til praktiserende læger for positiv medvirken til opstart af projektet, samt en særlig tak til samtlige personaler, der gennem fokusgruppeinterviews har bidraget med stor entusiasme, faglighed og nye ideer. Til slut rettes en speciel tak til både projekt- og arbejdsgruppen, samt Brønderslev Kommunes kliniske projektleder for sparring, god dialog og samarbejde gennem hele projektforsløbet. En helt speciel tak til Jørgen Pedersen, som har repræsenteret Diabetesforeningen og deltaget med personlige erfaringer og ekspertise.

På vegne af arbejdsgruppen

Susanne Hyltdgaard, sygeplejerske - MPH
Projekt- og udviklingskonsulent ved MarselisborgCentret

Rapporten er trykt juni 2007.

Sammenfatning

Kroniske lidelser, som følge af livsstilssygdomme, er et hastigt voksende problem i Danmark. Ændringer i befolkningens levetid og levevis er med til at øge tilvæksten af livsvarige sygdomme som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes (sukkersyge). Sygdommene medfører ofte senkomplikationer med behov specifikke sundhedsindsatser og genoptræning, og de 2 sygdomsgruppers lange og komplekse forløb stiller da også væsentlige krav til sundhedsvæsnets organisering, indsats og økonomi. Sundhedsloven, Lov nr.546 af 24. juni 2005, påpeger, at der er et særligt behov for at styrke sundhedsvæsnets samlede indsats på området.

Mindst 200.000 mennesker i Danmark har KOL i varierende sværhedsgrad, og andelen er stigende. Det skønnes at en stor andel har sygdommen, uden at den er diagnosticeret. I løbet af de sidste 10 år er antallet af dødsfald som følge af sygdommen KOL tredoblet, og WHO estimerede i år 2002 KOL som den 3. hyppigste dødsårsag i verden.

Type 2-diabetes skønnes at blive en af det danske sundhedsvæsnets største udfordringer i de kommende år. I løbet af de seneste 10 år er antallet af mennesker med type 2-diabetes fordoblet. Det anslås, at cirka 300.000 danskere på nuværende tidspunkt lider af sygdommen, hvoraf omkring de 150.000 personer har sygdommen uden at være vidende om det.

Regeringen har gennem de seneste år lagt op til en samlet national og styrket indsats på området, både gennem Sundhedsloven og Folkesundhedsprogrammet "Nationale strategier for år 2002-2010". Med gennemførelsen af Strukturreformen 1. januar 2007 er fordelingen af genoptræningsindsatser og sundhedsopgaver regioner og kommuner imellem ændret, og fremover er forebyggelse, pleje og genoptræning fysisk, psykisk og socialt kommunernes myndighedsansvar.

I 2005 fik Brønderslev Kommune puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til udvikling af den sundhedsfaglige indsats. I forbindelse med etableringen af et samlet Sundhedscenter ønsker kommunen, som et specielt tiltag, at styrke rehabiliteringsindsatsen til borgere med KOL og type 2-diabetes. I samarbejde med MarselisborgCentret udarbejdes en model for rehabiliteringsindsatsen til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune. Hensigten er at udvikle en rehabiliteringsmodel, der har afsæt i lokal praksis, evidensbaseret viden, standarder og kliniske retningslinjer. Desuden skal modellen medvirke til at synliggøre kommunens rehabiliteringstilbud samt samarbejdsrelationer faggrupper og sektorer imellem.

Indholdet i denne rapport synliggør den viden, der er opnået i forbindelse med afsøgning af litteratur, data indsamlet gennem en lokal borgergruppe, og et tværfaglig og tværsektoriel personales viden og erfaringer om den kommunale rehabilitering.

Sygdom er den hyppigste årsag til funktionstab. Den fremtidige udfordring og fordring på rehabiliteringsområdet ligger i at reducere funktionstab, der opstår på baggrund af sygdom, og at bedre livskvaliteten for den enkelte borger. Rehabiliteringsbegrebet, der anvendes i denne rapport, tager udgangspunkt i Hvidbogen udarbejdet af Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret. Rehabiliteringsbegrebet sætter bredt fokus på indsatser der vægter hele menneskets liv, herunder samspillet mellem helbred, evne til at fungere i hverdagen, den enkeltes mestringsevne og omgivelsernes støtte. Rehabilitering er en dynamisk proces, hvor borgeren er den eneste gennemgående person i forløbet og selv bliver en aktiv medspiller i sygdomsforløbet. Rehabilitering ses som tværfaglige indsatser, der skal styrke borgeren til at håndtere egen sygdom og hverdagsliv.

Borgere med en diagnosticeret KOL eller type 2-diabetes skal sikres tidlig adgang til en synlig rehabiliteringsindsats. I Brønderslev Kommune etableres et rehabiliteringscenter med tværfaglig ekspertise, koordinatore, synlige indsatser og et tæt samarbejde med praktiserende læger, sygehussektoren, den kommunale hjemmepleje samt andre aktører som for eksempel patient

foreninger. Rehabiliteringscenteret skal rumme indsatser af såvel forebyggende, genoptrænnende, netværksskabende og vedligeholdende karakter, og repræsentere en bred vifte af kommunens tilbud. Hos borgerne med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune ses tendenser til sundheds- og livsstilsproblemer, specifikt på områder som Body-Mass Index, ernæring, rygning, motion og aktivitetsområdet. Der ses derfor i den fremtidige kommunale rehabiliteringsmodel at være behov for speciel opmærksomhed på områder som viden om sygdommen, kost og ernæring, rygestop, fysisk aktivitet, motion og medicinbehandling, og der tages udgangspunkt i kvalitetsstandarder og nationale anbefalinger på områderne. Indsatserne relateres til borgerens hverdag.

En af de store udfordringer på rehabiliteringsområdet er at gennemføre indsatserne, således at borgernes kompetencer til at håndtere egen sygdom understøttes. Borgerne sikres forudsætninger til at kunne medvirke aktivt, ved at de rigtige personalekompetencer anvendes specifikt og målrettet borgerens behov. Borgerens mål og ønsker for det daglige liv er styrende for den individuelle planlægning af rehabiliteringsindsatserne. Et væsentligt middel til at gøre borgeren aktiv og opmærksom på egen indsats er synliggørelse af kommunens rehabiliteringstilbud, individuel planlægning og planlagt opfølgning og justering.

Kontinuiteten og koordineringen af rehabiliteringsindsatser er problematisk - sektorer og faggrupper imellem. Dokumentations- og kommunikationssystemerne er vigtige elementer til sikring af sammenhæng, koordinering og kontinuitet i borgerens rehabiliteringsforløb. Lokalt i kommunen er det svært at se sammenhæng i de dokumentationssystemer, der anvendes tværfagligt og tværsektorielt. Nationalt er et fælles IT-baseret dokumentationsredskab under udvikling, og lokalt er Brønderslev Kommune repræsenteret i MedCom's arbejdsgruppe. I forbindelse med den kommunale rehabiliteringsmodel søges kontinuitet, koordinering og dokumentation sikret gennem en "vandrejournal - borgerens rehabiliteringsplan". Planen er baseret på en fælles tværfaglig og bred referenceramme for vurdering af borgerens sygdom, funktionsevne og hverdagsliv - ICF rammen (**I**nternational **C**lassification of **F**unctioning, **D**isability and **H**ealth).

Rehabiliteringsindsatsen til borgerne i Brønderslev Kommune tager fremover afsæt i systematisk kvalitetsudvikling. Personalet sikres øgede kompetencer såvel indenfor rehabiliteringsbegrebet generelt som håndtering af specifikke problemstillinger ved KOL og type 2-diabetes. Indsatsernes kontinuitet søges således bundet sammen ved sektorskift. Monitorering af borgernes sygdomsforløb i Brønderslev Kommune, kan fremover danne grundlag for sammenligning af tendenser og udvikling på det nationale plan og medvirke til en øget kvalitetssikring. Rapportens samlede fokusområder danner baggrund for den kommunale rehabiliteringsmodel, som skal medvirke til at sikre borgernes opmærksomhed på betydningen af forebyggelse, sygdomsindsigt og eget ansvar indenfor KOL og type 2-diabetes området.

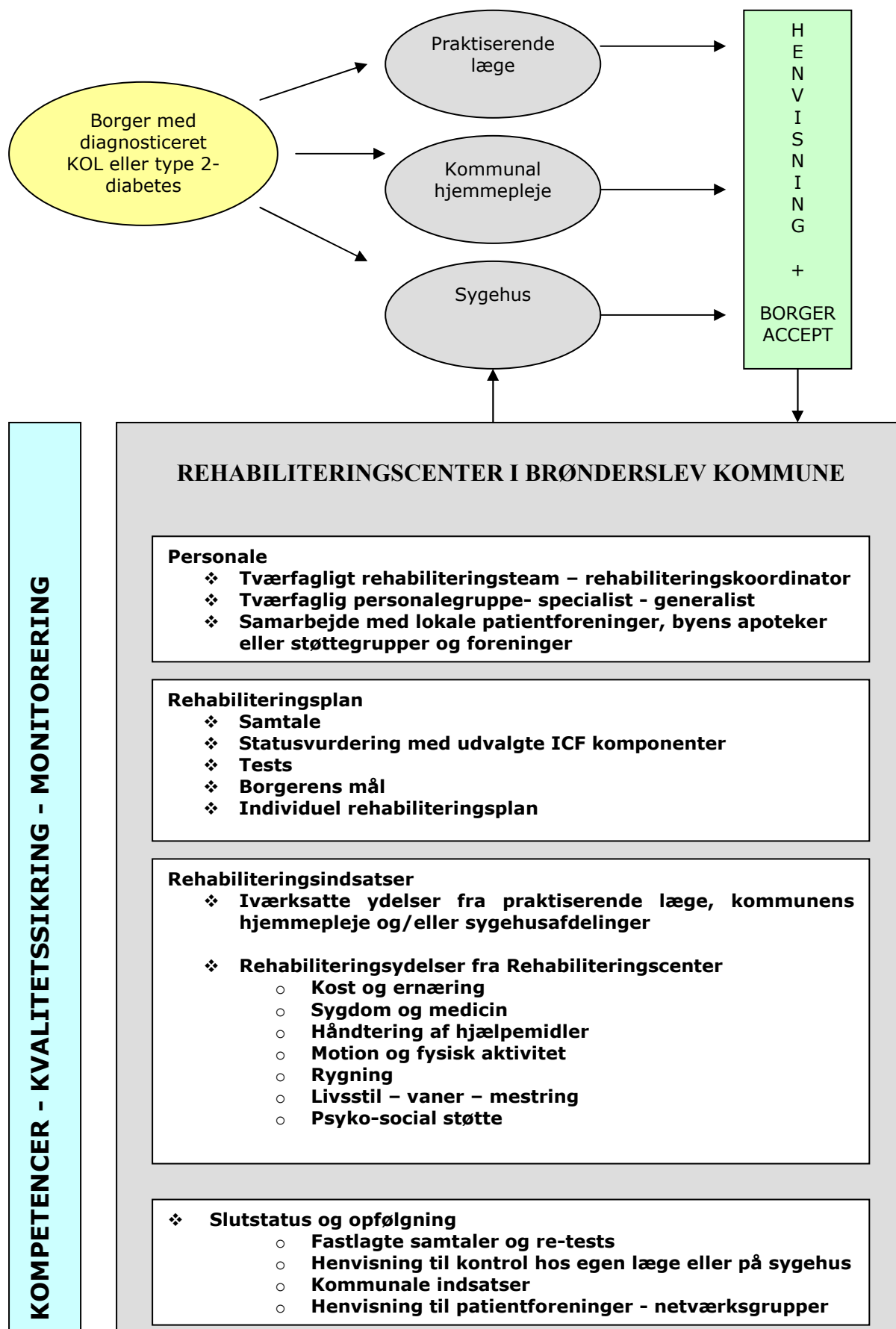
Rehabiliteringsmodellen er sammensat af fire elementer, illustreret og beskrevet i:

- ❖ Et forløbsdiagram
- ❖ En henvisningsformular til rehabiliteringscentret
- ❖ Borgerens rehabiliteringsjournal
- ❖ Kompetenceudviklingsprogram for personale omkring rehabiliteringsbegrebet

Modellens fokusområder er følgende:

- ❖ Rehabiliteringsbegrebet
- ❖ Henvisning til rehabilitering
- ❖ Koordinering og styring af indsatser
- ❖ Vurdering og planlægning af rehabiliteringsforløb
- ❖ Rehabiliteringsindsatser
- ❖ Dokumentations- og kommunikationsredskab
- ❖ Personalekompetencer
- ❖ Kvalitetssikring

Forløbsdiagram for rehabiliteringsmodellen til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune



Indholdsfortegnelse

1.0 Baggrund	2
2.0 Projektets perspektiver	4
3.0 Formål	4
4.0 Projektorganisering	5
5.0 Overordnet metode	6
6.0 Sygdomsgrupper	7
6.1 KOL	7
6.2 Type 2-diabetes	8
7.0 Rehabilitering som begreb	9
7.1 Definition af rehabilitering	9
7.2 Målet med rehabilitering	9
7.3 Genoptræning contra rehabilitering	10
7.4 Centrale elementer i rehabiliteringsbegrebet	10
7.5 Nationale anbefalinger for rehabilitering	12
7.6 Konklusion på rehabiliteringsbegrebet	13
8.0 Teknologi	15
8.1 Materiale og metode	15
8.2 Kommunal rehabilitering	16
8.3 Rehabilitering i Brønderslev Kommune	17
8.3.1 Problemstillinger hos KOL patienter	19
8.3.2 Specifikke problemstillinger hos type 2-diabetes patienter	19
8.3.3 Borgernes oplevelser af de kommunale tilbud	20
8.3.4 Visitatorernes oplevelser af de kommunale tilbud	21
8.3.5 Kommunalt personales oplevelser af de kommunale tilbud	21
8.3.6 Sygehuspersonaleets oplevelser af de kommunale tilbud	21
8.4 Konklusion på teknologi	22
9.0 Borgerperspektiv	24
9.1 Materiale og metode	24
9.2. Borgere med KOL og type 2-diabetes	25
9.2.1 Borgernes oplevelser af at leve med KOL og type 2-diabetes	26
9.2.2 Borgernes kendskab til kommunens tilbud	26
9.2.3 Borgernes opfattelse af sundhedsvæsnets samlede indsats	27
9.2.4 Borgernes kendskab til patientforeninger	27
9.3 Konklusion på borgerdelen	28
10.0 Organisation	29
10.1 Materiale og metode	29
10.2 Organisering af borgerforløb	29
10.2.1 Borgerforløb i Brønderslev Kommune	31
10.2.2 Kommunikation og samarbejde	31
10.2.3 Dokumentation omkring borgerforløb	32
10.2.4 Personalets kompetencer	33

10.2.5 Personalets opfattelse af kommunens rehabiliteringstilbud	33
10.3 Konklusion på organisation	34
11.0 Økonomi.....	36
11.1 Materiale og metode	36
11.2 Økonomi, KOL og type 2-diabetes	36
11.2.1 Resultater fra kommunen	37
11.3 Konklusion på økonomi.....	38
12.0 Konklusion og perspektivering.....	39
13.0 Referenceliste	42
14. Bilagsfortegnelse	47

1.0 Baggrund

Kroniske lidelser, som følge af livsstilssygdomme, er et tiltagende problem i Danmark, og det skønnes at cirka 1-1,5 million mennesker lider af en eller flere kroniske sygdomme (1). Regeringen har gennem de seneste år lagt op til en samlet national og styrket indsats på området, både gennem Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) og Folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet – de nationale strategier for folkesundheden 2002-2010" (2,3,4).

Brønderslev Kommune har cirka 35.000 indbyggere, fordelt over et stort geografisk område, og er dermed en tyndt befolket egn (bilag 1). I år 2005 fik kommunen puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til udvikling af den sundhedsfaglige indsats. Brønderslev Kommune ønsker gennem disse midler blandt andet at styrke indsatsen til borgere med livsstilssygdomme som KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) og type 2-diabetes (sukkersyge). I samarbejde med MarselisborgCentret er det hensigten at udvikle en model for den kommunale rehabiliteringsindsats i forhold til borgere med KOL og type 2-diabetes (bilag 2).

Sygdomsforløb hos borgere med kroniske lidelser er progredierende, lange og livsvarige. Mange udvikler senkomplikationer og funktionstab af fysisk, psykisk eller social art med store konsekvenser for det enkelte menneske og dennes familie til følge. For samfundet betyder de lange og komplekse sygdomsforløb en væsentlig økonomisk belastning, og det skønnes da også, at 70-80% af de ressourcer, der anvendes i sundhedsvæsenet, bruges i forbindelse med kroniske sygdomme (5). Den fremtidige udfordring og fordring overfor borgere med kroniske sygdomme skal medvirke til at hindre komplikationer, reducere funktionstab, samt bedre livskvaliteten for det enkelte menneske og dennes familie.

Mindst 200.000 mennesker i Danmark har KOL i varierende sværhedsgrad, og andelen er stigende. Det skønnes at en stor andel har sygdommen, uden at den er diagnosticeret, idet mange gradvist lærer at leve med symptomerne. I Danmark resulterede sygdommen KOL i år 2001 i cirka 23.000 indlæggelser fordelt på 13.000 personer, mens genindlæggelsesfrekvensen nationalt er beregnet til omkring 25%. Dertil kommer cirka 33.000 ambulante kontrolbesøg og en ukendt lang række konsultationer ved de praktiserende læger (7,8,9,12,14). I år 2002 kostede sygdommen KOL samfundet omkring 3 milliarder kroner, hvoraf den største andel (97%) blev anvendt til sygehusbehandling, mens ressourcerne til forebyggelse og rehabilitering i kommunerne ikke skønnes tilsvarende øget (10,11).

Type 2-diabetes menes at blive en af det danske sundhedsvæsens største udfordringer i de kommende år. Det anslås, at cirka 300.000 danskere på nuværende tidspunkt lider af type 2-diabetes, og af disse har cirka halvdelen sygdommen uden at være vidende om det. Tilvæksten i antallet af type 2-diabetes øges i takt med den øgede levestandard og længere levetid. Hvert år diagnosticeres cirka 10.000 nye tilfælde i Danmark, og tilvæksten er større end WHO's hidtidige beregninger. Type 2-diabetes er stærkt forbundet med stigende alder og overvægt, og specielt senkomplikationer af sygdommen fra hjerte og kar bevirker et stort træk på sundhedsvæsenet. Ifølge diabetesforeningens hjemmeside koster type 2-diabetes årligt samfundet mellem 2-3 milliarder kroner i sygehusophold, komplikationsbehandling, lægebesøg, hjemmehjælp, pensioner og tabt arbejdsfortjeneste (15,17,18,19).

Med gennemførelsen af Strukturreformen 1. januar 2007 er der lagt op til en ændret fordeling af genoptræningsindsatser og sundhedsopgaver regioner og kommuner imellem. Fremover har begge parter et fælles ansvar for etablering af sammenhængende forløb til borgere med kroniske lidelser, mens opgaver som forebyggelse, pleje og genoptræning fysisk, psykisk og socialt er kommunernes ansvar. At kunne imødegå sammenhængende indsatser til borgere med disse langvarige og komplekse forløb i kommunen stiller særlige krav til sundhedsvæsens indsats, koordinering og organisering (2,20,21).

Nationalt har man søgt at kvalitetssikre de sundhedsfaglige ydelser. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for forebyggelse, sygdomsforløb og rehabilitering, hvilket giver mulighed for at ensrette indsatserne parallelt i det kommunale og regionale sundhedsvæsen. For tiden arbejdes med et forløbsprogram for kronisk sygdom som skal sikre, at den samlede indsats bindes sammen i en konkret organisering. Forløbsprogrammerne udarbejdes også på det sygdomsspecifikke område, og de ses som en væsentlig forudsætning for implementeringen af indsatserne på blandt andet diabetes området (22,23,24,25).

På KOL området er der siden cirka 1998 arbejdet med internationale og nationale "guidelines" og standarder, og i december 2006 udkom Sundhedsstyrelsens anbefalinger for sygdommen KOL. Anbefalingerne er udarbejdet efter gennemgang af videnskabelig litteratur (evidensbase-rede), og dækker både forebyggelse, rehabilitering samt organisering af forløbene. Tidlig opsporing af sygdommen, rygeophør, fysisk aktivitet, social mestring, undervisning og sund kost indgår som vigtige indsatser i udviklingen af KOL programmerne. Desuden sættes der i anbefalingerne fokus på, at indsatser skal medvirke til at opbygge patientens evne og uddannelse til selv at mestre og tage ansvar for egen sundhed og hverdagsliv (26,27).

På type 2-diabetesområdet udgav Sundhedsstyrelsen i år 2003 en MTV-rapport. Rapportens evidensbaserede anbefalinger vægter screening, forebyggende livsstilsændringer og rehabiliterende indsatser, og anbefalingerne anvendes ofte som basistilbud i indsatsen overfor patienter med type 2-diabetes. Trods mange målrettede indsatser overfor livsstilsproblemerne ses blandt andet fedme som et uændret og stigende problemområde. Forskellige metoder er anvendt for at få befolkningen til at ændre livsstil. Metoderne er endnu mangelfuldt undersøgt, og det er problematisk i praksis at få klarlagt, hvordan man får folk til at ændre livsstil. Der lægges i Sundhedsstyrelsens rapport op til, at der i højere grad bør sættes fokus på at synliggøre indsatser og metoder, der medvirker til at fastholde viden, motivation og ansvarlighed hos den enkelte borger med diabetes (15).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægger således op til en samlet regional og kommunal indsats på KOL og type 2-diabetes området. Efter Sundhedslovens § 203-205 er regioner og kommuner forpligtet til at indgå lokale Sundhedsaftaler med henblik på, at sikre sammenhængende forløb for borgerne og klarlægge opgavefordelingen. På KOL området har en arbejdsgruppe i det tidligere Nordjyllands Amt, forud for de lokale Sundhedsaftaler, arbejdet med patientforløb for kronikergruppen, herunder patientforløb for borgere med KOL. Efter 1. januar 2007 samarbejder de 11 nye kommuner i Nordjylland og Region Nord omkring udformningen af de obligatoriske Sundhedsaftaler, og disse indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen inden 1. april 2007. I Region Nord arbejdes der ligeledes med den nationale "Genoptræningsplan". Genoptræningsplanerne forventes iværksat 1. januar 2007, i første omgang i papirudgave.

Med baggrund i udviklingen af både KOL og type 2-diabetes sygdommene, kommunernes nye rehabiliteringsopgaver og Sundhedsstyrelsens anbefalinger, ses der et stort behov for udvikling af den kommunale rehabilitering på området. Hensigten i Brønderslev Kommune er at opbygge et tilbud, som på samme tid øger kvaliteten af den kommunale indsats, og sikrer sammenhæng og synlighed i indsatser og opgaver sektorerne og faggrupper imellem for borgerne.

Spørgsmålet er derfor: "Hvordan organiseres rehabiliteringsindsatsen i Brønderslev Kommune, så den afspejler eksisterende lokale muligheder, borgernes og personalets ønsker, "best practice" samt nationale anbefalinger og standarder på området?

2.0 Projektets perspektiver

I forbindelse med etableringen af et samlet Sundhedscenter ønsker Brønderslev Kommune at udvikle en model for den fremtidige kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med KOL og type 2-diabetes.

Det ses desuden som vigtigt, at ny viden og erfaring om faktorer, der har betydning for et godt sammenhængende forløb, kan anvendes som baggrund for rehabilitering af borgere med andre kroniske sygdomme.

Hensigten med dette projekt er:

- At udvikle en model, som Brønderslev Kommune kan anvende i forbindelse med afprøvning af nye tværfaglige og tværsektorielle indsatser i rehabiliteringen af borgere med KOL og type 2-diabetes
- På nationalt plan at udvikle et spydspids-projekt, som kan danne model for fremtidig udvikling af national rehabilitering i kommunerne indenfor forskellige kroniske sygdomme

Spørgsmål, der søges belyst gennem projektet, er:

- Hvilke elementer har betydning for et godt rehabiliteringsforløb i Brønderslev Kommune?
- Hvordan kan indsatsen for borgere med KOL og type 2-diabetes styrkes i Brønderslev Kommune, således at borgerne oplever, at de kan opretholde et selvstændigt og aktivt liv?
- Hvordan kan borgere med en kronisk lidelse blive en aktiv deltager i eget sygdomsforløb og styrkes til at håndtere hverdagslivet?
- Er hele borgerens livssituation og netværk medtænkt i forløb og indsatser på tværs af sektorer og fag?
- Er det muligt at ressourceoptimere eller ændre på ressourceforbruget ved at differentiere målet?

3.0 Formål

Formålet med dette projekt er at udarbejde en model for det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune.

4.0 Projektorganisering

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Brønderslev Kommune og MarselisborgCentret i Århus. I forbindelse med regionsdannelse og kommunernes sammenlægning 1. januar 2007 er Brønderslev og Dronninglund Kommuner sammenlagt, og benævnes fremover i rapporten som Brønderslev Kommune.

Projektledeelse:

- Projektleder er Susanne Hyldgaard, MPH, projekt- og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret, Århus. Projektleder varetager den overordnede koordinering af projektet og udarbejder rapport og model.
- Klinisk projektleder er Trine Bødker, fysioterapeut, ansat af Brønderslev Kommune den 15.05.2006. I den første periode indtil ansættelsen af den kliniske projektleder er opgaverne varetaget af daværende sundhedskoordinator, Inge Tengnagel, Brønderslev Kommune.

Projektgruppens medlemmer:

Projektgruppens opgaver har været den overordnede styring af projektet i forhold til metode, organisering af projektet samt rapporten. Projektgruppen har afholdt fire møder.

Projektgruppens medlemmer er:

Leder af sundhedsområdet, Inge Tengnagel, Brønderslev Kommune

Leder af Forebyggelse og Træning, Helle Rasmussen, Brønderslev Kommune

Klinisk projektleder, Trine Bødker, Brønderslev Kommune

Direktør for MarselisborgCentret Betty Nørgaard Nielsen, Århus (indtil 30.09.2006)

Projektleder, projekt- og udviklingskonsulent, Susanne Hyldgaard, MarselisborgCentret, Århus.

Arbejdsgruppens medlemmer:

Arbejdsgruppens opgaver har været at følge projektet samt at bistå projektleder med sparring vedrørende projektet. Arbejdsgruppen har afholdt fire møder.

Arbejdsgruppens medlemmer er kommunalt og regionalt forankret med faglig ekspertise og viden om lokale forhold. Medlemmerne er:

Leder af sundhedsområdet Inge Tengnagel, Brønderslev Kommune

Leder af forebyggelse og træning Helle Rasmussen, Brønderslev Kommune

Klinisk projektleder og fysioterapeut Trine Bødker, Brønderslev Kommune

Projektmedarbejder og fysioterapeut Lars Lejbølle, Region Nord

Distriktsleder og sygeplejerske Susanne Holm, Brønderslev Kommune

Visitator og ergoterapeut Jane Dahl, Brønderslev Kommune

Leder af Ældreområdet Bodil Christiansen, Brønderslev Kommune (indtil 31.12.2007)

Souschef Else Lodberg, Brønderslev Kommune

Praktiserende læge Jan Nybo, Brønderslev

Afdelingssygeplejerske Tove Kærsgaard, Lungemedicinsk afd, Sygehus Vendsyssel-Hjørring

Sygeplejerske Diabetes teamet Kirsten Malthesen, Ålborg Sygehus Dronninglund

Repræsentant for Diabetesforeningen Jørgen Pedersen, Hjørring

Direktør, MarselisborgCentret Betty Nørgaard Nielsen, Århus (fra projektstart til 30.09.2006)

Ledende socialoverlæge Claus Vinter-Nielsen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (fra 01.10.2006)

Projekt- og udviklingskonsulent, MPH Susanne Hyldgaard, MarselisborgCentret, Århus.

5.0 Overordnet metode

Projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt mellem Brønderslev Kommune og Marselisborg-centret, Århus og gennemføres i flere faser. For MarselisborgCentret afsluttes projektet med udarbejdelse af en model for kommunal rehabilitering til borgere med KOL og type 2-diabetes samt en rapport. Brønderslev Kommune afslutter projektet med implementering, og der tages stilling til en eventuel fælles evaluering af modellen. Undersøgelsen gennemføres i en MTV (Medicinsk Teknologi Vurdering) analyseramme, men er ikke planlagt og udført som en egentlig MTV undersøgelse.

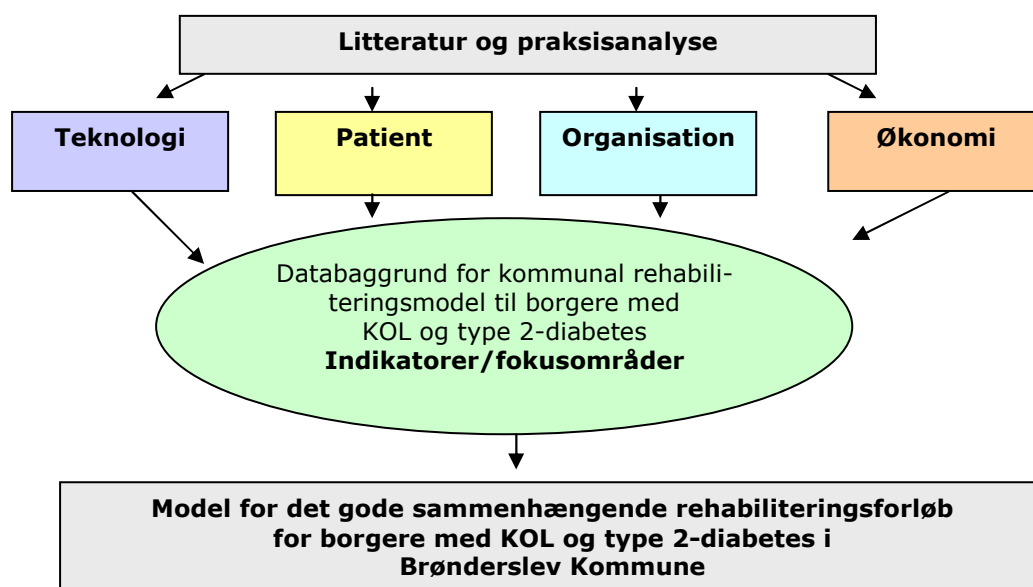
En MTV undersøgelse er en systematisk vurdering af en medicinsk teknologi, der omfatter en helhedsvurdering, som kan anvendes som grundlag for beslutninger om forbedring eller fastholdelse af kvaliteten i forhold til sundhedsvæsnets omkostninger. Medicinsk teknologi er procedurer og metoder til forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering. En MTV model indeholder fire aspekter, teknologi, patient, organisation og økonomi (28).

I dette projekt giver anvendelsen af MTV analyserammen mulighed for en systematisk tilgang til indhentning af de data, der anvendes som baggrund for opbygningen af den kommunale rehabiliteringsmodel. De fire dimensioner i MTV modellen er anvendt som en metodisk tilgang og ramme i analysen af såvel litteratur som den nuværende lokale kliniske praksis.

I forbindelse med projektet er der gennemført en afsøgning og gennemgang af central litteratur med henblik på at afdække viden om kommunal rehabilitering til borgere med KOL og type 2-diabetes. Søgestrategien har været litteratursøgning fra nationale og internationale databaser, og litteraturen præsenteres i de forskellige afsnit omkring teknologi, borger, organisation og økonomi. I rapporten indgår også nationale anbefalinger og guidelines på KOL og type 2-diabetes området.

Data indsamles gennem personale og borgere i Brønderslev Kommune samt fra personale ved de samarbejdende sygehuse indenfor KOL- og diabetesområdet i henholdsvis Ålborg, Hjørring og Dronninglund. Datamaterialet fra lokal praksis i Brønderslev Kommune er analyseret og sammenholdes med litteraturen. Der udledes opmærksomhedsområder og indikatorer, der anses som vigtige at medtænke i en model for kommunal rehabilitering til de 2 målgrupper (figur 1). Samtlige data er indsamlet i perioden juni-oktober 2006, og der anvendes såvel kvantitativ som kvalitativ metode.

Figur 1. Model for undersøgelse ud fra de 4 elementer i Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV – model).



6.0 Sygdomsgrupper

For at få indblik i omfang og konsekvenser af at leve med KOL og type 2-diabetes beskrives i dette afsnit udvikling, behandling og de samfundsmæssige konsekvenser af de 2 sygdomme.

6.1 KOL

Definition

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) definerer KOL som en sygdomstilstand karakteriseret ved en begrænsning i luftstrømningshastigheden, som ikke er fuldstændig reversibel (29,30). I Danmark er KOL den 4. hyppigste dødsårsag, og cirka 3.500 dør årligt af sygdommen. Ved yderligere 2.200 dødsfald af anden årsag er KOL en medvirkende årsag (7,12). I Region Nord forventes cirka 22.800 personer at have KOL, og sygdommen fører årligt til cirka 2.600 indlæggelser fordelt på 1.486 personer. Dertil kommer ambulante besøg, samt en lang række konsultationer ved de praktiserende læger, medicinudgifter, hjælpemidler, træning og hjemmepleje. I kommunen er det svært at få et præcist tal på antallet af borgere med en diagnosticeret KOL, men ved udregning på baggrund af nationale tal, skønnes det at dreje sig om 1.500 personer (31).

Symptomer

Sygdommen KOL er progredierende og irreversibel, hvilket vil sige, at det ødelagte lungevæv ikke genopbygges. Årsagen til sygdommen begrundes hos 85-90% i tobaksrygning og sygdommen er derfor ofte opfattet som selvforskyldt. De øvrige tilfælde af KOL har baggrund i medfødte lungesygdomme eller arbejdsmiljøet. KOL symptomerne udvikler sig over en årrække, og mange patienter vænner sig til at leve med symptomerne. De hyppigste symptomer er hoste, opspyt af slim og åndenød. Som sygdommen udvikler sig ses tiltagende åndenød med nedsat ilt i blodet, vægttab, funktionsnedsættelse, inaktivitet, angst og ofte social isolation til følge. Sygdomsforløbet er karakteriseret ved perioder med hurtig akut forværring (exacerbation) og udvikling i sygdommen på grund af infektioner. Dette bevirker sygehusindlæggelser og hyppige genindlæggelser (6,7,29).

Diagnosticering og behandling

Sygdommen diagnosticeres på patientens symptomer sammenholdt med en lungefunktionsundersøgelse. Diagnostikken understøttes ofte med røntgen undersøgelser af lungerne samt specifikke blodprøver. Behandlingsindsatsen opstartes, når sygdommen er diagnosticeret. Der ydes medicinsk behandling, lungefysioterapi og i stor udstrækning forebyggende og rehabiliterende indsatser. Det tobaksbetingede tab af lungefunktionen kan bremses ved rygestop, og generelt vægtes rygestop højt i forebyggelse og behandlingen af sygdommen (14,26,29,33).

Sværhedsgraden af KOL diagnosticeres ofte på baggrund af FEV1 (forceret ekspiratorisk volumen i 1. sekund) og defineres som nedsættelsen af FEV1 i forhold til den forventede normalværdi hos et menneske. Sygdommen inddeles i mild, moderat og svær KOL. Oftest er dette ikke et entydigt udtryk for, hvad den enkelte borger kan, idet mestring også er afhængig af andre faktorer som netværk, boligforhold, livsstil og evne eller vilje til selv at klare livet.

Patienter med mild KOL mærker ofte kun sygdommen ved fysisk anstrengelse, mens personer med svær KOL ofte er invalideret af sygdommen i en sådan grad, at der er stort behov for hjælp til de daglige gøremål samt støtte til angsthåndtering. Aktiviteter som personlig hygiejne, indkøb og socialt samvær sætter begrænsninger for en normal dagligdag, og indsatsmæssigt er patienter med KOL en meget ressourcekrævende gruppe at støtte i det samlede sundhedsvæsen (26,32).

6.2 Type 2-diabetes

Definition

Type 2-diabetes er en sygdom (et syndrom) karakteriseret ved forhøjet blodsukker på grund af nedsat følsomhed for insulin samt tendens til udvikling af senkomplikationer. Sygdommen ses med en genetisk disposition, men livsstilsfaktorer som fedme, manglende motion og højt indhold af mættede fede syrer og kalorier i kosten menes at have stor betydning for udviklingen af sygdommen. Risikoen for at få type 2-diabetes stiger med alderen, og den gennemsnitlige alder på diagnosetidspunktet er 60-65 år. Der er evidens for, at borgere som får type 2-diabetes tidligt i livet, har en betydelig nedsat restlevetid (15,19,34).

Type 2-diabetes er en alvorlig lidelse, og cirka 200.000-300.000 skønnes at have sygdommen. Da sygdommen i en lang periode udvikles asymptomatisk, er halvdelen ikke bekendt med, at de har sygdommen. Aktuelt diagnosticeres årligt 10.000-20.000 nye tilfælde af type 2-diabetes i Danmark, og tilvæksten vil øges de næste årtier. Sygdommen medfører en række senkomplikationer, som har stor betydning for patientens sundhedstilstand og dødelighed, og sygdommen er forbundet med store samfundsøkonomiske omkostninger (15,17). I forhold til type 2-diabetes skønnes der, på baggrund af de nationale tal, at være omkring 1.000 personer i Brønderslev Kommune, der er vidende om sygdommen og en ligeså stor gruppe, der endnu ikke ved det. Oplysninger fra personalet ved Sygehus Vendsyssel i Hjørring tyder på, at der årligt følges 1.000 personer i ambulant regi og på Ålborg Sygehus følges 1.600 personer.

Symptomer og diagnosticering

Diagnosen stilles ved måling af faste blodsukker samt på det kliniske billede. Sygdommen er karakteriseret ved for højt indhold af glukose i blodet som følge af et misforhold mellem insulinproduktion og den perifere insulinfølsomhed i vævene. Omkring 80% af de nydiagnosticerede patienter er overvægtige målt som Body Mass Index, og allerede på diagnosetidspunktet har halvdelen af type 2-diabetikere mindst en diabetisk følgesygdom. Udviklingen af type 2-diabetes medfører sendiabetiske følger i pulsårerne samt symptomer fra det perifere nervesystem (34,35).

Behandling

Behandlingen af type 2-diabetes foregår hovedsagelig i almen praksis og ofte i et tæt samarbejde med behandlere i det øvrige sundhedsvæsen. Basisbehandlingen kan være farmakologisk eller non-farmakologisk men typisk anvendes en kombinationsbehandling. Den non-farmakologiske indsats er rettet mod livsstilsændringer med blandt andet kostregulering, begrænset indtag af kulhydrater og fedtstoffer, vægttab samt øget motion og rygestop. Indsatsen kan være farmakologisk suppleret med antidiabetica, enten i form af tabletbehandling eller som insulin ved injektionsbehandling. Behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol i blodet er et nødvendigt supplement. Da patienter med type 2-diabetes ofte har flere sygdomme, er der også større sandsynlighed for, at borgeren får flere medikamina. Medikamentel behandling med mange præparater kan, specielt hos ældregruppen, være forbundet med compliance problemer – dvs. manglende korrekt gennemførelse af den medicinske behandling (15,34,36,37).

Sygdommens sammenhæng med livsstil har betydning for patientens sundhedstilstand. Ændrede vaner samt daglig medicinsk behandling har stor indflydelse på patientens hverdagsliv. Fortløbende konsultationer ved forskellige faggrupper med fokus på borgerens livsstil er essentiel, for at borgeren oplever ansvar og motivation. Forebyggende og rehabiliterende indsatser som rygestop, hyppig kontrol af blodglukose og blodtryk, vejning, måling af fedtindholdet i blodet, vægttab og kostvejledning er vigtige elementer. En effektiv forebyggende indsats over for hjøriskogrupeer har vist at kunne reducere risikoen for udviklingen af sygdommen med 50%. Rygestop bør prioriteres højt, idet tobak er en af de vigtigste risikofaktorer for hjerte-kar sygdom blandt personer med type 2-diabetes. Hos borgere med denne sygdom er der evidens for forskellige behandlings- og rehabiliteringsindsatser (15,35).

7.0 Rehabilitering som begreb

Jo bedre det enkelte menneske fungerer i samfundet, des mere kan vedkommende præstere i sit daglige liv og i forhold til samfundet. Samspillet mellem faktorer som helbred, funktionsevne, funktionsniveau, netværk og omgivelser kan let påvirke, hvordan det enkelte menneske mestrer sit liv efter en sygdom, og rehabilitering kan betragtes som en dynamisk proces. At mestre hverdag og sociale aktiviteter er betinget af, hvad den enkelte person kan eller skal fortage sig i hverdagen, og rehabiliteringsindsatser bør derfor rettes mod hele borgerens daglige liv (38).

7.1 Definition af rehabilitering

Fra såvel politikere som fagfolk, borgere og patientforeninger er der stigende fokus på rehabiliteringsbegrebet. Internationalt er rehabiliteringsbegrebet defineret på forskellig måde, men det omhandler generelt funktionsevne, værdighed og livskvalitet.

Rehabiliteringsbegrebet er beskrevet både internationalt og nationalt. Området er endnu ikke tilstrækkeligt dokumenteret i praksis, og der genereres hele tiden ny viden nationalt og internationalt. MarselisborgCentret har i samarbejde med Rehabiliteringsforum Danmark udgivet Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet i Danmark.

Rehabiliteringsbegrebet defineres i Hvidbogen således:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Heri ses det, at rehabiliteringsbegrebet bredt sætter fokus på, hvordan det enkelte menneske klarer sig i hverdagen trods et funktionstab, og hvordan funktionsniveauet påvirker evnen til at fungere i hverdagen - funktionsevnen. Rehabilitering ses som målrettede, tidsbestemte og sammenhængende indsatser, hvor flere aktører og faggrupper yder en samlet indsats. Borgeren ses som den eneste gennemgående person i hele rehabiliteringsforløbet, mens samarbejdspartnerne er forskellige personalegrupper, der arbejder i flere forskellige sektorer (38).

7.2 Målet med rehabilitering

Fremtidens udfordring på rehabiliteringsområdet ligger i at hindre og reducere funktionstab, der opstår på baggrund af sygdom og at bedre livskvaliteten for det enkelte menneske. Side-løbende reduceres risikoen for udvikling af yderligere sygdomme og funktionstab.

Rehabilitering tager udgangspunkt i dialogen og samarbejdet mellem borgeren og de professionelle. Personalets og borgerens egen indsats skal medvirke til, at borgeren kan skabe sig et godt liv ud fra sine egne præmisser, sammen med sin familie.

I Hvidbogen ses målet med rehabilitering defineret som indsatser, der er medvirkende til at:

- ❖ bevare eller fremme livskvalitet
- ❖ genvinde tidligere funktionsniveau eller opnå højest mulig funktionsevne
- ❖ forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere af funktionsevnen
- ❖ kunne leve med varige funktionsnedsættelser eller kronisk sygdom og fremme sundhed ved at kunne mestre sin situation
- ❖ opnå ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet

Borgerens ønsker og mål omtales som væsentlige for opstart af et godt rehabiliteringsforløb. Planlægning af indsatser og forløb anbefales tilpasset individuelt, og når borgeren er motiveret. I en rehabiliteringsproces er borgerens egne beslutninger og deltagelse af helt afgørende betydning for indsatsen.

7.3 Genoptræning contra rehabilitering

Kommunernes fremtidige obligatoriske genoptræningsopgave øger behovet for at få klarhed på den fælles tværfaglige og tværsektorielle opfattelse af begreber som genoptræning, træning, rehabilitering og kommunal rehabilitering. I forskellige personalegrupper og politisk, hersker der ofte uklarhed om rehabiliteringsbegrebet, og genoptræning ses ofte anvendt synonymt med rehabilitering. I Sundhedsloven og vejledningen tales om genoptræning fysisk, psykisk og socialt.

Genoptræning er indgået som en del af behandlingsindsatsen på såvel sygehuse som i kommunerne gennem flere år og handler primært om restituering af kroppens funktioner. Genoptræning af patienter i sygehussektoren sker oftest målrettet den sygdom, der er årsag til funktionsnedsættelsen, og træningsindsatsen gennemføres sideløbende med lægelig behandling. Kommunal genoptræning udtrykkes mere rettet mod funktionstab. Kommunale indsatser gennemføres ofte som træning på hold eller individuelt, såvel i træningsenheder som i borgerens eget hjem.

Genoptræning kan ikke sidestilles med det bredere rehabiliteringsbegreb, men kan ses som et enkelt og yderst væsentligt element i en rehabiliteringsindsats. Rehabilitering kan således ansues som et bredt begreb, hvor de faktorer, der påvirker borgerens hele liv, medtages, mens genoptræning kan ses som et mere snævert begreb. Borgerens egne beslutninger og deltagelse er helt afgørende for rehabiliteringsindsatsen. Udgangspunktet er hele borgerens liv samt en helhedsorienteret indsats, der sigter mod, at borgeren kan deltage i et tilfredsstillende hverdagsliv.

7.4 Centrale elementer i rehabiliteringsbegrebet

Rehabilitering skal ses som sundhedsaktiviteter, der indeholder elementer af sundhedsfremme og forebyggelse. Centrale elementer indenfor rehabilitering er ifølge Hvidbogen:

- ❖ Borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen
- ❖ Individuel tilrettelæggelse
- ❖ Helhedsorienteret tilgang
- ❖ Målorientering og tidsperspektivering
- ❖ Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- ❖ Vidensbaseret og kvalitetsorientering
- ❖ Koordinering

Samarbejde og dialog med borgeren er helt centrale elementer i rehabiliteringsbegrebet. At inddrage den enkelte borgers mening ses som en meget stærk og motiverende faktor i samarbejdet og bør vægtes højt. Borgerens motivation er den første og væsentligste forudsætning for, at borgeren selv tager initiativ og gør noget aktivt, og der er stor forskel på, hvordan den enkelte formår at udnytte egne ressourcer og netværk. I den enkelte praktiske situation stiller det store faglige og menneskelige krav til den tværfaglige og tværsektorielle personalegruppe.

Borgeren skal styrkes til at klare hverdagslivet, og langt de fleste har da også selv ønsker og krav til, hvordan det skal fungere. Begreber som empowerment (viden til at håndtere sygdommen med) og mestring/coping (måden vi håndterer på) er derfor knyttet til rehabiliteringsbegrebet. Det fordrer patientundervisning, styrkelse af borgerens egenomsorg, støtte til adfærdssændringer i hverdagen, samt kontinuerlig opfølgning og efterbehandling. Ansvar for den faglige ekspertise og kvaliteten har de fagprofessionelle, men borgeren tager beslutning om det hverdagsliv, han/hun ønsker at leve. Personer i borgerens nærmiljø, samt netværk på institutioner og arbejdspladser, har stor mulighed for at give viden og støtte til borgeren, og således medvirke til at gøre borgerens dagligdag håndterbar og præget af livskvalitet (38).

Et rehabiliteringsforløb skal tilpasses individuelt, og Hvidbogen anbefaler udarbejdelse af en individuel plan indeholdende borgerens mål og ønsker for fremtiden. Målene tager afsæt der, hvor borgeren er, nedskrives sammen med borgeren, følges og justeres regelmæssigt. Borgerens mål kan anvendes som styringsredskab og fælles plan for samtlige faggrupper.

Sammenhængen i indsatserne henover sektorgrænsen er afgørende for, om borgeren oplever et succesfuldt forløb. Det er vigtigt, at "trådene" ikke slippes i en kortere eller længere periode, således at opnåede funktioner og motivation spildes. Indsatser bør følges op med samme faglige viden ved sektorskift, og målene revurderes i forhold til de ændrede betingelser, borgeren udsættes for som følge af sektorskift samt ændrede vilkår i netværk og dagliglivet. Derfor skal der også sikres et kommunikationssystem, som alle kan handle efter. Et stærkt tværfagligt samarbejde er derfor vigtigt, og betydningen af at arbejde tværfagligt understreges i Hvidbogen således:

"Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde er vigtigt, fordi borgerens situation og rehabiliteringsbehov er mangefacetteret og kræver fleksible og tværsektorielle løsninger".

De forskellige faglige indsatser bør følge logisk efter hinanden, men også være parallelle og supplerende for hinanden, for at opnå en sammenhæng - en "rehabiliteringskæde". Både den faglige generalist og den kliniske ekspert er lige betydningsfulde for rehabiliteringsforløbet, men kompetencerne skal sættes ind målrettet borgers behov for eksempel stor ekspertise, når borgeren er nydiagnosticeret eller har et meget komplekst forløb.

I det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring patienter med kroniske sygdomme fokuseres i stigende grad på funktionsevnebegrebet. Afhængigt af hvilken sektor, der er involveret, tages udgangspunkt i diagnose, funktionsevne eller erhvervsevne, men rehabiliteringsindsatser og effektmål bør rettes mod hele menneskets situation. Her kan ICF modellen, en international klassifikation af såvel helbredstilstand og funktionsevnenedsættelse, anvendes som referenceramme.

WHO har vedtaget ICF (**I**nternational **C**lassification of **F**unctioning, Disability and Health) som model for en fælles og ensartet klassifikation af borgere med funktionsevnenedsættelse.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med MarselisborgCentret i år 2003 oversat dette internationale klassifikationsredskab (39,40,41). ICF modellen er udviklet på tværs af faggrupper og sektorer og beskriver menneskets funktionsevne på tværs af sygdomme og alder. Modellen er nationalt og internationalt anvendt og afprøvet både som referencemodel og som kommunikations- og kodningsredskab (figur 2).

Modellen illustrerer samspillet mellem helbred og faktorer, når hele borgerens liv skal medtænkes i rehabiliteringsprocessen. Der skal spørges ind hele vejen rundt om mennesket, gøres status, og i udførelsen skal der sættes fokus på både menneskets personlige ressourcer, evne til aktivitet og deltagelse i dagliglivet samt omgivelserne støtte.

Figur 2. WHO's model for klassifikation af funktionsevne (ICF).



Gennem hele rehabiliteringsforløbet bør der være opmærksomhed på, om den rehabilitering, der er sat i gang, har en effekt. Er de metoder der anvendes, og de indsatser der ydes, de bedst mulige i forhold til borgerens problemstilling og de mål der er sat op? Evidensbaseret rehabilitering tager udgangspunkt i foreliggende forskning. I praksis indebærer det, at der søges ny litteratur, og at tiltag diskuteres i dialog med fagfolkenes praksis.

I Hvidbogen omtales også behovet for en systematisk kvalitetsudvikling. Standarder kan benyttes som et element til at sikre en fælles indsats, og de kan efterfølgende anvendes som baggrund for en systematisk monitorering og evaluering. Her kan de nationale anbefalinger, guidelines og standarder tænkes ind som et fælles grundlag for kommunal praksis.

7.5 Nationale anbefalinger for rehabilitering

Sundhedsstyrelsens anbefalinger, i forhold til patienter med kronisk sygdom, giver et godt bud på forslag til en samlet rehabiliteringsindsats (5). Anbefalingerne er udarbejdet ud fra et evidensbaseret princip, hvilket vil sige, at der forud for fastlæggelsen af den enkelte anbefaling er foretaget en omfattende gennemgang af videnskabelig litteratur med beviser for emnet. Gennemgangen og vurderingen er foretaget af en national ekspertgruppe.

KOL området

KOL rehabilitering er, ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, flerfaglige sundhedsaktiviteter, der har til formål, at den enkelte patient/borger får mulighed for at opnå højest mulige funktionsgrad og livskvalitet i sin dagligdag. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at et samlet rehabiliteringsforløb, der iværksættes for KOL patienter, bør omfatte flere og sammensatte evidensbaserede elementer, og at indsatserne gennemføres i såvel primær som sekundær sundhedstjeneste. Det understreges, at ikke alle patienter/borgere har brug for et fuldt rehabiliteringsforløb, men at forskellige indsatser kan medvirke til, at den enkelte borger oplever øget livskvalitet, og dermed bedre evner at mestre sin sygdom (26).

Rehabiliteringstilbud skal i princippet omfatte alle borgere med diagnosen KOL, som føler sig begrænset i daglige aktiviteter. Et samlet rehabiliteringstilbud anbefales dog iværksat på baggrund af en MRC (**M**edical **R**esearch **C**ouncil Dyspnoea Scale) skala fra 1-5, der vurderer patientens oplevelse af graden af åndenød (bilag 3). 5 point svarer til meget svær åndenød.

Sundhedsstyrelsen anbefaler en samlet rehabiliteringsindsats svarende til en MRC grad 3-5, og anbefalingerne omfatter et samlet KOL program:

En patient, der har fået stillet diagnosen KOL, skal ud fra en samlet vurdering af aktivitetsniveau og sygdommens sværhedsgrad have tilbudt KOL rehabilitering. Rehabiliteringsindsatsen skal tilpasses patientens behov og som udgangspunkt omfatte elementerne rygeafvænning, fysisk træning, medicinsk behandling, ernæringsvejledning, patientundervisning og psykosocial støtte.

KOL rehabilitering udføres som en multidisciplinær indsats på tværs af faggrænser og sektorer

For hvert enkelt element i anbefalingerne har Sundhedsstyrelsen opstillet specifikke anbefalinger. Med henblik på at kunne monitorere og kvalitetssikre anbefales det, at samtlige indsatser skal være beskrevet. Borgerens funktionsniveau anbefales kortlagt, før en indsats opstartes.

Type 2-diabetes

I Sundhedsstyrelsens MTV rapport fra 2003 på type 2-diabetes området er samtlige specifikke fokusområder for sygdommen gennemgået med konklusion og anbefalinger på områder for såvel diagnostik som screening og opsporing, behandling, senkomplikationer og økonomi. Der er overordnet anbefalinger om, at der bruges kræfter på ensartet organisering og sammenhængende forløb med kontroller og kontinuerlig opfølgning. Initiativer som kostvejledning, regelmæssig motion samt rygestop anbefales iværksat på diagnosticeringstidspunktet og skal helst fortsættes i et livslangt forløb. Konkrete anbefalinger for den non-farmakologiske indsats gives ikke, idet evidensen for den blivende værdi af livsstilsændringer indtil nu vurderes som beskedne (15).

Sundhedsstyrelsen udsendte i januar 2007 et høringsudkast til "Forløbsdiagram for diabetes". Programmet skal medvirke til sikring af den samlede sundhedsindsats på området, og den største udfordring er organiseringen af de kliniske retningslinjer, således at indsatserne bindes sammen for den enkelte borger i praksis. Høringsudkastet omtaler retningslinjer for patientundervisning, støtte til livsstilsændringer, ernæringsvejledning, behandling af fodsår og psykologisk mestring. I forhold til en stratificering af gruppen med diabetes fremhæves betydningen af at benytte de rette kvalifikationer i forhold til borgerens sygdom. Personalekompetencerne skal målrettes efter om borgeren er nydiagnosticeret, eller om der regelmæssigt skal følges op over år med henblik på forebyggelse af komplikationer (25).

7.6 Konklusion på rehabiliteringsbegrebet

Den måde rehabiliteringsbegrebet opfattes på, danner baggrund for de handlinger, der udføres i kommunale praksis. Forskellige forsknings- og udviklingsprojekter viser, at der kan være positiv gevinst både for borgeren og samfundet ved at arbejde med et rehabiliterende tankesæt hos borgere med kroniske lidelser. Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet kan anvendes som baggrund for en debat blandt borgere, fagfolk og politikere for at få synliggjort de enkelte elementer omkring rehabiliteringsindsatsen i en kommune.

Omkring rehabiliteringens tankesæt ses der sammenfald mellem Hvidbogen og Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger på både kronikerområdet, samt ved de specifikke anbefalinger for KOL og type 2-diabetesområdet.

Som konklusion på afsnittet er det vigtigt at sikre, at forskellige områder medtænkes ved opbygningen af den kommunale rehabiliteringsmodel til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune.

Fokusområder som skal medtænkes i rehabiliteringsmodellen, er:

- Sygdommen skal være diagnosticeret. KOL og type 2-diabetes danner specifikt baggrund for mulige komplikationer og funktionstab
- Borgeren skal være parat og motiveret og skal give accept før rehabilitering påbegyndes
- Funktionstabets art og størrelse er bestemmende for borgerens funktionsevne. En beskrivelse af funktionstab og baggrunden skal derfor være klarlagt, før borgeren tilbydes et rehabiliteringstilbud
- Borgere mestrer sygdom forskelligt, og der skal gennemføres en helhedsvurdering af funktionstabets betydning for hverdagslivet
- For at borgeren kan opleve medansvar, skal der i rehabiliteringsmodellen gives mulighed for, at borgeren selv medvirker ved at sætte mål. Borgerens mål er det fælles styringsredskab for samtlige personalegrupper
- Borgeren er eneste gennemgående person og skal have adgang til egen rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen anbefales at være individuel og skal følges op med faste intervaller
- Indsatserne skal styrke borgeren til at mestre sin sygdom. Der anbefales adgang til speciel indlæring og til faglig viden givet af personale med både specialist- og generalistviden for at kunne støtte borgeren i daglige adfærdsændringer
- Indsatserne er tværfaglige og skal medvirke til at reducere funktionstab, hindre ny sygdom og fremme livskvalitet. Sundhedsstyrelsens og litteraturens anbefalinger for rehabilitering på KOL og type 2-diabetes området bør sikres gennem indsatser med kostvejledning, hjælp til rygestop, motion, aktivitet og viden om sygdom, medicin og livsførelse
- Indsatserne skal forankres i et tæt samarbejde mellem praktiserende læger, sygehuse og den kommunale hjemmepleje
- Der bør tilstræbes og sikres en fælles opfattelse omkring rehabiliteringsbegrebet i personalegrupperne tværfagligt og tværsektorielt
- Indsatserne skal beskrives med henblik på monitorering og kvalitetssikring

8.0 Teknologi

Dette afsnit sætter fokus på begrebet kommunal rehabilitering, det lokale sundhedsvæsens tilbud og muligheder, samt en borgergruppe med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune. Her undersøges mere specifikke spørgsmål som:

- Hvad er kommunal rehabilitering i praksis?
- Hvilke lokale rehabiliteringsudfordringer ses i forhold til borgere med KOL og type 2-diabetes?
- Hvilke tilbud har Brønderslev Kommune til de 2 målgrupper?

Spørgsmålene belyses gennem data fra en selekteret borgergruppe med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune, samt forskellige personalegruppers opfattelse og erfaring med den lokale kommunale rehabiliteringsindsats. Desuden anvendes litteraturen til underbygning af data og erfaringer af lokal praksis.

8.1 Materiale og metode

Lokale problemstillinger omkring de 2 målgrupper er søgt belyst gennem data fra udvalgte borgere med en diagnosticeret KOL eller type 2-diabetes. Resultaterne fra datamaterialet sammenholdes med litteraturen, og forventes at medvirke til at synliggøre specifikke lokale tendenser, der indikerer behovet for en senere undersøgelse.

Personalets oplevelse af og erfaringer med lokal rehabilitering, samt problemstillinger på KOL og type 2-diabetes området, er indsamlet gennem fokusgruppeinterviews foretaget blandt såvel personale i kommunen som sygehuspersonale ved de samarbejdende sygehuse.

Undersøgelsen af praksis er gennemført i tidsrummet 15.06.2006-01.10.2006. Borgerpopulationen er udvalgt i et samarbejde med de praktiserende læger i kommunen. Borgere med kendt demens er ekskluderet. Orienterende materiale, med en skriftlig forespørgsel til hver enkelt læge, blev sendt ud til samtlige lægehuse i kommunen (bilag 4). De 15 praktiserende læger, som ønskede at deltage ved undersøgelsen, udvalgte hver 10 borgere med diagnosen KOL og 10 borgere med diagnosen type 2-diabetes. Herefter blev sendt en skriftlig forespørgsel til hver af de udvalgte borgere for at afklare borgerens ønske om at medvirke i undersøgelsen (bilag 5). Borgerne blev inkluderet i undersøgelsen efter returnering af den skriftlige samtykkeerklæring. Der er i alt inkluderet 56 borgere med KOL og 59 borgere med type 2-diabetes i undersøgelsen. Gruppen er selekteret og ikke repræsentativ for borgerne med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune.

Datamaterialet er indsamlet ud fra registreringsskemaer udarbejdet af projektleder (bilag 6). Data er indsamlet individuelt, idet projektmedarbejderen i Brønderslev Kommune besøgte borgerne i deres hjem. Overvejende er data baseret på borgernes egne oplysninger, mens borgernes funktionsniveau, samt lungefunktionstesten på borgerne med KOL, er gennemført af en fysioterapeut.

Der er indhentet data om alder, køn, social status, ernæringsstatus, funktionsniveau, hjælpemiddelforbrug, kommunale ydelser og de kommunale tilbud der modtages. Funktionsniveauet er målt ved Barthel 100 (bilag 7) samt MRC (**M**edical **R**esearch **C**ouncil Dyspnoea Scale), der anvendes til måling af graden af åndenød ved aktivitet. Ernæringsstatus er beregnet ved BMI (**B**ody **M**ass **I**ndex), og værdisættet fra WHO er anvendt. En VAS (**V**isuel **A**nalog **S**cale) er anvendt til måling af borgerens oplevelse af egen sundhed, sygdom og aktiviteter.

For at få belyst personalets holdninger og erfaringer omkring de 2 sygdomsgrupper samt kommunens rehabiliteringstilbud, er der anvendt fokusgruppeinterviews. Ledelserne ved de samarbejdende sygehusafdelinger samt lederne i kommunen er adspurgt i forhold til personalets ønske om deltagelse i fokusgruppeinterviewene (bilag 8). Målgruppen for interviewene var sygeplejersker, terapeuter, læger, diætister, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og visitatorer. Forud blev der sendt orienterende materiale til deltagerne (bilag 9).

Der blev planlagt 9 fokusgruppeinterviews med forskellige personalegrupper, men det var ikke muligt at interviewe de praktiserende læger. Herefter blev gennemført 5 fokusgruppeinterviews med fagspecifikt kommunalt personale, 1 med en gruppe af visitatorer, som er en flerfaglig gruppe. Desuden blev der gennemført 2 fokusgruppeinterviews med sygeplejersker fra de samarbejdende sygehusafdelinger på KOL- og diabetesområdet. Ved hvert interview deltog 4-5 personer, og før opstart er der givet et skriftligt samtykke. Forud for afvikling af fokusgruppeinterviewene er personalet tilsendt materiale om forløbet af interviewene samt en definition på rehabiliteringsbegrebet.

Det er hyppigst kvinder, der har deltaget i fokusgruppeinterviewene, kun 2 mænd har medvirket. Aldersfordelingen i grupperne er 30-57 år. Fokusgruppeinterviewene er gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide, optaget på bånd og anonymiseret (bilag 10). Interviewene er gennemført af projektleder og klinisk projektleder, transskriberet, og analyseret med henblik på at udlede tendenser og mulige hypoteser indenfor forskellige temaområder.

8.2 Kommunal rehabilitering

Begrebet kommunal rehabilitering er ikke et område, der er præcist defineret og beskrevet i litteraturen. Rehabiliteringsprogrammer ses oftest gennemført i sygehusafdelinger, ved en sygehusfunktion med en udadgående ekspertise eller et specialcenter. Der er ikke fundet undersøgelser, der konkret viser effekten af en samlet kommunal rehabilitering til KOL og type 2-diabetes borgere. Kommunal rehabilitering til borgere med KOL og type 2-diabetes er i litteraturen oftest undersøgt og beskrevet som enkelte indsatser eller flere genoptræningsindsatser rettet mod et eller flere symptomer eller et bestemt funktionstab. En dansk undersøgelse, som ikke er rettet specifikt mod kommunal praksis, har søgt at identificere et samlet materiale omkring rehabiliteringsindsatsen til KOL borgere. Effekten er af svingende karakter, og generaliserbarheden er vurderet som usikker (12,14,42,43,44,45,46).

Lungerehabilitering defineres ifølge Sundhedsstyrelsen som "et multidisciplinært program for patienter med kroniske respirationsproblemer". Hensigten med rehabiliteringsprogrammer er at bedre livskvalitet samt at vende den ofte meget negative spiral med høj sygelighed og hyppig genindlæggelsesfrekvens. Programmerne består af samlede indsatser, som planlægges individuelt. Tilbuddene er oftest relateret til borgere med moderat til svær KOL og gennemføres af sygehusene (26,52).

Det skønnes af tal fra Sundhedsstyrelsens høringsrapport, at samtlige KOL patienter med en MRC ≥ 3 ville have gavn af et samlet rehabiliteringstilbud. Der er evidens for effekten af rygestop og fysisk aktivitet, og sund kost og viden om sygdommen kan med fordel indgå i rehabilitering hos patienter med KOL og type 2-diabetes. Behovet for en rehabiliterende indsats varierer dog i forhold til sygdommens art og sværhedsgrad, men præges også af borgerens motivation, mestringssevne, netværk og krav til det daglige liv (14,15,46).

Undersøgelser viser, at forskellige typer fysisk træning har effekt på udholdenheden og funktionsniveauet hos KOL patienter. Et systematisk Cochrane review fra 2006 med rehabiliterende indsatser viser en positiv effekt målt på åndenød, mestringssevne, træthed og den sundhedsrelaterede livskvalitet. Rehabiliteringsindsatserne er samlede forløb og oftest af 7-9 ugers varighed. På kort sigt er der, hos KOL patienterne, evidens for færre genindlæggelser samt mindre komplicerede og kortere sygdomsforløb (17,26,43,48,49,51,52,53,54).

En veltilrettelagt behandling af diabetes nedsætter indlæggelsesbehovet. Der er effekt af fysisk træning hos type 2-diabetes patienter. Fysisk aktivitet bedrer regulationen af blodglucose, og reducerer aktivt blodets niveau af triglycerider (fedtstoffer). Fysisk aktivitet medfører enten uændret eller lavere vægt, og har betydning for et vedvarende væggtab. I flere undersøgelser lægges der op til, at indsatserne skal være opfølgende og vare resten af borgerens liv.

Rygestop er den mest effektive måde at bremse udviklingen af KOL på og dermed muligheden for at forebygge yderligere funktionstab. Ved type 2-diabetes er rygning den faktor, der har størst indflydelse på udviklingen af hjerte-kar sygdomme. Prioritering af rygeophør synes lav hos diabetespatienterne, delvis på grund af vægtstigning og udvikling af depression. Et vigtigt element i rehabiliteringen er derfor at få borgeren til at stoppe med at ryge og at fastholde dette på sigt (1,15,25,57,58,59,60,61).

I de seneste år er der også kommet et betydeligt fokus på betydningen af indlæringsmetoder. Hvilke strategier er bedst at anvende i forhold til borgere med livsstilssygdomme? Forskellige undersøgelser viser, at undervisningsindsatsen giver større viden om sygdommen og bedrer de praktiske færdigheder, om end effekten aftager med tiden. De metoder, der har givet de bedste resultater, er svære at afklare, idet de ofte ikke har været fyldestgørende beskrevet. I forhold til den blivende værdi af livsstilsændringer målt på eksempelvis forekomsten af øjensygdomme, hjerte-karsygdomme og dødelighed for diabetes patienter omtales evidensen ikke som overbevisende (15). Ny viden på metodeområdet til type 2-diabetes borgere er under udvikling og vurdering.

Patientskoler er en relativ nyetableret indsats for både KOL og type 2-diabetes patienter. Indholdet er rettet mod den specifikke sygdom, livsstil og den konkrete indsats for sygdommen. Studier har vist, at indsatsen har effekt på evnen til egenomsorg og på sygdommens forløb (62,63). Den eksisterende viden på området med hensyn til KOL og diabetes skoler er endnu i sin vorden.

8.3 Rehabilitering i Brønderslev Kommune

Afsnittet her beskriver de lokale udfordringer og kommunale tilbud om rehabilitering samt borgerdata på KOL og type 2-diabetes området. For at få belyst eventuelle lokale tendenser på området er en borgergruppe i Brønderslev Kommune undersøgt. Gruppen er selekteret og ikke repræsentativ for kommunens borgere. Materialet fra stamdataundersøgelsen og forskellige interviews skal betragtes som tendenser, der kan påpege lokale kommunale rehabiliteringsudfordringer på KOL og type 2-diabetes området og indikere behovet for en senere opgørelse. Denne undersøgelse inkluderer 56 borgere med diagnosticeret KOL og 59 med diagnosticeret type 2-diabetes.

Gennemsnitsalderen blandt borgerne med KOL er 71 år, heraf er 60% fyldt 70 år. For borgerne med type 2-diabetes er gennemsnitsalderen 66 år, heraf er 32% er fyldt 70 år og 25% er under 60 år (tabel 1).

Tabel 1. Oversigt over køn, alder, bolig, samboende og erhvervsaktive blandt en selekteret og diagnosticeret KOL og type 2-diabetes borgergruppe i Brønderslev Kommune.

Variable	KOL borgere antal (%)	Type 2-diabetes borgere antal (%)
Antal	56	59
Mænd	29 (52%)	35 (59%)
Alder	33-92 år	47-95 år
Bolig med trapper	22 (39%)	26 (44%)
Samboende med rask ægtefælle	27 (48%)	41 (69%)
Erhvervsaktive	3 (5%)	16 (27%)

Som det ses af tabel 1, deltager der i denne opgørelse af borgere i Brønderslev Kommune flere mænd end kvinder, og aldersspredningen er stor. Knap en tredjedel af borgerne med type 2-diabetes er stadigvæk erhvervsaktive, mens det for borgere med sygdommen KOL er 5%. Kun omkring halvdelen af borgerne med KOL er samboende med en rask ægtefælle, mens det for type 2-diabetes borgerne er omkring 70%.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremhæver, at borgerens sygdom skal være diagnosticeret, samt at problemstillinger og funktionsniveauet skal være registreret, for at et rehabiliterings-tilbud kan målrettes. Fra stamdataundersøgelsen ses borgernes oplevelse af, hvem de mener, der har oplyst om diagnosen (tabel 2). Som det ses, er en væsentlig andel af borgerne informeret om sygdommen ved praktiserende læge.

Tabel 2. Oversigt over diagnosticering blandt en selekteret og diagnosticeret KOL og type 2-diabetes borgergruppe i Brønderslev Kommune.

Variable	KOL borgere antal (%)	Type 2-diabetes borgere antal (%)
Antal	56	59
Diagnosen oplyst ved egen læge	37 (66%)	52 (89%)
Diagnosen oplyst ved sygehus	15 (27%)	6 (10%)
Uoplyst	8 (7%)	1 (1%)

Hvor fremskreden sygdommen er hos den enkelte borger har betydning for hvilke rehabiliteringsindsatser, der kan iværksættes. Af tabel 3 ses en opgørelse af, hvor lang tid borgeren selv mener at have haft sygdommen. 45% af borgerne med KOL, mener de har haft sygdommen i mere end 7 år, mens det for type 2-diabetes gruppen er 37%. Da gruppen ikke er repræsentativ for borgerne i Brønderslev Kommune, ses der kun tendenser, der peger på borgergruppens fordeling andel af nydiagnosticerede, men tallene matcher nationale tal på sygdomsområderne.

Tabel 3. Oversigt over diagnosetidspunkt blandt en selekteret og diagnosticeret KOL og type 2-diabetes borgergruppe i Brønderslev Kommune.

Variable	KOL borgere antal (%)	Type 2-diabetes borgere antal (%)
Antal	56	59
Diagnosticerede i år 2006	7 (13%)	6 (10%)
Diagnosticeret mellem år 2000-2005	17 (30%)	31 (53%)
Diagnosticeret mellem år 1990-1999	14 (25%)	16 (27%)
Diagnosticeret mellem år 1981-1989	7 (13%)	4 (7%)
Diagnosticeret < år 1980	4 (7%)	2 (3%)
Uoplyste	7 (12%)	0 (0%)

8.3.1 Problemstillinger hos KOL patienter

Den hyppigste årsag til KOL er rygning, og dermed er livsstil og rygevaner et vigtigt omdrejningspunkt i sygdomsudviklingen. 32% af de adspurgte i KOL gruppen er daglige rygere. For 19%’s vedkommende ryger ægtefællen også. 5% er stoppet med at ryge indenfor de sidste 12 måneder, mens kun 4% af borgerne med KOL oplyser, de aldrig har røget.

Ifølge nationale tal genindlægges 25% af de udskrevne KOL patienter indenfor 30 dage. I den undersøgte borgergruppe mente 22%, at de havde været indlagt mindst en gang indenfor de sidste 12 måneder. Som forebyggelse mod infektioner med deraf opblussen i sygdommen anbefaler Sundhedsstyrelsen, at KOL patienter tilbydes forebyggende influenza vaccination årligt. 70% af borgergruppen med KOL er influenza vaccineret i år 2005, heraf 50% ved egen læge.

Åndenød og angst for ikke at kunne få luft er et stort og kendt problem for patienterne med KOL. Blandt den gruppe undersøgte er 60% vurderet med ≥ 3 point på MRC dyspnoe skalaen som udtryk for en moderat til svær KOL. 11% har iltbehandling i hjemmet. Lufthunger og angst for ikke at kunne klare en indsats får ofte KOL patienten til at blive hjemme, og 18% udtrykker da også, at de aldrig kommer udenfor hjemmet. 40% benytter ganghjælpemiddel ude, enten en stok eller rollator.

Nedsat funktionsniveau er ofte årsag til social isolation samt mindreværdsfølelse og rolleændringer i en familie. Mange oplever lufthunger, når de skal præstere i dagligdagen, og hyppigst er der behov for hjælp til bad og personlig hygiejne. 20% giver udtryk for problemer med at klare trappegang alene. 60% af borgerne mener, at det er yderst eller meget vigtigt at motionere.

Tendens til underernæring er et kendt problem i forbindelse med sygdommen KOL. Mange har et lavt Body Mass Index (forholdet mellem højde og vægt). Middelvægten for den voksne befolkningsgruppe er ifølge WHO en BMI værdi på 20-25. For ældrebefolkningen over 70 år skønnes middelværdien lidt højere, idet muskelvævet aftager med alderen, og fedtvæv øges. I den undersøgte borgergruppe ses, at 9% har en BMI under 20 som udtryk for en konkret underernæring, mens 46% har en BMI værdi mellem 20 og 25. Sammenholdt med andelen af ældre over 70 år i KOL gruppen kan tendensen tolkes således, at 55% af denne borgergruppe er i en ernæringsmæssig risiko. Hos denne målgruppe bør der tilstræbes en god ernæringsmæssig status. 38% af borgerne i KOL gruppen spiser dagligt alene, hyppigst kvinderne.

I behandlingen af sygdommen KOL anvendes forskellige medicinske præparater. Præparaterne administreres på forskellig måde og skal tages efter nøje anvisning for at hjælpe. Al medicin har en tilsigtet virkning, men ved manglende compliance, det vil sige at borgeren ikke tager medicinen efter forskriften, kan sygdomsforløbet kompliceres. Den største andel af KOL patienter anvender medicinen som inhalation gennem munden, og ved en ukorrekt anvendelse øges risikoen for komplikationer og opblussen i sygdommen (eksacerbation), med deraf følgende risiko for genindlæggelse på sygehus. I den undersøgte borgergruppe med KOL anvender 84% medicinen fast som inhalationsmedicin.

8.3.2 Specifikke problemstillinger hos type 2-diabetes patienter

Ved type 2-diabetes gruppen er der også karakteristika og symptomer, der knytter sig specifikt til sygdommen. Udviklingen af sygdommen strækker sig som regel over flere år, og type 2-diabetes er ikke en sygdom med hyppig genindlæggelsesfrekvens. Mange af indlæggelserne har baggrund i senkomplikationer til sygdommen. Kun 14% af den adspurgte borgergruppe med type 2-diabetes oplyser, at de har været indlagt på grund af deres sygdom, og kun 2% indenfor de sidste 12 måneder. Behovet for en forebyggende indsats som influenza vaccination er størst i den ældre del af befolkningen, og i den undersøgte borgergruppe er 32% influenza vaccineret, heraf 26% hos egen læge.

Kostvaner med mange fedtstoffer og kalorier samt manglende motion er medvirkende faktorer i udviklingen af sygdommen, og overvægt og fedme er et stort problem i befolkningsgruppen med type 2-diabetes. I den undersøgte gruppe i Brønderslev Kommune har totalt set 78% en BMI værdi ≥ 26 svarende til overvægt. 41% af den undersøgte diabetesgruppe har en BMI værdi mellem 31-35, hvilket ifølge WHO's definition svarer til fedme klasse 1, og 14% har en BMI værdi mellem 36-41, svarende til fedmeklasse 2.

61% giver udtryk for, at de spiser meget sundt, idet de spiser mere end 3 måltider dagligt og spiser meget grønt.

70% af borgerne med type 2-diabetes mener, at det er meget vigtigt at motionere dagligt. Overvægt kan være medvirkende til at reducere lysten til at motionere, og kun halvdelen oplyser da også, at de dagligt kommer ud at gå en tur. For 39%’s vedkommende er det kun en gang ugentlig.

Fodsår er en hyppig og kendt problemstilling hos diabetikere, og sådanne fodsår kan hindre at borgeren er fysisk aktiv. Ved forespørgsel oplyser kun 10% af gruppen problemer med fodsår, men det ses som et vigtigt element blandt borgerne at være opmærksomme på forebyggelse af hudproblemer og fodsår.

Korrekt medicinsk behandling af patienter med type 2-diabetes er væsentlig som led i forebyggelse af senkomplikationer. 78% af den undersøgte gruppe er i antidiabetisk medicinsk behandling, heraf er 63% i tabletbehandling mens 15% er i insulinbehandling. 42% af borgerne har et elektronisk måleapparat og måler selv blodsukker jævnligt. 90% oplyser, at de går til kontrol hos egen læge og får målt blodsukker hver 3. måned eller ½ år. 13% oplyser, at de går til regelmæssig kontrol på et sygehus.

Rygning har stor indflydelse på udviklingen af følgesygdomme ved diabetes og med påvirkning af både hjerte og kar. 22% af den undersøgte borgergruppe er rygere, og 25% af diabetesgruppens ægtefæller er rygere. 36% af type 2-diabetesgruppen oplyser, at de aldrig har røget.

8.3.3 Borgernes oplevelser af de kommunale tilbud

Den udvalgte borgergruppe er forespurgt hvilke rehabiliteringstilbud de har modtaget fra kommunen. 98% af KOL borgerne opfatter ikke, at de har modtaget rehabiliteringstilbud, 2% oplyser at de har deltaget i en amtslig KOL skole. 97% af diabetes gruppen oplever, at de ingen rehabiliteringstilbud har fået, mens 2% har gået til svømning.

Ingen af borgerne med KOL har modtaget undervisning af en diætist, mens indsatsen har været givet hos 45% af diabetes borgerne, 7% er vejledt gennem Sund By. På undersøgelsestidspunktet har 12% af borgerne med KOL modtaget træning, heraf 8% i Sund By. 36% af type 2-diabetesgruppen deltager i motion på undersøgelsestidspunktet, men kun 2% oplyser det er et kommunalt træningstilbud. 25% af diabetes borgerne har tidligere deltaget i tilbuddet om motion på recept.

Rygestop er et væsentligt forebyggelselement i udviklingen af sygdommen hos begge målgrupper. 9% af KOL borgerne er tilbudt rygestop gennem kommunen, mens egen læge har anbefalet 20% rygestop. Hos type 2-diabetes gruppen er 4% tilbudt rygestopkursus, mens 10% er anbefalet det af egen læge.

38% af borgerne med KOL og 8% med type 2-diabetes oplyser, at de har modtaget hjælp fra kommunens hjemmepleje, hyppigst rengøring eller hjælp til personlig hygiejne. 7% af borgerne med KOL får madservice gennem kommunen. Langt den største andel klarer selv medicin-doseringen uden hjælp fra fagligt personale, og kun 5% af KOL borgerne får hjælp af en hjemmesygeplejerske. 5% af KOL borgerne og 2% af diabetesgruppen oplyser, at de får dosisdispenseret medicinen fra apoteket.

8.3.4 Visitatorernes oplevelser af de kommunale tilbud

Visitatorgruppen er sammensat af personale med forskellig faglig baggrund, men alle af sundhedsfaglig karakter. Visitatorerne er adspurgte, hvilke rehabiliterende tilbud de som visitatorer mener, at de har mulighed for at tilbyde gennem kommunen.

Den kommunale hjemmeplejes indsatser til borgere med KOL og type 2-diabetes er både generelle og specifikke tilbud, tilpasset den enkelte borger. Der visiteres blandt andet til træning, madservice, kald, tryghedsopkald, færdighedsvurderinger, rengøring, tøjvask, støtte til udførelse af personlig hygiejne, medicindosering, samt hjælpemidler.

Derudover er der specifikt mulighed for at visitere til gåture, hjælp til at lære borgerne at benytte bus, til planlægning af en god hverdag og til omsorgsrelaterede opgaver som læsning. Specifikt til KOL borgerne er der mulighed for psykosocial støtte, ligesom der kan visiteres til "råd og vejledning" og aflastende hjælp til pårørende. Der er også mulighed for støtte og vejledning fra en socialrådgiver. På det sociale område har visitatorerne mulighed for hjælp til boligvisitering og afpasning af bolig. Visitatorerne mener, at der findes andre lokale tilbud, men at disse mest er for den lette målgruppe af KOL og type 2-diabetes borgere.

Indsatserne nævnes ikke som rehabiliteringsindsatser, men tankegangen, der kommer til udtryk fra visitatorerne, er rehabiliterende. I forhold til træningsindsatserne udtrykker visitatorerne, at det ikke altid er muligt at give de træningstilbud, der anbefales fra sygehuset som opfølgning ved sektorskift. Visitatorerne mener, at de sundhedsfremmende tilbud kunne udbygges omkring Sund By.

8.3.5 Kommunalt personales oplevelser af de kommunale tilbud

Personalet har forskellig opfattelse af rehabilitering og mener, at der findes mange tilbud i kommunen. De mener ikke der er en samlet oversigt over rehabiliteringsindsatser, som de selv kan slå op i eller som er synlig for borgerne. Generelt mener de ikke, at borgerne er bekendt med, at nogle af tilbuddene i Sund By er gratis, og personalet ved ikke om de kan henvise borgeren dertil. Det daglige personale støtter borgerne i at deltage i nye tiltag ved at lokalisere tilbud i ugeavisen eller på hjemmesider.

Personalet oplever generelt, at der findes mange pjecer og brochurer fra forskellige patientforeninger og Sundhedsstyrelsen. Det sundhedsoplysende og informerende materiale er godt og ligger fremme hos såvel de praktiserende læger som på biblioteket, men det ses eller diskuteres næsten aldrig i borgerens hjem. Borgerne tager det ikke med sig hjem og læser det.

Generelt ønsker personalet en bred vifte af synlige rehabiliteringstilbud, hvor der kan skabes netværks- og interessegrupper. De mener at en synlig, udadgående og mere målrettet og opbyggende funktion bør opprioriteres. Indsatser på f.eks. ernæringsområdet kan etableres i samarbejde med de lokale næringsdrivende herunder forbrugeraftner, så der sættes mere på både eksempelvis de aktuelle diabetikere, men også de potentielle type 2-diabetikere.

Personalet oplever, at flere gode borgerrelaterede tilbud "falder til jorden", fordi den enkelte borger er ensom med sygdommen og ikke kender andre, de kan følges med. Generelt ønsker personalegrupperne, at rehabiliteringsindsatser prioriteres således, at der skabes situationer, hvor borgeren både får en oplevelse, motion, mulighed for selv at kunne vælge mad og for at kunne se sig selv i forhold til andre – kort sagt at indsatsen er relevant for borgerens hverdag. En tankegang, der har tydelig afsæt i rehabiliteringsbegrebet.

8.3.6 Sygehuspersonaleets oplevelser af de kommunale tilbud

Personalet i sengeafdelinger og ambulatorier fra de samarbejdende sygehuse har også forskellig opfattelse af, hvordan begrebet rehabilitering skal forstås, og hvad det indebærer. De interviewede sygeplejersker, der arbejder med KOL patienter, er meget bevidste og vidende om, at rehabilitering til KOL patienter indeholder en samlet indsats med flere elementer, mens syge-

plejerskerne, der arbejder med type 2-diabetes, er mere usikre på, hvad rehabiliteringsbegrebet dækker i forhold til deres målgruppe.

Sygehuspersonalet giver udtryk for, at de har svært ved at få overblik over de tilbud, der findes til borgere med KOL og type 2-diabetes i kommunen. De noterer derfor altid ved sektorskift deres anbefalinger i en sygeplejereport for at sikre kontinuiteten i borgerens videre forløb. Ved genindlæggelser og kontrolopringninger til borgeren eller kommunen oplever personalet ofte, at borgerne ikke har fået de anbefalede tilbud, eller at der på grund af "pladsmangel" ikke har været opstartet genoptræning. Personalet er bekendt med, at de kun kan anbefale en indsats gennem visitator i kommunen, som derefter finder et tilbud ud fra kommunens muligheder. De synes alligevel, at det kunne være væsentligt at have et samlet og opdateret overblik over kommunens rehabiliteringstilbud til brug for opfølgning eller forebyggelse.

8.4 Konklusion på teknologi

Gennem såvel dataindsamlingen fra borgere og personale, som fra litteraturen, ses der helt specifikke udfordringer, der knytter sig til rehabilitering af borgere med KOL og type 2-diabetes. Selvom den interviewede borgergruppe er selekteret og ikke repræsentativ, ses der sammenfaldende tendenser til litteraturen og de nationale tal, både omkring genindlæggelsesfrekvens, rygning, kost, motion, sygdom og medicindispensering samt ønske om psyko-social støtte.

For borgerne med type 2-diabetes ses lokalt en tendens til et betydeligt fedmeproblem samt manglende motion og aktivitet. Desuden ses mange erhvervsaktive og en stor andel der er under 60 år. For borgerne med KOL ses tendens til underernæring, manglende ernæringsvejledning, mange aktive rygere samt lavt funktionsniveau i hverdagen. Næsten samtlige borger med KOL behandles med medikamentel inhalation, og instruktion i anvendelse er væsentlig og bør opprioriteres. Genindlæggelsesfrekvensen for KOL gruppen kan måske relateres til denne inhalationsbehandling præget af delvis manglende compliance.

Undersøgelsen ved såvel borgere som personale viser en meget forskellig opfattelse af rehabiliteringsbegrebet. Ved at se nærmere på hvad den enkelte borger selv mener at modtage af tilbud, ses en diskrepans i forhold til de aktuelle indsatser, der gives. Det kunne tyde i retning af, at de kommunale indsatser ikke betragtes som rehabilitering. Den forebyggende og opsøgende virksomhed har gennem flere år været meget højt prioriteret i Brønderslev Kommune. Sund By tilbuddet er kendt, men mange borgere er ikke vidende om de mange gratis muligheder. Blandt personalet er der enighed om, at de kommunale tilbud mangler synlighed. Personalet ønsker en bred vifte af tilbud, der giver aktualitet og helhed for borgerens hverdag.

Praktiserende læger er meget aktive på forebyggelsesområdet. Mange borgere vaccineres, og der informeres på områder omkring vægttab, vægtøgning, rygestop og motion. Det har desværre ikke været muligt gennem undersøgelsen at få et overblik over de samlede indsatser, der gives borgerne efter diagnosticering af sygdom. Med Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger på KOL og type 2-diabetes området er der mulighed for at få inspiration til og et godt grundlag for aktiviteter til en samlet kommunal indsats.

Fokusområder fra teknologidelen, som medtages i rehabiliteringsmodellen:

- Der ses tendens til lokale og specifikke problemer både på KOL og type 2-diabetes området i forhold til genindlæggelsesfrekvens, BMI, rygning, MRC, motion, sygdomsviden, medicin og andelen af erhvervsaktive
- Der ses evidens for indsatser med fysisk aktivitet, motion, rygestop, kostvejledning og netværksgrupper. Viden om sygdom og medicinhåndtering styrker handlekompetencer
- Der mangler synlige kommunale indsatser, der kan relateres til borgernes dagligliv
- Der bør sikres kontinuitet mellem de forskellige behandlere i sundhedssystemet og omkring de forskellige indsatser borgerne tilbydes
- Der mangler synlighed omkring de kommunale rehabiliteringstilbud
- Der er en væsentlig andel af borgere med KOL og type 2-diabetes, som ikke modtager ydelser fra kommunens hjemmepleje. Disse borgere tilbydes kun i begrænset omfang rehabiliteringsindsatser

9.0 Borgerperspektiv

I dette afsnit søges borgernes oplevelser af at leve med sygdomme som KOL og type 2-diabetes belyst. Der søges oplysninger om borgernes ansvarlighed ved sygdomsforløbet, samt viden om borgernes oplevelse af kommunens sundhedstilbud og det samlede sundhedsvæsnets indsats.

Definition på sundhedsvæsnets samlede indsats: De tiltag, der gøres fra sygehus, egen læge og kommunen i forhold til KOL eller type 2-diabetes borgeren og dennes sygdom.

9.1 Materiale og metode

Som metode til dataindsamlingen er valgt en kvalitativ og kvantitativ tilgang. Der er desuden anvendt data fra teknologidelens stamdataregistrering. Målet med den kvalitative analyse er at få indsigt i elementer, temaer og begreber, der er centrale for området der studeres. Væsentlige krav til kvalitative undersøgelser skal ses i forhold til udvælgelseskriterier, design, interviewforløb og metode (64).

I forbindelse med indsamling af data omkring borgernes oplevelser, er der gennemført interviews efter en semistruktureret interviewguide (bilag 11). Interviews af borgerne er gennemført i borgernes hjem, efter stamdataindsamlingen var afsluttet. Før interviewet har borgeren modtaget orienterende materiale om projektet, og der er sikret skriftligt samtykke.

Borgerne er kontaktet per telefon med henblik på ønske om at medvirke ved et interview. Disse er gennemført af projektleder fra Brønderslev Kommune, og der er benyttet båndoptagelse. I forbindelse med afvikling af interviewene er borgeren givet en kort gennemgang af interviewforløbet. Materialet er anonymiseret og herefter transkriberet med henblik på analyse og bearbejdning.

Interviewdeltagerne er en selekteret og udvalgt gruppe. Borgerne er valgt ud fra specifikke kriterier og udvalgt blandt de 115 borgere, der har deltaget i stamdataundersøgelsen. Der er gennemført interviews hos 10 borgere med KOL eller type 2-diabetes fra Brønderslev Kommune. Der er sat 3 kriterier for udvælgelse af borgerne:

- ❖ Interviewdeltagerne skal have været indlagt på sygehus på grund af sin kroniske sygdom, eller haft kontakt med ambulatoriet, da vi ønsker at vide noget om borgerens syn på sundhedsvæsnets samlede indsats og dermed borgerens erfaringer med forløb over sektorgrænsen
- ❖ Ligelig fordeling af borgere fra de to kommuner, da det er bekendt, at der på undersøgelsestidspunktet, i de tidligere Brønderslev og Dronninglund Kommune, er forskel på rutiner samt antal indlæggelsesdage og indlæggelsesfrekvenser for de to udvalgte diagnosegrupper på henholdsvis Aalborg Sygehus Dronninglund (Dronninglund-borgere) og Sygehus Vendsyssel-Hjørring (Brønderslev-borgere)
- ❖ Det er vigtigt at interviewdeltagerne skal kunne reflektere og formulere sig, da borgeren i samtalen skal fortælle om sygdomsforløb, sygdomsniveau, involvering og medansvar. Til denne udvælgelse bruges det kendskab om borgere, som er erhvervet ved indhentning af stamdata.

Der deltager 5 borgere med KOL og 5 med type 2-diabetes. Det er en tilfældighed, at der er lige fordeling på diagnosegrupperne mellem borgerne i de 2 kommuner. Aldersmæssigt fordeles gruppen sig fra 33-83 år, og kønsfordelingen er 7 mænd og 3 kvinder. Set på alder er borgerne med KOL 33-83 år, mens borgerne for type 2-diabetes gruppen gennemsnitlig er yngre, nemlig 47-65 år.

9.2. Borgere med KOL og type 2-diabetes

At leve med en kronisk sygdom i hverdagen kan sætte begrænsninger af såvel fysisk, psykisk som social art. En undersøgelse foretaget af astma-allergiforbundet i 2007 viser, at en stor andel af borgerne med KOL oplever mange begrænsninger i hverdagen. Undersøgelsen konkluderer, at flere oplever deres liv forandret, når de bliver syge, at de ikke formår at udføre de samme ting i hverdagen som tidligere, og at de må afstå fra at deltage i mange aktiviteter. For mange KOL patienter er sygdommen forbundet med utryghed og angst, og mange efterspørger netværk blandt ligestillede patienter. Undersøgelsen viser, at KOL borgerne generelt oplever, at de er godt informeret, mens der er forskellig opfattelse af at skulle leve med bivirkninger af en medicinsk behandling (65).

For mange borgere med KOL og type 2-diabetes betyder sygdommen en omlægning af livsstilen med barrierer på områder som kost, motion og rygning. Mange har svært ved at efterleve de ændrede indsatser, og det er af stor betydning, hvordan borgeren selv ønsker at medvirke i egen sygdomsproces (51,66,68). At få diagnosen stillet kan, for begge sygdomsgruppers vedkommende, være forbundet med angst og skyldfølelse, idet begge sygdomme er relateret til livsstil og dermed også til forskrifter. Ofte mærker patienterne ikke nogen umiddelbar ændring i tilstanden ved den non-farmakologiske indsats, hvilket kan være en barriere for, at fastholde en ændret livsstil opstartet i samarbejde med egen læge eller på et sygehus (15).

For mange borgere, der lever med disse sygdomme, ændres også ofte deres egen og familiens opfattelse af, hvad de er i stand til at præstere. Afhængighed af de medicinske præparater med indtagelse af medicin på faste klokkeslæt og manglende frihed i forhold til omlægning af vaner, er med til at påvirke den enkelte borgers liv med familie, venner og job.

I litteraturen beskrives, at behandling af såvel KOL som type 2-diabetes patienter basalt bygger på livsstilsændringer og kulturelle vaner. Den mest grundlæggende indsats ved livsstils sygdommene er, at borgeren selv lærer at være medansvarlig. Dertil kræves stor viden, holdning og færdigheder. Motivationen skal være i top, og indsatser, der skal gives gennem sundhedssystemet, skal være aktuelle for borgerens daglige liv. Undervisning, der understøtter borgerens mulighed for at leve et så normalt hverdagsliv som muligt, fører ofte til bedre livskvalitet for den enkelte og til færre kontakter med og ydelser fra sundhedsvæsenet. En måde at gøre borgeren aktiv på er, at denne er med til at sætte mål for et fremtidigt forløb (15,26,66).

Indholdsmæssigt er indsatser som viden om sygdom og sygdomsrisici, træning og livsstilsindsatser væsentlige for at fastholde den ændrede adfærd og livsstil. Patientundervisning er en intervention, der sættes ind for at styrke borgerens indlæring, handlekompetence og egen rolle. Der er dog kun i begrænset omfang sket en systematisk udvikling af metoder til patientuddannelse. Forskellige undervisningsindsatser som patientskoler, individuel undervisning og gruppeundervisning anvendes. Nationalt er der etableret patientskoler for både KOL og type 2-diabetes patienter. En dansk litteraturgennemgang fra 2005 viser, at den eksisterende viden om patientskoler er meget ufuldstændig set på metoder og effekt. Generelt er resultaterne vekslende set i forhold til livsstil, mens der i forhold til handlekompetencer/compliance ses en forbedring. Indsatserne er oftest ikke beskrevet differentieret i forhold til alder og køn. Effekten er i de fleste tilfælde af kortere varighed (62,67,68).

Der er stor enighed om, at viden alene ikke fører til adfærdsændringer. Mange andre indsatser, som for eksempel at kende til de tilbud der findes, at have rollemodeller, selv at have indflydelse på indsats og forløb, kan påvirke adfærd og livsstil (15).

Der savnes flere undersøgelser, som viser, hvilken konkret information borgerne med KOL og type 2-diabetes behøver for at kunne tage stilling til og føle ansvar for sygdomsforløbet, ligesom der mangler viden om, hvordan man motiverer til vedvarende og livslange indsatser.

9.2.1 Borgernes oplevelser af at leve med KOL og type 2-diabetes

Halvdelen af borgerne i den undersøgte gruppe med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune oplever ikke sig selv som syge og synes, de lever et ganske almindeligt liv. De mener, det er vigtigt at holde sig i gang og selv gøre en indsats. Såvel borgere med type 2-diabetes som KOL udtrykker, at sygdommen handler om livsstil, og de giver udtryk for mange små og store problemer, som generer i hverdagen, f. eks ikke at kunne gå så hurtigt således at andre skal vente på dem, når de går en tur. De ser det som væsentlig at lære at leve med de symptomer, som er til stede den pågældende dag, og at det er særdeles vigtigt at få støtte til at lære at leve med sygdommen i dagligdagen.

5 borgere, 3 med KOL og 2 med type 2-diabetes, betragter sig selv som meget syge med mange begrænsninger i hverdagen. De ville dog faktisk allerhelst opfattes som raske. Nogle af borgerne har andre sygdomme, som kan medvirke til at sløre billedet på den konkrete diagnose.

Set på de 56 personer med KOL, mener kun 25%, at de har et godt eller virkelig godt helbred, mens 15% mener, de har et dårligt eller et meget dårligt helbred og liv. Forespurgt hvad den enkelte KOL borger selv gør for sundheden, oplyser en tredjedel, at de intet gør eller magter, mens de øvrige på forskellig vis selv prøver med sund kost og motion. Set på hele gruppen af type 2-diabetes borgerne vurderer 56%, at de har et virkelig godt eller et godt helbred, mens kun ganske få udtrykker, at de har et decideret dårligt helbred. 80% oplyser, at de er meget tilfredse eller tilfredse med deres liv. Kun en enkelt borger med type 2-diabetes oplyser, at denne intet gør for sundheden, resten udtrykker at de spiser fedt- og sukkerfattig kost eller motionerer.

8 interviewede borgere ud af 10 mener selv, at de har et stort ansvar i forhold til udviklingen af sygdommen, mens resten mener, det er et fælles ansvar mellem familien, dem selv og lægen. Borgerne giver generelt udtryk for, at det er deres eget ansvar at tage medicinen korrekt eller at motionere. En enkelt udtrykker, at lægen ikke kan behandle uden at han selv medvirker positivt i sygdomsforløbet.

Kun halvdelen af de adspurgte oplever, at de har indflydelse på deres sygdomsforløb. Flere siger de selv har den indflydelse på sygdommen, som de selv ønsker at have. Specielt borgerne med type 2-diabetes oplever sig som velinformeret i forhold til såvel sygdommen og følgesygdomme af grundlidelsen. Kun en mindre andel af KOL borgerne oplever, at de har nok viden om deres sygdom trods regelmæssig lægekontrol. Borgerne giver generelt udtryk for større mulighed for ansvar, og øget sygdomsindsigt for at kunne være med til at "styre" deres eget forløb.

9.2.2 Borgernes kendskab til kommunens tilbud

Set på de 59 borgere med type 2-diabetes, har kun ganske få deltaget på en diabetes skole eller i en motivationsgruppe, mens en fjerdedel har været tilknyttet motion på recept. KOL gymnastik og motion på recept vurderes lige positivt. Næsten samtlige borgere i begge grupper oplever ikke at få tilbud i forbindelse med deres sygdom fra kommunen. En borger med type 2-diabetes siger i forbindelse med interviewet:

"Decideret kan jeg ikke sige, jeg har fået de vilde tilbud, og der har heller ikke været nogle at få. Jeg tror ikke engang kommunen ved, jeg er syg".

Borgerne med sygdommen KOL vurderer aktiviteter med ligestillede meget positivt. De beskriver det som sjovere at træne med andre, og mere positivt og relevant at se på egne præstationer i forhold til andres. De fremhæver betydningen af, at personalet er fagligt velfunderet og fleksibelt i forhold til udførelse af den daglige pleje. Enkelte har deltaget i motivationsgruppe, men har ikke positive oplevelser af dette. Borgerne kender "Sund By" via annoncer i avisen og flere udtrykker, at det er det bedste tilbud kommunen har opfundet.

Borgerne mener generelt, at det ville være skønt at få nogle flere tilbud og mere oplysning om, hvad de har mulighed for. Borgernes forventninger til de kommunale tilbud, er blandt andet, at disse skal være i "gå afstand", i nærmiljøet, billigt og gerne foregå i formiddagstimerne.

Type 2-diabetes borgerne ønsker indsatser på lige vilkår med andre borgergrupper, og ikke i sygdomsspecifikke grupper. Der ønskes kombinerede kurser med gymnastik og sygdomsviden, og en borger ønsker "en diætist, hvor man deltaljeret gennemgår en kostplan rigtigt". Nogle ønsker også billigere adgang til et motionscenter. Borgerne giver udtryk for, at de godt ved at sygdommene og komplikationerne skal forebygges, men ønsker hjælp og støtte til at komme i gang. Borgerne ønsker, at det kommunale personale i dagligdagen havde mere overskud til aktiviteter, der havde betydning for borgerens liv, f.eks. at gå en tur ud i bylivet og opleve.

9.2.3 Borgernes opfattelse af sundhedsvæsnets samlede indsats

Under interviewet er der spurgt ind til borgerens oplevelse af det samlede sundhedsvæsen. Langt de fleste borgere er meget tilfredse med deres praktiserende læges indsats, om end lægerne er meget travle. De oplever, de får god information og meget støtte til behandling. Flere borgere giver udtryk for, at der mangler tilbud, som lægen kan henvise til, samt at der forekommer manglende viden hos de praktiserende læger om de eksisterende tilbud. Enkelte giver udtryk for, at de selv har skullet oplyse lægen om, hvilke tilbud de kunne få i kommunen.

Set på de 59 borgere med type 2-diabetes går 14% til kontrol på sygehuset, de fleste i Dronninglund. Blandt KOL borgerne går en tredjedel til kontrol på sygehuse hyppigst i Hjørring. De adspurgte har været godt tilfredse med samarbejdet mellem egen læge og sygehusene. En borger siger:

"Det er svært for en patient at sige, at sådan skal sygehuset gøre".

I forhold til hjemmeplejen er borgernes oplevelser, at personalet er gode til at arbejde sammen, og gode til at støtte op om borgeren. Flere siger, at hjemmeplejen i Dronninglund skal fremhæves, men generelt synes de dog, der kommer for mange forskellige personer i hjemmet, og at der er for lidt tid til plejen.

Borgerne med type 2-diabetes udtrykker meget stor tilfredshed med diætisternes indsats, og flere borgere med KOL ville gerne have yderligere støtte herfra til dagligdagen.

9.2.4 Borgernes kendskab til patientforeninger

Borgerne kender godt til patientforeningernes eksistens. De ved, at der findes materiale i form af pjecer, der er udgivet af patientforeningerne, og som findes på biblioteker og hos praktiserende læger. Det er meget forskelligt, hvor mange der benytter sig af det skriftlige materiale. Kun 9% af KOL borgergruppen har haft kontakt til lungeforeningen, mens 30% af diabetesgruppen har hyppig kontakt til diabetesforeningen.

9.3 Konklusion på borgerdelen

Med baggrund i det relativt lille antal deltagere, der har været inkluderet i undersøgelsen, kan der kun peges på tendenser indenfor de temaer, der er spurgt ind til ved interviewene.

Overvejende giver borgerne et positivt billede af hele sundhedsvæsnets indsats. Der er delte meninger om, hvem der har det samlede overblik over sygdommen. Alligevel ses en tendens til, at borgerne oplever, de selv skal være samlende for eget forløb. Borgerne ønsker generelt at lære at blive ansvarlige for egen sygdom og mener, at øget viden og aktualitet i indsatserne vil medvirke til at styrke dem til at tage ansvar. Der er evidens for at et højt vidensniveau om sygdommene kan styrke ansvarlighed for egen sygdom, men der er endnu ikke metoder der på lang sigt sikrer adfærdsændringer. Generelt oplever borgerne, at de praktiserende læger og lægehusenes personale er gode til at informere, der er bare meget kort tid.

Fra litteraturen og politisk side ses der i tiden øget fokus på at fremme borgerens ansvarlighed for egen sygdom, men spørgsmålet er i hvilken grad og med hvilke midler og metoder, den enkelte borger faktisk sættes i stand til at opfylde disse krav og den nye rolle. Hvis borgerne selv skal være medansvarlige og medbestemmende, skal kommunen være parat til, at inddrage borgerne både på synlige tilbud og forskellige metoder.

Borgerinterviewene bekræfter tesen om, at mange borgere ikke opfatter sig som syge, eller helst ikke vil opfattes som syge. Flere giver udtryk for, at de har en meget god hverdag, men at de oplever sig ensomme omkring egen sygdom. Borgerne virker bekendt med patientforeninger, men de bruger kun foreningerne i mindre omfang.

Fokusområder fra borgerdelen som medtages i rehabiliteringsmodellen

- Der bliver fra borgerne givet ønske om et større ansvar og sygdomsindsigt for at kunne være med til at "styre" forløbet
- Borgerne vil gerne have støtte til at komme i gang med en indsats og være en del af netværksgrupper
- Indsatser som viden om sygdom og sygdomsrisici, træning og livsstilsindsatser er væsentlige for at fastholde eller ændre adfærd og livsstil
- Der ønskes en større synlighed omkring de tilbud borgeren har modtaget fra praktiserende læge, sygehus eller kommunens hjemmepleje samt mulige rehabiliteringstilbud og metoder, der er at vælge imellem i kommunen
- Den faglige ekspertviden skal opprioriteres og anvendes initialt
- Samarbejde og sparring med andre nationale eller lokale organisationer som f. eks patientforeninger kan være stærkt inspirerende for at kunne udvikle eller fastholde tilbud, der måtte mangle i en kommune
- Metoden til indlæring er forskellig fra person til person

10.0 Organisation

I dette afsnit søges svar på, hvilken betydning organiseringen af indsatserne har for borgere med KOL og type 2-diabetes. Her undersøges specifikt viden og erfaring om Brønderslev Kommunes arbejdsgange, dokumentation og kommunikation i de nuværende patientforløb. Der søges viden omkring personalets opfattelse af rehabiliteringsbegrebet, personalets opfattelse af egne kompetencer og deres viden i forhold til KOL og type 2-diabetes borgerne.

10.1 Materiale og metode

De forskellige personalegruppers opfattelser og erfaringer med rehabiliteringssatser, dokumentationsmateriale, kommunikation og egne kompetencer i forbindelse med KOL og type 2-diabetes borgere er søgt klarlagt gennem fokusgruppeinterviews.

Der blev planlagt 9 fokusgruppeinterviews med forskellige personalegrupper i kommunen og ved de samarbejdende sygehuse. Lederne ved de respektive afdelinger forespurgte, blandt det daglige personale, om interesse i at medvirke ved et fokusgruppeinterview. De praktiserende læger er forespurgt gennem arbejdsgruppens repræsentant for praktiserende læger. Der blev gennemført 5 fokusgruppeinterviews med fagspecifikt personale i kommunen, og 1 interview med en flerfaglig visitatorgruppe. 2 interviews blev gennemført med sygeplejersker fra de samarbejdende sygehusafdelinger på henholdsvis KOL- og diabetesområdet. Deltagerne fra sygehusene repræsenterede såvel ambulatorier som sengeafdelinger. Det var desværre ikke muligt at samle en gruppe af praktiserende læger i kommunen til et fokusgruppeinterview.

Deltagerne gav mundtligt tilsagn til den kliniske projektleder i kommunen. Personalet fik herefter tilsendt orienterende materiale om projektet, forløbet af interviewene samt en kort definition på rehabiliteringsbegrebet som oplæg for en dialog (bilag 12). De monofaglige personalegrupper i undersøgelsen var fysioterapeuter, diætister, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Ved hvert interview medvirkede 4-5 personer, og der blev forud givet skriftligt samtykke (bilag 13). Hyppigst deltog kvinder, og aldersfordelingen i grupperne var 30-57 år.

Interviewene blev gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide, og var af cirka 1 times varighed. Projektlederne skiftes til at være interviewer og moderator eller referent. Der blev anvendt optageudstyr, og interviewene er anonymiseret og efterfølgende transskriberet. Datamaterialet er analyseret med henblik på at udlede centrale tendenser og mulige hypoteser indenfor forskellige organisatoriske og faglige temaområder.

Registrering af kommunens aktuelle og konkrete indsatser, er indsamlet ved hjælp af et spørgeskema samt ved et personligt møde med de 12 visitatorer i Brønderslev Kommune. Klinisk projektleder i Brønderslev indsamlede disse data ved et besøg hos hver enkelt visitator. Kommunens dokumentationsmateriale er synliggjort gennem indsamlet eksemplarer af det i tiden anvendte dokumentationsmateriale.

10.2 Organisering af borgerforløb

Udfordringen til fremtidens sundhedssystem ligger i at reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser samt at forebygge komplikationer og funktionstab. Fremtidens fordring fra borgerne vil oplagt sætte fokus på større livskvalitet trods sygdom og funktionsnedsættelse.

Der er dokumentation for, at et veltilrettelagt forløb kan medvirke til at reducere behovet for sundhedsydelser og genindlæggelser. Samordning af arbejdsopgaver sektorerne imellem ses som et stort og problematisk område. En stigende andel af borgere med KOL og type 2-diabetes vil, sammenholdt med de ofte komplekse og langvarige forløb nødvendiggøre, at der

kommer større opmærksomhed på organisering af borgerforløbene. Sundhedsstyrelsens høringsudkast til forløbsprogrammer lægger op til anvendelse af evidensbaserede retningslinjer, samt fastlæggelse af opgavefordeling sektorer og faggrupper imellem (5,15,26). Forløbsprogrammerne tager udgangspunkt i "The Chronic Care Model" (Kronikermodellen), en internationalt udarbejdet model, som har vist sig velegnet til at beskrive generelle indsatser ved kronisk sygdom (1,22). Modellen anbefaler, at indsatserne målrettes, og at de faglige kompetencer tilpasses for at optimere den faglige indsats til borgere med KOL og type 2-diabetes.

For at styrke den daglige kvalitet hos KOL og type 2-diabetes anbefales det i Sundhedsstyrelsens rapport omkring kronisk sygdom, at der i disse langvarige og komplekse forløb etableres en "tovholder" funktion i kommunen. "Tovholderens" funktion skal være at støtte borgerne i at fastholde en påbegyndt behandling. Praktiserende læge nævnes som en mulig "tovholder", men i princippet kan andre fagprofessioner også indgå. Specifikt nævnes sygeplejersker med kompetencer på såvel generalist som specialist niveau.

Til de meget syge anbefales en "Case-manager" funktion, dvs. en fagperson der arbejder på tværs af afdelinger og sektorer. Blandt KOL patienter er der publiceret et større multicenter studie af patienter i ambulant regi, som viser reduktion i indlæggelsesfrekvensen med 39,8% ved anvendelse af en Case-manager. Derimod er der ikke påvist en effekt på genindlæggelsesfrekvensen. I Sundhedsstyrelsens rapport på KOL området omtales etablering af satellitter eller en udadgående funktion fra specialenheden i sygehusvæsenet til blandt andet undervisning af borgere og personale (1,15,26).

Type 2-diabetes gruppen er mere uensartet på grund af sygdommens mange følgetilstande. Til diabetesgruppen har man gennem mange år optimeret indsatserne omkring kost, motion, medicin og livsstil med en specialuddannet diabetessygeplejerske, og der arbejdes også med Case-manager funktionen hos denne målgruppe. Det er kendt, at en veltilrettelagt og individuel organisering af indsatsen til diabetes patienter nedsætter hyppigheden af komplikationer og indlæggelsesbehovet (15,17).

De forskellige faggrupper og sektorer har ikke samme fagsprog og forståelsesramme. Det anvendte dokumentationsmateriale kræver derfor helt speciel opmærksomhed. Det er nødvendigt, at oplysningerne om borgernes sygdomsforløb er præcise, og at kan bruges af samtlige faggrupper, for at borgeren kan modtage en korrekt behandling, træning og pleje. Vigtigt er det også, at borgeren kan forholde sig til egne data og gives kompetencer til at kunne være en medansvarlig partner for eget sygdomsforløb (66,68).

Den kommunale hjemmeplejes indsatser er et yderst vigtigt led i sundhedsvæsenets samlede indsats på områder som både forebyggelse, diagnosticering, opfølgende behandling og rehabilitering. Som regel følges patienter med meget svær KOL i sygehusregi af et specialuddannet personale, men i borgerens hjemlige hverdag udføres mange indsatser af kommunens personale. Disse personalegrupper er social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere eller sygeplejersker med en generalistuddannelse. De skal indgå med kompetencer, der kan medvirke til, at borgerne opnår en kontinuert systematisk patientuddannelse og at komplikationer forebygges. Det ses derfor som påkrævet at personale der arbejder tæt på borgeren i borgerens hjem, har viden om sygdomsdiagnose, nødvendige observationer og tiltag der er vigtige i den forebyggende indsats.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at disse faggrupper opkvalificeres til et vidensniveau, således at de kan støtte borgeren for eksempel ved opblussen af sygdommen KOL (exacerbation). Et kompetent personale har viden om sygdom, behandling, symptomernes betydning, den enkeltes medicinering og erfaring i at håndtere anfald af åndenød hos KOL borgerne. Når personalet ikke besidder disse erfaringer og heller ikke har tid, kan det medføre negative oplevelser for borgeren. I forhold til personalet viser flere undersøgelser, at øget undervisning til sundhedspersonale efterfulgt af feed-back er særdeles effektive for, at borgeren får et godt resultat (15,22,25,26).

10.2.1 Borgerforløb i Brønderslev Kommune

I Brønderslev Kommune er borgere med diagnosen KOL eller type 2-diabetes i behandlingsforløbet, oftest i samspil mellem praktiserende læge, kommunalt personale og sygehusafdelinger. Personalet oplever, at praktiserende læge er omdrejningspunktet for diagnosticering og behandling, mens kommunens forskellige personalegrupper varetager indsatser af visiterende, observerende, behandlende, trænende, rådgivende og plejende art.

Visitationen er kommunes myndighedsdel, og visitator betragtes som den centrale "tovholder" i kommunen. Visitatorerne har forskellig faglig baggrund og erfaring. Når en borger, der har kontakt med det kommunale system indlægges på sygehus, er visitator altid orienteret, og ved udskrivelse af en borger deltager visitator ved planlagte udskrivningssamtaler. Visitator ser ikke så meget på borgerens diagnoser, men vurderer borgeren i forhold til dennes hverdag og bevilliger "indsattpakker" og træning opgjort i tidsforbrug.

Sygeplejerskerne er borgerens bindeled mellem visitator og det øvrige plejepersonale, og de har både praktiske, administrative og koordinerende opgaver. Terapeuterne træner borgerne såvel i hjemmet som på træningsenheder, og de kontaktes af visitatorerne for borgernes funktionsstatus. Social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælperne har den daglige kontakt med borgeren, men har ikke sædvanligvis direkte mulighed for kontakt til visitatorerne. De får besked om opgaver, der skal udføres hos borgeren via en computertelefon, og har ofte ikke kendskab til borgerens diagnose. I Brønderslev kommune møder det daglige personale ikke hinanden. Disse personalegrupper udtrykker generelt usikkerhed overfor opgaver de kommer ud til, og de efterlyser jævnlig dialog og samspil med andre faggrupper. I Dronninglund orienteres personalet dagligt ved et morgenmøde, og her har de mulighed for at drøfte, hvordan opgaverne udføres og fordeles. Således har ikke alle faggrupper mulighed for en direkte kontakt med visitator omkring planlægning af borgerens forløb.

Borgerne med sygdommen KOL har ofte det største behov for kommunale ydelser, hvorimod type 2-diabetes gruppen ikke ret ofte benytter sig af de kommunale tilbud. Sygehuspersonalet møder generelt borgeren i ambulatoriet eller på sengeafdelinger mens personalet, der arbejder med borgere med type 2-diabetes, også møder denne gruppe aktivt i diabetesforeningen.

10.2.2 Kommunikation og samarbejde

Samtlige personalegrupper i både primær og sekundær sektor oplyser, at kommunikationen sektorerne imellem foregår såvel telefonisk som gennem skriftligt dokumentationsmateriale i form af eksempelvis sygeplejerapporter.

Generelt oplyser personalet, at de foretager mange telefonsamtaler daglig for at bekræfte informationer og aftaler omkring borgerforløbet. Eksempelvis nævnes de praktiserende lægers henvisninger ofte som sparsomme på oplysninger, hvorfor der ofte indhentes yderligere data telefonisk af plejepersonalet. Specielt, når oplysninger om medicin og kontrol af sygdommen ikke sendes sammen med borgeren hjem, kan der let opstå problemer og fejl. Dette kræver dagligt mange ressourcer, og det betragtes som en væsentlig tidsrøver for personalet i begge sektorer. Personalet oplever sig selv som meget ansvarligt og mener, det er nødvendigt konstant at checke op for at imødegå fejl.

For at lette og sikre kommunikationen afprøver og implementerer Brønderslev kommune en computertelefon, også under interviewperioden. Personalet er positive overfor redskabet, idet mange borgerdata kan ses heri, men på samme tid er telefonen meget forstyrrende. Telefonopkald tager tid, der ellers er afsat til konkrete handlinger hos borgeren. Personalet kontakter også ofte hinanden telefonisk, hvilket begrundes i, at det ofte er personale med den korteste uddannelse, der arbejder tættest på borgeren og derfor har brug for vejledning.

Såvel det tværfaglige som det tværsektorielle samarbejde vurderes meget positivt. Flere faggrupper i kommunen ønsker større indflydelse på eget arbejde og bedre mulighed for større handlefrihed. Sideløbende hermed udtrykkes også et stort behov for at drøfte den daglige praksis i et tværfagligt team.

10.2.3 Dokumentation omkring borgerforløb

Dokumentationsmaterialet, der arbejdes med, er meget forskelligt. Sygehusene benytter ICD 10 (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases, 10th edition) og kommunerne benytter til deres daglige dokumentation, omsorgsjournalen og et system der omtales som "fællessprog". Udviklingen af "fællessprog 2" er baseret på tankegangen i ICF modellen. De praktiserende læger anvender i stigende grad elektronisk dokumentation, men har ikke et sammenhængende system med eller adgang til kommunens eller hospitalernes systemer.

I Brønderslev Kommune anvendes "Uniq Omsorg", fra Zealand Care som dokumentationsredskab. Systemet har sammenhæng med den elektroniske computertelefon, således at personalet kan opdateres direkte i borgerens hjem. Nogle faggrupper udtrykker, det er et godt system, hvis de rigtige data lægges ind. Ikke alle faggrupper har adgang til det kommunale IT dokumentationssystem, og disse faggrupper samler selv data hos borgerne og oplyser, de har et "lommesystem". Diætisterne har ikke adgang til borgerdata, hvilket ses som problematisk, idet det er vigtigt at de sikre at korrekte anbefalinger gennemføres på KOL- og type 2-diabetesområdet.

Tværsektorielt korresponderes der ikke med et fælles dokumentationssystem. Sygehusene har deres journalsystem samt specielle fagrelaterede rapporter og vurderinger. Ved indlæggelse og udskrivelse virker det til, at hver faggruppe dokumenterer overfor sin egen faggruppe. Rapporterne fra sygehuset danner baggrund for, hvad borgeren har kunnet præstere i hospitalet, mens visitatorerne funktionsvurderer og ser borgeren i hjemmet. Borgeren skriver ikke selv i de forskellige systemer. Såvel borgeren som kommunens visitator får en kopi af faggruppernes rapporter.

Ved borgerens udskrivelse fra sygehuset tilsendes praktiserende læge en epikrise indeholdende et resume af sygdomsforløb, diagnosekode, undersøgelser, behandlinger der er iværksat samt den lægeordnede medicin. Hverken borger eller den kommunale hjemmeplejes personale modtager rutinemæssigt en kopi af denne epikrise. Personalet oplever generelt, at der desværre går nogen tid, før den praktiserende læge modtager denne epikrise, som indeholder de sidst ordnede medicinske præparater. Personale, der kommer hos borgeren eller doserer medicinen, udtrykker at der ofte er problemer med for lidt viden om borgerens sygdomsforløb og opdaterede medicinlister. Generelt oplever de, at der ofte er usikkerhed og mangler omkring borgerens medicinering.

Kommunens "Samarbejdsbog" er en af borgerens muligheder for adgang til dokumenterede oplysninger om egen sygdomsforløb. Samarbejdsbogen indeholder blandt andet stamdata, oplysninger om den tildelte hjælp, hjælpemidler der er bestilt, samt daglige indsatser og medicinlister. Stamdata og nogle af medicinlisterne er printet fra omsorgsjournalen, mens andre oplysninger og andre medicinlister er håndskrevne. Personalet giver udtryk for, at dette er en mulig fejlkilde, idet det kan være svært at læse og tolke en personlig håndskrift.

Personalet oplever, at det er meget forskelligt hvor meget, der skrives i samarbejdsbogen. Nogle gange skrives kun, hvad borgeren skal have hjælp til, og hvilke hjælpemidler der er bestilt. Personalet udtrykker, at der ofte ikke står, hvordan handlingerne skal udføres eller hvor langt man er kommet i en proces om borgerens sygdomsviden. Der mangler en mere præcis specificering af indsatsen med henblik på at sikre kvalitet og kontinuitet til borgeren. Generelt udtrykker plejepersonalet, at de kun dokumenterer det, som borgeren er enig i. Sygehusper-

sonalet oplyser, at de ikke bruger samarbejdsbogen ved indlæggelser eller udskrivelser, idet bogen ofte ikke er opdateret, eller indeholder data der er væsentlige for dem.

I sygehusenes ambulatorier medbringer borgeren aldrig dokumentationsmateriale, ofte fordi borgere der kommer der, ikke modtager kommunale ydelser. I begge sektorer opleves samarbejdsbogen som noget uoverskuelig i sin opbygning. Der ønskes et fælles dokumentationssystem med systematik og fælles ramme for hvilke data, der skal handles og sættes ind overfor ved de to målgrupper. Personalet giver også udtryk for, at der i dokumentationsmaterialet mangler en synliggørelse af borgerens ønsker og mål.

Med hensyn til journaloplysninger fra sygehusene har alle borgere mulighed for at få aktindsigt via egen læge eller ved forespørgsel til sygehusafdelingerne. Der eksisterer tilsyneladende ikke noget tilgængeligt og sammenhængende dokumentationsmateriale, hvori borgeren selv kan kommentere eller følge sit sygdoms- og rehabiliteringsforløb.

10.2.4 Personalets kompetencer

Personalet i kommunen ønsker generelt øget om viden sygdomme som KOL og type 2-diabetes - herunder viden til at kunne støtte borgeren i at leve med en livsstilssygdom og i håndtering af borgerens angst. Personalet giver udtryk for, at de gennem øget en sygdomsviden kan medvirke til at reducere genindlæggelser og fastholde adfærdsændringer hos borgerne. En fælles basisviden vil give øget mulighed for en "rød tråd" i borgerens sygdomsforløb.

Personalet mener, at der skal stor viden til for, at kunne sige fra overfor opgaver. De ønsker ikke at udføre opgaver, som de ikke er uddannet til eller oplært i, idet de oplever det gør borgerne usikre og bryder tilliden. Sygeplejerskegruppen mener generelt, at social- og sundhedsassistenterne og hjælpere er gode til at sige fra. Omvendt oplever disse faggrupper generelt en god støtte og oplæring fra sygeplejerskegruppen. Det daglige personale skal dog selv kunne vurdere egne kompetencer i forhold til nye opgaver, og have viden for at kunne sige fra.

Borgere, der er nydiagnosticerede, skal informeres af et fagspecifikt personale som terapeuter, diætister eller specialuddannede sygeplejersker. Fagspecifikke personaler skal sætte borgeren i gang, idet de har de nyeste teorier og kan være garant for kvaliteten. Der er bred enighed i, at diætistgruppen skal opprioriteres, set ud fra KOL og type 2-diabetes borgeres specifikke problemstillinger. Til gengæld kan det daglige personale udføre kontrolopgaver og observationer. Der er et fælles ønske fra personalet om øget tværfaglighed i hverdagen, og der foreslås tværfaglige temadage. Desuden ønskes Sund By personalet inddraget i et kommunalt samarbejde i hverdagen.

Det tværsektorielle personale anser det som vigtigt, at den fagspecifikke viden holdes opdateret henover sektorgrænsen. Sygehuspersonalet ønsker at være med til at opdatere denne viden gennem undervisning på områder som virkning og bivirkninger af medicin, åndedræsteknik, inhalationsteknik, injektionsteknik og compliance problemer omkring medicinen.

10.2.5 Personalets opfattelse af kommunens rehabiliteringstilbud

Rehabiliteringsbegrebet er ikke et ord, der bliver brugt så meget i det daglige. Nogle faggrupper mener, at rehabilitering er en anden måde at genoptræne på. Andre mener at genoptræning kun er et enkelt element af rehabilitering.

Personalet opfatter generelt, at rehabiliteringsindsatserne skal ses ud fra hele borgerens fysiske, psykiske og sociale liv således, at borgeren selv oplever livskvalitet og et meningsfyldt liv trods sin sygdom. De giver udtryk for, at indsatser der iværksættes, skal tage afsæt i borgers hverdag for at give mening, og indsatserne skal målrettes den enkelte borger.

Personalets opfattelse er, at borgeren er kernen og skal gøres aktiv og yde sin del. Borgeren skal være medbestemmende hele vejen rundt ellers nås de vedvarende resultater og adfærdssændringer ikke. Personalet fremhæver, at borgerens motivation er "alfa og omega" og drivkraften for, at indsatser lykkes. Der skal derfor sættes ind med information og rådgivning, når borgeren er parat til at medvirke i processen, og indsatsen skal være fagligt funderet og formidlet på en kompetent måde. Flere personalegrupper udtrykker, at de kan vejlede og rådgive, men beslutningerne om et ændret liv tager borgeren selv.

Generelt er personalet enige i, at borgerne ikke har nok viden, og at specielt ældre borgere sidder meget ensomt med deres sygdom. Mange borgere vil ifølge personalet gerne ændre livsstil. Tillidsforholdet mellem borger og sundhedspersonale er en vigtig faktor, og derfor ses kontinuitet blandt de personaler, der daglig kommer i borgerens hjem, som meget væsentlig.

Samtlige faggrupper er meget opmærksomme på, at indsatserne bør være hjælp til selvhjælp, og at det handler om at hjælpe borgerne med at skabe gode daglige vaner. En medarbejder siger således:

"Det er ikke altid let at indstille en insulinbehandling rigtigt under en sygehusindlæggelse, det skal være, når de er hjemme i deres eget miljø og har deres egne aktiviteter, vi skal bruge tid på at justere"

Personalets konkrete rehabiliteringsforslag sætter fokus på indsatser som KOL cafe', forbrugeraftner i samarbejde med de lokale forretningsdrivende, kost på recept, madlavning med en diætist i hjemmet, diætist med på daglig indkøb, motivationshold eller motionshold og træning med netværk for øje. Personalet skal kunne drage ud i byen sammen med borgeren. Tilbudene skal synliggøres, og valgene gerne drøftes med fagspecifikt personale således, at der er mulighed for differentiering i forhold til alder og sygdomsforløb. De mener, at mere information i offentligheden om, hvad rehabilitering er, vil øge borgernes interesse.

Personalet mener, at god rehabilitering er når borgeren oplever:

- ❖ tillid, anerkendelse, tryghed og pålidelighed i samarbejdet
- ❖ indflydelse på at sætte dagsorden og problemerne løses og følges op
- ❖ at tingene lykkes, og borgeren selv tager initiativ og omsætter sin viden til dagligdag
- ❖ at der er enighed i personalegruppen om indsatserne, og at der er styr på hvem, der udfører hvad
- ❖ at tilbuddene fra sygehusene fortsætter også i kommunen, og at der er faste tider for opfølgning
- ❖ at fagekspertisen er ude i dagligdagen
- ❖ kontinuitet – og at personalet får mulighed for at følge hele borgerens forløb

10.3 Konklusion på organisation

Gennem litteratur og Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremhæves organisering af patientforløb som meget centralt. Gennem interviewene med personalet er det svært at få samlet overblik over organiseringen mellem sygehus, praktiserende læge og den kommunale hjemmepleje, når det handler om rehabiliteringsydelser. Det er svært at få et klart billede af hvordan opgavefordelingen sektorerne imellem sikres og følges op. Der ses behov for en mere klar arbejdsfordeling i forhold til hvilken ekspertise, der skal sættes ind med, og indsatserne skal koordineres både mellem faggrupper og sektorerne.

I dagligdagen er den praktiserende læge borgerens nøgleperson omkring sygdom og behandling, og ved tildeling af hjemmeplejens ydelser er visitator nøglepersonen for hjemmeplejens indsatser. Mange borgere er ikke tilknyttet kommunens hjemmepleje, selv om de har et rehabiliteringsbehov.

Dokumentation af indsatserne gennemføres i forskellige systemer, oftest fagspecifikt. Det er svært at se sammenhæng i de systemer, der anvendes de forskellige faggrupper imellem, ligesom dokumentationssystemet mellem de to sundhedssektorer ikke korresponderer indbyrdes på nuværende tidspunkt. Det har gennem undersøgelsen ikke været muligt at få klarlagt hvor mange praksislæger der benytter et IT system, og hvordan de korresponderer med kommunens system. Kommunens "Samarbejdsbog" er tilgængelig for personaler og borgeren selv. Generelt rejses der kritik af samarbejdsbogen som middel til sikring af kvalitet og indsatser sektorerne imellem. Generelt synes borgeren ikke at have megen adgang til at følge med i sit eget forløb og forholde sig til egne data.

Samtlige personalegrupper der arbejder med rehabilitering omkring borgeren, har ikke adgang til at følge med i borgerens "journal". Personalet, der arbejder tættest på borgeren, synes at have færrest oplysninger og standarder at arbejde ud fra. Der er ikke en fælles opfattelse af hvilke data, der er vigtige at arbejde ud fra hos borgere med KOL og type 2-diabetes, heller ikke ved sektorskift.

Personalet ønsker mere undervisning og udveksling af viden omkring såvel sygdomme som rehabiliteringsbegrebet for at få fælles baggrund.

Fokusområder der skal medtænkes i rehabiliteringsmodellen:

- Et kommunalt rehabiliteringstilbud skal sættes tidligt ind. Praktiserende læger har regelmæssig kontakt til samtlige borgere med KOL og type 2-diabetes
- Borgeren er kernen i forløbet, og skal gøres aktiv og yde sin del. Borgeren skal være medbestemmende "hele vejen rundt", ellers nås vedvarende resultater og adfærdsændringer ikke
- Borgerens motivation er "alfa og omega" og drivkraften for, at indsatser lykkes. Der skal derfor sættes ind med information og rådgivning, når borgeren er parat til at medvirke i processen
- Borgeren skal sikres adgang til et fælles dokumentationsmateriale for rehabilitering
- Rehabiliteringsindsatser er tværfaglige og tvæsektorielle. Nydiagnosticerede borgere eller borgere med en fremskreden sygdom har behov for adgang til specialist viden og en koordinerende person. Ved sektorskift sættes ind med samme faglige viden
- Rehabiliteringsindsatserne skal ses ud fra hele borgerens fysiske, psykiske og sociale liv, således at borgeren selv oplever livskvalitet og et meningsfyldt liv trods sin sygdom
- Indsatser fra praktiserende læger, den kommunale hjemmepleje og sygehussektoren skal samles som en fælles indsats for borgeren
- Dokumentation skal sikres gennem et fælles system
- Et fagligt personale skal have adgang til ny og evidensbaseret viden, samt sikres kompetencer og uddannelse med mulighed for samspil og indflydelse
- Diætrætrådgivning skal opprioriteres

11.0 Økonomi

I dette afsnit sættes fokus på det kommunale omkostningsaspekt ved KOL og type 2-diabetes indsatserne, og der søges svar med henblik på en mulig ressourceoptimering. Der søges specifik viden og erfaring om sygdomsgruppernes træk på de kommunale ydelser samt på indlæggelses- og genindlæggelsesområdet.

11.1 Materiale og metode

Hensigten med det økonomiske perspektiv har udelukkende været en kasseøkonomisk belysning. En kasseøkonomisk analyse viser alene fordelingen af udgifter ved den samlede indsats, og belyser ikke omkostninger i forbindelse med tab af arbejdsfortjeneste samt borgerens mærkbare omkostninger ved sygdommen (70).

Der blev søgt kommunale data til belysning af KOL og type 2-diabetes området. Amtets sundhedsdata er anvendt som datakilde for indlæggelses- og genindlæggelsesomfanget, mens ydelsesforbruget i kommunen og hos de praktiserende læger blev tænkt indhentet gennem de kommunale systemer, sygesikringen samt ved de praktiserende læger. Data er søgt indhentet af den lokale projektleder samt arbejdsgruppens medlemmer.

11.2 Økonomi, KOL og type 2-diabetes

Som tidligere nævnt vil andelen af borgere med KOL og type 2-diabetes i forskellig sværhedsgrad øges hastigt i fremtiden. De kommunale ressourcer er begrænsede, og i takt med borgernes fordring om større livskvalitet, trods sygdom og funktionstab, er der stort behov for at sætte øget fokus på, hvordan de økonomiske ressourcer i kommunen forvaltes. Sundhedsstyrelsens rapporter for KOL og type 2-diabetes området anbefaler en øget indsats for at klarlægge, hvad de to målgrupper koster. Der skal sættes fokus på, hvordan der opnås størst mulig nytte og kvalitet med de ressourcer, der er til rådighed.

Indsatserne bør relateres til det samlede forløb for patienterne og dermed også til den kommunale indsats. Hos KOL og type 2-diabetes borgere er udgifterne dels forbundet med forebyggende aktiviteter, men også med livslang medicinsk behandling, undersøgelse, træning og pleje til disse målgrupper. Når en borger sygemeldes eller trækker sig helt ud af arbejdsmarkedet, bevirker det også et produktionstab for samfundet. For borgeren og dennes pårørende har det omkostninger af mere uahåndgribelig og menneskelig art.

I en rapport udarbejdet af Dansk Sygehus Institut er de samlede årlige omkostninger til behandling og pleje til KOL patienter af såvel indlagte som ambulante belyst. Desuden er omkostningerne beregnet til en person i et år (74). For år 2002 konkluderes det, at omkring 97% af de omkostninger, der anvendes på KOL området, vedrører sygehusbehandling. Undersøgelsens analysedel inkluderer ikke de omkostninger, der er forbundet med patienternes medicinforbrug udenfor sygehussektoren eller omkostninger givet i kommunalt regi.

På type 2-diabetes området gennemgår MTV rapporten fra Sundhedsstyrelsen sundhedsøkonomiske analyser, og der vurderes på diagnostiske strategier, screeningsstrategier, den non-farmakologiske og farmakologiske behandling samt senkomplikationer relateret til sygdommen. En sundhedsøkonomisk vurdering af type 2-diabetes i Danmark er gennemført ved Syddansk Universitet. Undersøgelsen konkluderer, at det ud fra et samfundsmæssigt synspunkt er dyrt at behandle type 2-diabetes i Danmark, og at den største udgiftspost er relateret til pleje og lindring som følge af de kroniske diabetiske senkomplikationer. Resultaterne antyder, at forbedringer i varetagelsen af diabetesplejen vil være samfundsgavnligt (72).

En høj grad af sundhed og selvstændig funktionsevne hos borgere med KOL og type 2-diabetes muliggør, at den enkelte kan leve et mere ønskværdigt liv trods sygdom. Det er derfor vigtigt, at belyse spørgsmål, som klarlægger de økonomiske konsekvenser af udbud og efterspørgsel ved de forskellige indsatser og metoder i kommunal rehabilitering, således at ressourcerne prioriteres hensigtsmæssigt.

11.2.1 Resultater fra kommunen

Gennem Nordjyllands Amt har det desværre kun været muligt at indhente en opgørelse over antallet af indlæggelser, hvor patienten på indlæggelsestidspunktet havde bopælskommune enten i Brønderslev eller Dronninglund Kommune. Tallene er opgjort ud fra den registrerede aktionsdiagnose for perioden 2002-2005. Det er usikkert, om diabetesgruppen indeholder både type 1 og type 2-diabetes patienter, hvorfor det er svært at konkludere for denne gruppe (tabel 4 og 5).

Tabel 4. Oversigt over antal indlæggelser, genindlæggelser, sengedage og det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på KOL og diabetes området vedrørende borgere bosat i Brønderslev Kommune.

Årstal	2002		2003		2004		2005	
	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes
Indlæggelser	84	16	79	15	99	26	91	22
Genindlæggelser	35	2	36	0	52	4	48	2
Sengedage i alt	451	106	432	53	505	127	363	158
Gns sengedage	5,37	6,63	5,47	3,53	5,10	4,88	3,99	7,18

Som det ses af tabel 4 har KOL patienterne mange genindlæggelser - næsten omkring 50% for Brønderslev Kommune, mens der på diabetesområdet kun ses få genindlæggelser. Set på det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for KOL patienterne ses et fald, mens tendensen på diabetesområdet er stigende.

Tabel 5. Oversigt over antal indlæggelser, genindlæggelser, sengedage og det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på KOL og diabetes området vedrørende borgere bosat i Dronninglund Kommune.

Årstal	2002		2003		2004		2005	
	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes	KOL	Diabetes
Indlæggelser	100	5	58	7	61	10	30	6
Genindlæggelser	55	0	19	0	25	1	5	0
Sengedage i alt	822	29	419	42	584	80	251	37
Gns sengedage	8,22	5,80	7,48	6,00	5,84	8,00	8,37	6,17

For KOL patienternes vedkommende ses i Dronninglund Kommune en reduceret genindlæggelsesfrekvens over år, og på diabetes området ses kun en enkelt genindlæggelse over de seneste år. Set på det gennemsnitlige antal sengedage er dette ret uændret for borgerne med KOL, mens der på diabetesområdet ses tendens til en lille stigning i antallet. Der er ikke oplysninger, hvoraf det kan ses, hvilket sygehus patienten konkret har været indlagt på, ligesom det heller ikke er helt klart om baggrunden for ændringer i tallene har baggrund i en organisatorisk ændring.

Det var ikke muligt at fremskaffe oplysninger om det kommunale ydelsesforbrug, der specifikt belyser de kommunale omkostninger ved indsatser til borgere med KOL eller type 2-diabetes. De kommunale ydelser gennemføres oftest med baggrund i borgerens funktionsnedsættelse og er ikke diagnoserelateret. Heller ikke i forhold til de 2 undersøgte grupper af borgere med KOL og type 2-diabetes var det muligt at indsamle omkostningsforbruget, idet kun en meget lille andel modtog kommunale ydelser eller indsatser.

I forhold til ydelsesforbruget fra de praktiserende læger har det heller ikke været muligt at indsamle en oversigt over de ydelser eller antallet af ydelser, der tilbydes de 2 målgrupper.

11.3 Konklusion på økonomi

Som udgangspunkt for en økonomisk beregning i kommunen, har det ikke været muligt at indsamle de planlagte data omkring KOL og type 2-diabetes borgerne. Der mangler en mere præcis opgørelse over indlæggelser, en opgørelse af forbrugsmønstret omkring ydelserne samt en kortlægning af sundhedsydelsernes virkning og nytte. Der er heller ikke fundet danske sundhedsøkonomiske opgørelser vedrørende den kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med KOL og type 2-diabetes.

Fokusområder der skal medtænkes i rehabiliteringsmodellen:

- Rehabiliteringsindsatserne skal beskrives med tilhørende specifikke kompetencer
- Borgerdata skal kunne registreres ud fra såvel diagnose som funktionsevnenedsættelse
- Mulighed for at kunne beregne omkostningerne ved rehabiliteringsmodellen fordrer synlighed af indsatserne samt registrering af borgerdata med henblik på monitorering

12.0 Konklusion og perspektivering

Formålet med projektet var at udarbejde en model for det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune. Udfordringen og fordringen til rehabiliteringsmodellen er at medvirke til at reducere komplikationer og funktionstab, samt bedre livskvaliteten for det enkelte menneske og dennes familie. Desuden er hensigten at bedre synligheden af rehabiliteringsindsatsen der gives den enkelte borger. Til opbygning af modellen anvendes viden indsamlet gennem litteratur, nationale anbefalinger, erfaringer og viden fra det tværfaglige og tværsektorielle personale samt borgere i Brønderslev Kommune. Da projektet er finansieret af projektmidler, gives der mulighed for ved implementeringen, at modellen afprøves og evalueres udenom de øvrige sundhedssystemer i Brønderslev Kommune.

Den fremtidige kommunale rehabiliteringsindsats tager udgangspunkt i rehabiliteringsbegrebet og tankesættet fra Hvidbogen, udgivet af Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg-Centret. Elementer af Hvidbogens rehabiliteringsbegreb ses anvendt i Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme. Gennem fokusgruppeinterviewene, med både det tværfaglige og tværsektorielle personale, ses der fælles tanker og bud på faktorer, der bevirker et godt rehabiliteringsforløb for borgeren, som matcher Hvidbogens elementer for god rehabilitering. Blandt borgerne opfattes rehabiliteringsbegrebet som mere diffust. En styrket lokal indsats omkring forståelsen af rehabiliteringsbegrebet vil kunne medvirke til en bedre og mere kvalificeret indsats.

Et fælles omdrejningspunkt er, at borgeren er den eneste gennemgående person i rehabiliteringsforløbet, og der sættes på at borgeren skal være aktiv i eget sygdomsforløb. Rehabilitering skal ses som en samlet tværfaglig og tværsektoriel indsats, og der skal sættes ind når borgeren er motiveret. I Brønderslev kommune etableres et tværfagligt rehabiliteringscenter, der kan rumme indsatser med forebyggelse, sundhedsfremme og behandling, og som støtter i netværksaktiviteter på områder som fysisk aktivitet, træning, motion, kost og ernæring, rygning, medicin håndtering og formidling af viden. Det kommunale rehabiliteringscenter skal skabe synlighed om de kommunale indsatser, for såvel borgere som for personalet.

Ved enhver sygdom er der karakteristika, symptomer og risici, der knytter sig specifikt til sygdommen. Udviklingen af de to kroniske sygdomme er relateret til den daglige livsstil. I Brønderslev Kommune ses en betydelig tendens til fedme og manglende motion blandt den undersøgte gruppe borgere med type 2-diabetes. Blandt borgerne med KOL ses en tendens til problemer med lav vægt, vedvarende rygning, nedsat motion og aktivitet. Tendensen i undersøgelsen matcher de nationale tal, set i forhold livsstilsproblemer, alder, genindlæggelsesfrekvens samt anvendelsen af medicinsk behandling.

Målrettede og kontinuerte rehabiliteringsindsatser skal styrke borgerens muligheder for at leve et godt dagligliv, og der skal henvises til rehabiliteringsindsatser tidligt i forløbet. Sundhedsstyrelsen anbefaler helt konkret en samlet indsats til borgere med KOL med en MRC på ≥ 3 . Rygestop til type 2-diabetes borgere anbefales iværksat på diagnosticeringstidspunktet, og de forebyggende indsatser skal helst fortsættes i et livslangt forløb. En væsentlig del af den undersøgte borgergruppe med KOL i Brønderslev burde således tilbydes en rehabiliterende indsats. Da en væsentlig andel ikke er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og derfor ikke har jævnlig kontakt med sundhedsvæsenet, ses den praktiserende læge som en yderst vigtig nøgleperson omkring henvisning og en tidlig indsats.

Helbred og funktionsevne er ikke en statisk, men en dynamisk proces. Faktorer som borgerens mestringsevne, sygdomsgraden, funktionstab og netværk i familien kan påvirke hinanden indbyrdes. Borgere med kroniske lidelser har også ofte flere sygdomme, hvilket øger behovet

for at understøtte borgerens egne ressourcer samt sikre indsatser fra familie, netværk og det omgivende samfund. Før rehabiliteringsindsatsen påbegyndes, bør der gennemføres en helhedsvurdering og status på borgerens ønsker, mål og behov. Ved sektorskift er det vigtigt, at der følges op hurtigt både fra praktiserende læge og kommunens hjemmepleje, således at indlært viden ikke går tabt. Dette kræver en koordinerende enhed, der kan samle data omkring borgeren, og som i samarbejde med borgeren opstiller mål og lægger en individuel plan for rehabiliteringsindsatsen. Den opfølgende indsats sikres ved fastlagte reminders til borgeren eller eventuelt ved fastlagte tider for opfølgning ved praktiserende læger.

Rehabiliteringsindsatserne skal tage udgangspunkt i nationale standarder samt lokale muligheder. Der sættes ind både med individuelle, holdindsatser og netværksgrupper. Indsatserne skal være tværfaglige, og helt specifikt bør en mere udadrettet funktion på kost- og ernæringsområdet iværksættes.

Borgerne skal opleve et sundhedsvæsen med sammenhæng, kvalitet og rettidig omhu. Organiseringen af de forskellige indsatser mellem sektorerne er derfor yderst væsentlig både af hensyn til ressourceforbruget, men også af hensyn til borgerens mulighed for selv at kunne yde en aktiv indsats. Såvel praktiserende lægers som sygehusenes og kommunens indsatser registreres. Det tværfaglige personale i kommunens hjemmepleje har en central rolle i rehabiliteringsindsatsen i form af en daglig forebyggende, observerende og behandlende indsats.

Fremover er der behov for at sikre faglig ekspertise og opgavefordeling ved rehabiliteringsindsatsen. Det kræver et aktivt samspil og samarbejde mellem praktiserende læger, sygehussektoren, og den kommunale hjemmepleje. På Sygehus Vendsyssel-Hjørring opstartes et projekt i 2007 omkring KOL patienternes rehabiliteringsforløb henover sektorgrænsen. Her afprøves en udadgående funktion fra sygehuset, hvor samarbejde med kommunens terapeuter er en del af projektet. På diabetesområdet er der i tiden ingen planer for sammenhængende rehabiliteringsforløb, men indsatser, hvor patientforeninger og andre lokale aktører som Sund By virksomheden i kommunen også er part, kan føre til en stærkere og mere samlet indsats for den enkelte borger.

Kontinuiteten sektorer og faggrupper imellem ses vanskelig, idet der ikke anvendes en fælles ramme for borgerens behandlings- og rehabiliteringsforløb. Samarbejdet de forskellige faggrupper og sektorer imellem kræver, at der etableres et fælles sprog og en tværfaglig ramme, som sikrer kontinuitet, sammenhæng og kommunikation omkring borgerens rehabiliteringsforløb. ICF rammen har en struktureret, bred og systematisk tilgang til mennesket og kan på udvalgte og relevante områder anvendes som referenceramme.

IT-udveksling og kontinuitet i journalsystemerne er vigtige faktorer med henblik på at sikre sammenhæng og kontinuitet i borgernes sygdoms- og rehabiliteringsforløb. Både gennem fokusgruppeinterviewene og ved afsøgning af litteraturen er der stor opmærksomhed på dette område. På nuværende tidspunkt er forudsætningerne for en fælles IT-baseret udveksling af informationer sektorer og faggrupper imellem ikke til stede, men der arbejdes nationalt på dette gennem MedCom. Lokalt er Brønderslev Kommune repræsenteret i MedCom's arbejdsgruppe med henblik på at indgå i afprøvning af de nye elektroniske IT systemer. Den elektroniske genoptræningsplan fra MedCom forventes klar i år 2007, og indtil da anvendes en fælles papirudgave.

Flere borgere giver udtryk for, at de selv skal være samlende for deres sygdomsforløb. Borgeren skal gives forudsætninger til at kunne håndtere sygdommen gennem en øget viden om sygdom, forebyggelse og mestring. Ved valg af indsatser er det vigtigt at målrette de faglige kompetencer, idet klinisk identiske borgere mestrer forskelligt. Samtidig ses der behov for en "tovholder" til samling af hele rehabiliteringsindsatsen. Borgerens adgang til oplysninger om den samlede rehabiliteringsindsats kræver et fælles borgervenligt system. En mulighed, der

fremhæves både fra Sundhedsstyrelsen og det interviewede personale, er en form for "vandrejournal" med handleplaner til brug for borgeren selv.

Kvalitetssikring er et væsentligt fokusområde ved implementering af nye indsatser. Det er vigtigt, at rehabiliteringsforløbene monitoreres med henblik på at følge effekten af indsatserne over tid. Evalueringerne kan sammenholdes med nationale anbefalinger eller med andre kommuners indsatser på kronikerområdet. Der er ingen samlet opgørelse i Brønderslev Kommune over ydelsesforbruget ved de to målgrupper. Indsatserne bør fremover beskrives og dokumenteres. Dataregistreringen skal være således at der kan gennemføres kvalitetsudvikling. I Sundhedsaftalerne beskrives allerede på nuværende tidspunkt det formaliserede og forpligtende samarbejde mellem Region Nord og de 11 Kommuner.

Personalet udtrykker generelt, at en del af de akutte indlæggelser på sygehusene kan undgås, hvis de faglige kompetencer målrettes. Personalet mener, at der kan reageres tidligere på faresignaler blandt borgerne med KOL og type 2-diabetes ved en tværfaglig udveksling af viden. Konkret ønskes på sigt en kontinuerlig opkvalificering på området omkring håndtering af sygdomssymptomer og indsatser til borgere med KOL og type 2-diabetes. Det er her, at kommunen har en reel mulighed for at styrke og samle indsatsen, samt forbedre kvaliteten indenfor rammerne af den nye Sundhedslov.

Den fremtidige planlægning og kvalificering af Brønderslev Kommunes rehabiliteringsindsats til borgere med KOL og type 2-diabetes kan med fordel tage udgangspunkt i følgende områder:

- Gennem undersøgelsen er det blevet klart, at der ikke er synlighed og fælles indsigt i de kommunale rehabiliteringstilbud. En senere klarlægning af borgernes tilfredshed af det ændrede lokale rehabiliteringstilbud ville være et muligt fokusområde
- Fra litteraturen og fra politisk side ønskes der øget fokus på at fremme borgerens ansvarlighed for egen sygdom. Spørgsmålet er, i hvilken grad og med hvilke midler og metoder den enkelte borger faktisk sættes i stand til at opfylde disse krav. Der kan fremtidigt i kommunen sættes øget fokus på afdækning af indlæringsmetoder, der er velegnede til at fastholde indlært viden og ansvarlighed på kort og lang sigt
- Det har været problematisk lokalt at få et samlet billede af de to sygdomsgruppers omfang og ressourceforbrug, idet der ikke anvendes samme klassifikationssystem og dokumentationssystem sektorer og faggrupper imellem. En fremtidig undersøgelse af en repræsentativ borgergruppe ved anvendelse af en fælles klassifikation og dokumentation vil kunne give et mere klart billede af sygdommenes lokale omfang og konsekvenser
- Det er uvist om der kan spares på de kommunale budgetter gennem en optimeret indsats ved forebyggelse og borgerinddragelse. Der er behov for en sundhedsøkonomisk analyse af kommunens indsatser.

13.0 Referenceliste

1. Frølich A, Jørgensen SJ, Hendriksen C. Optimering af indsatsen ved kroniske sygdomme. Ugeskrift for Læger 2005; 167(3):266-268.
2. www.boernesundhed.dk/download/pdf/sundhedsloven. Lov om sundhed nr.546 af 24. juni 2005. Internet Communication.
3. Vejledning til §119. Høringsudkast. Januar 2007. Sundhedsstyrelsen.
4. "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010". Regeringen. September 2002: Sundhedsstyrelsens publikation.
5. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København 2005. Sundhedsstyrelsen.
6. Lange P. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2004; 82:675-680.
7. Juel K, Døssing M. "KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet". København 2003. Statens Institut for Folkesundhed.
8. Jensen KB. Langt flere tilfælde af KOL end hidtil antaget. Ugeskrift for Læger 2005; 167(14):1554-1556.
9. Juel K, Døssing M, Frausing Hansen E, Lange P. Kronisk obstruktiv lungesygdom - en overset folkesygdom. Ugeskrift for Læger 2004;1308-1310.
10. Svenning A, Bilde L. Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). 2004. Dansk Institut for Sundhedsvæsen.
11. Rasmussen SR, Søgaard J. Tobaksrygningens samfundsøkonomiske omkostninger. Ugeskrift for Læger 2000; 162(23):3329-3333
12. Hendriksen C, Backer V, Carlsson DM, Jørgensen SJ. Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan indsatsen forbedres? Ugeskrift for Læger 2005; 167(3):269-272.
13. KOL. Fakta og forebyggelse. 2005. Sundhedsstyrelsen.
14. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. 2004. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.
15. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. 2003. Sundhedsstyrelsen.
16. Type 2-diabetes. Fakta og forebyggelse. 2005. Sundhedsstyrelsen.
17. Beck-Nielsen H, et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom. Klaringsrapport 6. 2000. Dansk Selskab for Intern Medicin.
18. Borch-Johnsen K. Er type 2-diabetes en gammelmandssygdom? Ugeskrift for Læger 2002;164(16):2121-2124.

19. Borch-Johnsen K. Type 2-diabetes. Forebyggelse af en folkesygdom og dens konsekvenser. Ugeskrift for Læger 2004;166(14):1316-1320
20. Borgerrettet forebyggelse i Kommunen. 2006. Sundhedsstyrelsen.
21. Forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering i kommunalt regi. Fremtidigt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne. 2005. Sundhedsstyrelsen.
22. Sundhedsstyrelsens strategi for kroniske sygdomme. København 2005. Sundhedsstyrelsen.
23. Forløbsprogram for kronisk sygdom. Udkast til høring 26. januar 2007. Sundhedsstyrelsen.
24. Handlingsplan om diabetes. November 2003. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
25. Forløbsprogram for diabetes. Udkast til høring af 26. januar 2007. Sundhedsstyrelsen.
26. KOL-kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. København 2006. Sundhedsstyrelsen.
27. Implementering af rammeaftale om genoptræning. Rapport om Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. 2005. Frederiksberg og Københavns Kommuner, ISAG.
28. Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan? 2000. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering.
29. Medicinsk Kompendium. 15 udgave. 1341-1355. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København 1999.
30. www.goldcopd.dk. Internet Communication.
31. Forebyggelse, behandling og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Sygesikring og Sundhedsfremme. Nordjyllands Amt.
32. Vinther K. Sygeplejerskeintervention for KOL patienter og pårørende. Sygeplejersken 2005;(13).
33. Møller AM, Tønnesen H. Rygestop og kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskrift for Læger 2004; 166(42):3695-3697.
34. Medicinsk Kompendium. 15 udgave. 2378-2426. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København 1999
35. Beck-Nielsen H, et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom. Klaringsrapport 6. 2000. Dansk Selskab for Intern Medicin.
36. Drivsholm T, Hansen CN, Henderson D, Norringriis C, Schultz-Larsen P. Type 2-diabetes i almen praksis - en evidens baseret vejledning. 2004. Dansk Selskab for Almen medicin.
37. Borch-Johnsen K. Er type 2-diabetes en gammelmandssygdom? Ugeskr for Læger 2002; 164(16):2121-2124.

38. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret. 2004.
39. WHO. ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001
40. ICF-klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Munksgaards 2003.
41. ICF- Den danske vejledning og eksempler fra praksis. 2005. Sundhedsstyrelsen.
42. McDermot A. Pulmonary rehabilitation for patients with COPD. Professional Nurse 2002; 17(9):553-556.
43. Lacasse Y, Guyatt GH, Wong E, King D, Cook D, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. The Lancet 1996;1115-1119.
44. Ehlers HD. Udgående hospital til KOL patienter. Sygeplejersken 2005;(19).
45. Emtner M, Larsson K. Fysisk træning bør erbyddes alle KOL patienter uanset sygdomsgrad. Lakartidningen 2005; 102(10):766-771.
46. Griffiths TL et al. Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary rehabilitation programme. Thorax 2001;(56):779-784.
47. Lange P. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2004; 82:675-680
48. Pilmark V. Færre indlæggelser efter fysisk træning. Danske fysioterapeuter 2003;(25).
49. Ringbæk TJ, Brøndum E, Bolton S, Martinez G, Lange P. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Tolv månederseffekten af et syv ugers program. Ugeskr Læger 2007;169(17):1572
50. Nielsen AH. Ergoterapeuter har plads i rehabilitering af KOL patienter. Ergoterapeuten 2006;16-19.
51. Wijkstra PJ, Stribos JH, Koeter GH. Home-based rehabilitation for patients with COPD: organization, effects and financial implications. Monaldi Arch Chest Dis 2000; 55:2 130-34
52. Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS. The components of respiratory rehabilitation program: A systematic overview. Chest 1997;(111):1077-1088
53. Lacasse Y et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane database of Systematic Reviews. Issue 1.2006
54. Ringbæk TJ, Brøndum E, Hemmingsen L, Lybeck K, Nielsen D, Andersen C et al. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskrift for Læger 2000; 162:498-501.

-
55. Elliot M, Watson C, Wilkinson E, Musk AW, Lake FR. Short-and long-term hospital and community exercise programmes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology* 2004; 9(3):345-351.
 56. Wadel K, Henriksson-Larsen K, Lundgren R, Sundelin G. Group training in patients with COPD - long-term effects after decreased training frequency. *Disabil Rehabil* 2005; 27(10):571-581.
 57. Redhead J, Hussain A, Gedling P, McCulloch AJ. The effectiveness of a primary-care-based diabetes education service. *Diabetes Med* 1993;(10):672-675.
 58. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Cochrane* 2006;(3).
 59. Devantier J. Livsstilsmodifikation og type 2-diabetes. 62 ed. Master of Public Health, København, 2001.
 60. Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 diabetes mellitus. *Clin Physiol Funct Imaging* 2003; 23(1):21-30.
 61. Ligtenberg PC, Hoekstra JB, Bol E, Zondreland ML, Erkelens DW. Effects of physical training on metabolic control in elderly type 2 diabetes mellitus patients. *Clin Sci* 1997; 93(2):127-135.
 62. Willaing I, Folmann N, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning. 2005. Sundhedsstyrelsen.
 63. Rachmani R, Schlavacheski I, Berla M, Frommer-Shapiro R Ravid M. Treatment of high risk patients with diabetes: motivation and teaching intervention: A randomized, prospective 8-year follow-up study. *J Am Soc Nephrol*. 16:22-26. 2005.
 64. Delholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning – fem artikler fra Nordisk Medicin. 1998. Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus.
 65. KOL, Hverdagsliv og Livskvalitet. 2007. Astma og Allergiforbundet.
 66. Maunsbach M. En ting er teori – noget andet er praksis”. Aspekter af compliance og non-compliance blandt type 2 diabetikere. Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitetshospital, Århus.
 67. Birtø K. Patientundervisning som led i rehabilitering ved kronisk obstruktiv lungesygdom belyst gennem litteraturstudier og patientinterview. 1 ed. Master of Rehabilitation, SDU, 2004.
 68. Maindal HT. Motivationsgrupper for type 2-diabetikere. 52 ed. 2002. Master of Public Health, Århus Universitet.
 69. Robinson T. Living with severe hypoxic COPD: the patient experience. *Nurs Times* 2005 febr 15-21; 101(7):38-42.
 70. Alban A et al. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. 1999. DSI – Institut for sundhedsvæsen.

71. Rundt om kommunernes træningsindsats – økonomiske analyser. Styrelsen for Social Service.
72. Green A, Emneus M, Christiansen T, Kristensen JK. The societal impact of Diabetes Mellitus and diabetes care. Report 3: Type 2 diabetes in Denmark year 2001. Health Economic Papers 2006:2
73. Monninkhof E et al. Economic evaluation of a comprehensive self-management program in patients with moderate to severe chronic pulmonary disease. Chron Respir Dis 2004; 1(1):5-6.
74. Svenning A, Bilde L. Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). 2004. Dansk Institut for Sundhedsvæsen.

14. Bilagsfortegnelse

Bilagene kan hentes på www.DGR-Broenderslev.MarselisborgCentret.dk

- Bilag 1: Fakta om Brønderslev Kommune
- Bilag 2: Fakta om MarselisborgCentret
- Bilag 3: MRC – Medical Research Council Dyspnoea Scale
- Bilag 4: Materiale sendt til praktiserende læger med henblik på deltagelse i undersøgelsen
- Bilag 5: Materiale og samtykkeerklæring udsendt til borgerne
- Bilag 6: Registreringsskemaer til stamdataundersøgelse
- Bilag 7: Barthel 100
- Bilag 8: Orienterende materiale udsendt til ledelserne ved sygehuse og kommunen
- Bilag 9: Materiale udsendt til deltagerne ved fokusgruppeinterviewene
- Bilag 10: Spørgeguide til semistrukturerede fokusgruppeinterviews
- Bilag 11: Semistruktureret spørgeguide til borgerinterviews
- Bilag 12: Tanker omkring rehabiliteringsbegrebet udsendt til personalegrupperne
- Bilag 13: Personalets samtykkeerklæring

