

Laura Emdal Navne, Louise Borst og Martin Sandberg Buch

Forløbskoordination og diagnose- rettede tilbud til borgere med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes i Slagelse Kommune 2010-2012

Evaluering af projekt



Forløbskoordination og diagnoserettede tilbud til borgere med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes i Slagelse Kommune 2010-2012 kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-786-7

Projekt 10199

September 2013

KORA

Det Nationale Institut for

Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

1	Evaluerings formål og metode.....	4
1.1	Evaluerings formål og undersøgelsesspørgsmål.....	4
1.2	Evaluerings gennemførelse.....	4
1.3	Notatets opbygning/læsevejledning	5
2	Projektet "Slagelse Kommunes diagnoserettede rehabiliteringstilbud"	6
2.1	Borgernes indgang til og opstart i de kommunale rehabiliteringstilbud.....	6
2.2	Status på kommunens diagnoserettede tilbud	7
3	Borgernes udbytte af og perspektiver på diagnoserettede rehabiliteringstilbud	10
3.1	Effekt og udbytte vurderet ud fra EQ-D5 og SF12 spørgeskemaer.....	10
3.2	Diagnosespecifik effekt og udbytte vurderet ud fra indsamlede helbredsmål.....	14
3.3	Deltagernes evaluering af rehabiliteringsforløbet	16
3.4	Opsamling på de kvantitative data	19
3.5	Opsamling	23
4	Almen praksis perspektiver på de kommunale rehabiliteringstilbud	24
4.1	Erfaringer med henvisninger og kommunikation med kommunen.....	24
4.2	Lægernes vurdering af det de kommunale tilbuds relevans	25
4.3	Opsamling på almen praksis perspektiver	26
5	Perspektiver fra udvalgte sygeplejersker på Slagelse Sygehus.....	27
5.1	Sygeplejerskernes erfaringer med henvisningssamarbejdet.....	27
5.2	Vurdering af de kommunale tilbuds relevans og kvalitet	27
5.3	Sygeplejerskernes perspektiver på de kommunale tilbuds målgruppe.....	28
5.4	Opsamling på de hospitalsansatte sygeplejerskers perspektiver.....	29
6	Perspektiver fra medarbejdere i Slagelse Kommune.....	30
6.1	Erfaringer fra samarbejdet med almen praksis	30
6.2	Sammenlægning af genoptræningsområdet og de kommunale forebyggelsestilbud ..	31
6.3	Erfaringer med implementering af rehabiliteringstilbud	31
6.4	Samarbejdet mellem livsstilskonsulenter og den kommunale KOL-sygeplejerske	33
6.5	Opsamling	33
7	Evaluerings konklusioner og anbefalinger	35
7.1	Deltagernes udbytte og tilfredshed med de kommunale tilbud	35
7.2	Rehabiliteringsforløbets implementering og snitflader til eksterne samarbejdspartnere	37
7.3	Rehabiliteringsforløbets organisering og perspektiver fra de ansvarlige medarbejdere	39
	Bilag 1: Notat fra midtvejsevalueringen.....	41
	Bilag 2: Inklusionskriterier og henvisningsvejledning til almen praksis og sygehus.....	69
	Bilag 3: EQ-5D Helbredsspørgeskema	72
	Bilag 4: Måleskema anvendt til indsamling af fysiske data	73
	Bilag 5: Individuel handleplan	74
	Bilag 6: Svarfordeling for SF12 spørgeskema baseret på 91 besvarelser	78

1 Evalueringens formål og metode

1.1 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål

Slagelse Kommune har i perioden maj 2011 til december 2012 igangsat en række diagnoserettede rehabiliteringstilbud til borgere med type 2-diabetes, KOL og hjertesygdomme. Indsatsen har til formål at styrke den patientrettede del af den kommunale forebyggelse. I forbindelse med projektet har KORA gennemført en midtvejsevaluering¹ og en afsluttende evaluering for Slagelse Kommune.

Evalueringen er gennemført for at understøtte udviklingen af tilbuddet samt for at understøtte indsatsernes overgang til drift. På den baggrund undersøger vi – med afsæt i projektets succeskriterier – hvorvidt der i projektperioden:

1. På tværs af sektorer er skabt større kendskab til Slagelse Kommunes tilbud til borgere med kroniske lidelser (KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes), således at der er et synligt, relevant og respekteret kommunalt tilbud
2. Relevante fagpersoner oplever bedre sammenhæng mellem de forskellige sektors tilbud til borgere med KOL, kronisk hjertesygdom og type 2-diabetes
3. De deltagende borgere oplever et sammenhængende kommunalt rehabiliteringsforløb, som supplerer deres øvrige kontakter med sundhedsvæsenet
4. De deltagende borgere oplever at have fået redskaber til at mestre hverdagen med kronisk sygdom gennem de kommunale tilbud
5. Hvilken effekt deltagelse i den kommunale rehabilitering har for borgernes selvoplevte sundhed, livskvalitet og funktionsniveau m.m.

1.2 Evalueringens gennemførelse

Evalueringen er baseret på interview med i alt 26 fagpersoner, hvoraf seks personer er interviewet både midtvejs og ved afslutningen af projektperioden. Tilsammen repræsenterer de, de vigtigste aktører og enheder, der samarbejder omkring patientrettet forebyggelse på kronikerområdet i Slagelse Kommune. Derudover er der foretaget interview med sammenlagt 13 af de borgere, der er blevet henvist til tilbuddet. Én borger deltog ved begge gruppeinterview.

Notatet her afrapporterer på baggrund af den samlede projektperiode og samler de relevante pointer fra såvel midtvejs- som slutevalueringens dataindsamling.

Tabel 1 viser i oversigtform fordelingen af evalueringens informanter og datakilder.

¹ Notatet fra midtvejsevalueringen er vedlagt som bilag 1.

Tabel 1: Oversigt over evalueringens datagrundlag

		Borgere	Almen praksis	Slagelse Sygehus	Slagelse Kommune
Midtvejs-evaluering	Informanter	5	5	5	4
	Metode	1 gruppe-interview med 5 KOL-borgere	5 telefon-interview	1 gruppe-interview	4 individuelle interview
Slut-evaluering	Informanter	9	4	3	5
	Metoder	1 gruppe-interview med 7 borgere på tværs af diagnoser	1 gruppe-interview	1 gruppe-interview	1 gruppe-interview
		2 individuelle interview		1 enkelt-interview	2 individuelle interview

For begge runder af evalueringen gælder, at der – med udgangspunkt i de overordnede undersøgelsesspørgsmål – er udarbejdet generiske semistrukturerede interviewguides, som forud for hver enkelt interview er tilpasset informanter og kontekst.

Alle interview er optaget digitalt og transskriberet, hvorefter udskrifter er tematiseret i henhold til evalueringens overordnede temaer og anvendt som afsæt for citat og analyse. Rekruttering af informanter og anvendte interviewguides er udført i samarbejde med Slagelse Kommunes Center for Sundhed og Omsorg.

Evalueringen baserer sig derudover på relevant skriftligt materiale fra Center for Sundhed og Omsorg, aktivitetsopgørelser og udvalgte kvantitative data, som er indsamlet af de fagpersoner, der er ansvarlige for Slagelse Kommunes patientrettede forebyggelse. Slagelse Kommune har været ansvarlig for indsamling og bearbejdning af kvantitative data, mens KORA har haft til opgave at sammenfatte og formidle resultaterne.

Konkrete relevante overvejelser omkring metode og databehandling præsenteres indledningsvis i hvert af notatets analysekapitler.

1.3 Notatets opbygning/læsevejledning

Notatet består af nedenstående fem kapitler, som præsenterer de indsamlede data, samt et afsluttende kapitel der sammenfatter og konkluderer.

- Kapitel 2 giver et overblik over tilbuddenes organisering og opbygning.
- Kapitel 3 falder i to dele, hvor første del omhandler deltagernes udbytte på baggrund af de kvantitative data, der er indsamlet, mens anden del gengiver de perspektiver, som er afdækket via KORAs interview med deltagerne fra de kommunale diagnoserettede rehabiliteringstilbud.
- Kapitel 4 præsenterer de praktiserende lægers perspektiver på de kommunale diagnoserettede tilbud samt på deres egen henvisende rolle.
- Kapitel 5 præsenterer de sygehusansatte sygeplejerskers perspektiver på kommunens diagnoserettede rehabiliteringstilbud.
- Kapitel 6 præsenterer perspektiver fra de kommunale informanter.
- Kapitel 7 sammenfatter evalueringens resultater og konklusioner.

2 Projektet "Slagelse Kommunes diagnoserettede rehabiliteringstilbud"

2.1 Borgernes indgang til og opstart i de kommunale rehabiliteringstilbud

I henhold til projektets oprindelige projektbeskrivelse (marts 2010) kan borgere med diagnosticeret KOL, type 2-diabetes eller hjertekarsygdom via henvisning fra egen læge eller sygehus modtage et diagnoserettet rehabiliteringstilbud i Slagelse Kommune. Som led i projektudviklingen har projektgruppen beskrevet en henvisningsprocedure og formuleret in- og eksklusionskriterier for optagelse på kommunens tilbud. Disse fremgår af bilag 2.

De diagnoserettede rehabiliteringstilbud er grundlæggende individuelt tilrettelagt og struktureret omkring en række individuelle samtaler med en kontaktperson. Kontaktpersonen er som oftest en livsstilskonsulent, der følger borgeren fra start til slut og gennemfører de individuelle samtaler, der har til formål at afklare borgerens individuelle behov, motivation og mål.

Et rehabiliteringsforløb varer seks måneder med mulighed for forlængelse i yderligere seks måneder og består grundlæggende af følgende elementer:

- Tildeling af kontaktperson
- En indledende samtale med borgeren, hvor behov afdækkes, borgeren funktionstestet, der opstilles mål og udarbejdes en handleplan
- En individuel plan for hjemmetræning
- Test af funktionsevne og selvvurderet helbred ved start og slut²
- Midtvejssamtale ved kontaktperson, der følger op på de opstillede mål, handlinger mv.
- Afsluttende samtale efter seks måneder ved kontaktperson, hvor der gøres status over de mål, der er opstillet i borgerens handleplan, og der testes og evalueres på borgerens oplevelse af tilbuddet med fokus på de indsatsområder, som borgeren skal arbejde videre med på egen hånd
- Opfølgning efter 12 måneder (dvs. seks måneder efter forløbets afslutning), hvor borger indkaldes til en opfølgende samtale med henblik på selvvurderet helbred og effektmåling ved hjælp af funktionstest.

Udover rehabiliteringsforløbet er det også muligt at blive visiteret til et diagnoserettet lærings- og mestringshold og/eller særlige tilbud, ligesom der i visitationen tages højde for individuelle behov, deriblandt hensynet til de mindre ressourcestærke borgere og borgere med anden etnisk herkomst end dansk. Af tabel 2 fremgår de lærings- og mestringshold, som kommunen har udviklet og tilbudt i projektperioden.

² Vurderet ved hjælp af EQ5D og SF12 spørgeskema.

Tabel 2: Kommunens udvalg af lærings- og mestringshold

Lærings- og mestringshold	Indhold
KOL	1 gang à 2 timer pr. uge i 7 uger ved sundhedskoordinator, fysioterapeut, klinisk diætist og KOL-sygeplejerske
	Fysisk træning 1 gang à 45 minutter pr. uge i 7 uger ved fysioterapeut
Hjertesygdom	7 gange à 2 timer fordelt over 8-12 uger ved sundhedskoordinator, fysioterapeut, klinisk diætist og hjertespecialsygeplejerske
	Fysisk aktivitet 7 gange à 45 minutter ved fysioterapeut
Type 2-diabetes	7 gange à 2 timer fordelt over 8-12 uger ved sundhedskoordinator, fysioterapeut, klinisk diætist og diabetessygeplejerske
	Fysisk aktivitet 7 gange à 45 minutter ved fysioterapeut

Ved projektstart bestod rehabiliteringsteamet af sundhedskoordinator, fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist. De kommunale medarbejdere har ansvar for borgersamtaler, dokumentation, opfølgning samt holdundervisning i samarbejde med specialistsygeplejersker på hjerte-, type 2-diabetes- og KOL-området. På kommunens KOL-hold underviser kommunens egen KOL-sygeplejerske, mens det er specialistsygeplejersker fra Slagelse Sygehus, der underviser på holdene for type 2-diabetes og hjertesygdom.

Sundhedskoordinatoren har frem til november 2012 haft teamlederfunktion for livsstilskonsulenterne i rehabiliteringsteamet samt varetaget visitationen af borgere til de diagnose-specifikke forløb.

Hvis borger og kontaktperson i fællesskab vurderer, at borgeren ikke kan profitere af et lærings- og mestringshold, så tilbydes denne et individuelt forløb sammensat af særlige tilbud. Eksempler på særlige tilbud oprettet i perioden er: Diagnose- og ikke-diagnose-specifikke væggtabshold, Kostvejledningshold for undervægtige borgere med KOL, Ikke-diagnoserettet fysisk træning for borgere med BMI > 35, Kom og kvit (tilbud om rygestop), Lær at leve med kronisk sygdom, Lær at tackle kroniske smerter, Individuel kostvejledning og Individuel motionsvejledning. Der er også lavet særlige forløb med undervisning for borgere, der har samme behov og forudsætninger, fx vedrørende sprog. Der er således lavet forløb for kvinder, der taler tyrkisk.

2.2 Status på kommunens diagnoserettede tilbud

2.2.1 Antal henviste og gennemførende borgere

Ved projektets afslutning den 31. december 2012 er 257 borgere blevet henvist til de diagnoserettede tilbud i Slagelse Kommune. Opgørelserne i tabel 3 viser borgernes vej igennem det kommunale forløb, samt hvilket frafald der sker undervejs.

Tabel 3: Opgørelse over henviste borgere og frafald undervejs i det kommunale forløb

	Antal henviste	Planlagt 1. samtale	Mødte til 1. samtale	Startede på forløb	Gennemført forløb
KOL	117	104	96	85	60
Hjertesygdom	28	25	22	17	8
Type 2-diabetes	96	87	84	64	36
Uden relevant diagnose	16				
Total	257	216	202	166	104

Tabel 3 viser, at der er et stort frafald. Således er det kun 104 – svarende til 40 % af de 257 henviste borgere – der har gennemført et helt individuelt eller holdbaseret tilbud. Opgørelserne viser, at frafaldet fordeler sig som følger hen over forløbet:

- 16 borgere – svarende til 6 % af de 257 henviste – har ikke en relevant diagnose og viderehenvises derfor til andre tilbud, fx generel livsstilsrådgivning eller ny udredning hos egen læge. Dette frafald er hensigtsmæssigt, da tilbuddene er diagnosespecifikke.
- 25 borgere – svarende til 10 % af de 257 henviste – falder fra tilbuddet inden 1. opstartssamtale. Årsagen til dette frafald er ukendt, men Slagelse Kommune undersøger dette via en manuel gennemgang af borgernes journalnotater.
- 14 borgere – svarende til 5 % af de 257 henviste – aftaler tid for 1. opstartssamtale, men møder aldrig op til denne. Årsagen til dette frafald er ukendt, men Slagelse Kommune undersøger dette via en manuel gennemgang af borgernes journalnotater.
- 36 borgere – svarende til 14 % af de 257 henviste – falder fra forløbet på baggrund af 1. opstartssamtale. Dette frafald vurderes hensigtsmæssigt, da opstartssamtalerne netop har til formål at afdække, hvorvidt borgerens motivation og ønsker matcher de kommunale tilbud.
- 62 borgere – svarende til 24 % af de 257 henviste – starter på et forløb uden at gennemføre. Årsagerne til dette frafald er ikke systematisk afdækket, men Slagelse Kommune undersøger dette via en manuel gennemgang af borgernes journalnotater. De foreløbige resultater viser, at en del af de borgere, der falder fra, oplever et godt udbytte af forløbet, men ikke ønsker at deltage i de afsluttende og opfølgende samtaler.

Som det fremgår, er der mange anledninger til frafald på tværs af forløbet. Det fremgår også, at en del af frafaldet – fx de borgere, der ikke har en relevant diagnose eller viser sig ikke at være motiverede – er hensigtsmæssigt. Der er dog også en stor del af frafaldet, hvor de specifikke årsager ikke kendes. Endelig ses det, at borgere med type 2-diabetes og hjertesygdom i højere grad falder fra forløbet sammenlignet med borgere med KOL. Det er således ca. halvdelen af KOL-borgerne, der ender med at gennemføre et helt forløb, mens den tilsvarende andel kun er på ca. en tredjedel for borgere, der henvises med diabetes eller hjertesygdom.

2.2.2 Opgørelser over lærings- og mestringshold

Der var oprindeligt planlagt 14 lærings- og mestringshold fordelt på fire for borgere med KOL, fire for borgere med hjertesygdom og seks for borgere med type 2-diabetes. Det forventede deltagerantal var 16-20 personer pr. hold.

I den samlede projektperiode er gennemført i alt 9 lærings- og mestringshold med totalt 118 tilmeldte deltagere. Holdene er fordelt på fem for KOL-borgere, et for borgere med hjertesygdom og tre for borgere med type 2-diabetes.

Ifølge interview med kommunens samarbejdspartnere skyldes den lave søgning til hjerte-holdet bl.a., at hjertepatienter får et omfattende rehabiliteringstilbud i sygehusregi, samt at diagnosegruppen hjertepatienter er relativt symptomfri i hverdagen og derfor sjældent oplever sig selv som kronisk syge.

Tabel 4 giver en skematisk oversigt over fordelingen af holdforløb og antallet af tilmeldte deltagere.

Tabel 4: Oversigt over gennemførte lærings- og mestringshold, målgruppe, deltagerantal og lokalitet

Opstart	Målgruppe	Deltagerantal	Lokalitet
2011, maj	KOL	14	Slagelse
2011, september	KOL	15	Slagelse
2012, marts	KOL	14	Slagelse
2012, maj	KOL	11	Korsør
2012, august	KOL	19	Skælskør
2011, september	Hjertesygdom	6 (1 mødte aldrig)	Slagelse
2011, august	Type 2-diabetes	8 (1 mødte aldrig)	Slagelse
2012, februar	Type 2-diabetes	14 (1 mødte aldrig)	Slagelse
2012, august	Type 2-diabetes	19	Korsør

Følgende planlagte lærings- og mestringshold er ikke blevet gennemført på grund af for få tilmeldinger i projektperioden'

Tabel 5: Oversigt over aflyste hold

Opstart	Målgruppe	Lokalitet
2011, maj	Hjertesygdom	Slagelse
2012, april	Hjertesygdom	Slagelse
2012, oktober	Hjertesygdom	Slagelse
2012, maj	Type 2-diabetes	Korsør
2012, oktober	Type 2-diabetes	Slagelse

I projektperioden er der således afviklet lidt flere holdforløb for borgere med KOL end forventet, mens antallet af gennemførte diabeteshold er lidt mindre end forventet. I alt er fem kurser blevet aflyst i projektperioden – tre hjertehold og to diabeteshold. Projektet har erfaret, at der fortsat er efterspørgsel på hold for borgere med type 2-diabetes, og at udfordringen har været at vente med at starte hold, til der var deltagere nok. Projektet har omvendt erfaret, at der ikke har været det forventede behov for diagnoserettede hold til hjertepatienter. Derfor har Slagelse Kommune undervejs i projektperioden besluttet at aflyse hjertehold og i stedet afholde et antal hjertecafeer. Derudover har projektet tilbudt borgere med hjertesygdom – henvist af egen læge – individuelt sammensatte tilbud såsom individuel kostvejledning eller individuel motionsvejledning, og viderehenvist borgere til fx holdtilbud igennem Hjertereforeningen, som i sensommeren 2011 udbød hjerterehabiliteringsforløb.

3 Borgernes udbytte af og perspektiver på diagnoserettede rehabiliteringstilbud

Evalueringen har haft til opgave at formidle, hvilken effekt borgernes deltagelse i de kommunale rehabiliteringstilbud har haft for borgernes selvoplevede sundhed, livskvalitet og funktionsniveau. Det sker på baggrund af kvantitative data indsamlet i projektperioden af Slagelse Kommune selv samt kvalitative data fra interview, som KORA har gennemført.

Kapitlet præsenterer først de kommunale data, som er baseret på:

- EQ-5D og SF12 spørgeskemaer, der haft til hensigt at afdække borgernes selv vurderede helbred og funktionsevne før og efter deltagelsen i de kommunale tilbud
- Data for BMI, vægt, lungefunktion mv., der er indsamlet af de kommunale livsstilskonsulenter under individuelle samtaler ved forløbets start og slut
- Et spørgeskema vedrørende borgernes selvoplevede udbytte af de kommunale tilbud, som Slagelse Kommune har bedt deltagerne udfylde ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet.

Herefter præsenteres resultaterne fra de kvalitative interview, hvor KORA har bedt et antal deltagere – både dem, der har gennemført og to henviste, men ikke deltagende borgere – uddybe nogle af de resultater, der fremkommer i de kvantitative opgørelser. Interview med borgere er gennemført midtvejs i projektperioden (november 2011) og igen ved projektperiodens slutning (januar 2013).

3.1 Effekt og udbytte vurderet ud fra EQ-5D og SF12 spørgeskemaer

I forbindelse med de individuelle samtaler ved opstart og afslutning af de kommunale rehabiliteringstilbud har borgerne udfyldt et EQ-5D spørgeskema og et SF12 samtalskema. EQ-5D skemaet består af et enkelt spørgeskema, som borgeren selv udfylder med henblik på vurdering af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne. SF12 spørgeskemaet består af en række enkle spørgsmål, der anvendes til at vurdere borgerens selv vurderede helbred. Alle borgere er blevet bedt om at udfylde de to spørgeskemaer, uanset om de har deltaget i individuelle- eller holdtilbud. Resultaterne præsenteres nedenfor.

3.1.1 Udvalgte resultater fra EQ-5D

Nedenstående oversigt er baseret på svar indsamlet fra tilbuddenes start i maj 2011 til og med december 2012 fra 89 af de 104 borgere, der har gennemført et diagnoserettet tilbud – enten holdbaseret eller individuelt. Datamaterialet repræsenterer de deltagere, der har gennemført kommunens rehabiliteringstilbud, og omfatter således ikke de deltagere, der endnu ikke har afsluttet deres forløb. Det fremgår fra tabel til tabel, hvilket datagrundlag der er beregnet ud fra.

Værdierne er angivet i procent fordelt på tre svarmuligheder ud fra EQ-5D spørgeskemaet CFS. Deltagerne har udfyldt skemaet ved den indledende og den afsluttende samtale. Ændringer i start- og slutværdier er i tabel 6 angivet i procent.

Tabel 6: 89 deltageres svar fra EQ-5D spørgeskemaet CFS

EQ5D	Niveau 1: Ingen problemer		Niveau 2: Nogle problemer		Niveau 3: Meget besværet	
	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Bevægelighed	46,1	59,1	53,9	39,1	0,0	0,0
Personlig pleje	87,6	87,6	12,4	12,4	0,0	0,0
Sædvanlige aktiviteter	37,1	39,8	57,3	58,0	5,6	2,3
Smerter ubehag	32,6	35,2	62,9	60,2	4,5	4,6
Angst/depression	52,3	52,3	46,6	45,5	1,1	2,3
Total procent	51,1	54,8	46,6	43,4	2,3	1,8
Ændring		3,7		-3,2		-0,5

Generelt viser opgørelserne i tabel 6, at der er sket små eller ingen forbedringer på de forskellige helbredsparametre, som borgerne har skullet tage stilling til i EQ-5D. Undtagelsen er i forhold til 'bevægelighed', hvor andelen af borgere, der vurderer ikke at have problemer med deres bevægelighed er forbedret fra 46,1 til 59,9 % fra start til slut. Samtidig ses, at andelen af borgere, der vurderer at have nogle problemer med bevægeligheden, er faldet fra 53,9 til 40,9 %. Det skal bemærkes, at resultaterne for EQ-D5 testen er opgjort samlet, og det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvilke diagnose- eller aldersgrupper der har oplevet de største ændringer.

3.1.2 Udvalgte resultater fra SF12

Nedenstående tabeller præsenterer svarfordelingen på udvalgte svarkategorier fra SF12 testen³. Tabellerne er baseret på svar fra de deltagere, der både har deltaget i en opstarts- og den afsluttende seksmåneders samtale. Der indgår 90 af de 104 gennemførende borgere i datamaterialet, hvilket giver en svarprocent på 87.

SF spørgsmål 16: Generel vurdering af eget helbred

Tabel 7 nedenfor viser deltagernes generelle vurdering af deres helbred før og efter deltagelse i de kommunale rehabiliteringstilbud.

Tabel 7: Deltagernes før- og efter-vurdering af deres helbred alt i alt, angivet i procent afrundet til en decimal

FØR VURDERING: Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?						
	Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total N
Egen vurdering af helbred (%)	1,1	5,6	25,8	46,1	21,4	89
EFTER VURDERING: Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?						
	Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total N
Egen vurdering af helbred (%)	1,1	13,2	41,8	33,0	11,0	91

Det fremgår af opgørelsen, at andelen af deltagere, der vurderer at deres helbred alt i alt er 'vældig godt' eller 'godt', er steget fra 31,4 % før forløbet til 55,0 % efter, mens kategorierne 'mindre godt' og 'dårligt' er faldet tilsvarende.

³ Opgørelserne for hele SF12 testen er vedlagt rapporten som bilag 6.

SF spørgsmål 2: Begrænsninger i arbejde eller andre daglige aktiviteter som følge af fysiske begrænsninger

Tabel 8 nedenfor viser deltagernes vurdering af deres fysiske begrænsninger før og efter deltagelse i de kommunale rehabiliteringstilbud.

Tabel 8: Deltagernes før- og efter-vurdering af fysiske begrænsninger, angivet i procent afrundet til en decimal

FØR VURDERING: Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?						
	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total N
Begrænset i arbejde pga. fysik (%)	20,0	21,1	30,0	12,2	16,7	90
Nået mindre end ønsket pga. fysik (%)	13,3	21,1	28,9	25,6	11,1	90
EFTER VURDERING: Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?						
	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total N
Begrænset i arbejde pga. fysik (%)	20,9	25,3	35,2	11,0	7,7	91
Nået mindre end ønsket pga. fysik (%)	20,9	25,3	30,8	14,3	8,8	91

Som det fremgår af tabel 8, er der i tråd med resultaterne fra EQ-5D testen en mindre andel af borgerne, der oplever at være mindre hæmmet af fysiske begrænsninger i deres hverdag ved afslutningen af deres forløb.

Det fremgår således, at andelen af deltagere, der i forhold til spørgsmålet om begrænsninger i arbejde og andre daglige aktiviteter svarer 'på intet tidspunkt', 'lidt af tiden' eller 'noget af tiden', er steget fra 71,1 % før forløbet til 81,4 % efter, mens kategorierne 'det meste af tiden' og 'hele tiden' er faldet tilsvarende.

På spørgsmålet, om deltagerne har nået mindre end ønsket på grund af deres fysiske helbred, er andelen af deltagere, der svarer 'på intet tidspunkt', 'lidt af tiden' eller 'noget af tiden', steget fra 63,3 % før forløbet til 77,0 % efter, mens kategorierne 'det meste af tiden' og 'hele tiden' er faldet tilsvarende.

SF spørgsmål 3: Begrænsninger i aktiviteter og trappegang som følge af fysiske begrænsninger

Tabel 9 nedenfor viser deltagernes vurdering af begrænsninger i generelle fysiske aktiviteter og trappegang på grund af helbred før og efter deltagelsen i de kommunale rehabiliteringstilbud.

Tabel 9: Deltagernes før- og efter-vurdering af, i hvilket omfang deres helbred begrænser generelle aktiviteter og trappegang, afrundet til en decimal

FØR VURDERING: Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?				
	Nej, slet ikke begrænset	Ja, lidt begrænset	Ja, meget begrænset	Total N
Begrænset i aktiviteter pga. af helbred (%)	19,1	49,4	31,5	89
Begrænset i trappegang pga. af helbred (%)	10,1	43,8	46,1	89
EFTER VURDERING: Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?				
	Nej, slet ikke begrænset	Ja, lidt begrænset	Ja, meget begrænset	Total N
Begrænset i aktiviteter pga. af helbred (%)	26,7	48,9	24,4	90
Begrænset i trappegang pga. af helbred (%)	23,3	48,9	27,8	90

Det fremgår af tabel 9, at andelen af deltagere, der svarer, at deres helbred slet ikke begrænser generelle aktiviteter, er steget fra 19 til 27 % efter deltagelsen i de kommunale tilbud. Samtidig ses, at andelen af deltagere, der svarer, at deres helbred slet ikke begrænser trappegang, er steget fra 10 til 23 % efter deltagelsen i de kommunale tilbud.

SF spørgsmål 5: Begrænsninger i arbejde eller andre daglige aktiviteter som følge af smerter

Tabel 10 nedenfor viser deltagernes vurdering af begrænsninger som følge af smerte før og efter deltagelse i de kommunale rehabiliteringstilbud.

Tabel 10: Deltagernes før- og efter-vurdering af begrænsninger som følge af smerte

FØR VURDERING: Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?						
	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Virkelig meget	Total N
Smerte har vanskeliggjort arbejde (4 uger) (%)	27,0	21,4	23,6	14,6	13,5	89
EFTER VURDERING: Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?						
	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Virkelig meget	Total N
Smerte har vanskeliggjort arbejde (4 uger) (%)	32,0	23,3	22,2	16,7	5,6	90

Igen ses det, at en del af deltagerne oplever en positiv forskel i forhold til, i hvilken grad smerter begrænser dem i deres hverdag. Andelen af deltagere, som angiver, at de 'slet ikke' eller 'lidt' er begrænset af smerter, er således steget fra 48,4 % ved start til 55,3 % efter deltagelsen i det kommunale forløb, mens de øvrige svarkategorier er faldet tilsvarende.

SF spørgsmål 13: Begrænsninger i arbejde eller andre daglige aktiviteter som følge af følelsesmæssige problemer

Tabel 11 nedenfor viser deltagernes vurdering af deres psykiske velbefindende før og efter deltagelse i de kommunale rehabiliteringstilbud.

Tabel 11: Deltagernes før- og efter-vurdering af begrænsninger som følge af følelsesmæssige problemer, angivet i procent afrundet til en decimal

FØR VURDERING: Har du inden for de seneste 4 uger haft nogle af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?						
	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total N
Begrænset i arbejde pga. af følelsesmæssige problemer (4 uger) (%)	39,8	23,9	25,0	8,0	3,4	88
EFTER VURDERING: Har du inden for de seneste 4 uger haft nogle af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?						
	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total N
Begrænset i arbejde pga. af følelsesmæssige problemer (4 uger) (%)	40,0	33,3	18,9	3,3	4,4	90

Det fremgår af opgørelserne i tabel 11, at andelen af deltagere, der i forhold til spørgsmålet om begrænsninger som følge af følelsesmæssige problemer svarer 'på intet tidspunkt' eller 'lidt af tiden', er steget fra 63,7 % før forløbet til 73,3 % efter, mens kategorierne 'noget af tiden' og 'det meste af tiden' er faldet tilsvarende.

3.2 Diagnosespecifik effekt og udbytte vurderet ud fra indsamlede helbredsmaal

I dette afsnit kigger vi diagnosespecifikt på de fysiske mål og kliniske risikofaktorer, som er målt ved opstartssamtale og den afsluttende samtale med borgere. Borgerens kontaktperson (livsstilskonsulent) har specifikt dokumenteret start og slutværdier i et skema (se bilag 3). Her præsenterer vi et udvalg af opgørelser, som Slagelse Kommune har foretaget for hver diagnosegruppe. Det er vel at mærke ikke lykkedes kontaktpersonerne at få foretaget målinger ved start og slut for alle deltagere. Vi angiver undervejs, hvor mange deltagere opgørelserne er baseret på.

Den første tabel viser opgørelser for deltagere, der har fulgt et diagnoserettet rehabiliteringstilbud for KOL-borgere. Projektet har indsamlet start- og slutværdier for 53 af de i alt 60 borgere, der har gennemført et KOL-forløb, dvs. 88 % af de gennemførende deltagere.

Opgørelserne i nedenstående tabel 12 viser, at der er sket en forbedring i forhold til borgernes fysiske formåen målt ved konditionstesten BORG 15. Derudover viser opgørelserne ingen eller meget små ændringer i forhold til de målte parametre. Det skal i den forbindelse tilføjes, at borgere med KOL oftere har problemer med undervægt end overvægt. Derfor har få af de henviste KOL borgere mål om reduktion af BMI, vægt, taljemål og fedtprocent.

Tabel 12: Ændringer i start- og slutværdier for KOL-borgere, procent afrundet til en decimal

KOL	Gennemsnit af værdier for helbredsmål		Ændring i procent
	Start	Slut	
BMI	26,9	26,7	-0,8
Vægt	75,8	75,2	-0,8
Taljemål	101,5	99,4	-2,1
Fedtprocent	32,1	32,9	2,2
Muskelmasse	47,3	46,8	-1,1
Systolisk blodtryk	139,2	136,8	-1,7
Diastolisk blodtryk	79,9	79,1	-0,9
BORG 15	53,8	62,4	15,9

Den næste tabel viser en opgørelse over start- og slutværdier for borgere, der har fulgt et diagnoserettet rehabiliteringstilbud for type 2-diabetes. Nedenstående tabel er baseret på 27 opgørelser fra borgere, der har gennemført et rehabiliteringstilbud (lærings- og mestringshold eller et særligt tilbud). Ud af de i alt 36 gennemførende borgere med diabetes var der ved slutevalueringen indsamlet data for 27, svarende til 75 % af de gennemførende borgere. Borgernes værdier for helbredsmål er målt ved henholdsvis indledende og afsluttende samtale. I tabel 13 angives de gennemsnitlige værdier. Ændringer i start- og slutværdier er angivet i procent. For deltagere med type 2-diabetes, der har fulgt kommunens tilbud, ses en procentmæssig ændring i relation til vægt på 4,5 %, ligesom taljemål, BMI og fedtprocent er reduceret lidt. De kliniske målinger antyder en lille reduktion i blodtryksværdier, og der ses en forbedring af borgernes fysiske formåen målt ved konditionstesten BORG 15.

Tabel 13: Ændringer i start- og slutværdier for borgere med type 2-diabetes, angivet i procent afrundet til en decimal

Type 2-diabetes	Gennemsnit af værdier for helbredsmål		Ændring i procent
	Start	Slut	
BMI	34,8	34,0	-2,4
Vægt	101,2	96,8	-4,5
Taljemål	117,9	114,5	-2,9
Fedtprocent	40,6	40,2	-1,1
Muskelmasse	55,6	54,7	-1,6
Systolisk blodtryk	141,0	139,0	-1,5
Diastolisk blodtryk	79,1	77,0	-2,8
BORG 15	79,8	85,7	6,9

Ved tidspunktet for slutevalueringen forelå der opgørelser fra 3 af de 8 borgere, der har fulgt et diagnoserettet rehabiliteringstilbud for hjertesygdom. De er ikke medtaget her, da datagrundlaget er for lille.

Ovenstående opgørelser viser, at de borgere, der har gennemført et helt forløb, på nogle parametre har opnået små positive resultater i løbet af projektperioden. For både KOL- og diabetespatienter ses de største positive forandringer i form af forbedret fysisk formåen. For diabetespatienterne ses endvidere en vægtreduktion blandt de borgere, der har gennemført et helt forløb.

3.3 Deltagernes evaluering af rehabiliteringsforløbet

De borgere, der har fulgt et diagnoserettet tilbud – såvel individuelt som holdbaseret – er blevet bedt om at udfylde et evalueringsskema i forbindelse med slutsamtalen seks måneder efter forløbets start.

1. januar 2012 forelå der evalueringer for 64 ud af de i alt 104 borgere, der har gennemført det kommunale tilbud i løbet af projektperioden, hvilket giver en svarprocent på 62 %. En del af frafaldet skyldes, at evalueringsskemaet kun udleveres til de borgere, der gennemfører et forløb som følge af deres henvisning. Herudover kan det forholdsvis lave antal besvarelser til dels forklares ved, at evalueringsskemaet først udleveres seks måneder efter endt forløb, samt at sygdom og stor efterspørgsel på individuelle livsstilssamtaler har medført forsinkelser i dataindsamlingen. Disse forhold betyder, at en stor del af de borgere, der er henvist i 2012, endnu ikke har udfyldt evalueringsskemaet.

Ud af de 64 borgere, der har besvaret evalueringsskemaet, er 64 % kvinder og 39 % mænd. 57 % af respondenterne har fulgt et forløb for KOL, 10 % for hjertesygdom og 16 % for diabetes. De resterende 17 % har ikke angivet, hvilket forløb de har fulgt.

Det relativt lave antal besvarelser begrænser konklusionerne om deltagernes selvoplevede udbytte af de kommunale tilbud, da vi ikke ved, om de er repræsentative for det samlede antal gennemførende borgere. Opgørelserne giver dog indikation for deltagernes selvvaluerede effekt og tilfredshed – særligt i forhold til udbyttet af de diagnosespecifikke lærings- og mestringshold.

3.3.1 Deltagernes oplevede udbytte af lærings- og mestringshold

Helt overordnet er deltagernes tilbagemelding på kommunens lærings- og mestringshold overordentlig positiv. 96 % af deltagerne svarer således, at de har haft et "meget godt" (64 %) eller "overvejende godt" (32 %) udbytte af at deltage på holdet.

På spørgsmålet om, hvilke faktorer der har haft særlig indflydelse på deltagernes oplevelse af holdundervisningen, svarer 54 %, at det har betydet meget, at de samme mennesker er med hver gang; 23 % svarer, at det er vigtigt, at de andre deltagere på holdet har samme sygdom, og 18 % svarer, at de havde meget til fælles med dem, de deltog i holdundervisning med.

3.3.2 Deltagernes oplevede udbytte af at have en kontaktperson og individuelle samtaler

Et væsentligt formål med Slagelse Kommunes diagnoserettede rehabiliteringstilbud har været at sikre, at tilbuddene så vidt muligt skulle tilpasses borgernes individuelle behov. Til det formål har projektet gennemført individuelle samtaleforløb og tilknyttet en kontaktperson til alle borgerforløb. Tabel 14 viser en opgørelse fra Slagelse Kommune over, hvordan deltagerne har oplevet de individuelle samtaler.

Tabel 14: Deltagernes vurdering af, hvordan de synes, at de individuelle samtaler (indledende, midtvejs- og afsluttende) er forløbet

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
Meget godt	79	48
Overvejende godt	20	12
Hverken godt eller dårligt	1	2
Overvejende dårligt	0	0
Meget dårligt	0	0
Total	100	62

Som det fremgår af tabel 14, har næsten alle (99 % af 62 deltagere) været enten overvejende eller meget glade for det individuelle samtaleforløb⁴. Af tabel 15 fremgår deltagernes oplevede udbytte af kontaktpersonordningen, som peger på, at deltagerne helt overvejende oplever, at kontaktpersonen har haft betydning for deres udbytte af rehabiliteringsforløbet (79 % af 61 deltagere).

Tabel 15: Deltagernes vurdering af, hvorvidt kontaktpersonen har haft betydning for deres udbytte af forløbet

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
Ja	79	48
Nej	5	3
Ved ikke	16	10
Total	100	61

3.3.3 Deltagernes vurdering af målopfyldelse i forhold til deres egne individuelle mål

Som led i opstartssamtalerne er der en intention om at afdække deltagernes ønsker til udbytte af de kommunale tilbud samt at omsætte disse ønsker til individuelle mål, som deltagerne kan arbejde hen imod under forløbet. Tabel 16 viser deltagernes vurdering af, i hvilken grad de oplever at have nået de mål, de satte sig ved den indledende samtale med deres kontaktperson.

Tabel 16: Deltagernes vurdering af, i hvilken grad de vurderer at have nået de mål, de satte sig ved den indledende samtale

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
I høj grad	21	13
I nogen grad	71	45
Neutral	3	2
I mindre grad	2	1
Slet ikke	3	2
Total	100	63

⁴ I survey-undersøgelsen varierer antallet af besvarelser fra spørgsmål til spørgsmål mellem 61 og 64 besvarelser. Skemaerne er udfyldt i hånden, hvorfor det har været muligt at undlade at besvare de enkelte spørgsmål.

Tabellen viser, at 21 % af de 63 deltagere oplever, at de 'i høj grad' har nået de mål, de satte ved den indledende samtale, mens 71 % oplever, at de 'i nogen grad' har nået deres mål, 3 % er neutrale, 2 % svarer 'i mindre grad', og 3 % svarer, at de vurderer, at de slet ikke har nået de mål, de satte ved den indledende samtale.

3.3.4 Deltagernes oplevede udbytte i forhold til fysisk aktivitet, kostvaner og generel livsstil

I Slagelse Kommunes evalueringsskema spørges ind til, i hvilken grad deltagerne oplever, 1) *at de er blevet mere fysisk aktive i hverdagen*, 2) *har ændret deres kostvaner*, og 3) *generelt har ændret livsstil* som følge af deres forløb i Center for Folkesundheds rehabiliteringstilbud. Nedenfor præsenterer vi deltagernes svar i tre tabeller hentet fra Slagelse Kommunes opgørelser. Bemærk at antallet af besvarelser varierer fra 61 til 63.

Tabel 17: Deltagernes oplevelse af, i hvilken grad de er blevet mere fysisk aktive i hverdagen som følge af deres forløb i Center for Folkesundheds rehabiliteringsforløb

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
I høj grad	31	19
I nogen grad	49	30
Neutral	18	11
I mindre grad	2	1
Slet ikke	0	0
Total	100	61

Tabel 18: Deltagernes vurdering af, i hvilken grad de har ændret kostvaner som følge af forløb i Center for Folkesundheds rehabiliteringstilbud

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
I høj grad	34	21
I nogen grad	42	26
Neutral	16	10
I mindre grad	2	1
Slet ikke	6	4
Total	100	62

Tabel 19: Deltagernes vurdering af, i hvilken grad de har ændret livsstil som følge af forløb i Center for Folkesundheds rehabiliteringstilbud

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
I høj grad	33	21
I nogen grad	46	29
Neutral	16	10
I mindre grad	3	2
Slet ikke	2	1
Total	100	63

Samlet viser tabellerne, at ca. en tredjedel af de deltagere, der har svaret, oplever, at tilbuddet 'i høj grad' har medført forandringer i deres livsstil, mens 40-50 % svarer 'i nogen grad', 15-20 % svarer 'neutral', mens 2-3 % oplever, at tilbuddet 'i mindre grad' har medført ændringer i deres livsstil, og 0-6 %, oplever at kommunens tilbud 'slet ikke' har medført ændringer.

3.3.5 Deltagernes oplevede udbytte i forhold til at klare en hverdag med kronisk sygdom

Afslutningsvis præsenterer vi en tabel, der siger noget om deltagernes oplevelse af, i hvilken grad kommunens tilbud har øget deres egenomsorgsevne og rustet dem til bedre at klare hverdagen med kronisk sygdom.

Tabel 20: Deltagernes oplevelse af tilbuddets indflydelse på egen evne til at håndtere hverdagen med kronisk sygdom

Svarmuligheder	Procent	Besvarelser
I høj grad	31	19
I nogen grad	58	36
Neutral	10	6
I mindre grad	0	0
Slet ikke	2	1
Total	101	62

Tabellen viser, at 31 % af de 62 deltagere, der har svaret, oplever, at de 'i høj grad' er blevet bedre til at håndtere hverdagen med deres sygdom nu, i forhold til da de startede i Center for Folkesundheds rehabiliteringstilbud, 58 % svarer 'i nogen grad', 10 % svarer 'neutral', og 2 % svarer 'slet ikke'. Med andre ord svarer et flertal, at de har oplevet, at de i høj eller nogen grad er blevet bedre til at håndtere hverdagen med en kronisk sygdom efter deltagelsen i kommunens diagnoserettede rehabiliteringstilbud.

3.4 Opsamling på de kvantitative data

Overordnet peger de tre typer af data, der er præsenteret i dette kapitel, på følgende pointer:

Opgørelser fra EQ-5D testen viser, at deltagerne vurderer, at der er sket en forbedring i deres bevægelighed og fysiske funktionsniveau efter deltagelsen i de kommunale rehabiliteringstilbud. EQ-5D testens øvrige parametre for helbredsrelateret livskvalitet (personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter og angst/depression) viser ingen eller små forandringer fra start til slut af borgernes rehabiliteringsforløb.

Opgørelser fra SF12 testen viser, at deltagerne vurderer, at der er sket en forbedring i deres overordnede vurdering af eget helbred. Samtidig svarer deltagerne, at de i mindre grad er begrænset i daglige aktiviteter som følge af fysiske begrænsninger og smerter efter deltagelsen i de kommunale rehabiliteringstilbud. Endelig er andelen af deltagere, der vurderer, at følelsesmæssige problemer slet ikke eller kun lidt af tiden begrænser arbejde eller andre daglige aktiviteter, steget med ca. 10 % efter deltagelsen i de kommunale tilbud.

Resultaterne fra EQ-5D og SF12 testen er således konsistente i forhold deltagernes fysiske funktionsniveau, mens de spørgsmål, der handler om smerter, daglige aktiviteter og psykisk velbefindende, viser forskellige resultater: Svarene fra SF12 testen er således mere positive end svarene fra EQ5D. Det er inden for rammerne af nærværende evaluering ikke muligt at vurdere årsagerne til de forskellige resultater.

Opgørelser over de kliniske og fysiske helbredsmål viser, at borgerne på nogle parametre for funktionsniveau har opnået små positive resultater i løbet af projektperioden. For KOL- og diabetespatienter ses de største positive forandringer i forhold til forbedret fysisk formåen (målt ved BORG 15 test). For diabetespatienter viser data, at de deltagere, der er indsamlet data for, har opnået en vægtreduktion. Det er vanskeligt at udlede noget gene-

relt med hensyn til de øvrige fysiske og kliniske mål, og forandringerne er små eller ingen. Samtidig skal det understreges, at de indsamlede data er ufuldstændige. Hvis analyserne gentages på et tidspunkt, hvor der er data for et væsentligt større antal deltagere, vil konklusionerne kunne styrkes væsentligt.

De 64 deltagere, der har besvaret evalueringsskemaet om det kommunale rehabiliterings-tilbud, evaluerer deres deltagelse positivt. Endvidere viser deltagernes evalueringsbesvarelser, at et stort flertal har været meget glade eller overvejende glade for de individuelle forløb og for at have en kontaktperson undervejs. Med hensyn til kommunens diagnoserettede tilbuds selvvaluerede effekt på deltagernes livsstil viser evalueringsbesvarelserne, at et flertal af deltagerne oplever, at de er blevet mere fysisk aktive i forbindelse med kommunens tilbud, samt at tilbuddet har haft betydning for omlægninger af såvel kost og livsstil mere generelt. Sidst, men ikke mindst, oplever flertallet af de adspurgte borgere, at de i høj grad eller i nogen grad er blevet bedre til at håndtere en hverdag med kronisk sygdom som følge af det tilbud, de har modtaget fra Slagelse Kommune. Det skal dog også i forhold til spørgeskemaundersøgelsen understreges, at de indsamlede data er ufuldstændige. Hvis analyserne gentages på et tidspunkt, hvor der er data for et væsentligt større antal deltagere, vil konklusionerne kunne styrkes væsentligt.

3.4.1 Borgernes perspektiver på deres rehabiliteringsforløb

Dette afsnit præsenterer borgernes erfaringer med deltagelse i Slagelse Kommunes diagnoserettede tilbud på baggrund af kvalitative interview med i alt 14 deltagere. Midtvejs i projektperioden gennemførte KORA et gruppeinterview med fem borgere fra et KOL-hold (november 2011), og på tidspunktet for den afsluttende evaluering (januar 2013) gennemførte KORA et gruppeinterview med syv borgere sammensat på tværs af de tre diagnosegrupper, KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom, samt to individuelle interview med to henviste, men ikke deltagende borgere. En af de 14 deltagere er blevet interviewet to gange.

Den kønsmæssige repræsentation ved interview var næsten lige med en lille overvægt af mænd. Interviewpersonerne repræsenterede alle tre diagnoser. Flertallet af de interviewede borgere var enten pensioneret, på efterløn eller førtidspension, mens en enkelt stadig var i arbejde. Geografisk repræsenterer de interviewede Slagelse By, Skælskør, Korsør og Slagelse Kommunes opland.

Interviewene undersøgte, hvordan borgerne har fået kendskab til og var blevet henvist til tilbuddet; hvad deres motivation og forventninger til tilbuddene har været, og hvorvidt de har oplevet, at disse er blevet imødekommet. For de deltagere, der har gennemført forløbene, har vi desuden spurgt til selvoplevede effekter og udbytte, samt hvorvidt deltagerne har kunnet overføre og anvende, hvad de har lært til egen hverdag efter forløbets afslutning. I interview med borgere, der ikke har deltaget i kommunens forløb, har tilbuddets relevans og evt. barrierer for deltagelse været vigtige fokuspunkter.

3.4.2 Individuelle samtaler

Interview med deltagere midtvejs i projektperioden (november 2011) og resultatet af evalueringsskemaerne ovenfor viste, at borgerne oplevede, at de individuelle samtaler havde stor betydning for de diagnoserettede tilbuds kvalitet. Derfor har vi under gruppeinterview med borgere i januar 2013 spurgt specifikt ind til borgernes oplevelse af samtaler med livsstilskonsulenten.

Fælles for de interviewede borgere gælder, at de udtrykker stor tilfredshed med deres individuelle forløb, og de muligheder de her er blevet præsenteret for. De oplever grundlæggende, at tilbuddene er blevet tilpasset deres individuelle behov, samt at de individuelle samtaler har afgørende betydning for dette.

De interviewede deltagere vurderer således, at de individuelle samtaler har givet en grundlæggende afklaring af, om tilbuddet har relevans for den enkelte borger og har dannet udgangspunkt for en afklaring af, hvilke konkrete indsatsområder den enkelte borger har behov for.

Borgerne fortæller hver deres historie om, hvad de individuelle samtaler har betydet for deres forløb. For nogle borgere kommer samtalen i første omgang til at handle om, hvilke livsstilsændringer de ser som mest presserende at arbejde med. Det kan være at fastholde et nuværende funktionsniveau ved hjælp af holdtræning med en fysioterapeut, og det kan være at reducere eller øge vægt eller omlægge kost ved hjælp af kostvejledningssamtaler, evt. suppleret med træningsskemaer til brug for hjemmetræning.

Nedenfor giver vi et eksempel på, hvordan en borger med type 2-diabetes har oplevet den individuelle samtale som et led i afklaring af, hvilke tilbud borgeren har behov for og er motiveret for:

"Det gik den forkerte vej – jeg blev større og større. Og der var også andre dårlige vaner, jeg skulle lægge af mig. Så vi [livsstilskonsulenten og borgeren] satte os ned sammen og talte om, hvad det var JEG ville. Jeg fortalte, at jeg gerne ville have en bedre kondi og reducere min vægt. Og så var det, det gik vi ud fra, da vi opstillede mål og lavede en plan".
(Borger med type 2-diabetes)

Borgeren fortæller videre, at han efterfølgende fik lagt et træningsprogram hos livsstilskonsulenten og blev henvist til kurset Lær at Leve med Kronisk Sygdom. Borgeren fremhæver desuden, at en fordel ved diagnoserettede hold er, at man kan "skubbe lidt til hinanden", når man er på hold.

Nogle borgere fortæller, at den individuelle samtale fx kan være med til at afklare, om man overhovedet er motiveret for et holdtilbud, eller om man i stedet har behov for individuelle tilbud.

3.4.3 Mål og handleplaner

Som en væsentlig del af de indledende samtaler med borgeren opstiller borger og kontaktperson mål og udarbejder en handleplan. Formålet med mål og handleplan er at gøre det muligt for borgeren selv at følge op på indsatsen og evt. justere den undervejs under supervision af kontaktpersonen.

De interviewede deltagere har delte meninger om handleplaner og det dokumentations- og evalueringsarbejde, der er forbundet med handleplanerne. Borgerne har forskellige opfat- telser af, hvorvidt mål virker motiverende eller deprimerende alt efter om det lykkes borgeren at komme sit/sine mål nærmere undervejs i forløbet.

En borger mener, at det er decideret spild af tid og nærmest lidt nedværdigende at bruge energi på løbende at evaluere på de mål, man har sat sig:

Men vi er vel voksne mennesker, så når vi siger, at det vil vi gerne, så gør vi det vel også. Testresultaterne kan jeg godt bruge. Opnåede mål kan jeg ikke se, hvad jeg skal bruge til. Det skulle man kunne vælge selv. Så kunne der måske være én, der fik tiden og kom ind til samtale i stedet for.

Nogle deltagere deler denne holdning – at man er ansvarlig for sig selv og sine handlinger, idet man er "et voksent menneske". Andre forbinder netop muligheden for at blive fulgt tæt med opnåede positive resultater. En af borgerne, som har fulgt et forløb hos diætisten, forklarer:

Jeg har tabt 9 kg i løbet af et år. [...] Jeg er blevet fulgt op hele tiden. Og jeg kan ringe op til [livsstilskonsulenten], og så kommer der svar umiddelbart efter.

Borgerne er alle enige om, at de biometriske målinger *ikke* er tidsspilde. Der hersker enighed om, at konkrete testresultater som vægt, kondital og gangtest er pejlemærker, man nødvendig vil undvære, fordi de er håndgribelige størrelser og kan virke motiverende for træning mv.

Flere har oplevet succeser i form af at have nået de fremsatte mål i forhold til vægttab/vægtforøgelse og en oplevelse af større fysisk formåen og funktionsevne i hverdagen. To borgere – en med hjertesygdom og en med type 2-diabetes – har fulgt en kostplan og et vejledningsforløb hos kommunens diætist og tabt henholdsvis 8 og 9 kg. En borger med svær KOL har som planlagt øget sin vægt med 6 kg. Flere fortæller om øget velvære og en større forståelse af egen sygdom opnået gennem deltagelse i holdundervisningen og individuelle samtaler.

Interview med deltagerne i kombination med resultaterne af evalueringsskemaerne ovenfor peger på, at en gruppe borgere har oplevet vægttab eller -forøgelse, øget velvære og større sygdomsindsigt i forbindelse med kommunens diagnoserettede tilbud.

3.4.4 Konkrete redskaber til brug i hverdagen og øget sygdomsindsigt

Det har været et succeskriterium for projektet, at de kommunale tilbud giver deltagerne redskaber og viden, der gør dem bedre til at mestre hverdagen med kronisk sygdom. Evalueringens interview med deltagerne har derfor haft fokus på, hvorvidt de oplever dette.

Ved begge interviewrunder fremhævede deltagerne, at kommunens tilbud havde givet dem mod på selv at gøre noget aktivt for at få et bedre liv – på trods af deres kroniske tilstand. De fortalte også, at de via kommunens tilbud fik en ny og anvendelig viden, som de ikke har oplevet at få andre steder i systemet. For KOL-borgerne handler denne viden specifikt om, hvordan man kan forebygge tilbagefald. De oplever, at de i høj grad kan overføre denne viden til deres hverdag, fx i form af åndedræsteknikker, hjælpemidler som pepfløjte, vigtigheden af fysisk aktivitet og en kost tilpasset de særlige behov man har med udgangspunkt i ens diagnose.

De interviewede deltagere fortæller også, at de er mere fysisk aktive nu, end før de deltog i de patientrettede tilbud. En borger ræsonnerede, at:

Jeg tror, jeg har fået så meget ud af det, jeg har lært, at det vil jeg blive ved med. Når man virkelig kan mærke, at noget er blevet bedre, så har man lysten til at fortsætte.

En anden borger med KOL fortæller, at han er mere fysisk aktiv, end han nogensinde har været før som følge af sin deltagelse på kommunens hold:

Det er [livsstilskonsulenten], der er skyld i det. Det er hende, der har lagt grunden... Mit forløb har vist mig, at man kan mere, end man selv tror.

Interviewene viste, at der er en del individuel variation i forhold til, hvilke(n) former for fysisk aktivitet borgerne foretrækker. Nogen foretrak holdtræning i et motionscenter; andre træningsredskaber derhjemme, og andre igen bruger gåture som deres primære kilde til fysisk aktivitet. Deltagerne fremhævede i forlængelse af deres præferencer en række specifikke elementer fra rehabiliteringen, som har hjulpet dem at komme i gang og fastholde en øget fysisk aktivitet:

- Introduktion til passende træningsteknikker, som kan overføres til hverdagen, fx i form af individuelt tilpassede træningsprogrammer

- Generelle programmer tilrettelagt af livsstilskonsulenterne og mulighed for at blive henvist til aktivitetscenter eller øvrige træningstilbud i kommunen, som hjælper borgerne til at inkorporere og opretholde fysisk aktivitet i hverdagen
- De opfølgende samtaler, der er indlagt efter endt forløb, opfattes som en hjælp til at holde fast i opstillede mål og aktiviteter
- Introduktion til patientforeninger og frivillige tilbud, således at flere borgere melder sig ind i henholdsvis Lungeforeningen, Diabetesforeningen og Hjerterforeningen og deltager i trænings- og netværksaktiviteter i dette regi, når deres forløb i kommunen er ophørt.

3.4.5 Perspektiver fra to henviste, men ikke deltagende borgere

De diagnoserettede rehabiliteringstilbud passer ikke nødvendigvis til alle borgere. For at få indsigt i nogle af de barrierer, der kan være for at deltage i kommunens tilbud, har vi interviewet to borgere, som blev henvist, men ikke deltog. Disse to borgeres besvarelser matcher kendte årsager til ikke at deltage i patientuddannelse (Johansen et al. 2013), dels at kommunens tilbud ikke tilgodeser borgere med kroniske sygdomme, som fortsat er erhvervsaktive og derfor er forhindret i at deltage i et tilbud i dagtimerne, dels at nogle borgere fejlhenvises fra egen læge, hvis ikke egen læge har afklaret borgerens motivation, og om borgeren falder inden for tilbuddenes egentlige målgruppe.

3.5 Opsamling

De borgere, som er interviewet om deres deltagelse i rehabiliteringstilbuddene, er tilfredse med udbyttet. Afhængig af behov, ønsker og motivation har det været forskelligt, hvilke tilbud de har fået, og hvilke delelementer de har deltaget i. I forhold til forløbets specifikke målsætninger fortæller deltagerne, at tilbuddene imødekommer et behov for at:

- opnå ny viden om egen sygdom, herunder betydningen af kost og fysisk aktivitet og medicin
- lære konkrete redskaber og teknikker, der kan hjælpe til at håndtere egen sygdom i hverdagen
- opnå viden om muligheder lokalt fx for træning og aktiviteter, der er tilpasset behov under og efter det diagnoserettede forløb
- tage udgangspunkt i borgerens konkrete situation og behov

For borgerne er de individuelle samtaler et centralt element, hvor de får information og bliver præsenteret for muligheder for at planlægge et forløb, som passer til dem. Livsstilskonsulenterne fremhæves gentagne gange som store kapaciteter, fordi de har indgående kendskab til de øvrige kommunale som ikke-kommunale tilbud og derfor kan oplyse om dem og henvise videre til relevante tilbud.

Samtidig anses gruppedynamikken i holdundervisningen langt overvejende som positiv, hvor man kan lære af hinandens erfaringer og positivt "skubbe til hinanden" fx i forbindelse med den fysiske træning, men også i forhold til at udveksle viden om måder til at håndtere symptomer mv. i hverdagen.

Interview med borgere, der er henvist, men ikke har deltaget i kommunens tilbud, peger på to kendte barrierer for deltagelse i patientuddannelse, nemlig 1) fast arbejde og 2) i forvejen ret høj grad af evne til at handle på egen sygdom.

4 Almen praksis perspektiver på de kommunale rehabiliteringstilbud

En central forudsætning for projektets succes er, at de praktiserende læger henviser relevante patienter til kommunens tilbud. De praktiserende lægers perspektiver på det kommunale rehabiliteringstilbud er derfor belyst gennem interview med fem læger midtvejs i projektperioden og via et gruppeinterview med fire læger i januar 2013. De interviewede læger repræsenterer enkeltmands- og flerlægepraksis samt kommunens geografiske spredning.

Interviewene har fokuseret på lægernes kendskab til indholdet af kommunens tilbud; deres oplevelse af tilbuddenes relevans; egne erfaringer med henvisninger og konkrete erfaringer fra henviste borgere, herunder kommunikation, koordination og evt. samarbejde med kommunale medarbejdere, samt forslag til indsatsområder fremover. De væsentligste pointer fra de to interviewrunder præsenteres nedenfor.

4.1 Erfaringer med henvisninger og kommunikation med kommunen

Ved midtvejsevalueringen var der en udfordring som bestod i, at det ikke var alle praktiserende læger i kommunen, der kendte til tilbuddet, samt at et stort antal praksis på dette tidspunkt ikke havde henvist til tilbuddet. Samtidig indikerede interviewene, at nogle læger havde mistillid til kvaliteten og relevansen af det kommunale tilbud. På den baggrund har Slagelse Kommune – bl.a. med hjælp fra kommunens praksiskonsulent – arbejdet på at udbrede kendskabet og tilliden til de kommunale tilbud.

Ved udgangen af projektperioden blev der gjort status på henvisningerne, og den viste, at 47 ud af i alt 49 alment praktiserende læger i Slagelse Kommune har henvist en eller flere borgere til kommunens diagnoserettede rehabiliteringstilbud. Antallet af henviste patienter er steget fra 103 henvisninger fra almen praksis opgjort i oktober 2011 til 253 henvisninger fra almen praksis opgjort i oktober 2012. Der er således sket en væsentlig stigning i antallet af henvisninger i det sidste år af projektperioden, samtidig med at alle læger – med undtagelse af to sololæger – havde henvist en eller flere patienter til det kommunale tilbud.

I forlængelse af ovenstående vurderede lægerne i det afsluttende interview, at der i løbet af projektperioden er skabt et godt kendskab til det kommunale tilbud blandt de praktiserende læger. Lægerne understregede, at det især har gjort en positiv forskel for deres kendskab og tillid til de kommunale tilbud, at de får positive tilbagemeldinger fra de borgere, de har henvist.

Henvisningsproceduren sker på baggrund af en række inklusionskriterier, som lægerne har modtaget skriftlig information om fra kommunen (se evt. bilag 2)⁵. De læger, vi har interviewet, har henvist 4-15 borgere fra projektperiodens start til interviewtidspunktet primo januar 2013. Lægerne opfatter ikke henvisningsproceduren som problematisk. De giver udtryk for, at det ville være en fordel, hvis der fandtes en elektronisk henvisningsskabelon, idet skriftligt materiale erfaringsmæssigt forsvinder i mængden og i en travl hverdag.

En læge gør opmærksom på ikke at have modtaget tilbagemelding fra kommunen på henviste borgere. De resterende læger melder, at de har modtaget skriftlig tilbagemelding i form af et deskriptivt notat om de henviste patienters forløb og udbytte, når deres forløb er afsluttet i kommunalt regi.

⁵ Beskrivelsen af tilbuddene – herunder inklusionskriterier – fremgår også af www.sundhed.dk/SOFT. Desuden har alle læger fået tilsendt en lamineret henvisningsvejledning, og der har i projektets første del været afholdt orienteringsmøder i de tre 12-mandsforeninger samt i RIV-grupperne.

4.2 Lægernes vurdering af det kommunale tilbuds relevans

Som nævnt ovenfor gav de interviewede læger ved projektets afslutning en række positive eksempler på, at de borgere, de har henvist, har haft udbytte af den kommunale rehabiliteringsindsats. Samtidig er de opmærksomme på, at det ligger i tiden, at patienter i højere grad skal lære at tage aktivt ansvar for sig selv og deres livsstilsrelaterede sygdomme. I det lys finder lægerne de kommunale tilbud særdeles relevante, fordi de har behov for tilbud, som supplerer deres egen, praksispersonalets og sygehusets indsats for og samarbejde med patienter med kroniske lidelser. De interviewede læger giver forskellige eksempler på, hvordan de oplever denne udvikling – og relevansen af de kommunale tilbud – i deres hverdag:

Jeg havde en patient, som ikke ville komme på sygehuset, for de kunne kun hjælpe med medicinen. Men i kommunen havde hun lært noget i forhold til angst, motion og tryghed. Det kan jeg ikke selv tilbyde – det har jeg ikke tid til, og det har min sygeplejerske heller ikke. (Læge 1)

Jeg havde en patient, der var alkoholiker, storryger og tog piller, som jeg henviste til kommunen. Vedkommende holdt op med at ryge og kan nu cykle. For ham har det gjort noget, som han ikke havde nået, hvis det ikke var, fordi de havde kunnet følge ham op. (Læge 2)

Det har potentiale til at defokuserer folks opmærksomhed på medicin og kontrol og få bedre egenomsorg. (Læge 2)

Når de er flere sammen, motiverer det dem mere. (Læge 4)

Vi har ikke mulighed for at tilbyde dem holdundervisning. Det er et godt supplement. (Læge 3)

Af citaterne fremgår, at tilbuddet i kommunen adskiller sig fra tilbud i praksis og på sygehus ved at være bredere fokuseret på patientens fysiske og psykosociale trivsel og ved at være holdbaseret med mulighed for deling af erfaringer. Desuden supplerer kommunens tilbud, praksis og sygehusets tilbud ved, at patienterne får ekstra tilskyndelse til at nå og fastholde de mål, de har sat for behandlingen.

Her understreger lægerne, at de kroniske patienter skal lære at leve med deres sygdom – ofte gennem mange år, og at det derfor er gavnligt, at rehabiliteringen foregår i andet regi end det lægelige. En læge udtaler, at man i højere grad undgår sygeliggørelse og i stedet kan fokusere på, hvordan borgerne kan støttes i at håndtere kroniske lidelser i hverdagen.

Det er desuden de interviewede lægers generelle indtryk, at særligt KOL-patienter har stort udbytte af tilbuddet i form af bedre sygdomsmestringsevne i hverdagen med redskaber til at håndtere den angst, der opstår ved akut åndenød. Med hensyn til patienter med type 2-diabetes har nogle af de interviewede læger i januar 2013 oplevet, at borgere, som de har fulgt i en årrække, uden de har rykket sig i forhold til livsstil efter holdundervisning og evt. individuel kostvejledning, har opnået større vægttab og/eller stabilisering af kliniske værdier.

Ved interview i forbindelse med den afsluttende evaluering understreger lægerne, at de i almen praksis oplever nogle patientgrupper, det kan være svært at give det rette tilbud. Det gælder særligt patienter, som dør med psykiske eftervirkninger af at være diagnosticeret med en kronisk lidelse. Desuden gælder det gruppen yngre, erhvervsaktive borgere:

Det er vigtigt, at der er aftentilbud til folk, der er i arbejde. Ellers kan patienterne ikke møde op.

Således understøtter de praktiserende lægers erfaringer den henviste, men ikke deltagende borgers pointe ovenfor om, at en gruppe af erhvervsaktive bliver overset af tilbuddet.

Lægerne foreslår, at kommunens tilbud udvides i retning af en borgerrettet forebyggelse, således at målgruppen udvides til at omfatte de patienter, der er i risiko for at udvikle kroniske sygdomme, eller til de borgere der lever med en kronisk sygdom, men er symptomfri eller ikke er præget af deres lidelse i hverdagen. En af lægerne siger:

Principielt et det et godt tilbud, men måske er inklusionskriterierne for firkantede.

Lægerne foreslår, at man åbner op for at kunne henvise borgere som er i risikogruppe for udvikling af kronisk sygdom, fx borgere med svær overvægt. Det er lægernes observation, at disse borgere ville have gavn af en forebyggende indsats, men p.t. henvises de ikke, fordi de ikke opfylder de specifikke inklusionskriterier til diagnoserettede rehabiliteringstilbud.

De tilbud, som lægerne efterspørger, findes imidlertid allerede i kommunen – og gjorde det allerede, inden de diagnosespecifikke tilbud startede. Lægernes ønsker illustrerer således behovet for kontinuerlig information om samtlige tilbud i kommunen.

4.3 Opsamling på almen praksis perspektiver

Overordnet viser evalueringen, at der i projektperioden er sket en positiv udvikling både i forhold til kendskabet til kommunens tilbud blandt de praktiserende læger og i særdeleshed i antallet af henvisende praktiserende læger. Nu er det stort set alle Slagelse Kommunes praktiserende læger, der henviser. Det ser således ud til, at den skepsis og afventende indstilling, som nogle praktiserende læger gav udtryk for ved midtvejsevalueringen, har fortaget sig.

Ved tidspunktet for slutevalueringen giver de interviewede læger desuden udtryk for, at de har positive erfaringer med kommunens diagnoserettede rehabiliteringstilbud. De melder om positive tilbagemeldinger fra de henviste patienter. Her understreger lægerne, at det er særdeles positivt, at de har en mulighed for at viderehenvise patienter til tilbud i kommunen, hvis de ikke selv opnår de mål og resultater som de sætter sig for sammen med borgeren. Lægerne giver udtryk for, at kommunens tilbud kan noget *andet* end dem selv – særligt fremhæves at kommunens livsstilskonsulenter har mulighed for at følge borgerne tæt og har en anden indgangsvinkel til borgerne end den lægefaglige, som patienterne synes at efterspørge og have behov for. I deres tilbagemelding på kommunens tilbud fremhæver lægerne dette *andet* som den udløsende faktor i de positive eksempler, hvor det er lykkedes henviste patienter at opnå livsstilsændringer, der fx har medført rygestop, vægttab og større fysisk aktivitet.

Tilbagemeldingerne viser dog også, at det er vigtigt for den fortsatte succes, at henvisningssamarbejdet fortsætter, så lægerne ikke oplever, at *”der var tale om endnu et kommunalt projekt, som lukkede eller blev ændret væsentligt efter projektperiodens udløb”*. Derfor anbefaler den udpegede læge i styregruppen også at holde åbent for henvisninger i overgangen mellem projektperioden og den fortsatte drift, selvom tilbuddet – på grund af sygdom blandt livsstilskonsulenterne og uventet mange henvisninger – p.t. er udfordret på kapaciteten.

5 Perspektiver fra udvalgte sygeplejersker på Slagelse Sygehus

I forbindelse med evalueringen har vi interviewet de sygeplejersker fra Slagelse Sygehus, der har været involveret i projektet som undervisere på kommunens diagnoserettede lærings- og mestringshold eller som kontaktpersoner på de afdelinger, der har en rolle i forhold til at videreformidle og viderehenvise patienter til de kommunale tilbud. Det drejer sig om en afdelingssygeplejerske fra Endokrinologisk Afdeling, som fortsat underviser på hold for patienter med type 2-diabetes; en sygeplejerske fra Lungemedicinsk afsnit samt en sygeplejerske fra Kardiologisk afsnit, der tidligere underviste på det kommunale lærings- og mestringshold for borgere med hjertesygdom. De tre sygeplejersker er både blevet interviewet midtvejs i projektperioden og ved afslutningen af projektet i forbindelse med slutevalueringen (januar 2013).

Interviewene satte fokus på sygeplejerskernes oplevelse af de kommunale tilbuds relevans og kvalitet, sammenhængen mellem sygehusets og de nye kommunale tilbud, samt evt. forslag til justeringer i arbejdsdeling m.m. De vigtigste pointer fra de gennemførte interview er sammenfattet nedenfor.

5.1 Sygeplejerskernes erfaringer med henvisningssamarbejdet

Under interview ved midtvejsevalueringen fremgik det, at Slagelse Sygehus ikke havde en fremtrædende rolle som henviser af borgere til kommunens patientrettede tilbud, men snarere fungerede som mellemlid, idet de opfordrer patienter til at få en henvisning fra egen læge.

Sygeplejersken fra Lungemedicinsk Afdeling forklarer, at inklusionskriterierne til Slagelse Sygehus' rehabiliteringshold for patienter med KOL er en lungekapacitet under 50 %, mens inklusionskriterier til Slagelse rehabiliteringstilbud er en lungekapacitet mellem 30-80 %. Hvis patienter ligger mellem 30 og 50 %, er det kutyme at spørge dem, om de ønsker at følge hold i kommune- eller sygehusregi. Erfaringsmæssigt vælger patienterne de nære tilbud tættest på hjemmet. Hvis patienter er for "gode" til sygehusets tilbud, opfordrer sygeplejersken dem til at få en henvisning til kommunens tilbud fra egen læge. Sygeplejersken vurderer, at kommunens tilbud – bl.a. fordi det er mere fleksibelt og individuelt end sygehusets tilbud – er meget relevant.

Interviewene indikerer, at det daglige samarbejde mellem kommune og sygehus omkring patienter, der falder inden for de kommunale tilbuds målgruppe, er meget begrænset. Der er således ikke nævnt eksempler på koordinering af individuelle forløb eller formelle mødefora, og informanterne efterlyser heller ikke en yderligere formalisering af samarbejdet.

5.2 Vurdering af de kommunale tilbuds relevans og kvalitet

Diabetessygeplejersken har undervist på alle de kommunale diabetesforløb, som er afholdt i projektperioden. På tidspunktet for midtvejsevalueringen var samme diabetessygeplejerske afventende i forhold til at se, hvilken faglig kvalitet kommunens tilbud kunne levere. Ved et interview i forbindelse med slutevalueringen vurderer hun, at kommunens tilbud er fantastisk – både fagligt godt og relevant for den tiltænkte målgruppe. Det er især kommunens tilbud om fysisk træning og kostvejledning i et lokalt miljø i tæt tilknytning til borgerne hverdag, som er et tiltrængt supplement til de øvrige patientrettede forebyggelsestilbud til patienter med type 2-diabetes. Hun fremhæver især fordelene ved, at kommunens tilbud kan mere og andet end at fortælle borgerne, hvor vigtig motion er – hun oplever nemlig, at de kan få borgerne til selv at deltage aktivt i den fysiske træning nu og her.

Diabetessygeplejersken fortæller samtidig, at samarbejdet mellem kommunens (projektets) medarbejdere og diabetessygeplejersken har været velfungerende, og at hun håber, det fortsætter uændret. Både ved midtvejsevalueringen og igen i slutevalueringen fastholder diabetessygeplejersken, at det er afgørende for kvaliteten af kommunens rehabiliteringstilbud med et fortsat et tæt samarbejde med specialistsygeplejersker fra sygehuset.

Det er dog en udfordring for Endokrinologisk Afdeling at frigive personale til at løse undervisningsopgaven. Lige nu varetages undervisningen af den kliniske afdelingssygeplejerske, men i fremtiden skulle opgaven gerne fordeles på flere personaler fra sygehuset. Her er sygeplejerskernes stramme vagtplaner og arbejdstider en barriere.

Diabetessygeplejersken understreger, at hun er bekymret for, om kvaliteten af de kommunale tilbud kan opretholdes, når projektperioden – og puljemidlerne – løber ud. Hun understreger i den forbindelse, at kvaliteten af de kommunale tilbud fortsat er vigtig, og at det ikke kan tages som en selvfølge, at hospitalet fortsat anbefaler tilbuddet til patienterne, hvis de kommunale tilbud ender med at blive udbudt i en "light" version.

Sygeplejersken fra Lungemedicinsk Afdeling peger på, at mange patienter med KOL bliver indlagt akut og ligger på korttidsindlæggelsesafsnit. Netop denne patientgruppe videregives ofte ikke til diagnoserettede tilbud i kommunalt regi, men udskrives direkte til eget hjem. Det er sygeplejerskens indtryk, at denne patientgruppe ville have gavn af at blive henvist. På grund af travlhed ved udskrivelsen fra sygehuset giver læger ikke henvisninger direkte til rehabilitering, og sygeplejersker eller terapeuter, der ellers er i kontakt med borgeren under kontrol eller indlæggelse, har ikke ordinationsret; borgerne opfordres derfor til at opsøge egen læge for at få en henvisning. Sygeplejerskerne ser dog et potentiale i at give terapeuter eller sygeplejersker i afdelingen beføjelser til at henvise borgere direkte til den kommunale rehabilitering, da det erfaringsmæssigt er disse faggrupper, der – i højere grad end lægerne – har kontakt til borgerne under udskrivelsesforløb og ambulante kontroller.

5.3 Sygeplejerskernes perspektiver på de kommunale tilbuds målgruppe

Sygeplejerskerne har indtryk af, at kommunen har større mulighed for at tilpasse holdforløb individuelt. Sygeplejersken fra Lungemedicinsk afsnit har observeret, at den målgruppe, som sygehusets rehabilitering og kommunens lærings- og mestringshold retter sig mod, er "mellemgruppen", dvs. de patienter, som er mobile og velfungerende i deres hverdag og ofte selv er opsøgende i forhold til at søge information om egen sygdom. Derved supplerer tilbuddet – i henhold til stratificeringsskriterierne fra de regionale forløbsprogrammer – hospitalets tilbud på en fin måde.

Det er dog fortsat sygeplejerskernes vurdering, at der mangler tilbud til de svageste patienter:

De rigtig svage, som jeg møder nogle gange [...], der tror jeg bedre man kan nå dem i nærmiljøet.

Det er lunge- og hjertesygeplejerskernes oplevelse, at der mangler tilbud til gruppen af patienter, som er meget præget af deres sygdom, som måske ikke er selvhjulpne og ikke selv er opsøgende i forhold til yderligere hjælp eller behandling. Sygeplejerskerne understreger, at sygehuset dels har et stort optageområde, dels mangler ressourcer til at lave opsøgende arbejde. Derfor vurderer de, at der er et behov for lokale undervisnings- og træningstilbud, som er understøttet af ressourcer til at agere opsøgende i forhold til især svage borgere. Diabetessygeplejersken understreger i den forbindelse, at det netop er sådan et tilbud, som Slagelse Kommune efter hendes vurdering har etableret.

5.4 Opsamling på de hospitalsansatte sygeplejerskers perspektiver

Ved midtvejsevalueringen var konklusionen, at sygehuset ikke kom til at spille en afgørende rolle som henviser af patienter til kommunens diagnoserettede patienttilbud. Sygehuset har heller ikke henvist patienter direkte til kommunens rehabiliteringstilbud i anden halvdel af projektperioden. Da der er lavet en fælles vurdering af, at den etablerede arbejdsdeling fungerer hensigtsmæssigt, er der heller ikke gjort noget for at udbygge samarbejdsrelationerne mellem medarbejdere fra de kommunale sundhedstilbud og de relevante afdelinger på sygehuset yderligere.

Sygeplejersken fra Lungemedicinsk Afdeling vurderer dog, at der er et potentiale for at fange flere af de KOL-patienter, der indlægges akut og udskrives efter korttidsindlæggelse. Han understreger, at der netop i denne patientgruppe er mange, som vil kunne have stor nytte af kommunal rehabilitering i patienternes nærområde. Sygeplejersken vurderer også, at der mangler et tilbud, som formår at favne de sværeste syge og dårligst fungerende borgere med KOL.

Diabetessygeplejersken, som er den eneste samarbejdspartner fra Slagelse Sygehus, der fortsat underviser på kommunens lærings- og mestringshold, udtrykker stor tilfredshed med kommunens tilbud til diabetespatienter og understreger, at samarbejdet omkring tilbuddene har været rigtig velfungerende kommunen og sygehuset imellem. En central udfordring på tidspunktet for slutevaluering er dog ifølge diabetessygeplejersken usikkerhed om, hvorvidt de eksisterende kommunale diagnoserettede tilbud til kronikere vil fortsætte uændrede i fremtiden, eller om de efter projektperioden vil overgå til en "light" version.

6 Perspektiver fra medarbejdere i Slagelse Kommune

Dette kapitel præsenterer de kommunale medarbejders perspektiver på projektets forløb og samarbejdet omkring de inkluderede borgere. Kapitlet er baseret på interview med to livsstilskonsulenter, en faglig leder af Genoptræningscentret, den tidligere sundhedskoordinator⁶ samt kommunens KOL-sygeplejerske. Hvor det er relevant, er de gennemførte interview suppleret med skriftligt materiale og drøftelser fra styregruppemøder og resultater fra midtvejsevalueringen.

Med afsæt i midtvejsevalueringen har de afsluttende interview haft særligt fokus på henvisningssamarbejdet med almen praksis, sammenhængen mellem medarbejderressourcer, arbejdsopgaver og antallet henviste borgere, samt den omorganisering af det kommunale sundhedsområde der er gennemført under projektperioden. Herudover spurgte vi til de kommunale medarbejders erfaringer med egne arbejdsopgaver og ansvar samt deres erfaringer med koordinering og samarbejde med interne og eksterne samarbejdspartner. Resultaterne præsenteres i de følgende afsnit, hvorefter der følger en kort opsamling.

6.1 Erfaringer fra samarbejdet med almen praksis

Som omtalt i kapitel 2 var det i starten af projektperioden en udfordring, at der kom for få henvisninger fra almen praksis, hvorfor flere planlagte lærings- og meststringshold måtte aflyses. Derfor har der igennem projektperioden været fokus på at opbygge og vedligeholde henvisningssamarbejdet med almen praksis. Det er bl.a. sket ved at informere lægernes klinikpersonale, der i stigende grad sidder med ansvaret for dele af kronikerindsatsen i almen praksis.

Som præsenteret i kapitel 4 fremstår dette arbejde i dag som en succes, og i løbet af 2012 er der kommet væsentligt flere henvisninger fra almen praksis end forudsat i den oprindelige projektbeskrivelse. Informanterne vurderer samtidig, at henvisningsmønsteret fra almen praksis har ændret sig fra, at det i starten primært var borgeren selv, der havde hørt om kommunens tilbud gennem lokale medier og bedt om henvisning fra egen læge, til at flertallet af henvisninger i dag sker på initiativ af egen læge⁷.

Sundhedskoordinator's samarbejde med almen praksis har også ændret karakter fra at være opsøgende til i højere grad at omhandle rutinemæssig elektronisk korrespondance og telefonisk kontakt vedrørende henviste patienter – fx hvis der er tvivl om inklusions- og eksklusionskriterier. I tråd med de interviewede læger fra kapitel 4 vurderer informanterne således, at henvisningssamarbejdet fra almen praksis til kommunens diagnoserettede tilbud fungerer yderst tilfredsstillende. Samtidig har Slagelse Kommunes KOL-sygeplejerske – som en afledt effekt af projektet – oplevet et øget samarbejde med almen praksis i løbet af projektperioden. Dels oplever hun samarbejde i forbindelse med tilbagemelding til almen praksis vedrørende borgere, der har deltaget i et rehabiliteringstilbud, dels samarbejde omkring borgere der er særligt sårbare eller har særlige udfordringer, som kræver KOL-sygeplejerskens opsøgende arbejde i borgerens hjem.

⁶ Grundet usikkerhed om økonomien på sundhedsområdet i Slagelse Kommune blev sundhedskoordinator's toårige udviklingsstilling i første omgang ikke genopslået som en fast stilling. Projektets sundhedskoordinator er derfor interviewet efter projektperiodens afslutning, hvor hun sidder i en ny stilling.

⁷ Der kan evt. være en sammenhæng mellem det øgede antal henvisninger til kommunens diabeteshold i anden halvdel af projektperioden og det forhold, at samtlige praktiserende læger i Danmark pr. 1. april 2013 skal tilmeldes DAK-e (Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed) Datafangstmodul, og at rigtig mange praktiserende læger allerede har tilmeldt sig. Dette elektroniske hjælpemiddel minder automatisk lægen om muligheden for at henvise borgere med kroniske lidelser til rehabiliterende indsatser. Projektet kan derfor muligvis forvente en yderligere stigning i antallet af henvisninger efter 1. april 2013.

I begyndelsen af projektperioden understregede almen praksis, at den motiverende samtale med borgeren skulle afklares i almen praksis. Dette er også et inklusionskriterium for projektet, nemlig at borgeren skal være motiveret for livsstilsændringer. Sundhedskoordinatoren har dog i projektperioden oplevet en del henvisninger, særligt i forhold til borgere med type 2-diabetes, som automatisk er blevet henvist fra egen læge uden forudgående oplysning eller forventningsafklaring. Sundhedskordinator mener, at en strammere selektion hos egen læge ville reducere overflødige individuelle samtaler med borgere, der oplagt ikke vil have gavn af kommunens tilbud.

6.2 Sammenlægning af genoptræningsområdet og de kommunale forebyggelsestilbud

Da projektet startede i 2010, var rehabiliteringsforløbet forankret i Slagelse Kommunes Center for Folkesundhed, mens det øvrige genoptræningsområde var organiseret som et større selvstændigt genoptræningscenter. Det betød bl.a., at rehabiliteringsforløbet skulle låne lokaler fra genoptræningsområdet i kommunen, samt at der ved projektstart var forskellige snitfladeproblematikker mellem rehabiliteringsforløbet og kommunens øvrige tilbud om genoptræning.

Midtvejsevalueringen identificerede i den forbindelse problemer vedrørende mangel på egnede lokaler til den fysiske træning i rehabiliteringsforløbet, samt at personalet i rehabiliteringen havde en del tidsspilde i forbindelse med tilrettelæggelsen af den fysiske træning.

Samtidig var der ved midtvejsevalueringen et ønske om at lægge de to områder sammen med henblik på at lette koordination og samarbejde samt for at muliggøre en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne. Samtidig udtrykte lederen af genoptræningscenteret et ønske om en enstrengt visitation til hele området. Ved projektets afslutning var de to områder sammenlagt, og en del af interviewene kom til at omhandle medarbejdernes perspektiver på denne proces i forhold til projektet og de fremadrettede rehabiliteringstilbud.

Informanterne vurderer, at sammenlægningen af de to områder har givet god mening, samt at en række af de ønskede effekter er opnået. Borgerne og de eksterne samarbejdspartner har således i dag én indgang (bemandet af to sundhedskoordinatorer, der visiterer samtlige henviste borgere) til alle sundhedstilbuddene med undtagelse af genoptræningsplanerne. Samtidig er der ikke længere mangel på egnede lokaler, og den faglige koordinering mellem medarbejderne opleves lettere, efter de befinder sig i samme enhed. Endelig er der opslået en ny ergoterapeutstilling, som skal gå på tværs af livsstil og træning. Informanterne vurderer, at denne stilling kan være med til at "bygge bro" og give en bedre normering i rehabiliteringsteamet, hvilket – jf. næste afsnit – opfattes som et must af livsstilskonsulenterne.

I forhold til de fysiske faciliteter er sundhedsområdet og genoptræningen fortsat fordelt på tre matrikler – henholdsvis to i Slagelse og en i Korsør. Som nævnt ovenfor udlånte Genoptræningscentret to trænende terapeuter i projektperioden med henblik på at afhjælpe flaskehalse for borgere henvist til de kommunale tilbud. Dette var ifølge medarbejdere fra både Genoptræningscentret og rehabiliteringstilbuddet en rigtig god måde at indlede et samarbejde på tværs af de to organisationer og en måde at få større indblik i og kendskab til hinandens tilbud til borgerne.

6.3 Erfaringer med implementering af rehabiliteringstilbud

Både de deltagende borgere og de kommunale informanter fra rehabiliteringsforløbet har ved begge interviewrunder lagt vægt på, at de individuelle samtaler mellem borgeren og dennes kontaktperson er en vigtig kerneydelse i Slagelse Kommunes diagnoserettede til-

bud. Ifølge informanterne fungerer samtalerne som en motivationssamtale, en forventningsafstemning og en afklaring af, hvad de rigtige tilbud er for den enkelte borger.

Ifølge deltagerne har samtalerne været medvirkende til, at borgerne har fået et tilbud, der var specifikt tilpasset deres individuelle behov. Samtidig illustrerede interviewene med de to henviste, men ikke deltagende borgere, hvorledes de indledende individuelle samtaler også kan bidrage med en sortering af, hvilke borgere der falder inden- eller udenfor tilbuddenes målgruppe. De fleste af disse borgere viderehenvises til øvrige relevante kommunale tilbud udenfor Center for Sundhed og Omsorg eller til ikke-kommunale tilbud.

Imidlertid viste interviewene ved midtvejsevalueringen også, at de individuelle samtaler allerede midtvejs i projektperioden var så tidskrævende, at de gav flaskehalse og en oplevelse af et stort arbejdspress i forbindelse med opstart og afslutning af lærings- og mestringshold. De afsluttende interview viste, at oplevelsen af denne udfordring – selvom teamet er opnormeret med ekstra medarbejdere – er øget ved afslutningen af projektperioden. Som medvirkende årsager til dette blev fremhævet, at:

- ophøret af sundhedskoordinatoren to måneder før afslutningen af projektperioden medførte ekstra opgaver for livsstilskonsulenterne i en overgangsperiode
- hver borger i projektperioden har skullet have to individuelle samtaler, inden de kunne starte i et lærings- og mestringsforløb
- projektet qua de mange henvisninger fra almen praksis i perioder er ved at drukne i sin egen succes
- langtidssygemeldinger har øget arbejdspresset på de øvrige medarbejdere

I forlængelse af ovenstående udfordringer fortæller medarbejderne, at der ved afslutningen af projektperioden var opbygget en pukkel af henviste borgere, der stod i kø til de individuelle samtaler og efterfølgende tilbud. Samtidig var medarbejderne bekymrede for, hvorvidt situationen med stort arbejdspress bliver permanent i den nye organisering, og de efterlyste klare udmeldinger fra ledelsen i forbindelse med denne bekymring. Livsstilskonsulenterne havde samtidig en række overvejelser omkring optimering af rehabiliteringsteamets arbejdsopgaver, som gengives nedenfor:

Konsulenterne oplever, at de individuelle samtaler er for ufleksible, fordi der ifølge projektbeskrivelsen skal afholdes både to indledende, en midtvejs og en afsluttende samtale inden for seks måneder, samtidig med at borgeren deltager i et lærings- og mestringshold eller følger et særligt tilbud. Livsstilskonsulenterne gør opmærksom på, at nogle borgere kan klare sig med én eller to samtaler, mens andre borgere har behov for måske fem. Konsulenterne oplever ligeledes, at de nuværende fastlagte startdatoer for lærings- og mestringshold medvirker til at gøre samtaleforløbene ufleksible.

Livsstilskonsulenterne efterlyser således en mere fleksibel tilgang til de individuelle samtaler, der kan medvirke til en mere effektiv udnyttelse af medarbejderressourcerne og mindre ventetid for de henviste borgere. Medarbejderne foreslår også en ændret organisering af holdundervisningen, således at de fremtidige hold ikke – som nu – kører over syv undervisningsgange med fast startdato, men snarere kører i fire faste moduler (fx et kostmodul), hvor det er irrelevant, om man som borger starter på modul 1, 2, 3 eller 4. De skal kunne tages hver for sig.

Den tidligere sundhedskoordinator understreger dog i forbindelse med livsstilskonsulenternes forslag, at netværksdannelsen mellem deltagerne i de faste holdforløb spiller en vigtig rolle for udbyttet. Tanken bag de faste forløb har således været, at hvis borgerne lærer hinanden at kende og følges ad gennem et holdforløb, er der større sandsynlighed for, at de danner netværk, der fortsætter efter forløbets afslutning, hvor borgerne kan støtte hinanden i at fastholde livsstilsændringer. Denne pointe bakkes op af de borgere, der er inter-

viewet i forbindelse med de to interviewrunder. Vægtningen mellem borgernes netværksdannelse og udbytte bør således indgå i overvejelserne om en model med moduler og rullende optag, som i højere grad imødekommer personalets behov for fleksibel planlægning.

6.4 Samarbejdet mellem livsstilskonsulenter og den kommunale KOL-sygeplejerske

Ved den afsluttende interviewundersøgelse blandt kommunale nøglepersoner fremgår det, at kommunen har etableret et rehabiliteringstilbud med en vis fleksibilitet indbygget i inklusionskriterierne. Fx er nogle borgere med KOL og lavere lungekapacitet end inklusionskriterierne blevet visiteret til lærings- og mestringshold. Det er netop i disse tilfælde, at de individuelle samtaler giver mulighed for at vurdere, hvorvidt borgerne kan få udbytte af tilbuddet.

Ligeledes fortæller livsstilskonsulenterne om et tæt samarbejde omkring borgere, der ikke magter at deltage i kommunens holdtilbud med KOL-sygeplejersken. Det gælder fx borgere, som afbryder forløbet, eller hvor livsstilskonsulenten afslutter forløbet, fordi det aktuelle tilbud ikke er passende. Her har livsstilskonsulenterne mulighed for at henvende sig til KOL-sygeplejersken, som har specialviden, pædagogiske redskaber og beføjelser til at foretage hjemmebesøg hos borgere med behov og derfra tage konkret udgangspunkt i borgers situation. Omvendt har KOL-sygeplejersken også oplevet at henvise borgere til livsstilskonsulenterne i kommunen inden for deres specialtområder vedrørende fx træning eller ernæring.

Overordnet er samarbejdsrelationen mellem KOL-sygeplejersken og de kommunale medarbejdere i projektet blevet udbygget, og begge parter fortæller, at de har fået større kendskab til hinandens arbejdsområder og kompetencer, hvilket har ført til øget samarbejde særligt omkring det opsøgende arbejde.

6.5 Opsamling

De kommunale medarbejdere giver udtryk for, at der i projektperioden er skabt et velfungerende henvisningssamarbejde mellem kommune og almen praksis. Medarbejderne oplever desuden, at samarbejdet mellem genoptræningscentret og rehabiliteringstilbuddene er styrket som følge af den sammenlægning der er gennemført i løbet af projektperioden. Særligt oprettelsen af de to centralt placerede sundhedskoordinatorer – som giver alle borgere den samme indgang til sundhedstilbud og rehabiliteringsområde – vurderes at styrke muligheden for at skabe sammenhæng i de tilbud, den enkelte borger får.

Et andet eksempel på en positiv afledt effekt af projektet er, at livsstilskonsulenter og kommunens KOL-sygeplejerske vurderer, at der er opstået et velfungerende samarbejde omkring borgere med særlige behov, hvor sygeplejersken kan opsøge borgere i hjemmet og samtidig samarbejde med almen praksis om tæt opfølgning.

Gennem projektperioden har der været en række forhold vedrørende henvisninger, bemanding og organiseringen af det borgerrettede arbejde, som har udfordret medarbejderne i rehabiliteringsteamet. Ved afslutningen af projektet oplevede de interviewede medarbejdere således stort arbejdspress som følge af et væsentligt stigende antal henvisninger og henvænt til borgernes individuelle samtaler, som kræver mange medarbejderressourcer. Et forhold, som yderligere udfordrer medarbejderne, er, at den projektansatte sundhedskordinator stoppede, to måneder før hendes projektansættelse udløb, hvorfor en del administrative og undervisningsrelaterede arbejdsopgaver ifølge medarbejderne er lagt oveni de eksisterende opgaver. Medarbejderne efterlyste i den forbindelse klare udmeldinger og opfølgning fra deres ledelse i forhold til håndtering af det oplevede arbejdspress samt tilbuddenes fremtidige organisering og bemanding.

Medarbejderne havde endvidere en række forslag til en mere fleksibel brug af de individuelle samtaleforløb med henblik at lette arbejdsopgaverne forbundet med afholdelsen af disse. De foreslog også en fleksibel opbygning af lærings- og mestringsholdene for at muliggøre et løbende optag og derved minimere borgernes ventetid på holdforløb. Ideen er at køre med forskellige korterevarende temamoduler, som borgerne kan følge i vilkårlig rækkefølge. Ovenstående forslag bekymrer imidlertid den projektansatte sundhedskoordinator, fordi de individuelle samtaler og netværksdannelsen mellem deltagerne i de holdbaserede tilbud udgør kerneelementer i den kommunale rehabilitering.

7 Evalueringens konklusioner og anbefalinger

Formålet med denne evaluering har været at undersøge, om Slagelse Kommunes diagnose-rettede tilbud er etableret i henhold til intentionerne. Evalueringen omhandler borgernes tilfredshed og udbytte, samarbejdet med relevante sundhedsfaglige aktører om rekruttering og henvisning af borgere samt tilbuddets organisering og gennemførelse.

Evalueringen giver overordnet anledning til at konkludere, at der – i henhold til intentionerne med projektet – er etableret et kommunalt tilbud om rehabilitering, der opfattes som en succes blandt de borgere, samarbejdspartnere og ansvarlige medarbejdere, som er interviewet i evalueringen.

Opgørelserne over antallet af henviste borgere og deres vej igennem det kommunale forløb, viser dog også, at der er et stort frafald. Således er det kun 104 – svarende til 40 % af de 257 henviste borgere – der har gennemført et helt individuelt eller holdbaseret tilbud. Opgørelserne viser, at frafaldet hen over forløbet fordeler sig som følger:

- 16 borgere – svarende til 6 % af de 257 henviste – har ikke en relevant diagnose og viderehenvises derfor til andre tilbud, fx generel livsstilsrådgivning eller ny udredning hos egen læge. Dette frafald er hensigtsmæssigt, da tilbuddene er diagnosespecifikke.
- 25 borgere – svarende til 10 % af de 257 henviste – falder fra tilbuddet inden 1. opstartssamtale. Årsagen til dette frafald er ukendt.
- 14 borgere – svarende til 5 % af de 257 henviste – aftaler tid for 1. opstartssamtale, men møder aldrig op til denne. Årsagen til dette frafald er ukendt.
- 36 borgere – svarende til 14 % af de 257 henviste – falder fra forløbet på baggrund af 1. opstartssamtale. Dette frafald vurderes hensigtsmæssigt, da opstartssamtalerne netop har til formål at afdække, hvorvidt borgerens motivation og ønsker matcher de kommunale tilbud.
- 62 borgere – svarende til 24 % af de 257 henviste – starter på et forløb uden at gennemføre. Årsagerne til dette frafald er ikke afdækket systematisk.

Som det fremgår, er der på tværs af forløbet mange anledninger til frafald. Det fremgår også, at en del af frafaldet – fx de borgere, som ikke har en relevant diagnose eller viser sig ikke at være motiverede – er hensigtsmæssigt. Der er dog også en stor del af frafaldet, hvor de specifikke årsager ikke kendes. I betragtning af frafaldets størrelse og de ressourcer, der bruges på borgere, som i sidste ende ikke gennemfører et planlagt forløb, bør der fremadrettet sættes fokus på årsager til frafald, samt hvad der kan gøres for at mindske dette.

De følgende afsnit præsenterer de øvrige konklusioner og anbefalinger, som evalueringen giver anledning til i forhold til evalueringens specifikke fokuspunkter.

7.1 Deltagernes udbytte og tilfredshed med de kommunale tilbud

For at undersøge deltagernes udbytte af de kommunale tilbud har de ansvarlige medarbejdere fra rehabiliteringsteamet indsamlet data, der belyser deltagernes fysiske helbredsdata og deres selvvaluerede udbytte af rehabiliteringen. De indsamlede data er suppleret med kvalitative interview, som KORA har udført med henblik på at afdække deltagernes perspektiver på styrker, svagheder og forslag til forbedringer i de tilbud, de har modtaget. De indsamlede data giver anledning til følgende konklusioner:

Igennem forløbet sker der et stort frafald blandt de henviste borgere

Det gælder generelt for de indsamlede kvantitative data, at der på grund af et stort frafald undervejs i forløbet kun indgår 'effektdata' fra ca. 35 % af de borgere, der er henvist til Slagelse Kommunes diagnoserettede tilbud. Som det fremgår af tabel 3 i afsnit 2.2, er der mange steder, hvor frafaldet sker, ligesom der er en række forskellige årsager. Nogle årsager (fx hvis borgeren ikke er motiveret eller falder uden for de opstillede inklusionskriterier) er hensigtsmæssige. På den anden side er der også en del af frafaldet, hvor årsagerne endnu ikke er klarlagt, men Slagelse Kommune undersøger p.t. årsagerne til dette. De foreløbige resultater viser i den forbindelse, at de borgere, der falder fra, oplever et godt udbytte, men at de ikke ønsker at indgå i de afsluttende og opfølgende samtaler.

Resultater fra de indsamlede data fra EQ-5D og SF12

Opgørelser fra EQ-5D testen viser, at deltagerne vurderer, at der er sket en forbedring i deres bevægelighed og fysiske funktionsniveau efter deltagelsen i de kommunale rehabiliteringstilbud. EQ-5D testens øvrige parametre for helbredsrelateret livskvalitet (personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter og angst/depression) viser ingen eller ubetydelige forandringer fra start til slut i borgernes rehabiliteringsforløb.

Opgørelser fra SF12 testen viser, at deltagerne finder en forbedring i deres overordnede vurdering af eget helbred. Samtidig svarer deltagerne, at de i mindre grad er begrænset i daglige aktiviteter som følge af fysiske begrænsninger og smerter, efter deltagelsen i de kommunale rehabiliteringstilbud. Endelig er andelen af deltagere, der vurderer, at følelsesmæssige problemer slet ikke eller kun lidt af tiden begrænser arbejde eller andre daglige aktiviteter, steget med ca. 10 % efter deltagelsen i de kommunale tilbud.

Resultaterne fra EQ-5D og SF12 testen er således konsistente i forhold deltagernes fysiske funktionsniveau, mens de spørgsmål, der handler om smerter, daglige aktiviteter og psykisk velbefindende, viser forskellige resultater: Svarene fra SF12 testen er således mere positive end svarene fra EQ5D. Det er inden for rammerne af nærværende evaluering ikke muligt at vurdere årsagerne til de forskellige resultater.

Indsamlede data for kliniske parametre viser enkelte positive resultater

Opgørelser over de indsamlede kliniske og fysiske helbredsmaal viser, at de 90 borgere, der indgår i datamaterialet, på nogle parametre har opnået positive resultater ved afslutningen af det kommunale forløb. De største positive forandringer ses i forhold til en forbedret fysisk formåen (målt ved BORG 15 test). For de 27 inkluderede diabetespatienter viser data endvidere, at de har opnået en vægtreduktion. For de øvrige indsamlede data er der ikke dokumenteret væsentlige ændringer.

Deltagernes tilfredshed og selvvaluerede udbytte er højt, men de indsamlede data er ufuldstændige

64 af de 104 gennemførende deltagere – svarende til 62 % – har besvaret den spørgeskemabaserede seks måneders evaluering af de kommunale tilbud. De indkomne besvarelser viser, at deltagerne evaluerer forløbet positivt. Endvidere viser deltagernes besvarelser, at et stort flertal har været meget glade eller overvejende glade for de individuelle forløb og for at have en kontaktperson undervejs i forløbet. Med hensyn til den selvvaluerede effekt på deltagernes livstil viser evalueringsbesvarelserne, at et flertal af deltagerne oplever at være blevet mere fysisk aktive i forbindelse med kommunens tilbud, samt at tilbuddet har haft betydning for omlægninger af såvel kost og livstil mere generelt. Sidst, men ikke mindst, oplever flertallet af de adspurgte borgere, at de i høj grad eller i nogen grad er blevet bedre til at håndtere en hverdag med kronisk sygdom.

Det skal dog påpeges, at den relativt lave svarprocent på 62 % begrænser rækkevidden af konklusionerne på grund af usikkerhed omkring respondenternes repræsentativitet i forhold til det samlede antal deltagere, der har gennemført et forløb. Hvis svarprocenten kommer op på niveau med de øvrige data, der er indsamlet, vil konklusionerne kunne styrkes væsentligt.

Deltagerne fremhæver gode undervisere, individuelt tilrettelagte forløb og kontaktpersoner samt god holddynamik som afgørende for de opnåede resultater

Som led i evalueringen er der gennemført kvalitative interview, som har nuanceret og uddybet deltagerens perspektiver på de kommunale tilbud. De gennemførte interview viser, at de interviewede borgere oplever, at tilbuddene har givet dem 1) ny viden om egen sygdom, om betydningen af kost, fysisk aktivitet og medicin, 2) konkrete redskaber og teknikker til at håndtere egen sygdom i hverdagen og 3) viden om lokale tilbud om fx træning og aktiviteter. Borgerne fremhævede ved begge interviewrunder de individuelle samtaler, kontaktpersonerne, kompetente undervisere og en god holddynamik som særligt afgørende for et godt forløb og effekter, som mærkes i hverdagen.

I forhold til barrierer for deltagelse afdækkede interviewene kendte barrierer i form af de erhvervsaktive, der ikke har mulighed for at deltage i dagtiden. I forhold til barrierer for udbytte fremhævede deltagerne, at når der er (for) store niveauforskelle i de holdbaserede tilbud (fx i forhold til funktionsniveau, alder og egenomsorg), så vanskeliggøres den ønskede holddynamik mellem deltagerne.

Anbefalinger vedrørende borgernes perspektiver på de kommunale tilbud

De indsamlede data viser, at ca. 60 % af de borgere, der henvises til de kommunale tilbud, falder fra uden at have gennemført et helt forløb. Der anvendes således betydelige ressourcer på henvisning, opstartssamtaler og holdundervisning mm.

På baggrund af det store deltagerfrafald, anbefaler KORA, at der arbejdes videre med at kortlægge årsagerne til dette samt mulighederne for at begrænse frafaldet. Det kan i den forbindelse overvejes, om:

- inklusionskriterierne – og almen praksis anvendelse af disse – er præcis nok
- der er mulighed for at ændre på forløbets opbygning og struktur på en måde, der mindsker årsager og anledninger til frafald

Da der er en del deltagere, som på tidspunktet for evalueringen ikke indgik i det indsamlede datamateriale, anbefaler KORA, at dokumentationsarbejdet fortsættes, indtil alle inkluderede deltagere har haft mulighed for at indgå i dataopsamlingen.

I øvrigt peger den indsamlede empiri på stor tilfredshed med de kommunale tilbud, og deltagerens perspektiver giver ikke anledning til at anbefale ændringer i tilbuddenes organisering og form.

7.2 Rehabiliteringsforløbets implementering og snitflader til eksterne samarbejdspartnere

Samarbejdet om henvisning og forventninger til overgangen fra projekt til drift

Ved projektperiodens afslutning henviser stort set alle praktiserende læger til de kommunale tilbud, og i den sidste halvdel af projektperioden er der henvist væsentligt flere borgere, end forudsat da projektet startede. Evalueringen viser, at de interviewede praktiserende læger og samarbejdspartnere fra sygehuset oplever, at de kommunale rehabiliteringstilbud

udgør et relevant supplement til henholdsvis eksisterende tilbud i henholdsvis almen praksis og på sygehusets specialeafdelinger.

Slagelse Sygehus har ikke – som oprindeligt forudsat – fungeret som direkte henviser til de kommunale tilbud. I stedet har sygehusets kontakt/nøglepersoner i projektperioden haft en mere indirekte rolle, hvor de har informeret borgerne om de kommunale tilbud, samtidig med at de opfordrer dem til at blive henvist via egen læge. Evalueringens informanter oplever, at denne arbejdsdeling fungerer hensigtsmæssigt, samtidig med at den er med til at tydeliggøre og styrke almen praksis' rolle i det lokale samarbejde om kronikere. Derfor er der ikke gjort yderligere for at udbygge samarbejdsrelationerne mellem medarbejdere fra de kommunale sundhedstilbud og sygehuset. På hjerteområdet har sundhedskoordinatoren dog deltaget på en række af sygehusets rehabiliteringshold for at informere patienterne om de kommunale tilbud. Dette har dog ikke ledt til øget efterspørgsel på det kommunale tilbud, og derfor er det indtil videre besluttet ikke at oprette nye kommunale hjertehold.

De praktiserende læger er særligt glade for, at de har fået mulighed for at viderehenvise patienter, hvor de ikke selv opnår de mål og resultater, som de opstiller sammen med patienten. Lægerne oplever, at kommunens livsstilskonsulenter har mulighed for at følge patienterne tæt og tilbyde en ikke-lægefaglig indgangsvinkel, som patienterne efterspørger og har behov for. Lægerne fortæller endvidere om en række positive erfaringer med henviste patienter, for hvem der er lykkedes at opnå livsstilsændringer som fx rygestop, vægttab og øget fysisk aktivitet.

De interviewede samarbejdspartnere fra almen praksis og Slagelse Sygehus udtrykker således stor tilfredshed med tilbuddets relevans og indhold, og deres vigtigste anbefaling er, at tilbuddet skal fortsætte i dets nuværende form. Samtidig er der enkelte informanter, som er bekymrede for konsekvenserne, hvis det – fx af ressourcemæssige hensyn – besluttes at videreføre tilbuddet i en 'light' udgave. Det fremstår således som en vigtig kommunikationsopgave at informere eksterne og evt. interne samarbejdspartnere om fremtiden for de kommunale tilbud om patientrettet forebyggelse, samt hvordan de fungerer sammen med de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

De eksterne informanter efterlyser fortsat tilbud til de mest sårbare patienter

Projektets samarbejdspartnere har før, under og efter projektperioden efterlyst kommunale tilbud der (fx via en opsøgende indsats) er målrettet de mest sårbare borgere med kronisk sygdom. I projektperioden er det prioriteret at få de grundlæggende tilbud og samarbejdsrelationer på plads. Derfor har der endnu ikke været særligt fokus på at være opsøgende over for de mest sårbare borgere. Der er dog etableret et samarbejde mellem livsstilskonsulenterne og den kommunale KOL-sygeplejerske, som omhandler de borgere, der ikke magter at deltage i kommunens holdtilbud. Det gælder fx borgere, som afbryder forløbet, eller hvor livsstilskonsulenten afslutter forløbet, fordi det aktuelle tilbud ikke er passende. Her har livsstilskonsulenterne mulighed for at henvende sig til sygeplejersken, der har specialviden, pædagogiske redskaber og beføjelser til at foretage hjemmebesøg hos borgere med behov og derfra tage konkret udgangspunkt i borgerens situation. De individuelle samtaler ved livsstilskonsulenter har desuden givet anledning til, at borgere med fx begrænsede sproglige ressourcer har fået tilbudt individuel undervisning med tolk.

Anbefalinger vedrørende samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere

På baggrund af det konsistente (fra forundersøgelsen, midtvejs i projektperioden og ved afslutningen) anbefales det at undersøge mulighederne for at opprioritere arbejdet med at nå sårbare patienter, når de hidtidige tilbud er overgået til stabil drift. Det kan fx ske ved at videreudvikle/kopiere de uformelle erfaringer fra samarbejdet mellem rehabiliteringens livsstilskonsulenter og den kommunale KOL-sygeplejerske. Da interviewene viser, at der

fortsat er usikkerhed omkring de individuelle forløb, som kommunen kan tilbyde borgere med særlige behov, anbefales det også at informere almen praksis om disse muligheder igen.

Endelig giver informanternes bekymring for de kommunale tilbuds fremtid anledning til at prioritere information af eksterne og evt. interne samarbejdsparter om fremtiden for de kommunale tilbud om patientrettet forebyggelse, samt hvordan de fungerer sammen med de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

7.3 Rehabiliteringsforløbets organisering og perspektiver fra de ansvarlige medarbejdere

Igennem projektperioden har der været en række forhold vedrørende organisation og omorganisering samt organiseringen af det borgerrettede arbejde, der har udfordret projektet og de medarbejdere, som bemande det. Disse præsenteres nedenfor sammen med de løsninger, der fundet undervejs i projektet:

Medarbejdernes perspektiver på det borgerrettede arbejde

I forhold til det borgerrettede arbejde oplevede de interviewede medarbejdere både undervejs og ved afslutningen af projektet et stort arbejdspress. Dette opleves, til trods for at tilbuddenes bemanning løbende er opnormeret for at imødekomme det stigende antal henviste borgere. Medarbejderne henfører oplevelsen af arbejdspress til at borgernes individuelle samtaler kræver mange medarbejderressourcer, samt at projektet har været ramt af langtidssygemeldinger i løbet af projektperioden. Et forhold, som yderligere udfordrer medarbejderne, er, at den projektansatte sundhedskoordinator er stoppet to måneder før udgangen af projektperioden, hvorfor medarbejderne oplever, at en del administrative og undervisningsrelaterede arbejdsopgaver er lagt over til dem. I den forbindelse efterlyste medarbejderne klare udmeldinger og opfølgning fra deres ledelse i forhold til håndtering af det oplevede arbejdspress samt tilbuddenes fremtidige organisering og bemanning.

Endelig havde medarbejderne en række forslag til en fleksibel forvaltning af de omfattende individuelle samtaleforløb, således at de tilpasses borgernes individuelle behov frem for at være en standard pakke. I forlængelse af samtalerne foreslog medarbejderne også en fleksibel opbygning af lærings- og mestringsholdene, således at ventetiden på at starte på holdforløb mindskes, samtidig med at behovet for at afholde store pukler af individuelle samtaler reduceres. Medarbejderne ønsker således mulighed for at tilbyde borgerne at "hoppe på" forskellige temamoduler, der kan følges i vilkårlig rækkefølge. Dette forslag indebærer, at man går væk fra at tilbyde diagnosespecifikke hold og nedprioriterer hensynet til at fremme og fastholde livsstilsændringer gennem netværksdannelse.

Perspektiver på rehabiliterings overordnede organisering

Som led i målsætningen om at etablere bedre sammenhæng mellem de forskellige sektors tilbud til borgere med kroniske lidelser har Slagelse Kommune i projektperioden arbejdet for at etablere et enstrengt visitationssystem internt i kommunen. Dette er bl.a. blevet understøttet ved en organisatorisk sammenlægning af Genoptræningscentret og kommunens rehabiliteringstilbud, således at man fremover i højere grad kan koordinere tilbud og sørge for, at borgere har én indgang til sundhedsydelser i kommunalt regi. Sammenlægningen betyder, at den sundhedskoordinatorstilling, der fra starten var tilknyttet rehabiliteringsteamet, ved afslutningen af projektperioden er flyttet fra teamet til en central funktion med to sundhedskoordinatorer, som dækker sundhedstilbud og rehabiliteringsområde. De gennemførte interview viser, at informanterne bakker op om denne ændring, som de vurderer, styrker muligheden for at skabe sammenhæng i de tilbud, den enkelte borger tilbydes. Herudover oplever informanterne, at sammenlægningen har styrket samarbejdet

mellem medarbejderne fra Genoptræningscentret og rehabiliteringstilbuddene. Endelig er de lokale problemer, der i starten udfordrede projektet, løst via sammenlægningen.

Et andet eksempel på en positiv afledt effekt af projektet er, at livsstilskonsulenter og kommunens KOL-sygeplejerske vurderer, der er opstået et velfungerende samarbejde omkring borgere med særlige behov, hvor sygeplejersken kan opsøge borgere i hjemmet og også samarbejde med almen praksis om tæt opfølgning.

Anbefalinger vedrørende rehabiliteringens udførelse og organisering

Evalueringen peger på et behov for at opbløde den nuværende faste struktur på samtaleforløbene og gøre planlægningen fleksibel, så det bliver muligt for medarbejdere at differentiere borgernes behov for den "store" eller den "lille" samtalepakke. Dette vil muligvis frigive tid til de borgere, der virkelig har brug for de individuelle samtaler.

Der er en potentiel modsætning mellem medarbejdernes ønsker om at effektivisere rehabiliteringsforløbet i forhold til borgernes tilbagemeldinger om, hvilke elementer af tilbuddet der er vigtige. Fordele og ulemper forbundet ved evt. ændringer i de individuelle samtaler og de diagnosespecifikke hold bør derfor overvejes nærmere.

Bilag 1: Notat fra midtvejsevalueringen



Midtvejsevaluering af kronikerprojektet

Diagnoserettede tilbud i Slagelse Kommune

Laura Emdal Navne
Martin Sandberg Buch

Dansk Sundhedsinstitut
Februar 2011

Indholdsfortegnelse

1. Evalueringens formål og metode.....	4
1.1 Midtvejsevalueringens formål.....	4
1.2 Evalueringens fokus og undersøgelsesspørgsmål.....	4
1.3 Anvendte metoder og datagrundlag	4
1.4 Spørgeguides.....	5
1.5 Notatets opbygning og struktur.....	6
2. Borgernes perspektiver på deres rehabiliteringsforløb	7
2.1 Deltagernes indgang til det kommunale forløb	7
2.2 Deltagernes udbytte af KOL-tilbuddet	7
2.2.1 Individuelle samtaler og handleplaner hjælper med afklaring, mål og motivation	8
2.2.2 Mod på at gøre noget selv.....	8
2.2.3 Konkrete redskaber til brug i hverdagen	8
2.2.4 En fordel med specialister og diagnosespecifikke hold	9
2.3 Deltagernes forslag til justeringer af tilbuddet.....	10
2.4 Opsamling	10
3. Almen praksis perspektiver på de kommunale rehabiliteringstilbud.....	11
3.1 Lægernes kendskab til de kommunale tilbud.....	11
3.2 Lægernes perspektiver på henvisningssamarbejdet	11
3.2.1 Hverdagens travlhed fortrænger henvisningsarbejdet.....	11
3.2.2 Overlap med eksisterende indsatser og usikkerhed om kvaliteten	12
3.2.3 Uenighed om indsatsens målgruppe.....	13
3.2.4 Lægerne har et mangelfuldt kendskab til formål og målgruppe for den kommunale rehabiliteringsindsats	13
3.3 Lægernes forslag til justeringer.....	14
3.3.1 At praksispersonalet får mulighed for at henvise direkte.....	14
3.3.2 Lægerne ønsker korte og målrettede tilbagemeldinger umiddelbart efter afslutningen på rehabiliteringstilbuddet	14
3.4 Opsamling på perspektiver fra almen praksis	14
3.4.1 anbefalinger der kan forbedre samarbejdet med almen praksis	15
4. Perspektiver fra udvalgte sygeplejersker på Slagelse Sygehus.....	17
4.1 Sygeplejerskerne vurderer, at de kommunale tilbud er relevante	17
4.2 Sygeplejerskernes perspektiver på samarbejdet mellem kommune og sygehus	18
4.3 Sygehusets perspektiver på henvisningssamarbejdet	18
4.4 Opsamling på sygehusets perspektiver	19
4.4.1 Anbefalinger vedrørende samarbejdet med sygehuset.....	19
5. Perspektiver fra nøglepersoner i Slagelse Kommune.....	20
5.1 Status på Kommunens diagnoserettede tilbud til kronikere	20

5.2	Sundhedskoordinator og livsstilskonsulenters perspektiver på projektet	22
5.2.1	Udgangspunktet for projektet var velbeskrevet, men det er svært at få tid til udviklingsopgaverne	22
5.2.2	Foreløbige erfaringer med årsager til frafald	22
5.2.3	Der mangler egnede lokaler til den fysiske træning	23
5.2.4	Erfaringer fra det tværgående samarbejde	23
5.2.5	Henvi sningssamarbejdet med almen praksis	23
5.3	De interne samarbejdsrelationer i Slagelse Kommune	24
5.3.1	Samarbejdet mellem sundhedskoordinatoren og den kommunale KOL-sygeplejerske	24
5.3.2	Samarbejdsrelationen mellem kronikerprojektet og Slagelse Kommunes genoptræningscenter	24
5.4	Opsamling	25
5.4.1	Anbefalinger vedrørende projektets fremdrift og samarbejde	25
6.	Midtvejsevalueringens overordnede konklusion	27

1. Evalueringens formål og metode

1.1 Midtvejsevalueringens formål

Denne midtvejsevaluering er gennemført for at støtte implementeringen af Slagelse Kommunes udviklingsprojekt: "Forløbskoordination og diagnoserettede rehabiliteringstilbud til borgere med diabetes type-2, KOL og hjerte-karsygdomme".

På baggrund af kvalitative interviews med borgere, kommunale nøglepersoner og eksterne samarbejdspartnere afdækker Dansk Sundhedsinstitut (DSI), om projektet går planmæssig og opstiller anbefalinger til eventuelle justeringer. Evalueringens afsæt er kronikerprojektets målsætninger om at støtte borgere med kronisk sygdom i at mestre livet med kronisk sygdom ved at:

- Etablere et velfungerende henvisningssamarbejde mellem sygehusets og de praktiserende lægers patientrettede forebyggelse og behandling og de kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom.
- Tilbyde patientrettet forebyggelse til borgere med kronisk sygdom for at rehabilitere og understøtte borgeren i at ændre livsstil og tage ansvar for egen sundhed og sygdom.

1.2 Evalueringens fokus og undersøgelsesspørgsmål

Slagelse Kommunes kronikerprojekt drives af en projektansat sundhedskoordinator. Koordinatorens ansvar i projektperioden er at:

- Organisere og koordinere de tre rehabiliteringstilbud, herunder lave aftaler med eksterne undervisere og administrere tilgangen af patienter.
- Fungere som tovholder for samarbejdet mellem kommunen, almen praksis og Slagelse Kommune.
- Indgå som underviser og tovholder på de diagnosespecifikke hold, der gennemføres.

DSIs midtvejsevaluering tager udgangspunkt i den projektansatte sundhedskoordinators opgaver og undersøger, hvordan:

- Koordinatoren og dennes vigtigste samarbejdspartnere oplever fremdrift og samarbejde om projektet og de kronisk syge borgere, som skal henvises til de nye tilbud.
- Borgerne oplever mødet med sundhedskoordinatoren og forløbet på de nye kommunale tilbud, her specifikt med fokus på KOL-tilbuddet, da det på interviewtidspunktet var det eneste tilbud, der havde gennemført et afsluttet forløb.

1.3 Anvendte metoder og datagrundlag

Midtvejsevalueringen er baseret på kvalitative interviews med i alt 19 informanter, skriftligt materiale fra projektet og tilgængelige aktivitetsopgørelser. Informanterne fordeler sig som anført i nedenstående tabel:

Tabel 1: Oversigt over evalueringens informanter¹

Repræsentanter	Borgere	Praktiserende læger	Slagelse Sygehus	Slagelse Kommune
Antal informanter	5	5	5	4
Interviewtype	Gruppe-interview	Telefon-interview	Gruppe-interview	Individuelle interview

Bearbejdning af interview

Alle interview er optaget digitalt og transskriberet af en student. Interviewene er herefter kondenseret og anvendt som afsæt for citat og analyse.

1.4 Spørgeguides

DSI har udarbejdet udkast til spørgeguides, som er kommenteret af medarbejdere fra Slagelse Kommunes Center for Folkesundhed. Der er udarbejdet separate spørgeguides, som er tilpasset hver enkelt gruppe af informanter.

Interviewene med fagpersoner fra og omkring projektet har belyst nedenstående temaer, der er opstillet med udgangspunkt projektets udviklingsopgaver, indsatser og succeskriterier:

- Kendskab til tilbuddet
- Henvi sningssamarbejde
- Tilbuddets relevans for de intenderede målgrupper
- Perspektiver på samarbejde og koordination
- Justeringspotentiale og tilbuddets fremtid

Dertil kommer, at spørgsmål til sundhedskoordinatoren har undersøgt sammenhængen mellem de planlagte og faktiske arbejdsopgaver.

Interviewet med de deltagende borgere har taget udgangspunkt i nedenstående temaer:

- Opstarts- og afsluttende samtaler med undervisere på tilbuddet
- Handleplaner
- Afsluttende samtaler
- Kontaktperson
- Deltagernes indflydelse på indhold
- Oplevet personligt udbytte
- Holddynamik
- Fremtiden

¹ Notatets hovedkapitler er opdelt efter de fire grupper af informanter, der er interviewet. Udvælgelsen af informanter præsenteres derfor i indledningen til de relevante hovedkapitler.

1.5 Notatets opbygning og struktur

Notatet består af følgende hovedkapitler:

Kapitel 2 gengiver borgernes perspektiver på det kommunale KOL-forløb.

Kapitel 3 præsenterer almen praksis perspektiver på de nye indsatser og deres rolle som henviser.

Kapitel 4 præsenterer sygehusansatte specialistsygeplejerskers perspektiver på projektet.

Kapitel 5 præsenterer sundhedskoordinatorens og relevante kommunale nøglepersoners perspektiver på projektet og de samarbejdsrelationer, der er i fokus for dette.

Kapitel 6: Notatet afsluttes med en kort overordnet konklusion.

2. Borgernes perspektiver på deres rehabiliteringsforløb

Deltagernes perspektiver er belyst via et gruppeinterview med fem borgere, der kommer fra henholdsvis Slagelse by, opland og Korsør. Det var oprindeligt aftalt, at DSI skulle gennemføre individuelle interview med op til ti borgere, der repræsenterede de tre diagnoser, som er dækket af de kommunale rehabiliteringstilbud. Opstarten af projektet har imidlertid været mere tidskrævende end forventet. Derfor var der kun gennemført et KOL-hold, da evalueringssamtalerne skulle gennemføres. I stedet for at udskyde evalueringen valgte Slagelse Kommune af skære ned i antallet af borgerinterview til fordel for at øge antallet af interview med samarbejdspartnerne til de kommunale rehabiliteringstilbud.

De fem interviewede borgere har således alle fuldført det første KOL-forløb, som sundhedskoordinatoren har været ansvarlig for. Borgerne er udvalgt og inviteret til interview af sundhedskoordinatoren. Fire af de fem borgere har endvidere medvirket i en 'reklamefilm', hvor de fortæller om, hvad de har fået ud af deltagelsen i det kommunale KOL-forløb.

Disse forhold betyder, at borgerinterviewene ikke er repræsentative². For det første giver de ikke indsigt i årsager til fravalg og frafald. For det andet er der tale om borgere, som har oplevet et stort udbytte af forløbet, og som har en vis øvelse i at formidle deres erfaringer sammenlignet med tilfældigt valgte borgere.

2.1 Deltagernes indgang til det kommunale forløb

Projektet har en interesse i at få viden om, hvor igennem deltagerne får kendskab til tilbuddet, og hvordan de bliver henvist. Blandt de fem interviewede deltagere så fordelingen således ud:

Tabel 2: Deltagernes indgang til det kommunale KOL-forløb

	Egen læge	Annoncering i avis/ugeblad	Orienteringsmøde Slagelse bibliotek
Kendskab via	2	2	1
Henvist via	5 - 3 på eget initiativ - 2 på lægens initiativ		

Hvis ovenstående fordeling er repræsentativ for deltagernes indgang til de kommunale forløb, indikerer det, at annoncering og informationsmøder kan være et godt middel til at rekruttere deltagere. DSI er i den forbindelse bekendt med erfaringer fra lignende projekter³, hvor efterspørgsel fra borgerne har vist sig at være en effektiv metode til at gøre almen praksis opmærksom på tilstedeværelsen af kommunale tilbud.

2.2 Deltagernes udbytte af KOL-tilbuddet

Deltagerne fremhæver, at kommunens tilbud har givet dem mod på selv at gøre noget aktivt for at få et bedre liv med og på trods af deres kroniske tilstand. En forhåbning, de ikke havde før.

² I forbindelse med slutevalueringen vil blive prioriteret at gennemføre individuelle interviews med et repræsentativt antal af deltagere fra alle tre forløb. Samtidig vil interviewene inkludere borgere, som er faldet fra forløbet.

³ Fx sundhedsskolen i Næstved Kommune.

Deltagerne fortæller også, at det særlige ved kommunens tilbud er, at de også får en anderledes og en specialiseret viden, som de ikke har fået andre steder i systemet. Det værdsætter de meget.

2.2.1 Individuelle samtaler og handleplaner hjælper med afklaring, mål og motivation

Deltagerne kan godt huske den indledende samtale, midtvejssamtalen og de mål, de har sat sig undervejs i forløbet. Adspurgte fortæller de, at elementerne er gode, fordi de hjælper til afklaring af, hvad man har svært ved at klare i hverdagen, hvad man kan være bange for – og dermed giver de et praj om, hvor de selv kan sætte ind og gøre en indsats. Samtidig husker deltagerne som én udtrykte: at der var 100.000 spørgsmål til den individuelle samtale. En antydning af, at mængden af spørgsmål måske var i overkanten. En enkelt deltager har også oplevet, at de mål, hun satte sig, kunne give hende en følelse af nederlag, når hun ikke nåede dem.

2.2.2 Mod på at gøre noget selv

Deltagerne oplever, at kurset motiverer dem til selv at gøre noget aktivt for at få et bedre liv. Flere fortæller, at kommunens tilbud har åbnet deres øjne for, at der er mange ting i deres hverdag, de kan gøre for at hjælpe sig selv til et bedre liv på trods af deres nedsatte lungefunktion. I den forstand oplever de lærings- og mestringsholdene som et velkomment supplement til den praktiserende læges tilbud til borgere med KOL. En deltager udtrykker det sådan her:

”Jeg må sige, at jeg synes at det her kursus har været alle tiders. Jeg fik at vide for næsten to år siden, at jeg havde KOL. Det blev jeg chokeret over. Jeg spurgte min læge, om der ikke var noget, jeg kunne gøre selv? Jeg havde mange spørgsmål. Men, nej, jeg kunne ikke gøre noget, sagde lægen. Her på kurset har jeg lært, at hvis nu jeg trækker vejret dybt ned, så kan det hjælpe mig for eksempel.”

Deltagerne oplever også, at kurset har motiveret dem i forhold til motion. En af deltagerne illustrerer det med sin skridttæller, som har været medvirkende til, at hun holder øje med sig selv, at hun ikke giver op eller har alt for dovne dage.

”Vi har fået mere motivation til at motionere. Og det kan ikke nytte noget, at man ikke gider. Jeg fik et spark på en god måde med skridttælleren. Og den bruger jeg altså stadigvæk. Og det er altså motiverende, især hvis man lige mangler 250 meter. Så må man lige ud og trille en tur med rullemand. Og så bliver det til noget!”

Med sætningen: ”Og den bruger jeg altså stadigvæk”, understreger kvinden, at det, de får fra kommunens kursus, ikke kun er noget midlertidigt. Derimod oplever de, at det, de lærer og får med sig på kurset, på nogle områder rækker videre ind i deres hverdag. Som citatet nedenfor understreger, ligger motivationen til at motionere for nogle af deltagerne i høj grad i at motionere i fællesskab på holdet:

”Det livsstilskonsulent (fysioterapeuten) har lært os oppe i fitnesslokalet her ovenpå, det bruger jeg derhjemme. Og det synes jeg er godt. Men det er ikke lige så godt at gøre det derhjemme. Det er ikke lige så godt som at komme ned et sted. Det er meget mere gavnligt.”

2.2.3 Konkrete redskaber til brug i hverdagen

Jeg ved rigtig meget om KOL, men nu har jeg lært at bruge det.

Ovenstående citat svarer meget præcist til formålet med kommunens tilbud til kronikere: At aktiviteterne i de kommunale rehabiliteringstilbud skal forankres i borgernes hverdag, så de får redskaber til at mestre et liv med kronisk sygdom.

Gruppeinterviewet med deltagerne rummer en del eksempler på, hvordan de oplever, at det – i nogen grad – lykkes at få det, de lærer på kurset, integreret i deres hverdag og liv. Det drejer sig bl.a. om konkrete redskaber til at klare de symptomer og problemer, deres KOL-sygdom giver dem i hverdagen. I det næste eksempel handler det om vejtrækningsøvelser.

"Det med at gå i panik... det lærer man efterhånden. Jeg har været af sted to gange med blå blink, fordi jeg ikke kunne få vejret. Og så ligger man der. Men det har jeg lært på det her kursus. Jeg har virkelig lært noget om vejtrækningsteknikker".

Eksemplet viser, hvordan de konkrete vejtrækningsteknikker ifølge deltagerne kan være med til at forebygge angst og akutte indlæggelser.

2.2.4 En fordel med specialister og diagnosespecifikke hold

Det er to forskellige former for vigtig viden, som deltagerne oplever, de får og er glade for i kommunens tilbud. Det drejer sig dels om specialviden fra specialister i lige præcis deres sygdom, dels om "en anderledes viden" de får ved at mødes med andre med samme diagnose.

Deltagerne værdsætter, at det er kompetente undervisere med specialiseret viden om lige præcis deres sygdom og udfordringer, der underviser på kommunens tilbud. Det ser de som et kærkomment supplement til den rådgivning om fx medicin, de kan få hos egen læge. De nævner viden om vejtrækningsøvelser, motion og kost som eksempler på den specialiserede viden, de får i kommunens tilbud, og som de har savnet.

Deltagernes udbytte handler i høj grad også om en erfaringsbaseret viden, som de oplever, opstår ved, at de bliver bragt sammen med andre med samme diagnose og problemer.

Det vigtigste for dem alle synes at være at kunne udveksle erfaringer, tips og tricks med hinanden. Tips til, hvad man kan gøre, når man fx ikke kan få luft:

"Jeg tænkte på (Jakob) så sent som i nat, da jeg vågnede og ikke kunne få luft. Og der har Jakob jo levende beskrevet hvordan det er vigtigt ikke at gå i panik. Og så kan jeg tænke "Nu skal du bare gøre ligesom Jakob", jeg kan bare pludselig ikke trække vejret. Og jeg kan ikke få det ind og så bliver jeg lidt bange – det gør man jo! Og noget af det – det har vi også snakket om på holdet – det er ren psykologi. Det er det altså. Også at man får flyttet sin tanke fra at være bange over på noget positivt. Så det er vigtigt".

En deltager understreger fordelene ved det diagnosespecifikke gruppetilbud ved at sammenligne med sine tidligere erfaringer med bredere patientuddannelsesstilbud til kronikere. Her savnede deltageren at kunne identificere sig med de andre deltagere, i alle aldre med alle mulige diagnoser, forskellige livssituationer, meget forskellige problemstillinger og spørgsmål.

Deltagerne oplever det sociale element i holdundervisningen som en afgørende motivationsfaktor for livsstilsændringer. De roser og anerkender hinandens forskellige forsøg på livsstilsændringer, fx med hensyn til motion og kost.

For nogle af de interviewede deltagere har kommunens tilbud også betydet, at de har fået udvidet deres sociale netværk. Selvom deres forløb er afsluttet nu, har deltagerne selv taget initiativ til at mødes i regi af kommunens lokaler. De ønsker fortsat at mødes og dele erfaringer og hygge sig med hinanden.

2.3 Deltagernes forslag til justeringer af tilbuddet

Deltagerne er generelt meget tilfredse med deres udbytte, men de har et forslag til forbedring: Det handler om, at den fysiske træning for halvdelen af KOL-holdet afholdes om eftermiddagen i de sene timer, hvor deltagerne er trætte og har for lidt luft tilbage. KOL-patienter har mest luft i formiddagstimerne, så det er et konkret problem. Som en patient udtrykker det:

"Om morgenen kan jeg gå til verdens ende, men sidst på dagen, der er krudtet gået af ballonen for mit vedkommende".

"Jamen det er det vist for vores alle sammen".

Deltagene er dog klar over, at dette er et logistisk problem for projektet. De er blevet orienteret om, at det ikke kan lade sig gøre, fordi lokalerne bliver brugt. Det er blevet undersøgt.

Deltagerne er endvidere enige om, at det ville være en fordel, hvis man fremover kan bestille de træningselastikker, der bruges under træningen, igennem kommunen. Så kunne alle have fået en elastik i den rigtige længde og til den rigtige pris, hvormed forudsætningerne for at hjemmetræne optimeres.

2.4 Opsamling

Som det fremgår, er deltagerne overvejende positive over for kommunens tilbud til KOL-patienter – og de oplever, at tilbuddet er et godt supplement til den eksisterende indsats i almen praksis. Deltagerne oplever specifikt at:

- Deltagelsen har givet dem nye redskaber til at klare sig i hverdagen
- Holddynamikken har fungeret, således at de både har fået redskaber og tricks via erfaringsudveksling med de andre og almindeligt socialt samvær med ligesindede – som enkelte opretholder kontakten med efterfølgende
- Kombinationen af et diagnosespecifikt tilbud og specialiseret personale har været god.

Igen skal det dog understreges, at interviewmaterialet er for lille og ikke repræsentativt til, at der kan drages valide konklusioner omkring deltagernes udbytte af rehabiliteringsforløbet.

3. Almen praksis perspektiver på de kommunale rehabiliteringstilbud

Dette afsnit gengiver fem praktiserende lægers perspektiver på samarbejdet om de kommunale rehabiliteringstilbud. Omdrejningspunktet for interviewene er henvisningssamarbejdet, lægernes kendskab /vurdering af projektet og deres oplevelse af indsatsernes relevans for målgrupperne.

Lægerne er valgt, så at de repræsenterer sololæger og kompagniskaber samt læger, der henholdsvis har/ikke har henvist. Samtidig har to af lægerne særlige hverv: Det drejer sig om kommunens praksiskonsulent, som er tilknyttet Center for Folkesundhed, samt formanden for det lokale lægelaug. Disse to er interviewet, fordi de som nøglepersoner i samarbejdet mellem almen praksis og kommune har et bredt indblik i almen praksis synspunkter og erfaringer med den kommunale indsats.

3.1 Lægernes kendskab til de kommunale tilbud

En central forudsætning for projektets succes er, at de praktiserende læger henviser relevante patienter til kommunens tilbud. I perioden fra 1. april til 25. oktober 2011 har Slagelse Kommunes projekt modtaget i alt 104 henvisninger, hvoraf de 103 er kommet via almen praksis. Dette understreger, at almen praksis ind til videre reelt er den eneste henviser til de kommunale tilbud.

Den første forudsætning for at henvise er, at man kender til det aktuelle tilbud. Alle de interviewede læger fortæller, at de er introduceret til de kommunale tilbud på møder i deres 12-mandsforening og/eller på et fællesmøde i lægelaug, som blev afholdt i foråret 2011. Her blev tilbuddet præsenteret, ligesom alle praktiserende læger efterfølgende fik tilsendt informationsmateriale og laminerede henvisningsvejledninger. To gange årligt sender projektet endvidere nye foldere ud til alle praksis.

3.2 Lægernes perspektiver på henvisningssamarbejdet

3.2.1 Hverdagens travlhed fortrænger henvisningsarbejdet

At kende til tilbuddet er ikke det samme som at huske henvisningerne i en travl hverdag. Lægerne fortæller, at de har en tendens til at glemme tilbuddet efter nogle måneder. Det udarbejdede laminat med visitationskriterier forputter sig på skrivebordet i bunken med alle de andre ting, de også kan tilbyde patienterne.

Interviewene viser, at det ikke kun er de læger, der *ikke* har henvist, der har svært ved at huske tilbuddet. En praktiserende flerlægepraksis, som har henvist patienter, fortæller, således at husets fire læger har glemt alt om tilbuddet. Grunden til, at der alligevel er henvist patienter, er udelukkende patienternes egen efterspørgsel.

Praksiskonsulenten er opmærksom på ovenstående problemstilling og fortæller i den forbindelse at hun bruger sit nyhedsbrev, som udsendes hver anden måned, til at minde om indsatsen. Samtidig understreger konsulenten, at der er en grænse for, hvor meget man kan belemre lægerne med information og remindere:

"Jeg skriver nyhedsbreve ud en gang hver anden måned. Og jeg har også skrevet ud og sendt nogle laminerede papirer med visitationskriterier etc. For at gøre det nemmere, så man kan have det liggende i den bunke, hvor man lige kan finde det, hvis man har brug for at henvise. Men derfra og til om lægerne husker at bruge det, eller ønsker at bruge det – det kan jeg ikke

svare på. Jeg synes at vi har gjort noget for at gøre opmærksom på det. Så jeg tror ikke, at man kan gøre mere uden at plage folk."

De 'almindelige' læger udtrykker til gengæld et ønske om at blive mindet om tilbuddet og om at blive opdateret ud fra en erkendelse af, at *"den slags gode tiltag ellers drukner i hverdagens travlhed og i mængden af materiale"* almen praksis hver dag skal forholde sig til.

3.2.2 Overlap med eksisterende indsatser og usikkerhed om kvaliteten

Interviewene viser at næsten alle læger i udgangspunktet er positivt indstillet over for en kommunal kronikerindsats, samt at de ønsker at henvise til permanente og fagligt velfunderede kommunale tilbud. Imidlertid beskrev lægerne også en række barrierer for det ønskede henvisningssamarbejde.

Interviewene indikerer, at nogle læger oplever et uhensigtsmæssigt overlap mellem de eksisterende tilbud i almen praksis, på sygehuset og i genoptræningscentret, samt at denne opfattelse udgør en barriere for det ønskede henvisningssamarbejde.

Praksiskonsulenten fortæller, at disse udmeldinger især kommer fra flerlægepraksis, som er godt med på kronikerområdet og har praksissygeplejersker som selvstændigt varetager væsentlige kronikeropgaver. På den anden side vurderer konsulenten, at de fleste læger har det fint med, at der er et vist overlap ud fra en begrundelse af, at patienterne har brug for en bred vifte af tilbud til at understøtte arbejdet med livsstilsændringer.

De praktiserende lægers opfattelse af tilbuddets relevans kan formentlig være med til at forklare, hvorfor langt de fleste af de henviste patienter har KOL. Her oplever en del af lægerne nemlig et stort udækket behov for tilbud, mens dette ikke i samme omfang er tilfældet for diabetes og hjertepatienter.

En mere alvorlig trussel mod det ønskede henvisningssamarbejde udgøres imidlertid af, at flere af de interviewede læger (på samme måde som i kronikerprojektets forundersøgelse) fortæller, at de fortsat er usikre på, om indhold, faglighed og kvalitet er i orden på de kommunale tilbud.

En af lægerne har eksempelvis fået en tilbagemelding fra en patient, der for vedkommende indikerede, at fagligheden på de kommunale tilbud ikke var i orden. Det drejede sig om en diabetespatient, som havde fået modsatte kostråd i forhold til dem, der er gældende hos lægehusets egen specialiserede diabetesygeplejerske. Lægen fortæller, at:

"Det var ikke noget alvorligt, men det er klart, at det er en risiko, vi tænker over, når vi uddelegerer rådgivning af vores kroniske patienter til kommunen. Så er det vi tænker, hvordan er fagligheden i det? Hvad er garantien for, at der er høj faglighed, og for at det er de samme budskaber, vi giver patienterne? Når vi får sådan nogen tilbagemeldinger, ryger lysten til at henvise lige med det samme".

Lægernes skepsis i forhold til det faglige niveau i de kommunale tilbud har, ifølge en af lægerne, også fået grobund ved de indledende informationsmøder, der er afholdt om indsatserne: En enkelt læge bemærker således, at de medarbejdere, som var med til at præsentere projektet, virkede uerfarne, og at han kom i tvivl om, hvorvidt de var færdiguddannede. Som netop illustreret har en anden læge oplevet, at hendes patienter har fået et forkert eller forældet kostråd. Disse oplevelser og indtryk, fortæller lægerne, gør dem usikre i forhold til fagligheden og mere tilbageholdende med deres henvisninger.

En anden læge antyder, at kommunens tilbud i en vis forstand er et konkurrerende tilbud til deres lokale fysioterapeut, som har et samarbejde med lægens praksis. Lægen fortæller i den forbindelse:

"Jeg tror nok, at det tilbud vi har hos den lokale fysioterapeut, føler vi har været bedre end kommunens tilbud. (...) Det er, fordi det tilbud (kommunens) er lidt tyndt måske, synes vi. Eller det har det været i hvert fald. I hvert fald lige i første omgang, da vi havde fået at vide, hvad det var. Der var måske nogle, der var studerende eller ikke helt færdige og måske ikke havde den store erfaring. (...) Så der har vi haft lidt en fornemmelse af, at det tilbud, vi har hos os, er nogle erfarne fysioterapeuter, der laver det. Det er kun ... lidt rygtevis. Det er jo ikke sikkert, at det er rigtigt, når det kommer til stykket. Men det er ligesom vores opfattelse af det".

Lægens vante rutiner og usikkerhed omkring indhold og kvalitet afholder således vedkommende fra at henvise. Flere læger vurderer i den forbindelse, at tilbuddets succes afhænger af, at:

"... de praktiserende læger er positive og bakker op. At man synes man har den her gode fornemmelse af, at det er et godt fagligt tilbud".

3.2.3 Uenighed om indsatsens målgruppe

Som nedenstående citat illustrerer vurderede de interviewede læger at kommunens nye kronikertilbud i højere grad tilgodeser velfungerende patienter frem for de svage patienter, som lægerne oplever, at der mangler tilbud til:

"Det er de meget, meget ressourcestærke, der får det. Og ikke dem der har mest behov. (...) Det er jo dem, som uden problemer kan tage transport eller kan køre, som i forvejen i og for sig også kunne overtales til et forløb hos en fysioterapeut inde i byen; de har råd og tid til selv at betale for det, hvis det skulle være. Men nu kan de lige så godt tage imod det her tilbud, for det er jo et godt tilbud og lidt luksus. Så det siger de selvfølgelig ja til".

Nogle af lægerne oplever også, at de ikke har ret mange patienter, der falder inden for projektets målgruppe. Derfor er det sjældent, at de har lejlighed til at henvise, og dermed falder deres incitament til at sætte sig ind i, hvad tilbuddet indeholder og kan tilbyde deres patienter:

"Hvis jeg følte, det var et tilbud, som jeg ville benytte rigtig meget. Så ville jeg gøre en yderligere indsats (for at lære indholdet af tilbuddet at kende). Det er, fordi jeg ved, at det er relativt få patienter, det kommer til at handle om og relativt sjældent. Der skal jo noget volumen i det, før man gider spille tid og kræfter på det. Men når det er sådan lidt eksklusivt, så kun nogle af mine patienter kan have glæde af, så det bliver det måske lidt med venstre hånd. Og det er en prioritering af ens tid og ens energi og engagement".

3.2.4 Lægerne har et mangelfuldt kendskab til formål og målgruppe for den kommunale rehabiliteringsindsats

Praksiskonsulenten har været med til at opstille og formulere projektets inklusions- og eksklusionskriterier. Hun understreger, at de vigtigste faktorer er, at patienterne er motiverede og har dårlig egenomsorg. Fra hendes perspektiv er det afgørende, at det her tilbud er til de tungeste patienter, som ikke selv kan klare at ændre livsstil. Herunder taler hun også om danskere med etnisk baggrund. De motiverede patienter med god egenomsorg er nemlig de patienter, som hun har god mulighed for at arbejde med i sin egen praksis.

Lægernes efterspørgsel på et tilbud, som er målrettet særligt svage borgere, svarer meget præcist til konklusionen fra projektets forundersøgelse, som fastslog, at:

Nøgle- og fagpersoner i kronikerbehandlingen generelt efterspørger rehabiliteringstilbud, der er målrettet de svageste borgere fx psykisk syge, misbrugere og etniske minoriteter.

Forundersøgelsen slog imidlertid også fast, at disse grupper af borgere er svære at nå, samt at borgernes forudsætninger for at indarbejde livsstilsændringer er ufuldstændige. Samtidig har denne gruppe af borgere oftest svært ved at klare sig og få et godt udbytte på et holdbaseret tilbud. Derfor anbefalede forundersøgelsen, at kommunen i første omgang satsede på at etablere et velfungerende rehabiliteringsforløb for 'almindelige' borgere, samt at kommunen sideløbende brugte erfaringerne fra dette arbejde til at udvikle livsstilskonsulenternes eksisterende tilbud for særligt udsatte borgere. Disse anbefalinger er accepteret af Slagelse Kommune og beskrevet som formålet med projektet.

Interviewene med de praktiserende læger – og praksiskonsulenten – indikerer imidlertid, at disse forhold hverken er kendte blandt samarbejdspartnerne eller de ressourcepersoner, der er direkte involveret i projektet. De praktiserende lægers viden om livsstilskonsulenterne er således ikke ændret, efter projektet er sat i gang.

3.3 Lægernes forslag til justeringer

3.3.1 At praksispersonalet får mulighed for at henvise direkte

Flere læger foreslår, at opgaven med at henvise patienter til kommunens tilbud bliver en sygeplejerskeopgave i almen praksis. Det er allerede den faktiske praksis blandt nogle af de interviewede læger. Argumentet er, at sygeplejersker i mange lægehuse varetager hovedparten af kronikerindsatsen for de borgere, der ikke har meget kompliceret sygdom. Sygeplejerskerne ser altså patienten oftere end lægen, og når de ser patienten, er det den kroniske sygdom, der er i fokus. Samtidig har de mere tid end lægerne, og deres konsultationer er ofte længere. På den måde mener flere af lægerne, at der vil være færre henvisningsbarrierer. De har mere tid både til at sætte sig ind i, hvad tilbuddet kan, og tid til at visitere borgerne ifølge kriterierne.

En læge foreslår konkret, at man gør opmærksom på kommunens tilbud i RIV – ringe i vandet, kursusaktivitet for sygeplejersker for at udbrede kendskabet til tilbuddene og deres relevans via praksispersonalet.

3.3.2 Lægerne ønsker korte og målrettede tilbagemeldinger umiddelbart efter afslutningen på rehabiliteringstilbuddet

Nogle gør opmærksom på, at det er uhensigtsmæssigt, at de først får en tilbagemelding om, hvordan det er gået patienten, et halvt år efter opstarten af et forløb. Som nedenstående citat illustrerer, efterspørges viden om patientens deltagelse, og om der er nogen mål som læger og praksissygeplejersker bør følge op på for at støtte patienten i at holde fast i evt. livsstilsforandringer:

"Jeg synes måske, at kommunikationen med/omkring de her KOL-patienter har været lidt sparsom. Jeg regnede med, at vi fik en eller anden statusrapport om 'vi har gjort sådan og sådan, og vi er blevet enige med patienter om, at det, der skal gøres fremover, er sådan og sådan, den her form for træning etc.' Så vi ligesom kunne følge op på det og spørge ind til det. Kronikerprojektet slipper jo patienterne efter forløbet, der går nærmest et halvt år, inden de laver en opfølgning på forløbet. I den periode vil det være af stor betydning, at vi spørger lidt ind til det og følger med i, hvad der er sket."

3.4 Opsamling på perspektiver fra almen praksis

Alle de interviewede læger kender til de kommunale rehabiliteringstilbud. Kendskabet har dog det overordnede træk til fælles, at lægerne kender formen på tilbuddet, men ikke indholdet og kvaliteten. Det manglende kendskab til indholdet og kvaliteten af tilbuddene ser ud til at påvirke lægernes vurdering af tilbuddet og deres motivation til at henvise negativt:

- 1) For det første mindskes chancen for, at lægerne husker, at de har mulighed for at henvise deres patienter
- 2) For det andet har flere læger en opfattelse af, at kommunens tilbud til diabetes- og hjertepatienter udgør en unødvendig parallel indsats med de eksisterende tilbud i almen praksis og sygehusregi
- 3) For det tredje er der flere læger, som har mistillid til kvaliteten af de kommunale tilbud, hvorfor de tøver med at henvise deres patienter.

Disse forbehold svarer meget præcist til indsigterne fra kronikerprojektets forundersøgelse, og der er således noget der tyder på, at de nye indsatser og den informationsindsats, der er gennemført, ikke har flyttet afgørende på dette.

På den anden side er der allerede i projektets første halve år kommet 104 henvisninger fra almen praksis, og selvom interviewene kredsede meget om barrierer, skal det understreges, at de fleste læger grundlæggende var positivt stemt over for de kommunale tilbud. Lægerne ønsker derfor at se tilbuddet an, og hvis det udvikler sig i en retning, hvor lægerne oplever, at der er tale om et godt tilbud for deres patienter, er de også overbeviste om, at de i højere grad vil benytte sig af henvisningsmuligheden. I den forbindelse er der også flere læger, som har fået positive tilbagemeldinger fra patienter, som understøtter deltagernes udsagn fra kapitel 2. Disse læger fortæller at patienternes tilbagemeldinger vil have en positiv betydning for deres fremtidige henvisninger.

Disse tilbagemeldinger bekræftes af praksiskonsulenten, som siger, at: *"... al erfaring viser, at lægerne skal vænne sig til, at tilbuddet findes, og hvad de kan bruge det til og hvordan"*. Konsulentens bedste råd til kommunen er derfor, at man er nødt til at give projektet tid til at bundfælde sig i almen praksis.

3.4.1 anbefalinger der kan forbedre samarbejdet med almen praksis

Lægernes gentagelse af ønsket om en indsats, der er målrettet sårbare patienter giver, anledning at anbefale, at kommunen tydeliggør intentionen om at etablere/videreudvikle livsstilskonsulenternes individuelle samtaler med sårbare patienter. DSI vurderer i den forbindelse, at der er sund fornuft i praksiskonsulentens vurdering om, at ting skal have tid til at bundfælde sig i almen praksis. Samtidig kan der dog også være en idé i at opprioritere informationsindsatsen via praksiskonsulentens nyhedsbreve. Dels for at gøre tydeligt opmærksom på rehabiliteringsforløbets målgruppe og i særdeleshed for at gøre opmærksom på de muligheder, livsstilskonsulenterne har for at tilbyde individuelle samtaleforløb.

Interviewene med almen praksis giver herudover anledning til følgende anbefalinger til projektgruppens videre arbejde:

En tidligere tilbagemelding på, hvordan det går borgerne

For det første anbefales det, at kommunen imødekommer lægernes ønske om a) at give en tilbagemelding på rehabiliteringsforløbet umiddelbart efter afslutning af det intensive forløb, og b) give praksispersonalet mulighed for at henvise patienter til den kommunale rehabilitering:

Anbefalingen er begrundet i følgende: Hvis læger og praksispersonale får en tilbagemelding umiddelbart efter et afsluttet rehabiliteringsforløb, kan det medvirke til, at der følges bedre op på de tiltag, der er gennemført i kommunen. Samtidig kan det understøtte patienter og lægers oplevelse af et sammenhængende forløb, hvis de undgår situationer, hvor lægen ikke ved, hvad der er sket på det kommunale forløb, når patienten henvender sig i praksis. Informationen til almen praksis bør være målrettet og give indsigt i fremmøde/gennemførelse og de mål, som patienten har opstillet i sin handplan.

At der åbnes for, at praksispersonalet kan henvise direkte til de kommunale tilbud

Praksispersonale spiller en stadig større og mere selvstændig rolle i almen praksis. Samtidig indikerer lægernes tilbagemeldinger, at der blandt de mest proaktive lægehuse er a) en oplevelse af overlap imellem praksispersonalets opfølgnings- og forebyggelsessamtaler; b) at de samme praksis er i tvivl om kvaliteten af de kommunale tilbud, og c) at praksispersonalet qua deres længere konsultationer og eksplicitte fokus på forebyggelse og livsstil er i en bedre position til at henvise end lægerne.

DSI vurderer i den forbindelse, at kombinationen af en åbning over for henvisninger fra praksispersonalet og en målrettet information/dialog med praksispersonalet indeholder et potentiale for både at styrke henvisningssamarbejdet og mindske den usikkerhed om de kommunale tilbud, som lægerne giver udtryk for.

4. Perspektiver fra udvalgte sygeplejersker på Slagelse Sygehus

Dette kapitel gengiver sygeplejersker fra Slagelse Sygehus' perspektiver på samarbejdet med de kommunale rehabiliteringstilbud. Der er gennemført interview med fem specialistsygeplejersker fra henholdsvis Lungemedicinsk Afdeling, Kardiologisk Afdeling og Diabetesambulatoriet på sygehuset. Informanterne fordeler sig således:

Tabel 3: Oversigt over informanter fra Slagelse Sygehus

Gruppeinterview	Sygeplejerske på Kardiologisk Dagafsnit	Medunderviser på kommunens kronikertilbud har i efteråret 2011 undervist på hjer-tehold tre gange med fem deltagere
	Klinisk ansvarlig sygeplejerske, Kardiolo-gisk Dagafsnit	
	Afdelingssygeplejerske, Lungemedicinsk Endokrinologisk Afdeling	
Telefoninterview	Klinisk afdelings sygeplejerske i Diabetes-ambulatoriet	Medunderviser på kommunens tilbud til diabetespatienter med start sensommeren 2011
	Lungesygeplejerske	

Som det fremgår, er der to af sygeplejerskerne, der har en særlig relation til den kommunale rehabilitering qua deres undervisningsopgaver.

Ifølge Slagelse Kommunes projektbeskrivelse var der en forventning om, at kommunen i projektperioden skulle etablere et tættere samarbejde med nøglepersoner på den medicinske afdeling på Slagelse Sygehus. Derudover lå der i projektbeskrivelsen et mål om, at borgeren skulle henvises direkte fra sygehuset til den kommunale rehabilitering.

Sygehusinterviewene har fokuseret på at belyse disse forventninger.

4.1 Sygeplejerskerne vurderer, at de kommunale tilbud er relevante

Overordnet vurderer de interviewede sygeplejersker kommunens tilbud til kronikere som et relevant supplement til de øvrige tilbud i sygehusregi. Ikke overraskende er det især de sygeplejersker, der har undervist på kommunens tilbud, der udtaleler sig om tilbuddets relevans. Sygeplejerskerne fremhæver bl.a., at kommunens tilbud udgør et godt supplement til sygehusets rehabiliteringstilbud, fordi de:

- henvender sig til borgere og ikke patienter
- giver borgerne strategier, der øger muligheden for at fastholde varige livsstilsændringer

Sygeplejerskerne bifalder også, at rehabiliteringen i stigende grad flyttes fra sygehuset ud i kommunerne, fordi de mener, at man samtidig løfter patienterne ud af patientrollen: *"De skal jo ikke forblive patienter vel? De skal jo også ud og være borgere ikke?"*.

Endelig fremhæver diabetessygeplejersken, at kommunens undervisningsform giver gode forudsætninger for indlæring. Undervisningen tager afsæt i deltagernes aktuelle spørgsmål og problemstillinger, dvs. det, som ligger lige præcis disse borgere på sinde – lige nu og her. Diabetessygeplejersken vurderer derfor, at kommunens tilbud i højere grad end sygehusets rehabiliteringsindsats har potentiale for

at lykkes med fastholdelse af ændret livsstil, fx motion og ændret kost mv. Potentialet består i, at tilbuddet er tæt knyttet til borgernes hverdags kontekst, og dermed – vurderer diabetessygeplejersken – bliver vejen til at integrere det, man lærer i sin hverdag, kortere.

Den interviewede lungesygeplejerske fortæller, at kommunens tilbud til KOL-patienter er tilrettelagt efter samme koncept som deres eget rehabiliteringstilbud, nemlig Hvidovremodellen. Forskellen er primært målgruppen: Kommunen tager de lidt mere stabile KOL-patienter, mens sygehuset tager de lidt sværere KOL-patienter. Sygeplejersken er både tilfreds med de kommunale tilbuds faglige fundering og fordelingen af patienter, som gør, at de mest velfungerende ses i kommunen, mens de dårligste ses på sygehuset. Ulempen er til gengæld, at Lungeambulatoriets rehabiliteringshold er blevet så små, at det næsten ikke kan svare sig at oprette dem. Personalet på Lungemedicinsk Afdeling håber endvidere, at de kommunale tilbud kommer til at forebygge akutte indlæggelser af KOL-patienter.

4.2 Sygeplejerskernes perspektiver på samarbejdet mellem kommune og sygehus

De interviewede sygeplejersker var alle, med undtagelse af en nyansat, velinformerede om både form og indhold i relation til kommunens tilbud. Samtidige vurderer sygeplejersker, der har undervist på kommunens hjerte- og diabetesforløb, at projektet har affødt et tættere samarbejde med kommunen. De undervisningsansvarlige sygeplejersker vurderer også, at deres specialiserede faglige viden udgør et godt fagligt supplement på de kommunale tilbud. Samarbejdet har primært bestået i, at specialist-sygeplejerskerne, sundhedskoordinatoren og livsstilskonsulenterne har planlagt og til dels gennemført undervisning på kommunens tilbud i fællesskab. Men alle sygeplejerskerne er også blevet mere opmærksomme på udlevere kommunens informationsmateriale og på at motivere patienterne til at deltage.

Sygeplejerskerne fra Lungemedicinsk Afdeling nævnte, at de kun havde sporadisk kontakt med kommunens tilbud. Den eneste kommunikation med projektets sundhedskoordinator, som de kunne huske, var en e-mailkontakt i forbindelse med genbestilling af pjecer.

4.3 Sygehusets perspektiver på henvisningssamarbejdet

I projektperiodens første halve år er der kun kommet en direkte henvisning fra sygehuset til de kommunale rehabiliteringstilbud. Det kan derfor entydigt konkluderes, at målsætningen om et direkte henvisningssamarbejde ikke er nået.

Interviewet viser også, at sygeplejerskerne vurderer, at sygehuset p.t. ikke er den samarbejdspart, der er bedst rustet til at motivere og henvise patienterne til de kommunale tilbud. Dels fortæller sygeplejerskerne, at kommunal rehabilitering i dag er et ukendt område for sygehusets læger, dels vurderer de, at sygehusets læger mangler interesse og tid til at sætte sig ind i de kommunale tilbud og i praksis også mangler tid til at identificere og henvise patienter med behov for et sådan.

Rehabilitering er derfor i høj grad en sygeplejeopgave, og sygeplejerskerne fortæller, at det i praksis kun er sygeplejersker, der har fokus på, om deres patienter kan have gavn af de kommunale tilbud. Hvis de vurderer, at dette er tilfældet, udleverer sygeplejerskerne kommunens pjecer og opfordrer patienterne til at få en henvisning til tilbuddet via egen læge.

Sygeplejerskerne vurderer således, at sygehuset har en vigtig rolle som *mellemled* i patienternes vej til de kommunale tilbud. Til gengæld vurderer de også, at almen praksis – som kender den enkelte patient bedre og som oftest har mulighed for at arbejde med patienterne i et længere perspektiv end sygehuset – er bedre rustet til at være den samarbejdspart, der sender den endelige henvisning.

Herudover viste interviewene også, at sygeplejerskerne forholder sig en smule afventende over for de kommunale tilbud, fordi de har en forventning/håb om, at der snart vil komme regionale forløbsprogrammer, som vil opstille klarere fælles retningslinjer for samarbejdet om rehabilitering.

4.4 Opsamling på sygehusets perspektiver

Af projektets forundersøgelse fremgik det at Slagelse Sygehus manglede viden om de kommunale livsstilstilbud, samt at der ikke var etableret en egentlig samarbejdsrelation mellem relevante nøglepersoner. Disse forhold blev fremhævet som årsag til at sygehuset ikke havde en fast praksis med at anbefale de kommunale tilbud til deres patienter.

Ifølge sygeplejerskerne har dette ændret sig i positiv retning, fordi de i dag har fokus på at informere patienterne om de kommunale tilbud. Til gengæld ser de fortsat ikke sygehuset som den mest oplagte henvisningspart, dels fordi deres arbejdsgange ikke er afpasset med opgaven, dels fordi de vurderer, at almen praksis er bedre rustet til opgaven. Interviewene indikerer således, at sygehuset p.t. fungerer som en væsentlig formidler af kommunens tilbud til patienter i form af en første screening af patienter med behov, udlevering af pjecer og opfordring til at få en henvisning via egen læge.

Overordnet udtrykker alle de interviewede sygeplejersker også, at kommunens tilbud udgør et relevant supplement til sygehusets egne rehabiliteringstilbud. Argumenterne herfor handler om, at sygeplejerskerne vurderer, at kommunens tilbud har større potentiale for at lykkes med fastholdelse af livsstilsændringer, når tilbuddet gives i borgerens nærområde tæt på dennes hverdag, hvor vejen fra læring til praksis er kortere. Sidst, men ikke mindst, vurderer sygeplejerskerne, at det er en stor fordel, at de kommunale tilbud henvender sig til borgere frem for patienter og dermed flytter fokus væk fra "sygerollen".

I forhold til projektets målsætning om at etablere øget samarbejde mellem sygehuset og kommunen er det lykkedes at etablere et velfungerende samarbejde mellem sundhedskoordinatoren og de specialsygeplejersker, der har undervist og deltaget i tilrettelæggelsen af kommunens tilbud. Dette giver bl.a. mulighed for, at sygeplejerskerne kan fungere som ambassadører for de kommunale tilbud på deres respektive afdelinger.

4.4.1 Anbefalinger vedrørende samarbejdet med sygehuset

Interviewene tyder på, at samarbejdet mellem sygehusets medicinske afdeling og de kommunale rehabiliteringstilbud bevæger sig i den rigtige retning. Interviewene kan dog ikke bruges til at konkludere, om sygeplejerskernes udtalelser er repræsentative for sygehusets sygeplejefaglige personale som helhed.

Der mangler en dialog om det optimale samarbejde på ledelsesniveau

DSI anbefaler, at Sundhedsområdet i Slagelse Kommune indgår i en dialog med relevante ledere på sygehuset for at afklare, hvordan sygehusets rolle i henvisningssamarbejdet løftes optimalt. Dialogen kan med fordel tage udgangspunkt i de argumenter, som er beskrevet i nærværende kapitel. I den forbindelse vurderer DSI, at det kan være fornuftigt at lade sygehuset fungere som et aktivt medlem i patienternes vej ind til de kommunale tilbud. Ikke mindst fordi sundhedskoordinatoren og de øvrige medarbejdere, der er involveret i de kommunale tilbud, ikke har mange ressourcer tilovers, som kan bruges på at være opsøgende på sygehuset. Spørgsmålet bør dog afklares nærmere i en dialog mellem de ansvarlige ledelser.

5. Perspektiver fra nøglepersoner i Slagelse Kommune

Dette afsnit præsenterer sundhedskoordinatorens og relevante kommunale nøglepersoners perspektiver på projektets fremdrift og samarbejdet omkring de inkluderede borgere. Afsnittet falder i tre dele. Først gengives sundhedskoordinatorens og livsstilskonsulenternes erfaringer og perspektiver, dernæst præsenteres samarbejdet med eksterne aktører, og afslutningsvis angives forslag til justeringer og forbedringer.

Kapitlet er baseret på individuelle interviews med fire af de vigtigste kommunale nøglepersoner, der indgår i eller samarbejder med kronikerprojektet. Der er således gennemført kvalitative interviews med projektets sundhedskordinator, en livsstilskonsulent, en KOL-sygeplejerske med undervisningsansvar på kommunens KOL-hold samt med den faglige leder af Genoptræningscentret.

Afsnittet indledes med en status for kommunens diagnoserettede tilbud, som ser på forholdet mellem planlagte og forventede aktiviteter/mål og de faktisk gennemførte aktiviteter på projektet i prøveperioden 1. januar til 1. oktober 2011.

5.1 Status på Kommunens diagnoserettede tilbud til kronikere

Kommunens tilbud til kronikere blev politisk godkendt i januar 2011. Umiddelbart efter ansatte Slagelse Kommune en sundhedskordinator. I foråret 2011 var sundhedskordinator, projektkoordinator og projektleder ude blandt praktiserende læger i kommunen og på afdelinger på Slagelse Sygehus for at gøre opmærksom på de nye tilbud.

Siden 1. april 2011 har Slagelse Kommune modtaget henvisninger til rehabiliteringstilbud for borgere med KOL og kronisk hjertesygdom eller risiko for udvikling heraf og fra 1. juli henvisninger til rehabiliteringstilbud for borgere med diabetes type-2.

Pr. 25. oktober 2011 havde Slagelse Kommune modtaget 104 henvisninger:

- 48 KOL-henvisninger
- 16 henvisninger for kronisk hjertesygdom eller risiko for udvikling heraf
- 27 henvisninger for diabetes type-2
- 11 henvisninger er blevet afvist – heraf har de fem fået tilbud om 'Sunde vaner'.

Alle borgere, der visiteres til et rehabiliteringsforløb, tilknyttes en kontaktperson, får lavet en individuel hjemmetræningsplan og mål, samt kommer til opfølgende vejledningssamtaler. Forløbet varer seks måneder med mulighed for forlængelse i yderligere seks måneder.

Udover rehabiliteringsforløbet er det også muligt at blive visiteret til et diagnoserettet lærings- og mestringshold og/eller særlige tilbud, ligesom der i visitationen tages højde for individuelle behov, deriblandt hensynet til de mindre ressourcestærke borgere og borgere med anden etnisk herkomst end dansk. Hvis borgeren ikke kan profitere af et holdtilbud (stort/lille), så tilbydes denne et individuelt forløb. Eksempler på særlige tilbud, der er oprettet/udbudt i perioden, er Diagnose og ikke-diagnosespecifikke vægttabshold, Kostvejledningshold for undervægtige borgere med KOL, Ikke diagnoserettet fysisk træning for borgere med BMI >35, Kom og kvit (tilbud om rygestop), Lær at leve med kronisk sygdom, Lær at tackle kroniske smerter, Individuel kostvejledning (for borgere der ikke kan profitere af holdforløb eller har et individuelt behov) og Individuel motionsvejledning (for borgere der ikke kan profitere af holdforløb eller har et individuelt behov). Der er også lavet særlige forløb med under-

visning for borgere, der har samme behov og forudsætninger, fx sprog – der er således lavet forløb for kvinder, der taler tyrkisk.

Opstart af holdundervisning blev forsinket af flere grunde, ligesom antallet af deltagere på holdene indtil videre har været lavere end forventet.

Først og fremmest blev projektets opstart udskudt på grund af lægernes overenskomstforhandlinger i foråret 2011. Dertil kommer, at projektet har haft svært ved at få et tilstrækkeligt antal henviste patienter til de planlagte hjertehold. Dette betød, at opstarten af første hjertehold blev udskudt til efteråret 2011.

Kommunen havde en forventning om mellem 16-20 deltagere på hvert hold. Inden for den samlede projektperiode fra 1. januar 2011 til 1. januar 2013 forventer kommunen at gennemføre i alt 14 lærings- og mestringskurser til borgere fra de tre diagnosegrupper.

1. december 2011 havde projektet afholdt/igangsat følgende hold:

I første halvår 2011 havde kommunen planlagt

- 1 KOL-hold (gennemført med 14 deltagere)
- 1 hjertehold (som blev aflyst på grund af for få henvisninger)

I andet halvår 2011 var planlagt

- 1 KOL-hold (gennemført med 15 deltagere)
- 1 hjertehold (gennemført med 6 deltagere).
- 1 diabeteshold (gennemført med 8 deltagere).
- 1 diabeteshold (som blev aflyst på grund af for få henvisninger)

I 2012 er planlagt:

- 1 diabeteshold i henholdsvis Slagelse og Korsør (1. halvår)
- 1 KOL-hold i henholdsvis Slagelse og Korsør (1. halvår)
- 1 hjertehold i Slagelse (1.halvår)
- 1 diabetes hold i henholdsvis Skælskør og Slagelse (2. halvår)
- 1 KOL-hold i Skælskør (2. halvår)
- 1 hjertehold i Slagelse (2. halvår)

Desuden tilbyder kommunen opfølgende café-møder for at understøtte netværksdannelse mellem borgerne og fastholdelse af livsstilsændringer.

Som det fremgår af opgørelserne, er kommunens KOL-hold gennemført med det forventede antal deltagere. Kommunens første hold for borgere med kronisk hjertesygdom og type 2-diabetes har til gengæld haft et betydeligt lavere antal deltagere end forventet. Ifølge de kommunale projektdeltagere er der dog kommet en del nye henvisninger i løbet af efteråret. Derfor vurderer de involverede fagpersoner, at de kommende hold i højere grad kommer til at leve op til forventningerne om deltagerantal.

5.2 Sundhedskoordinator og livsstilskonsulenters perspektiver på projektet

5.2.1 Udgangspunktet for projektet var velbeskrevet, men det er svært at få tid til udviklingsopgaverne

Sundhedskoordinatoren oplever, at det var ligetil og nemt at gå til arbejdet, fordi det var velbeskrevet i både forundersøgelsen og i projektbeskrivelsen.

"Jeg synes, at forarbejdet, dvs. den forundersøgelse Slagelse Kommune lavede om, hvad de forskellige aktører ønskede sig, hvad de så fungerede, og hvordan de orienterede om, hvilke tilbud der var i kommunen, det var et rigtig godt sted at starte. For man kunne se, der allerede lå nogle udfordringer, og man kunne se, hvor der var ting, der bare kørte, og som man ikke behøvede at bruge så meget krudt på. Så det, synes jeg, var utrolig velbeskrevet. Selve projektbeskrivelsen var også velbeskrevet, så det var bare et stykke arbejdspapir at kaste sig ud i".

Sundhedskoordinatoren oplever også, at der har været et relativt fint sammenfald mellem de opgaver, hun var stillet i udsigt og hendes arbejde i praksis. Hun har dog været tvunget til at nedprioritere en del af de beskrevne udviklingsopgaver til fordel for praktiske opgaver, som er forbundet med planlægningen og udførelsen af undervisning på rehabiliteringsholdene. Disse opgaver har nemlig været mere tidskrævende end først antaget, samtidig med at livsstilskonsulenterne ikke har haft den forventede ledige tid til at undervise på forløbene.

Særligt de individuelle samtaler, som er indlagt i rehabiliteringsforløbet, tager meget tid. Fagpersonerne understreger, at samtalerne har stor betydning for at etablere en god dialog og tillidsfuld relation. Personalet opfatter således de lange samtaler som en af forudsætningerne for tilbuddenes succes og kvalitet. Interviewene tyder imidlertid på, at forholdet mellem ressourcer og forventninger til indhold af forløb er blevet til et paradoks i projektet: Den ønskede kvalitet kræver således så meget tid fra medarbejderne, at opgaverne kommer til at udgøre en stressfaktor, særligt fordi livsstilskonsulenterne har en række opgaver uden for projektet, som de også skal passe.

Dertil kommer, at projektet i opstartsfasen har oplevet, at der opstod en flaskehals forbundet med oprettelse af det første KOL-hold. Rigtig mange KOL-borgere skulle – på kort tid – igennem de indledende samtaler, hvilket betød ekstra arbejde for den livsstilskonsulent, der primært var ansvarlig for afholdelse af disse samtaler. De to øvrige livsstilskonsulenter har forsøgt at aflaste, men har primært afholdt samtaler med deltagere på hjerte- og diabeteshold. De har i kraft af deres delte indsats mellem nærværende projekt og projekt "Sunde vaner" haft færre samtaler og spredt ud over en længere tidsperiode. Disse forhold førte i efteråret 2011 til, at den interviewede livsstilskonsulent blev sygemeldt med stress. Det blev derfor besluttet at opnormere antallet af ansatte med ca. to ekstra stillinger for at sikre en bedre balance mellem opgaver og ressourcer. Stresssygemeldingen understregede samtidig, at projektet var sårbart over for sygdom og udskiftning af medarbejdere. Uden hende var en væsentlig del af fundamentet for kommunens igangværende tilbud pludselig meget truet.

Sundhedskoordinatoren oplever også et misforhold mellem de tilgængelige medarbejderressourcer og omfanget af arbejdsopgaver. Koordinatoren understreger dog samtidig, at hun har mødt lydhørhed og imødekommenhed fra sin ledelse til disse udfordringer. Derfor ser hun frem til, at den øgede bemanding falder på plads.

5.2.2 Foreløbige erfaringer med årsager til frafald

Sundhedskoordinatoren har gjort sig enkelte erfaringer i forhold til, hvad der kan føre til frafald, og hvordan man kan forebygge det. De foreløbige erfaringer har bl.a. vist hende, at de deltagere, der

kommer ind på et hold "i sidste øjeblik", dvs. uden at nå at deltage i en individuel indledende samtale, har større risiko for at falde fra. Det drejer sig om, at den indledende samtale er rammen om en motivationssnak og målsætninger, hvor deltageren selv sætter mål, som er overkommelige og realistiske. Det er også ved den indledende samtale, man taler om formålet med at arbejde med handleplaner, og at målet med kurset er, at borgeren selv er aktiv og tager træningen med hjem og arbejder videre med det selv.

"Det er i hvert fald en af de læringer, vi skal tage med. Selvom det kunne være skønt at få dem, der henvises i sidste øjeblik med på et hold (som ikke er fyldt op), som starter lige nu, så er det måske bedre at sige "ærgeligt der er en plads der står tom, vi vil hellere have dem med næste gang."

5.2.3 Der mangler egnede lokaler til den fysiske træning

Manglen på egnede lokaler fremhæves som en af de største forhindringer for den kommunale rehabilitering. Det skyldes, at de tilgængelige lokaler er for små og har for få træningsmaskiner til at kunne dække den normerede holdstørrelse. Sundhedskoordinatoren fortæller således, at det reelt kun er halvdelen af deltagerne på et hold, der kan træne ad gangen. Samtidig er det et problem, at der er meget begrænset adgang til træningsfaciliteterne, som kun kan lånes torsdag eftermiddag. Det giver manglende fleksibilitet overfor deltagerens ønske om at lægge træningen tidligere på dagen, ligesom antallet af forløb begrænses.

Indtil videre er problemstillingen håndteret ved, at rehabiliteringen har lejet sig ind i forskellige andre kommunale lokaler. Dette har fungeret som nødløsning, men de ansatte har et stort ønske om en mere permanent løsning, som matcher ambitionerne med projektet.

5.2.4 Erfaringer fra det tværgående samarbejde

Sundhedskoordinatoren oplever overordnet, at projektet har skabt flere kontakter og henvisninger på tværs af sektorgrænserne mellem kommune, sygehus og almen praksis.

På den positive side har især specialafdelingerne på sygehusene været med til at udbrede kendskabet til kommunens tilbud til kronikere. Selvom sygehuset ikke henviser patienter direkte til kommunens tilbud, så oplever koordinatoren, at sygehusets personale ofte har opfordret patienterne til at henvende sig hos egen læge, hvorefter de er henvist til kommunens tilbud. Sundhedskoordinatoren vurderer – ligesom sygeplejerskerne fra sygehuset – at denne arbejdsfordeling er velfungerende.

Sundhedskoordinatoren peger på, at hendes egne besøg på sygehuset i forbindelse med, at hun har været ude med pjecer og udveksling af viden, også har bidraget til *"at vejen mellem hinanden bliver kortere"*.

Som beskrevet i kapitel 4 har projektet også "lånt" specialtsygeplejersker fra sygehuset til diabetes- og hjerteundervisning. Sundhedskoordinatoren vurderer, at dette har været en øjenåbner for både de to sygeplejersker fra sygehuset og for sundhedskoordinatoren. Hun oplever således, at de har mange muligheder for at kombinere deres viden og metoder så patienterne får en helhedsorienteret forebyggende indsats.

5.2.5 Henvisningssamarbejdet med almen praksis

Sundhedskoordinatorens kontakt til de praktiserende læger er primært knyttet til a) informationsmøder som hun har afholdt i lægernes 12-mandsforeninger, b) enkelte opringninger eller beskeder som er sendt som elektroniske korrespondancemeddelelser til læger, der har haft brug for vejledning i for-

hold til inklusionskriterier eller henvisningsveje, og c) besøg i individuelle praksis hvor hun har udleveret pjecer om kommunens tilbud.

Sundhedskoordinatoren oplever fremdrift i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger, idet der er sket et skift i henvisningsmønster på den anden side af sommeren 2011. Før sommeren 2011 kom patienterne først og fremmest til kommunens tilbud, fordi de havde set en annonce i avisen og selv havde henvendt sig til egen læge for at blive henvist. Efter sommeren oplever sundhedskoordinatoren i højere grad, at deltagere fortæller, at det er deres læge, der har præsenteret dem for tilbudet.

Sundhedskoordinatoren mener dog, at almen praksis kendskab til de kommunale tilbud kunne have været bedre, hvis koordinatorens opsøgende arbejde ikke var blevet overskygget af drift og undervisning.

Sundhedskoordinatoren er opmærksom på, at de nuværende holdtilbud ikke er målrettet de særligt sårbare borgere, der efterlyses tilbud til i forundersøgelsen. Samtidig har hun erfaringer fra enkelte forløb, der illustrerer, at borgere med misbrugsproblemer, psykisk sygdom o.l. fungerer dårligt på den holdbaserede undervisning og falder fra forløbet. Som tidligere nævnt søges de særligt sårbare borgeres behov opfyldt ved at tilbyde dem individuelle forløb eller forløb på små hold, hvor det er meningsfyldt for den enkelte.

Hun fortæller, at strategien indtil videre er at få de grundlæggende tilbud til at fungere, før der er ressourcer til at kigge på tilbud, der er målrettet sårbare borgere. Indtil videre har der således ikke været mulighed for at lave opsøgende arbejde over for resourcesvage borgere, som kan deltage i livsstilskonsulenternes individuelle samtaleforløb. Og der har heller ikke været ressourcer til at overveje udvikling af nye tilbud målrettet denne gruppe.

5.3 De interne samarbejdsrelationer i Slagelse Kommune

5.3.1 Samarbejdet mellem sundhedskoordinatoren og den kommunale KOL-sygeplejerske

Den kommunale KOL-sygeplejerske (som er ansvarlig for undervisningen på de nye KOL-hold) og sundhedskoordinatoren har et tæt samarbejde og oplever, at de kan de bruge hinanden meget fagligt. KOL-sygeplejersken har en pædagogisk overbygning, som hun bidrager til undervisningen med, mens sundhedskoordinatoren har nogle organisatoriske og strukturerende evner, der bidrager til at opretholde rammer som tid og mål.

5.3.2 Samarbejdsrelationen mellem kronikerprojektet og Slagelse Kommunes genoptræningscenter

Ifølge den faglige leder af Genoptræningscentret var det oprindelige formål med et samarbejde mellem Center for Folkesundhed og Genoptræningscentret at koordinere deres tilbud og visitation af borgere/kronikere til de respektive tilbud for at undgå overlap i indhold, formål og målgruppe. Den faglige leder af Genoptræningscentret oplever, at dette er lykkedes. Målgruppen for de nye rehabiliteringstilbud er nemlig generelt de lidt bedre fungerende borgere (især inden for diagnosen KOL), mens Genoptræningscentrets tilbud om vedligeholdende træning er rettet imod de lidt tungere borgere.

Tilkomsten af de nye tilbud har således ikke ændret på antal eller sammensætningen af de borgere, der modtager træning på Genoptræningscentret, og den faglige leder fortæller, at:

"Det har været positivt, at vi lærer hinanden at kende, og at vi kan se, at vi kan have gavn af hinanden, og at vi føler os beslægtede. Nu ser strukturen ud til at være med os, når vi formodentlig bliver lagt sammen".

Lederen henviser her til, at der er igangsat en omstrukturering, som kan ende med, at Center for Forebyggelse (hvor kronikerprojektet hører hjemme) slås sammen med kommunens genoptrænings- og aktivitetscentre. Lederen synes, det er en god idé, bl.a. fordi det er i overensstemmelse med hendes ønske om at etablere et enstrengt visitationssystem, hvor alle borgere har én indgang til individualiserede kommunale trænings- og livsstilstilbud. I den forbindelse oplever lederen dog, at projektets udviklingsstatus er med til at spænde ben for ønsket om en fælles visitation. Ønsket om en fælles visitation er således indtil videre blevet afvist ud fra en begrundelse om, at det er uhensigtsmæssigt at implementere sådanne initiativer/forandringer, så længe projektet er i en afprøvningsfase.

5.4 Opsamling

De interviewede nøglepersoner fra Slagelse kommune har en samlet opfattelse af en positiv fremdrift og et velfungerende samarbejde omkring borgerne på kommunens kronikertilbud.

Sundhedskoordinatoren og livsstilskonsulenten oplever, at forarbejdet til projektet har været grundigt, og at der er skabt et godt udgangspunkt for deres ansvarsområder. De vurderer på baggrund af egne erfaringer og af tilbagemeldinger fra deltagerne, at patientudbyttet i særdeleshed har været positivt. Sundhedskoordinatoren konstaterer til gengæld også, at det udviklingsarbejde, som var en væsentlig del af hendes stillingsbeskrivelse, har været nedprioriteret til fordel for opgaver forbundet med planlægning og udførelse af undervisning på holdene. Derudover fremhæver både livsstilskonsulenten og sundhedskoordinatoren, at projektet har haft udfordringer i forhold til personale- og lokalekapacitet. Især, vurderer fagpersonerne, at afholdelse af de individuelle samtaler har vist sig at være på en gang meget tidskrævende og samtidig en afgørende forudsætning for tilbuddenes succes og kvalitet. Dette dilemma har belastet personalet og været medvirkende til, at projektledelsen har opnormeret bemandingen med lige knap to stillinger.

Det har taget længere tid end forventet at etablere tilbuddene, og antallet af deltagere på de første hold blev lavere end forventet. Forventningen var 16-20 deltagere pr. hold, og i prøveperioden har der været mellem 4 og 15 deltagere pr. hold. Antallet af henvisninger til projektet har til gengæld været stigende i løbet af opstartsperioden, hvilket DSI vurderer, lover godt. Projektet har haft flest henviste KOL-patienter, men har haft svært ved at få et tilstrækkeligt antal henviste hjertepatienter til at oprette et hjertehold, hvilket har været medvirkende til yderligere forsinkelser i opstarten af hjertehold.

Projektgruppens få erfaringer med deltagere, der falder fra kommunens tilbud, peger på, at deltagerens udbytte af holdene afhænger af, 1) hvorvidt de gennemfører en indledende samtale, og 2) at holdene har en vis størrelse, så der bliver plads til forskelligheder. Det er dog endnu for tidligt at drage nogen konklusioner på baggrund af de sporadiske erfaringer.

Samarbejdet med Genoptræningscentret synes at have haft en uventet positiv sideeffekt, idet projektgruppen og Genoptræningscentret har fået et fælles ønske om at etablere et enstrengt visitationssystem i fællesskab. Lige nu oplever den faglige leder af Genoptræningscentret på den ene side, at omstrukturering i kommunen ser ud til at understøtte ideen om en fælles visitation, mens projektets pilotstatus på den anden side spænder ben for at påbegynde arbejdet med at realisere ideen snarest.

5.4.1 anbefalinger vedrørende projektets fremdrift og samarbejde

På baggrund af disse resultater konkluderes følgende:

DSI anbefaler, at projektet skærper opmærksomheden omkring at fordele arbejdet med de individuelle samtaler med borgere jævnt på alle livsstilskonsulenter, særligt i forbindelse med at der opstår flaskehalse af samtaler inden for én diagnosegruppe, under forudsætning af at der opretholdes en kontinui-

tet for den enkelte borger ved, at en livsstilskonsulent fortsat følger den samme borger gennem henholdsvis indledende, midtvejs og afsluttende samtale.

Anbefalingen sigter dels mod at gøre indsatsen mere robust over for medarbejderudskiftning og sygdom, dels medvirke til en mere ligelig fordeling af opgaver internt i personalegruppen og endelig for at understøtte et teambaseret samarbejde.

DSI anbefaler desuden konkret, at projektet fremadrettet arbejder for at samle hold, som har en vis størrelse, og hvor deltagerne har været igennem alle obligatoriske dele af tilbuddet frem for at holde fast i en ambition om at nå et vist antal hold inden for en fastsat tidsramme.

I lyset af de foregående kapitlers gennemgang af henvisningspraksis i almen praksis og på sygehuset opfordrer DSI yderligere projektgruppen til at overveje, hvorvidt der kan og bør arbejdes mere målrettet eller aktivt på at gøre almen praksis opmærksom på de muligheder, som livsstilskonsulenterne allerede har for at igangsætte individuelle samtaleforløb med sårbare borgere.

Hvis projektgruppen vælger at sætte mere aktivt ind her, bør de samtidig overveje, om der er kapacitet i projektet til at tackle en evt. succesfuld indsats, som vil forventes at resultere i flere henvisninger, flere patienter og dermed flere opgaver til livsstilskonsulenterne.

DSI vurderer, at der generelt i projektet er mulighed for at skrue op og ned for informationen til samarbejdspartnere, afhængig af hvor mange henvisninger der kommer. Dette betyder også, at projektgruppen samtidig skal tage stilling til, hvilken fordeling de helst ser mellem udvikling og drift i sundhedskoordinatorens stilling.

I tilfælde af, at den varslede strukturændring gennemføres, anbefaler DSI projektgruppen at overveje, om lejligheden bør benyttes konstruktivt til at realisere ideerne om en integreret visitationsindsats på tværs af Genoptræningscentret og kommunens kronikerprojekt. DSI foreslår ligeledes, at projektet undersøger mulighederne for at skaffe adgang til egnede træningsfaciliteter og lokaliteter i forbindelse med en evt. strukturændring.

6. Midtvejsevalueringens overordnede konklusion

Overordnet kan midtvejsevalueringen konkludere, at de interviewede aktører vurderer, at der har været tilpas fremdrift i projektets første afprøvningsperiode.

De interviewede borgere er som beskrevet ikke repræsentative for flertallet af deltagerne i kommunens tilbud, hvorfor vi ikke på baggrund af deres udsagn kan udtale os om deltagerudbyttet generelt. Men den lille gruppe af interviewede borgere, som alle har gennemført et helt forløb på kommunens KOL-hold, udtrykker begejstring over tilbuddets indhold, pædagogik og formål. De har oplevet at få mod på at gøre noget selv for at ændre deres liv til det bedre, at de har fået konkrete redskaber, som de kan bruge i deres hverdag, og at de har fået en efterspurgt specialviden om deres kroniske lidelse både fra de professionelle undervisere og fra hinanden i form af erfaringsudveksling på holdet.

På baggrund af det samlede interviewmateriale er det DSIs vurdering, at projektet har etableret kontakt til få, men tilsyneladende givende samarbejdsrelationer. Interviewene indikerer, at kendskabet til kommunens tilbud er blevet lidt større blandt almen praksis og på sygehuset, men interviewene giver ikke mulighed for at konkludere, om dette er tilfældet generelt.

Sundhedskoordinatorens udviklingsarbejde med at etablere øget kontakt og samarbejde på tværs af sektorerne er i nogen grad lykkedes om end udviklingsarbejdet har stået i skyggen af opgaver med opstart, drift og planlægning af kommunens tilbud.

Antallet af henvisninger til kommunens tilbud har været stigende i projektets prøveperiode, hvilket lover godt. Resultaterne fra forundersøgelsen og nu også fra midtvejsevalueringen giver dog anledning til at minde projektet om, at der fortsat er et ønske om og behov for fremadrettet at medtænke de sårbare patienter i projektet.

I øvrigt henvises til de opsamlinger og anbefalinger, der er opstillet i slutningen af rapportens øvrige hovedkapitler.

Bilag 2: Inklusionskriterier og henvisningsvejledning til almen praksis og sygehus

Inklusionskriterier til rehabilitering i Slagelse Kommune:

KOL	Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt	Type 2-diabetes
• Er motiveret for og har behov for støtte til livsstilsændring efter rehabilitering hos almen praksis og sygehus • Kan som minimum træne ca. 45 minutter sammen med fysioterapeut/ergoterapeut		
• Diagnosen KOL er fastlagt og stabil • 30 % < FEV1 < 80 %	• Stabil iskæmisk hjertesygdom, som har gennemgået rehabiliteringsfase I og II på sygehus eller i almen praksis <i>eller</i> • Stabilt hjertesvigt med NYHA II-III <i>eller</i> • Kliniske risikofaktorer for at udvikle iskæmisk hjertesygdom: hypertension, som er under medicinsk behandling og responderer på medicinen, forhøjet kolesterol og/eller type 2-diabetes • Og som har dårlig egenomsorgsevne (se egenomsorgsdefinition på SOFT)	• Diagnosen type 2-diabetes er fastlagt • Velreguleret diabetes samt dårlig egenomsorgsevne <i>eller</i> • Svært regulerbar diabetes eller comorbiditet samt dårlig egenomsorgsevne

Ved henvisning til rehabilitering i Slagelse Kommune er følgende oplysninger nødvendige:

KOL	Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt	Type 2-diabetes
Kort sygehistorie: - Komplikationer - Andre væsentlige diagnoser - Relevante sociale parametre		
Spirometri-resultater (max 1 år gammel – tjek KOL-forløbsprogram): • FEV1 i % af forventet værdi • FEV1/FVC (tabel 1)	Evt. lipidstatus	HbA1C
MRC-skala: Grad af åndenød relateret til aktivitet (tabel 2)	Ved hjertesvigt: NYHA score (I-IV) Evt. EF målt ved ekkocardiografi (tabel 3)	Evt. lipidstatus

Ad KOL: Lungefunktion og MRC

Tabel 1: Spirometri-resultater. KOL er defineret ved $FEV1/FVC < 70\%$ og klassificeres ud fra $FEV1$ i % af forventet værdi i følgende grader:

Mild KOL	$FEV1 \geq 80\%$ af forventet værdi
Moderat KOL	$50\% \leq FEV1 < 80\%$ af forventet værdi
Svær KOL	$30\% \leq FEV1 < 50\%$ af forventet værdi
Meget svær KOL	$FEV1 < 30\%$ af forventet værdi

Tabel 2: Dyspnøgrad bedømt ved MRC-skalen – grad af åndenød relateret til aktivitet:

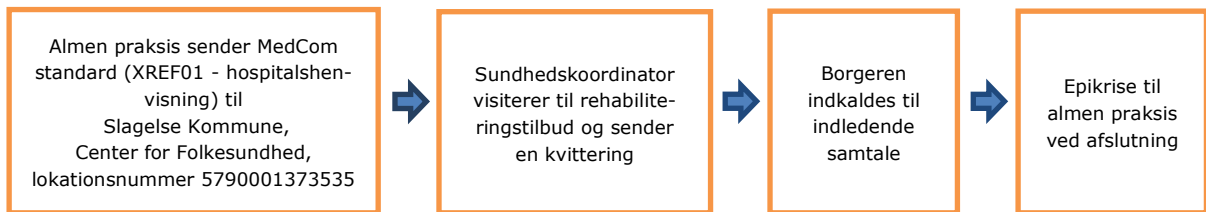
1) Jeg får kun åndenød, når jeg anstrenger mig meget
2) Jeg får kun åndenød, når jeg skynder mig eller går op ad en lille bakke
3) Jeg går langsommere end andre på min alder på grund af min åndenød, eller jeg er nødt til at stoppe op for at få vejret, når jeg går frem og tilbage (i min egen hastighed)
4) Jeg stopper for at få vejret efter ca. 100 meter eller få minutters gang på stedet
5) Jeg har for meget åndenød til at forlade mit hjem, eller jeg får åndenød, når jeg tager mit tøj på eller af

Ad Hjertesvigt

Tabel 3: Funktionsniveau bedømt ved NYHA (New York Heart Association) funktionsklassifikation:

I) Ingen fysisk begrænsning. Almindelig fysisk aktivitet medfører ingen dyspnø, træthed eller hjertebanken (palpitationer)
II) Let begrænsning i fysisk aktivitet. Ingen gener i hvile, men almindelig fysisk aktivitet (trappegang til 2. sal, græsplæneklipping, støvsugning, bære tungere indkøb) medfører nogen dyspnø, træthed eller hjertebanken (palpitationer)
III) Udtalt begrænsning i fysisk aktivitet. Ingen gener i hvile, men lettere fysisk aktivitet (gang på flad vej, af- og påklædning, trappegang til 1. sal) medfører mere udtalte symptomer
IV) Symptomer er til stede i hvile og øges ved enhver form for fysisk aktivitet

Procedure for henvisning/tilbage melding:



Rehabiliteringsindsatser – alle patienter, der visiteres, får et forløb på 6 måneder:

- Kontaktperson
- Indledende samtale (opstilling af mål og plan for individuelt forløb)
- Individuel plan for træning og hjemmetræning
- Test af funktionsevne og selv vurderet helbred ved start og slut
- Midtvejssamtale
- Afsluttende samtale 6 måneder
- Udslusning til lokale tilbud
- Opfølgning efter 12 måneder

Et individuelt forløb kan bestå af:

Lærings- og mestringshold

KOL:

- 1 gang à 2 timer pr. uge i 7 uger (ved fysioterapeut, klinisk diætist og KOL-sygeplejerske)
- Fysisk træning (7 gange à 45 minutter i 7 uger ved fysioterapeut)

Kronisk hjertesygdom:

- 7 gange à 2 timer fordelt over 8-12 uger (ved fysioterapeut, klinisk diætist og hjertespecialsygeplejerske)
- Fysisk aktivitet (7 gange à 45 minutter ved fysioterapeut)

Type 2-diabetes:

- 7 gange à 2 timer fordelt over 8-12 uger (ved ergoterapeut, klinisk diætist og diabetessygeplejerske)
- Fysisk aktivitet (7 gange à 45 minutter ved ergoterapeut)

Særlige tilbud

- Motionsvejledning
- Holdtræning for borgere med BMI ≥ 35
- Kostvejledning
- Rygestop
- Alkoholrådgivning
- Kontaktperson i ekstra seks måneder
- Lær at tackle kroniske smerter
- Lær at leve med kronisk sygdom

- Fysisk træning 1 X 45 minutter i 7 uger

Læs om rehabiliteringstilbuddene på www.sundhed.dk/SOFT under Slagelse Kommune, her kan du også kopiere henvisningsfraserne og indsætte dem direkte i din MedCom henvisning.

Yderligere oplysninger: Center for Folkesundhed, Sundhedstilbud, Langes Gård 14, 4200 Slagelse. Lokationsnummer: 579 000 137 3535. E-mail: rehabiliteringsteam@slagelse.dk.

Sundhedskoordinator: Elsebeth Refsgaard. Tlf.: 5857 4375, mobil: 2911 7099, E-mail: elsen@slagelse.dk

Bilag 3: EQ-5D Helbredsspørgeskema

Navn: _____

Angiv ved at sætte kryds i én af kasserne i hver gruppe, hvilket udsagn der bedst beskriver din helbredstilstand i dag:

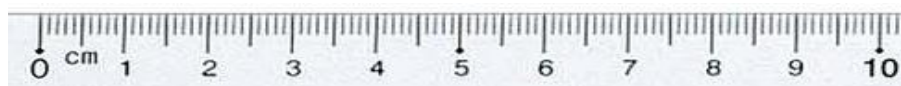
Bevægelighed	Jeg har ingen problemer med at gå omkring	Jeg har nogle problemer med at gå omkring	Jeg er bundet til sengen
	☐	☐	☐
Personlig pleje	Jeg har ingen problemer med min personlige pleje	Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på	Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på
	☐	☐	☐
Sædvanlige aktiviteter (fx arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter)	Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter
	☐	☐	☐
Smerter/ubehag	Jeg har ingen problemer med smerter eller ubehag	Jeg har nogle problemer med smerter og ubehag	Jeg har ekstreme smerter eller ubehag
	☐	☐	☐
Angst/depression	Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret
	☐	☐	☐

Vi beder dig angive på denne skala, hvor godt eller dårligt du mener dit eget helbred er i dag. Angiv dette ved at tegne en streg fra kassen nedfor til et hvilket som helst punkt på skalaen, der viser, hvor god eller dårlig din helbredstilstand er i dag.

Værst tænkelige
helbredstilstand

Din egen
helbredstilstand
i dag

Bedst tænkelige
helbredstilstand



Bilag 4: Måleskema anvendt til indsamling af fysiske data

	Dato		Dato		Dato		Dato	
Blodtryk/puls								
Højde								
Vægt								
BMI								
Fedtprocent								
Muskelmasse								
Taljemål								
6 minutters gang test								
Borg 15 cykeltest	<u>Watt:</u>	<u>Kondital:</u>	<u>Watt:</u>	<u>Kondital:</u>	<u>Watt:</u>	<u>Kondital:</u>	<u>Watt:</u>	<u>Kondital:</u>
Evt. kommentar								

Bilag 5: Individuel handleplan

Navn: _____

Overordnet mål:



Midtvejs samtale	Mål:	Sikkerhed for gennemførelse
Initialer	Det vil jeg gøre:	

Afsluttende samtale ef- ter 6 mdr.	Mål:	Sikkerhed for gennemførelse
Initialer	Det vil jeg gøre:	

Opfølgning efter 12 må- neder	Mål:	Sikkerhed for gennemførelse
Initialer	Det vil jeg gøre:	

Bilag 6: Svarfordeling for SF12 spørgeskema baseret på 91 besvarelser

Svarfordeling ved start

2. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Begrænset i arbejde pga. af fysik (4 uger)	20,00	21,11	30,00	12,22	16,67	90
Nået mindre end ønsket pga. af fysik (4 uger)	13,33	21,11	28,89	25,56	11,11	90

3. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

	Nej, slet ikke begrænset	Ja, lidt begrænset	Ja, meget begrænset	Total
Begrænset i aktiviteter pga. af helbred	19,10	49,44	31,46	89
Begrænset i trappegang pga. af helbred	10,11	43,82	46,07	89

5. Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Virkelig meget	Total
Smerte vanskeliggjort arbejde (4 uger)	26,97	21,35	23,6	14,61	13,48	89

12. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du været:

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Fuld af energi	20,22	34,83	32,58	8,99	3,37	89
Rolig og afslappet	4,49	10,11	31,46	41,57	12,36	89
Trist til mode	26,97	31,46	30,34	5,62	5,62	89

13. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogle af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Begrænset i arbejde pga. af følelsesmæssige problemer (4 uger)	39,77	23,86	25,00	7,95	3,41	88
Reagerer på kroppens signaler	4,49	12,36	25,84	39,33	17,98	89

15. Inden for de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, familie osv.)?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
CFS - Samtaleark - Vanskeligt at se andre mennesker pga. fysisk helbred	47,19	25,84	20,22	5,62	1,12	89

16. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

	Fremragende	Vældigt godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Egen vurdering af helbred	1,12	5,62	25,84	46,07	21,35	89

Svarfordeling ved slut

2. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Begrænset i arbejde pga. af fysik (4 uger)	20,88	25,27	35,16	10,99	7,69	91
Nået mindre end ønsket pga. af fysik (4 uger)	20,88	25,27	30,77	14,29	8,79	91

3. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

	Nej, slet ikke begrænset	Ja, lidt begrænset	Ja, meget begrænset	Total
Begrænset i aktiviteter pga. af helbred	26,67	48,89	24,44	90
Begrænset i trappegang pga. af helbred	23,33	48,89	27,78	90

5. Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Virkelig meget	Total
Smerte vanskeliggjort arbejde (4 uger)	32,22	23,33	22,22	16,67	5,56	90

12. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du været:

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Fuld af energi	20,00	17,78	34,44	24,44	3,33	90
Rolig og afslappet	2,22	13,33	24,44	41,11	18,89	90
Trist til mode	35,56	32,22	22,22	6,67	3,33	90

13. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogle af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
Begrænset i arbejde pga. af følelsesmæssige problemer (4 uger)	40,00	33,33	18,89	3,33	4,44	90
Reagerer på kroppens signaler	0,00	10,99	29,67	37,36	21,98	91

15. Inden for de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, familie osv.)?

	På intet tidspunkt	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	Total
CFS - Samtaleark - Vanskeligt at se andre mennesker pga. fysisk helbred	60,44	16,48	16,48	2,20	4,40	91

16. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

	Fremragende	Vældigt godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Egen vurdering af helbred	1,10	13,19	41,76	32,97	10,99	91

Udtræksdato: 20/02/2013
10.59



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00