



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

# Kronikerstrategi for Faaborg-Midtfyn Kommune

<b>Udarbejdet af:</b>	Fagsekretariat Sundhed og Handicap
<b>Dato:</b>	25-11-2008
<b>Sagsid.:</b>	10622
<b>Version nr.:</b>	3.0



## Indhold

1.0 Indledning.....	4
1.1 Definition på kronisk sygdom .....	4
1.2 Kommunens rolle .....	5
1.3 Formål med strategien .....	5
1.4 Målgrupper .....	5
1.5 Stratificering.....	5
1.6 Visioner .....	7
1.7 Mål .....	7
1.8 Indsatsområder .....	7
1.8.1 Generelle indsatsområder .....	8
1.8.1.1 Sammenhængende patientforløb .....	8
1.8.1.1.2 Kommunikation.....	8
1.8.1.2 Undgåelse af u hensigtsmæssige indlæggelser.....	9
1.8.1.3 Undgåelse af utilsigtede hændelser .....	9
1.8.1.4 Kvalitet og opfølgning .....	9
2.0 Hjertesygdomme .....	11
2.1 Tidlig opsporing .....	11
2.2 Den særligt sårbare patient .....	11
2.3 Patientuddannelse.....	12
2.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse.....	12
2.3.2 Generel patientuddannelse .....	12
2.3.2.1 Individuel vejledning omkring kost og motion .....	12
2.3.3 Rygestopkurser.....	13
2.4 Træning .....	13
2.5 Samarbejder og projekter .....	13
Igennem projekterne ønsker man desuden at styrke og udvikle familie netværk.3.0 Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL.....	13
3.0 Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL .....	14
3.1 Tidlig opsporing .....	14
3.2 Den særligt sårbare patient .....	14
3.3 Patientuddannelse.....	15
3.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse.....	15
3.3.2 Generel patientuddannelse .....	15
3.3.2.1 Individuel vejledning omkring kost og motion .....	16
3.3.3 Rygestopkurser.....	16
3.4 Træning .....	16
3.5 Samarbejder og projekter .....	16
4.1 Tidlig opsporing .....	17
4.2 Den særligt sårbare patient.....	17
4.3 Patientuddannelse.....	18
4.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse.....	18
4.3.2 Individuel vejledning omkring kost og motion .....	18
4.3.3 Rygestopkurser.....	18
4.4 Samarbejder og projekter .....	18
5.0 Psykiske lidelser .....	19



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

5.1 Tidlig opsporing .....	19
5.2 Den særligt sårbare patient .....	19
5.3 Patientuddannelse .....	20
5.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse .....	20
5.3.2 Generel patientuddannelse .....	20
5.4 Samarbejder og projekter .....	20
6.0 Astma & Allergi .....	21
6.1 Forebyggelseskolen .....	21
6.2 Åbent hus arrangementer .....	21
6.3 Astmaskolen i skolen .....	21
6.4 Eksemskole .....	22
6.5 Rygestopkurser .....	22
6.6 Erhvervsvejledning .....	22
6.7 Samarbejder og projekter .....	22
7.0 Demens og Gerontopsykiatri .....	24
7.1 Tidlig opsporing .....	24
7.2 Borgeren med demens .....	24
7.3 Patient – og pårørendeuddannelse .....	25
7.4 Den særligt sårbare borger med gerontopsykiatriske problemstillinger .....	25
7.5 Træning og aktivitet .....	25
7.6 Samarbejde med frivillige .....	26
8.0 Kroniske smerter i bevægeapparatet .....	27
9.0 Opsamling .....	28



## 1.0 Indledning

Faaborg-Midtfyn Kommune ønsker at se sig selv som en aktiv medspiller i kampen for at fremme livskvaliteten og mindske tilstandsforværringen blandt kommunens borgere med kroniske lidelser.

Hovedparten af borgerne, der lider af en kronisk sygdom, håndterer selv deres sygdom og har god indsigt i, hvad der henholdsvis fremmer deres sundhed og forværre deres situation. Disse borgere skal naturligvis fortsat have den bedst mulige behandling, primært hos den praktiserende læge og i andre fora, uafhængig af kommunens forvaltning.

Der findes dog også en del borgere med kroniske lidelser, der har problemer med at håndtere sygdommen, hvilket kan medføre en tilstandsforværring og yderligere sygdomme. Det er denne gruppe af borgere Faaborg-Midtfyn Kommunes kronikerstrategi især vil fokusere på.

På et dialogmøde mellem borgere, sundhedsudvalg, patientorganisationer, praktiserende læger og hospitalslæger, blev kommunens rolle drøftet. Hvem man skulle sætte ind overfor, hvornår, på hvilken måde, med hvilke midler og i hvilket regi.

Det er med udgangspunkt i resultaterne fra dette dialogmøde, at kronikerstrategien er udformet.

### 1.1 Definition på kronisk sygdom

*"Kan defineres som en tilstand, der kræver vedvarende professionel behandling og/eller indebærer en diagnosticeret irreversibel svækkelse af psykisk eller somatisk karakter, som ikke kan tilskrives normal ældning".*

Friis-Hasché, 2004

*"Kronisk sygdom har én eller flere af følgende karakteristika:*

- ❖ *Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død*
- ❖ *Sygdommen har blivende følger eller forandringer som ikke kan bedres*
- ❖ *Sygdommen medfører behov for langvarig behandling eller pleje, samt rehabilitering.*

*"Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model. Udkast. Sundhedsstyrelsen, 2007.*



## **1.2 Kommunens rolle**

Med kommunalreformen har kommunerne fået et større ansvar på sundhedsområdet, blandt andet med at sikre borgerne et sammenhængende patientforløb i samarbejde med praksis og regioner, med samtidig fokus på borgere med kroniske lidelser.

Ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles mellem praksis, kommunerne og sygehusene.

En kronikerstrategi vil derfor skulle afspejle et tæt samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og regionens sygehuse.

Samtidig spiller Faaborg-Midtfyn Kommune også en vigtig rolle som samarbejdspartner til patientforeninger og foreninger med frivilligt socialt sigte.

## **1.3 Formål med strategien**

Formålet med en kronikerstrategi er at identificere en række områder, hvor kommunen kan være en aktiv del af den patientrettede forebyggelse.

Kronikerstrategien omsætter sundhedsaftalerne, indgået med Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyn Kommunes sundhedspolitik, til en handleplan på kronikerområdet med det formål at bedre livskvaliteten, den forebyggende behandling, pleje og rehabilitering<sup>1</sup> for borgeren og med denne i centrum.

## **1.4 Målgrupper**

Strategien er afgrænset til at omhandle borgere med en af følgende sygdomme:

- Hjerte sygdomme
- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
- Diabetes
- Psykiske lidelser
- Astma og allergi
- Demens og gerontopsykiatri
- Kroniske smerter i bevægeapparatet

## **1.5 Stratificering<sup>2</sup>**

Den primære målgruppe i kommunens kronikerstrategi, vil være den gruppe af borgere som er afhængige af kommunale ydelser som træning, behandling, praktisk hjælp og personlig pleje, med fokus på især de særligt sårbare borgere

---

<sup>1</sup> Genoprettelse af en persons fysiske eller psykiske tilstand.

<sup>2</sup> En metode til at identificere patienter med kronisk sygdom på, i henhold til sygdomssværhedsgrad samt evne til at tage vare på sig selv og sin sygdom.



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

med kroniske lidelser. Med andre ord borgere som på grund af personlige, etniske eller sociale forhold har vanskeligheder ved at gennemføre og fastholde behandling og relevant adfærdsændring.

Sekundært vil kronikerstrategien fokusere på en tidlig opsporing overfor de borgere, som på et tidligt stadie har en kronisk sygdom, måske uopdaget. En gruppe af borgere der med få redskaber kan forbedre deres tilstand med praktiserende læge som tovholder<sup>3</sup>.

<b>1.</b> <b>Enkel sygdom</b> <b>God egenomsorgsevne</b>	<b>2.</b> <b>Kompleks sygdom</b> <b>God egenomsorgsevne</b>
<b>3.</b> <b>Enkel sygdom</b> <b>Ringe egenomsorgsevne</b>	<b>4.</b> <b>Kompleks sygdom</b> <b>Ringe egenomsorgsevne</b>

Ovenstående figur illustrerer hvordan man kunne stratificere patienterne i grupper.

1. Patienterne i felt 1 tilhører en gruppe, som kan opretholde deres livskvalitet gennem kontakt til praktiserende læge.
2. Patienterne i felt 2 tilhører den gruppe patienter, der kan håndtere deres sygdom gennem kontakt til praktiserende læge og med behandling på sygehus.
3. Patienterne i felt 3 tilhører den gruppe, der har vanskeligt ved at håndtere deres sygdom og som kræver intervention fra praktiserende læge og den kommunale forvaltning.
4. Patienterne i felt 4 tilhører den gruppe patienter, der har vanskeligt ved at håndtere deres sygdom og som kræver intervention fra praktiserende læge, den kommunale forvaltning og regionens sygehuse.

Vanskeligheden i modellen består i at få målgrupperne identificeret, i en samtidig erkendelse af, at der er gråzoner mellem de enkelte felter – og borgere kan bevæge sig mellem dem.

<sup>3</sup> Ansvarlig for behandlingsplan



## **1.6 Visioner**

1. Borgere med en kronisk lidelse opnår den højeste grad af livskvalitet og tryghed i hverdagen.
2. En tidlig opsporing der sikrer den bedste compliance<sup>4</sup>.
3. Et sundhedssystem som fungerer som én helhed.
4. Borgerens egenomsorgskapacitet<sup>5</sup> sikres.

## **1.7 Mål**

- At Faaborg-Midtfyn Kommune udvikler tilbud til borgere med kroniske lidelser.
- At Faaborg-Midtfyn Kommunes tilbud til borgere med kroniske lidelser er synlige.
- At samarbejdet med praktiserende læger og sygehuse styrkes og fungerer.
- At samarbejdet med patientforeninger og frivillige sociale foreninger styrkes.
- At Faaborg-Midtfyn Kommune er opsøgende med information og motivation til borgere med kroniske lidelser.
- At borgeren får den nødvendige viden og redskaber, så denne bliver bedre rustet til selvmonitorering<sup>6</sup> og selvbehandling.
- At netværksdannelsen omkring borgere med kroniske lidelser styrkes.

## **1.8 Indsatsområder**

En del af indsatsområderne er generelle og knytter sig til alle kronikerområder:

- Sammenhængende patientforløb
- Undgåelse af uhensigtsmæssige indlæggelser
- Undgåelse af utilsigtede hændelser
- Sikring af kvalitet og opfølgning

Andre indsatsområder<sup>7</sup> er mere specifikke i forhold til den enkelte kroniske sygdom:

---

<sup>4</sup> Patientens evne til at efterleve behandlerens råd og vejledning samt patientens aktive deltagelse i behandlingen og planlægning af hvad han selv kan gøre.

<sup>5</sup> Borgerens evne til at tage vare på sin sygdom og sit liv og sikre den bedst mulige livskvalitet.

<sup>6</sup> Patientens egen måling af sygdoms relevante sygdomsparametre.

<sup>7</sup> Behandles under hver specifik kronikergruppe



- Tidlig opsporing
- Den særligt sårbare patient
- Patientuddannelse:
  - Sygdomsspecifik patientuddannelse*
  - Generel patientuddannelse*
- Træning
- Samarbejder og projekter

### **1.8.1 Generelle indsatsområder**

For alle kronikerområder gælder det at skabe sammenhængende patientforløb, undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, utilsigtede hændelser og sikre kvalitet.

#### **1.8.1.1 Sammenhængende patientforløb**

Sammenhængende patientforløb sikres eksternt gennem et godt samarbejde med praktiserende læger og Sygehuse, dels via indgået samarbejdsaftale (som en del af sundhedsaftalerne) med Region Syddanmark og dels gennem formulerede patientforløbsprogrammer for de store diagnosegrupper (udarbejdes fra 2008). Aftalerne sikres og evalueres i samarbejdsforum med OUH og Svendborg Sygehus og gennem samarbejdsforum med foreningen af praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn Kommune.

Samarbejdet med de praktiserende læger styrkes gennem aftaler med de lokale praktiserende læger. I disse aftaler klarlægges lægens rolle som tovholder samt kommunens ansvar for forebyggende tiltag.

På demensområdet sikres sammenhængende patientforløb eksternt gennem et godt samarbejde med praktiserende læger og sygehuse bl.a. via "Samarbejdsmodellen på Demensområdet", som både Faaborg-Midtfyn Kommune, Praktiserende læger og Region Syddanmark har tiltrådt.

#### **1.8.1.1.2 Kommunikation**

Kommunikation er et af de vigtigste elementer i samarbejdet om at sikre et sammenhængende patientforløb.

Internt sikres det gode patientforløb ved kommunikation igennem et tværfagligt lederforum bestående af interessenter omkring tilbud til den kroniske patient.

Eksternt sikres kommunikationen gennem samarbejdsfora med praktiserende læger og lokale sygehuse.



## FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE

Faaborg-Midtfyn Kommune er i samarbejde med de praktiserende læger i kommunen ved at udvikle et standardiseret kommunikationssystem. Dette system vil blive anvendt som platform for den videre kommunikationsplan mellem læger og kommune.

Faaborg-Midtfyn Kommune ønsker at forbedre kommunikationen til sygehuset i forhold til nyindlagte. Dette gøres gennem et fælles projekt under samordningsforum, hvor kommunen er opsøgende, når patienten indlægges.

### **1.8.1.2 Undgåelse af uhensigtsmæssige indlæggelser**

Faaborg-Midtfyn Kommune forsøger at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser gennem:

- Kommunale kontaktpersoner til den enkelte borger
- Forløbskoordinator til de særligt sårbare patienter (demenskoordinator for borgere med demens)
- Brug af aflastningspladser som alternativ til indlæggelser
- Analyse af tilbagemeldinger om uhensigtsmæssige indlæggelser

I øvrigt afventes det regionale udspil for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Et udspil som sammen med kommunens præcisering af, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser kan undgås, vil indgå i drøftelserne for sundhedsaftalerne for 2008.

### **1.8.1.3 Undgåelse af utilsigtede hændelser**

I forhold til medicin arbejder Faaborg-Midtfyn Kommune på at optimere sikkerheden omkring medicin, ved at øge omfanget af dosispakning.

Det er Faaborg-Midtfyn Kommunes hensigt, at der mellem praktiserende læge og sundhedspersonalet årligt sker en gennemgang af patienternes medicinering.

I øvrigt registreres hændelser som kunne føre til fejl eller som har ført til fejl.

Som værktøj til denne registrering bruges et standardiseret skema som anvendes til registrering og opfølgning på utilsigtede hændelser.

### **1.8.1.4 Kvalitet og opfølgning**

Kvalitetsopfølgning af tiltag indenfor kronikerstrategien sker med udgangspunkt i:

- Den Danske Kvalitetsmodel
- Monitorering af sundhedsaftalerne
- Gennem et samarbejde med praktiserende læger



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

- Opfølgning på uheldsmæssige indlæggelser og utilsigtede hændelser
- Spørgeskemaundersøgelser
- Patientopfølgingsanalyser/audits
- Specifikke kvalitetsstandarder godkendt af Kommunalbestyrelsen
- Samarbejder med PhD studerende og universiteter

I det følgende vil de sygdomme, som kronikerstrategien fokuserer på, blive gennemgået og for hver sygdom vil der være opstillet en strategi og "handleplan" for den indsats der skal ydes i forbindelse med den patientrettede forebyggelse.



## 2.0 Hjertesygdomme

Målgruppen for hjerterehabilitering er alle patienter med iskæmiske hjertesygdomme og andre hjertesygdomme med tilsvarende behov for integrerede hjerterehabiliterings forløb.

### 2.1 Tidlig opsporing

Faaborg-Midtfyn kommune er opmærksom på, at tidlig opsporing af patienter med hjertesygdomme kan være med at redde menneskeliv. Denne særlige opmærksomhed sker gennem:

- De forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år.
- Den kommunale sygepleje.
- Visitation.
- Det mobile sundhedscenter som har aktiviteter på private virksomheder, lægehuse (i samarbejde med privat praktiserende læger), institutioner og offentlige pladser.

Værktøjerne man gør brug af er sundhedsvejledning og sundhedsscreening med måling af puls, blodtryk, og kolesterol.

### 2.2 Den særligt sårbare patient

Faaborg-Midtfyn Kommune har i sin kronikerstrategi fokus på den særligt sårbare patient som tilbydes en forløbskoordinator.

Forløbskoordinatoren skal i forsøget på at styrke borgerens egenomsorgsevne:

- Give individuel vejledning til særligt sårbare patienter
- Støtte særligt sårbare patienter gennem behandler systemet internt og eksternt
- Sikre at særligt sårbare patienter opnår en god kontakt til de sundhedsprofessionelle
- Give sparring til sundhedsprofessionelle omkring særligt sårbare patienter
- Fungere som bindeled til frivillige organisationer

Forløbskoordinatoren skal ikke overtage rollen fra sygeplejersken, lægen eller terapeuten, men støtte de forløb som er særligt svære.

Forløbskoordinatoren kobles på efter henvisning fra praktiserende læge, sygehusafdeling, visitorkontor, sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut eller socialrådgiver.



## **2.3 Patientuddannelse**

Som led i behandling og rehabilitering af patienter med kronisk sygdom indgår undervisning om specifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom samt generel undervisning med fokus på eksempel livsstilsændringer og samt orientering om foreninger og netværk, der kan være med til at øge patientens livskvalitet.

Patienter med hjertesygdomme kan, efter henvisning fra behandlende læge, af Faaborg-Midtfyn Kommune tilbydes undervisning i sygdomsforståelse såvel specifikt i forhold til sygdommen som generelt det at leve med en kronisk lidelse. Hvor det findes nødvendigt kan de pårørende inddrages.

### **2.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse**

Den specialiserede sygdomsspecifikke uddannelse som kræver speciallægekompetence, sygehusudstyr og støttefunktioner foregår på sygehuse eller i lægepraksis.

### **2.3.2 Generel patientuddannelse**

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder patientundervisning til hjertepatienter som gruppeundervisning med tematisering af emner. Undervisningen forløber over et forud bestemt antal gange, som beskrives i et program individuelt til borgeren og integreres med genoptræningen.

Eksempler på emner, der kan indgå i undervisningen:

- Kostvejledning
- Motionsvejledning
- Rygestop
- Medicin og behandling
- Psykosociale aspekter af sygdommen
- Socialrådgivning
- Pårørende
- Hjerteforeningen – præsentation af foreningen
- Netværksdannelse

#### **2.3.2.1 Individuel vejledning omkring kost og motion**

Efter lægehenvielse kan der desuden ydes individuel vejledning om kost og motion.



### **2.3.3 Rygestopkurser**

Borgere, der ønsker at stoppe med rygningen, tilbydes rygestopkurser enten i kommunalt regi eller på apoteker, der har aftale med Faaborg-Midtfyn Kommune.

### **2.4 Træning**

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder genoptræning efter henvisning/genoptræningsplan fra behandlende læge. Ved afslutning på træningsforløbet vejledes patienten i, hvor og hvordan patienten kan vedligeholde sit funktionsniveau.

Ligeledes vil praktiserende læge ved samtykke blive informeret om patientens udbytte af træningen samt det opnåede funktionsniveau.

### **2.5 Samarbejder og projekter**

Faaborg-Midtfyn Kommune deltager sammen med Hjerteforeningen, Sygehus Fyn og Region Syddanmark i et projekt "Gode rammer for hjerterehabilitering".

Projektet er 2-årigt fra 2008-2009 og er finansieret af Forebyggelsesfonden.

Projektet skal ses som et forsøg på at implementere Faaborg-Midtfyn Kommunes kronikerstrategi på hjerteområdet og således forbedre rammerne for hjerterehabilitering.

Faaborg-Midtfyn Kommune samarbejder i øvrigt med Region Syddanmark og praktiserende læger om tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse.

Ydermere ønsker kommunen at indgå i projekter omkring telemedicinske løsninger.

Igennem projekterne ønsker man desuden at styrke og udvikle familie netværk.



## 3.0 Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL

Målgruppen for KOL-rehabilitering er alle patienter med lungelidelser.

Forløbet vil være tilpasset den enkelte patient og det niveau denne er på.

### 3.1 Tidlig opsporing

Diagnosticering af KOL varetages primært i almen praksis. Patienter med KOL stadieinddeles efter sygdommens sværhedsgrad og der skelnes typisk mellem sværhedsgraderne let, moderat, svær og meget svær.

Tobaksrygning er den primære årsag til KOL og der bør derfor være særlig fokus på rygerne som et led i den tidlige opsporing.<sup>8</sup>

Denne særlige opmærksomhed sker for Faaborg-Midtfyn Kommunes vedkommende gennem:

- Den kommunale sygepleje.
- Visitation.
- Det mobile sundhedscenter som har aktiviteter på private virksomheder, lægehuse (i samarbejde med privat praktiserende læger), institutioner og offentlige pladser.

Værktøjerne man gør brug af er sundhedsvejledning samt spirometri<sup>9</sup>.

### 3.2 Den særligt sårbare patient

Faaborg-Midtfyn Kommune har i sin kronikerstrategi fokus på den særligt sårbare patient som tilbydes en forløbskoordinator.

Forløbskoordinatoren skal i forsøget på at styrke borgerens egenomsorgsevne:

- Give individuel vejledning til særligt sårbare patienter
- Støtte særligt sårbare patienter gennem behandlersystemet internt og eksternt
- Sikre at særligt sårbare patienter opnår en god kontakt til de sundhedsprofessionelle
- Give sparring til sundhedsprofessionelle omkring særligt sårbare patienter
- Fungere som bindeled til frivillige organisationer

Forløbskoordinatoren skal ikke overtage rollen fra sygeplejersken, lægen eller terapeuten, men støtte de forløb som er særligt svære.

<sup>8</sup> Op mod 85 – 90 % af alle KOL tilfælde er forårsaget af tobaksrygning

<sup>9</sup> Medicinsk undersøgelse af en persons lungefunktion



Forløbskoordinatoren kobles på efter henvisning fra praktiserende læge, sygehusafdeling, visitator, sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut eller socialrådgiver.

### **3.3 Patientuddannelse**

Som led i behandling og rehabilitering af patienter med kronisk sygdom indgår undervisning om specifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom samt generel undervisning med fokus på eksempel livsstilsændringer og samt orientering om foreninger og netværk, der kan være med til at øge patientens livskvalitet. Patienter med KOL kan, efter henvisning fra behandlende læge, af Faaborg-Midtfyn Kommune tilbydes undervisning i sygdomsforståelse såvel specifikt i forhold til sygdommen som generelt det at leve med en kronisk lidelse. Hvor det findes nødvendigt kan de pårørende inddrages.

#### **3.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse**

Den sygdomsspecifikke uddannelse som kræver speciallægekompetence, sygehusudstyr og støttefunktioner foregår på sygehuse eller i lægepraksis.

#### **3.3.2 Generel patientuddannelse**

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder patientundervisning til KOL som gruppeundervisning med tematisering af emner. Undervisningen forløber over et forud bestemt antal gange, som beskrives i et program individuelt til borgeren og integreres med genoptræningen.

Eksempler på emner, der kan indgå i undervisningen:

- Kostvejledning
- Motionsvejledning
- Rygestop
- Medicin og behandling
- Psykosociale aspekter af sygdommen
- Socialrådgivning
- Pårørende
- Lungeforening – præsentation af foreningen
- Netværksdannelse



### **3.3.2.1 Individuel vejledning omkring kost og motion**

Efter lægehenviisning kan der desuden ydes individuel vejledning omkring kost og motion.

### **3.3.3 Rygestopkurser**

Borgere, der ønsker at stoppe med rygningen, tilbydes rygestopkurser enten i kommunalt regi eller på apoteker, der har aftale med Faaborg-Midtfyn Kommune.

## ***3.4 Træning***

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder genoptræning efter henvisning/genoptræningsplan fra behandlende læge. Ved afslutning på træningsforløbet vejledes patienten i, hvor og hvordan patienten kan vedligeholde sit funktionsniveau niveau.

Ligeledes vil praktiserende læge ved samtykke blive informeret om patientens udbytte af træningen samt det opnåede funktionsniveau.

## ***3.5 Samarbejder og projekter***

I samarbejde med Faaborg Sygehus er Faaborg-Midtfyn Kommune aktuelt i færd med et projekt angående telemedicinsk vejledning af KOL patienter.

Faaborg-Midtfyn Kommune vil være aktiv i at etablere samarbejdsaftaler med Lungeforeningen Boserups-Minde i patientundervisningen og i afvikling af KOL dagen.

Det er Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at der i fremtiden arbejdes med muligheden for at styrke og udvikle familie netværk.



## 4.0 Diabetes

Målgruppen for diabetes er alle patienter med diagnosen diabetes type 2.

Forløbet vil være tilpasset den enkelte patient.

### 4.1 Tidlig opsporing

Tidlig opsporing, specielt af personer med type 2 diabetes, er en vigtig del af den intensiverede forebyggende indsats i sundhedsvæsnet. Det er vigtigt at få diagnosticeret diabetes på et så tidligt stadie som muligt for at kunne forebygge senkomplikationer og give tilbud om patientuddannelse hurtigst muligt efter diagnostiseringen. Denne særlige opmærksomhed sker gennem:

- De forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år.
- Den kommunale sygepleje.
- Visitation.
- Det mobile sundhedscenter som har aktiviteter på private virksomheder, lægehuse (i samarbejde med privat praktiserende læger), institutioner og offentlige pladser.

Værktøjerne man gør brug af er sundhedsvejledning og sundhedsscreening med måling af blodsukker.

### 4.2 Den særligt sårbare patient

Faaborg-Midtfyn Kommune har i sin kronikerstrategi fokus på den særligt sårbare patient som tilbydes en forløbskoordinator.

Forløbskoordinatoren skal i forsøget på at styrke borgerens egenomsorgsevne:

- Give individuel vejledning til særligt sårbare patienter
- Støtte særligt sårbare patienter gennem behandler systemet internt og eksternt
- Sikre at særligt sårbare patienter opnår en god kontakt til de sundhedsprofessionelle
- Give sparring til sundhedsprofessionelle omkring særligt sårbare patienter
- Fungere som bindeled til frivillige organisationer

Forløbskoordinatoren skal ikke overtage rollen fra sygeplejersken, lægen eller terapeuten, men støtte de forløb som er særligt svære.

Forløbskoordinatoren kobles på efter henvisning fra praktiserende læge, sygehusafdeling, visitorkontor, sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut, eller socialrådgiver.



### ***4.3 Patientuddannelse***

#### **4.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse**

Den sygdomsspecifikke uddannelse som kræver speciallægekompetence, sygehusudstyr og støttefunktioner foregår på sygehuse eller i lægepraksis.

#### **4.3.2 Individuel vejledning omkring kost og motion**

Efter lægehenvielse kan der desuden ydes individuel vejledning omkring kost og motion.

#### **4.3.3 Rygestopkurser**

Borgere, der ønsker at stoppe med rygningen, tilbydes rygestopkurser enten individuelt i kommunalt regi eller i grupper på apoteker, der har aftale med Faaborg-Midtfyn Kommune.

### ***4.4 Samarbejder og projekter***

Faaborg-Midtfyn Kommune samarbejder med Region Syddanmark og praktiserende læger om tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse og ser gerne et samarbejde med Diabetesforeningen omkring rehabilitering.

Det er Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at der i fremtiden arbejdes med muligheden for at styrke og udvikle familie netværk.



## 5.0 Psykiske lidelser

Målgruppen er alle borgere med sindslidelser, der har behov for integreret behandling mellem sygehusvæsen og socialområderne.

### 5.1 Tidlig opsporing

En tidlig konstatering af en sindslidelse særligt i de unge år, og en efterfølgende behandling, kan være medvirkende til at en yderligere invalidering undgås.

Den første konstatering af en sindslidelse sker oftest gennem:

- Praktiserende læge
- Pårørende
- Skolevæsnet
- Den kommunale aktiveringsordning
- Sygedagpenge området
- Projekt "Det blå felt" (18 – 25-årige)

### 5.2 Den særligt sårbare patient

Faaborg-Midtfyn Kommune har i sin kronikerstrategi fokus på den særligt sårbare sindslidende som tilbydes en social-pædagogisk bistand via kommunens Socialpsykiatri.

I den integrerede behandling af sindslidende, er en kontaktperson vigtig. For at sikre sammenhæng i forløbet med den sindslidende har Regionen og kommunerne pligt til at udpege kontaktpersoner for alle brugere/patienter af sociale tilbud.

Kontaktpersonerne skal fremgå af journalen/handleplanen, og de skal være direkte involverede i forløbet for den sindslidende. Kontaktpersonen skal sørge for relevant information bliver videreformidlet, - og relevante parter bliver inddraget.

I samarbejdsaftalen med sygehusvæsnet er det yderligere beskrevet, at en koordinerende kontaktperson på tværs af systemerne kan være nødvendig i visse komplekse situationer. I sådanne tilfælde aftales altid hvem der har den overordnede koordinerende rolle.

I kommunen er kontaktpersonen den støtte/kontaktperson den sindslidende bliver tilknyttet i socialpsykiatrien. Støtte/kontaktpersonen bistår den sindslidende i eget hjem samt i sociale støtteforanstaltninger samt i alle relevante situationer hvor den sindslidende har behov for bistand til at klare dagligdagen.



### **5.3 Patientuddannelse**

Som led i behandling og rehabilitering af patienter med sindslidelser indgår undervisning om specifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom samt generel undervisning med fokus på eksempel livsstilsændringer og samt orientering om foreninger og netværk, der kan være med til at øge patientens livskvalitet. Hvor det findes nødvendigt kan det være meget hensigtsmæssigt at pårørende inddrages.

#### **5.3.1 Den sygdomsspecifikke patientuddannelse**

Den sygdomsspecifikke uddannelse som kræver speciallægekompetence, sygehusudstyr og støttefunktioner foregår på sygehuse eller i lægepraksis.

#### **5.3.2 Generel patientuddannelse**

Faaborg-Midtfyn Kommune giver patientundervisning til sindslidende, når det anses at ville kunne have en positiv effekt på den sindslidendes tilstand og helbred, ofte ud fra en individuel evaluering og interesse. Her vil i denne forbindelse være særligt fokus på KRAM faktorerne, det vil sige på kost, rygning, alkohol samt motion. Fokus kan være på at forbedre den sindslidendes helbred, men ligeledes på netværksopbyggende tiltag som kan styrke den sindslidendes sociale kontakter.

### **5.4 Samarbejder og projekter**

Der er i dagligdagen en løbende kontakt med praktiserende læge og Regionens distriktpsychiatri omkring den behandlingsmæssige og sociale indsats omkring borgeren.

Psyk.Info. og Faaborg-Midtfyn Kommune planlægger et projekt, der skal forbedre vilkårene for børn af forældre med sindslidelser.

Det er samtidig Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at der i fremtiden arbejdes med muligheden for at styrke og udvikle familie netværk.



## 6.0 Astma & Allergi

Målgruppen for Faaborg-Midtfyn Kommunes strategi overfor astma & allergi er børn som lider af astma og allergi eller er disponeret herfor.

Implementeringen af strategien foregår i et samarbejde med Astma og Allergiforbundet.

### 6.1 Forebyggelseskolen

Kommende forældre får viden om og redskaber til, hvordan de bedst kan tilrettelægge hverdagen, så deres barn har mindst mulig risiko for at få allergi.

Undervisningen gives af en sygeplejerske ansat i Astma og Allergiforbundet og planlægges af Den Kommunale Sundhedstjeneste.

### 6.2 Åbent hus arrangementer

Her kan forældre til småbørn lære om allergiforebyggelse og om, hvordan de sikrer et godt indeklima til glæde for både børn og forældre. Underviseren er også her en sygeplejerske fra Astma og Allergiforbundet, og hun tager desuden udgangspunkt i forældrenes hverdag. Det betyder, at hun også kan komme ind på, hvordan man giver et lille barn astmamedicin, hvad man skal gøre ved børneeksem, og hvordan man undgår fx mælk og æg i maden, hvis barnet har fødevareallergi.

Den Kommunale Sundhedstjeneste står for planlægningen af åbent hus arrangementerne.

### 6.3 Astmaskolen i skolen

Børn med astma får det meget bedre, hvis de kender deres sygdom. Det er udgangspunktet for astmaskolen, der foregår over tre gange med højst 20 børn fra første til femte klasse.

Børnene lærer, hvad astma egentlig er, hvordan de skal tage deres medicin, og hvordan de skal forebygge et astmaanfald. Lære de det, kan de også uden problemer deltage i fx idrætstimer i stedet for at blive fritaget og stå alene tilbage. Undervisningen foretages af sygeplejersker og fysioterapeuter. Desuden skal en eller flere idrætslærere deltage for at sikre, at undervisningen bliver fulgt op. Forældre er også velkomne til at overvære undervisningen og stille spørgsmål efterfølgende.

Den Kommunale Sundhedstjeneste står for planlægningen af astmaskolerne.



## **6.4 Eksemskole**

Børneeksem rammer ikke bare børn, men også voksne. Det klør, giver uro og ubehag i hverdagen. Men det nytter at forebygge og pleje huden på den rigtige måde. Undervisningen i eksemskolen er for alle med børneeksem – både børn, deres forældre, unge samt voksne. En sygeplejerske underviser om baggrunden for børneeksem og om, hvordan man bedst plejer den. Desuden får deltagerne viden om, hvorfor eksemen svinger så meget og hvad, der kan forværre den. Med i eksemskolen er også en smørebør, hvor deltagerne får vejledning i, hvordan man bedst smører sig selv eller sit barn ind.

Den Kommunale Sundhedstjeneste står for planlægningen af åbent hus arrangementerne.

## **6.5 Rygestopkurser**

Borgere, der ønsker at stoppe med rygningen, tilbydes rygestopkurser enten individuelt i kommunalt regi eller i grupper på apoteker, der har aftale med Faaborg-Midtfyn Kommune.

## **6.6 Erhvervsvejledning**

Tilbuddet er henvendt til unge, der har eller har haft astma og eksem. Nogle erhverv gør nemlig astma og eksem værre – måske først efter nogle år i jobbet – og kan derfor forværre eksemen og astmaen, eller få den til at bryde op igen. Erhvervsvejledningen tager udgangspunkt i den enkelte elevs sygehistorie, ønsker og evner for at hjælpe dem med at finde en uddannelse og et erhverv, de bliver glade for uden risiko for at afbryde det på grund af sygdom. Underviseren er en sygeplejerske, og undervisningen foregår fra det mobile sundhedscenter og planlægges i samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning i Svendborg.

## **6.7 Samarbejder og projekter**

Faaborg-Midtfyn Kommune samarbejder med Region Syddanmark og praktiserende læger om tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse og indgår i en partnerskabsaftale med Astma og Allergiforbundet omkring forebyggelse.

I samarbejdet med Astma & Allergiforbundet vil der ligeledes være mulighed for at trække på den nødvendige viden for kompetenceudvikle sundhedsplejerskerne.

Faaborg-Midtfyn Kommune vil desuden afdække muligheden for at indgå en aftale med Astma & Allergiforbundet omkring en astmaskole for teenagere.



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

Det er Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at der i fremtiden arbejdes med muligheden for at styrke og udvikle familie netværk.



## 7.0 Demens og Gerontopsykiatri<sup>10</sup>

Målgruppen for Demens og Gerontopsykiatri i kronikerstrategien er alle borgere med en demensdiagnose samt borgere med andre geronto-psykiatriske sygdomme / nedsat psykisk funktionsevne med tilsvarende behov for integrerede forløb.

### 7.1 Tidlig opsporing

Faaborg-Midtfyn Kommune er opmærksom på, at tidlig opsporing af patienter med demens kan være med til at forhale udviklingen af demenssygdommen, og samtidig kan en koordineret indsats være med til at give borgeren en bedre livskvalitet i alle faser af sygdommen.

Denne særlige opmærksomhed sker gennem:

- De forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år
- Den kommunale sygepleje
- Visitation
- Det mobile sundhedscenter med deres besøg i pensionistforeninger

Borgere, der viser tegn på hukommelsesproblemer tilbydes besøg af demenskoordinator med henblik på yderligere vurdering og vejledning i forbindelse med nærmere udredning.

### 7.2 Borgeren med demens

Alle borgere med en demensdiagnose – og deres pårørende – tilbydes kontakt med en demenskoordinator.

Demenskoordinatoren kobles på efter henvendelse fra borgeren selv, pårørende, praktiserende læge, sygehusafdeling, demenslinik, visitorkontor, hjemmeplejen, sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut eller socialrådgiver – og tager kontakt til borgeren senest 3 uger efter henvendelsen er modtaget.

Demenskoordinatoren skal i forsøget på at styrke borgerens egen formåen/livskvalitet:

- Give individuel vejledning til borgere med demens og deres pårørende
- Støtte borgere med demens og deres pårørende gennem behandlersystemet internt og eksternt
- Sikre at borgere med demens og deres pårørende opnår en god kontakt til de sundhedsprofessionelle

---

<sup>10</sup> Gerontopsykiatri: Depression, skizofreni og alvorlige adfærdsforstyrrelser hos ældre



- Give sparring til sundhedsprofessionelle omkring borgere med demens
- Fungere som bindeled til frivillige organisationer

Demenskoordinatoren skal ikke overtage rollen fra sygeplejersken, lægen eller terapeuten.

### ***7.3 Patient – og pårørendeuddannelse***

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder individuel vejledning og supervision til borgeren med demens og dennes pårørende – både generelt om sygdommen og specifikt vedrørende den enkelte borger.

Demensskole og Pårørendeskole på hold afholdes af Alzheimerforeningen samt i Geriatrisk Afdeling på Sygehus Fyn, Svendborg – demenskoordinatoren er behjælpelig med at skabe kontakt hertil.

### ***7.4 Den særligt sårbare borger med gerontopsykiatriske problemstillinger***

Den særligt sårbare borger med nedsat psykisk funktionsevne på baggrund af en geronto-psykiatrisk diagnose tilbydes kontakt med demenskoordinator enten direkte til:

- optimering af tilbud
- strukturering af hverdagen

og/eller indirekte til:

- supervision og undervisning af pårørende og/eller plejepersonale i forhold til deres omgang med – og pleje af borgeren med det hovedformål at personalet anvender socialpædagogiske principper og dermed begrænser anvendelse af magt.

Demenskoordinatoren samarbejder tæt med praktiserende læge og geronto-psykiatrisk team.

### ***7.5 Træning og aktivitet***

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder borgere med demens eller andre geronto-psykiatriske sygdomme vedligeholdende trænings- og aktivitetstilbud efter individuel visitation op til 4 dage ugentligt.



## ***7.6 Samarbejde med frivillige***

Faaborg-Midtfyn Kommune samarbejder med mange frivillige organisationer med det mål at lette dagligdagen for demens ramte – blandt andre Alzheimerforeningen på Fyn som forestår:

- Afholdelse af "Demensskole" for tidligt diagnosticerede borgere med demens
- Afholdelse af "Pårørendeskole"
- Faaborg-Midtfynske borgeres deltagelse i Alzheimerforeningens forskellige tilbud til borgere med demens og deres pårørende på Værestedet på Kallerupvej i Odense.

Organisationerne har qua disse samarbejder mulighed for at få del i de "frivillighedsmidler", Faaborg-Midtfyn Kommunes Sekretariat for Forebyggelse og Sundhed bevilger 2 gange årligt.

Der er Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at der i fremtiden arbejdes med muligheden for at styrke og udvikle familie netværk.



## **8.0 Kroniske smerter i bevægeapparatet**

På grund af kompleksiteten indenfor dette område er det blevet besluttet at området skal gennemgås nærmere, formentlig i samarbejde med jobcentret for derved bedre at kunne kortlægge hvilke grupper der i særlig grad bør tages initiativ til at øge indsatsen for.

I Jobcentret er man begyndt at arbejde på, at udvikle et rehabiliteringstilbud til de borgere, som er i kontakt med Jobcentret pga lettere psykiske lidelser samt lidelser i bevægeapparatet. Det er to grupper, der fylder meget.

Der er i dag enkelte eksempler på institutioner, der arbejder med internat-rehabilitering og som funderer indsatsen på forskning i rehabilitering.

Der stiles efter at etablere en arbejdsgruppe på regionalt plan. Denne arbejdsgruppe skal i så fald undersøge mulighederne for - gerne i samarbejde med en velfungerende norsk institution - at opbygge en form for internat-rehabilitering. Træningsområdet vil være bindeled mellem jobcenter og kronikerstrategi gruppe og vil være ansvarlig for opfølgning og det videre forløb af arbejdet med denne gruppe. Først for strategien 2009 bør det forventes, at der foreligger en konkret strategi for dette område.



## **9.0 Opsamling**

I forbindelse med kommunernes øgede fokus og ansvar for forebyggelse og sundhed, har Faaborg-Midtfyn Kommune taget den beslutning, at tilbuddene til patienter med kroniske lidelser skal opprioriteres og at indsatsen overfor disse borgere skal forbedres så patienter med kroniske sygdomme kan bevare eller genetablere livskvaliteten.

I forsøget på dette er der i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende læger udarbejdet en kronikerstrategi, som for fremtiden vil være et administrationsgrundlag for den indsats, der ydes overfor borgere med kroniske lidelser.

Strategien er således udsprunget af et behov for en forbedret indsats lokalt for disse patienter, men kronikerstrategien er ligeledes i linje med de nationale samt regionale tiltag der er blevet udarbejdet i løbet af 2006 - 2008. Her henvises blandt andet til Sundhedsstyrelsens idé-katalog for patienter med kroniske sygdomme og Region Syddanmarks arbejde med patientforløbsbeskrivelser for visse grupper af kroniske patienter.

Ligeledes er Faaborg-Midtfyn Kommunes kronikerstrategi et forsøg på at tilrettelægge den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme i respekt for Faaborg-Midtfyn Kommunes sundhedspolitik.

Kronikerstrategien tager udgangspunkt i følgende store sygdomsgrupper:

- Hjertesygdomme
- KOL
- Diabetes II
- Psykiske lidelser
- Astma og allergi
- Demens og gerontopsykiatri
- Kroniske smerter i bevægeapparatet

Strategien skal ses som et dynamisk arbejdsdokument, som opdateres og justeres årligt. Ydermere, vil der muligvis blive inddraget yderligere kroniske sygdomme i strategien. Når visse sygdomme på nuværende tidspunkt ikke er inkluderet i strategien, er det således ikke et udtryk for, at andre sygdomskategorier ikke har kommunens opmærksomhed. Det har dog været nødvendigt at prioritere og dette er blevet gjort ud fra nationale og regionale standarder.

Strategien er opbygget ud fra en stratificeringsmodel med fokus på følgende indsatsområder:

- Sammenhængende patientforløb
- Kommunikation



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

- Undgåelse af uhensigtsmæssige indlæggelser
- Undgåelse af utilsigtede hændelser
- Kvalitet og opfølgning

Disse er generelle for alle målgrupper i strategien

Øvrige elementer der indgår i strategien er:

- Tidlig opsporing
- Den særligt sårbare patient
- Patientuddannelse
- Rygestop kurser
- Træning
- Samarbejde og projekter

Som nævnt, er strategien et arbejdsdokument, hvor det er Faaborg-Midtfyn Kommunes intension, at sundhedspersonale, sagsbehandlere og praktiserende læger skal være med til at formidle kronikerstrategien til borgerne. Derved levendegøres dokumentet og bliver anvendeligt for flest mulige borgere i kommunen.

Næste skridt på vejen til at gøre strategien levende og praktisk vil være udarbejdelsen af informationsmateriale og henvisningsblanketter til tilbud nævnt i strategien og sidst men ikke mindst skal der startes en evalueringsprocedure op, som skal sikre evidens for, om strategien virker efter hensigten. Der påtænkes en evaluering på de 3 niveauer:

- Patientens oplevelse
- Praktiserende lægers vurdering
- Den kommunale forvaltnings vurdering

Der vil til kronikerstrategien være en bilagsdel, hvor de i strategien omtalte dokumenter vil være præsenteret. Det drejer sig om:

- Kvalitetsstandarder for forebyggende tilbud
- Aftaler med 3. part om varetagelse af forebyggende tilbud
- Patientskoleforløb
- Blanketter

Der er endnu områder hvortil bilagene ikke er færdig udviklet. Disse bilag vil blive tilført bilagsdelen løbende som de færdig udvikles og bliver en aktiv del af strategien.