



Sundhedscenter 2019

Årsrapport - Forløbsprogrammer

Rapporten giver et overblik over udviklingen af
forløbsprogrammer i Ishøj Kommune

Indholdsfortegnelse

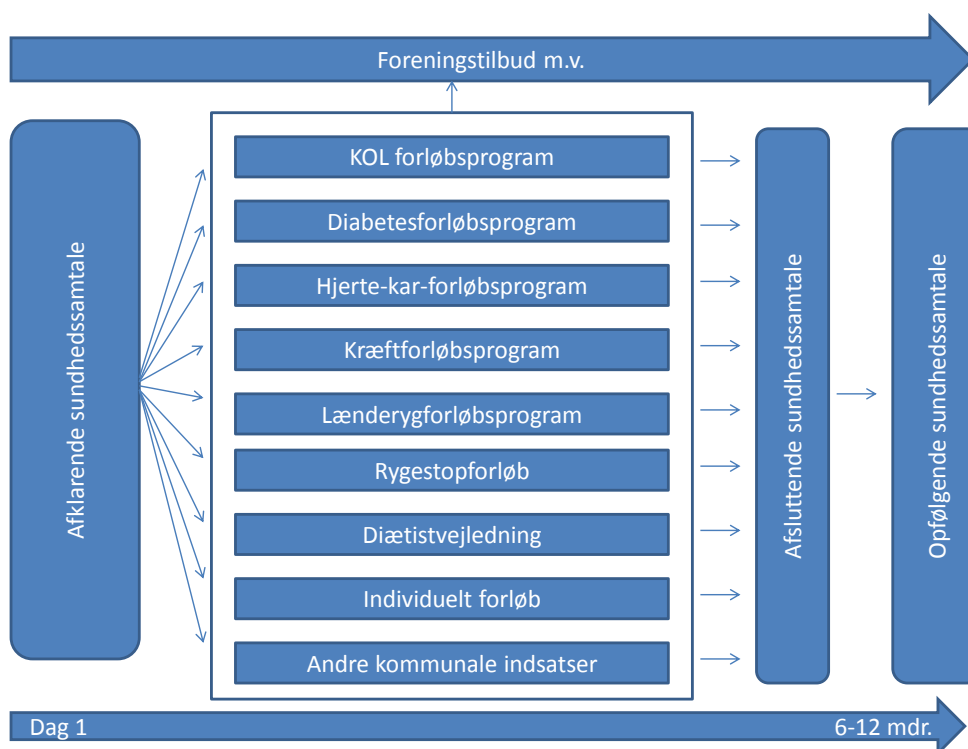
1.0. Formål med forløbsprogrammer.....	3
1.1. Antal forløb.....	4
1.2. Antal henvisninger til § 119 forløbsprogrammer.....	5
1.3. Antal forløb pr. diagnose.....	5
1.4. De tre største forløbsprogrammer fordelt pr. måned.....	6
1.5. Hvornår i borgerforløbet henvises den enkelte borger.....	6
1.6. Borgere der henvises med prædiabetes.....	7
1.7. Fordeling af hvem der henviser til forløbsprogrammer.....	7
1.8. Den årlige fordeling af sundhedssamtaler.....	8
1.9. Samlet antal af forløb tilbudt i Sundhedscenteret 2019.....	9
2.0. Fordeling af antal borgere på forløbsprogrammerne.....	9
2.1. Fordelingen af forløb som borgeren tilbydes som andet forløb.....	10
2.2. Fordeling af diagnoser hos borgere visiteret til et individuelt forløb.....	10
2.3. Afslutningsårsager.....	11
2.4. Borgere henvist til Sundhedscenteret, som ikke har ønsket et forløb eller fejlhenvisninger.....	12
Referencer.....	13

1.0. Formål med forløbsprogrammer

Sundhedsstyrelsen definerede i 2008 kommunale forløbsprogrammer for kronisk syge. Målet med forløbsprogrammerne er at højne kvaliteten af indsatserne i kommunerne til kronisk syge samt sikre hensigtsmæssig udnyttelse af kommunens ressourcer. Ishøj Kommune har jf. sundhedsloven § 119 ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne.

Ishøj Kommune tilbyder forløbsprogrammer indenfor Lænde/ryg, KOL, Diabetes og Cancer. Sundhedskonsulenter og terapeuter fra Træning og Rehabilitering varetager i samarbejde med Vallensbæk Kommune de tre store forløbsprogrammer for borgere med KOL, Diabetes og Cancer. Lænde/ryg forløbet bliver varetaget af fysio- og ergoterapeuter i Ishøj Kommunes træningscenter. Derudover tilkøber kommunen forløb for borgere med kronisk hjertesygdom i Albertslund Kommune. Ud over de af Sundhedsstyrelsen definerede forløbsprogrammer tilbyder Ishøj kommune diætistvejledning til borgere med prædiabetes, der udspecificeres i afsnit 1.6.

Nedenstående figur viser borgerens vej igennem et forløb i Sundhedscenteret:



Når Sundhedscenteret har modtaget en henvisning, ringer sundhedskonsulenterne til borgeren og aftaler dato for den afklarende samtale. Borgernes sundhedsforløb bliver planlagt ud fra borgerens individuelle behov og de forskellige forløbsprogrammer er bygget forskelligt op. Nedenstående tabel viser opbygningen af de tre store forløbsprogrammer Sundhedscenteret tilbyder:

Forløb	Antal hold årligt	Antal gange pr. hold	Varighed pr. gang (time)
KOL	3	5	1,5
KOL træning	Løbende optag	20	45 min
Diabetes 2	4	5	2,5
Cancer	2	7	3
Cancer træning	Løbende optag	12-29 gange afhængig af hvilket træningsforløb borgeren visiteres	1

Efter endt forløb bliver borgeren tilbudt en afsluttende samtale og efter den afsluttende samtale bliver borgeren tilbudt en telefonisk opfølgende samtale, ca. 2 – 3 måneder efter den afsluttende samtale.

Sundhedscenteret tilbyder også individuelle samtaler til borgere, der ikke har mulighed for at benytte sig af holdundervisningen af forskellige årsager. Dette udspecificeres senere i rapporten.

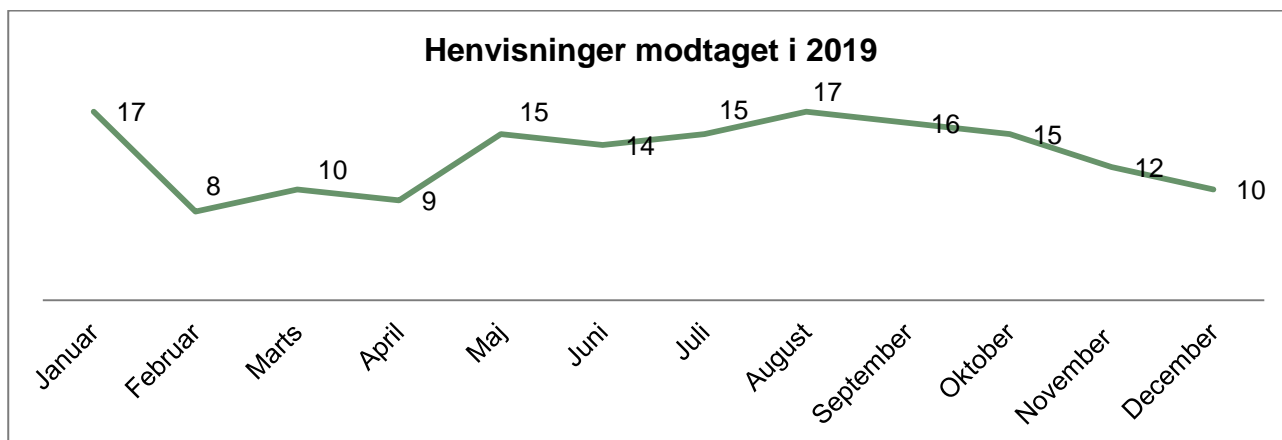
1.1. Antal forløb

Forløbsprogrammer har de senere år været under stor udvikling. Grundet overgang til nyt omsorgssystem i efteråret 2018 er der i denne rapport valgt kun at have fokus på henvendelser modtaget i 2019.

Sundhedscenteret har indtil nu haft 158 relevante henvisninger til forløbsprogrammer. Borgerne har haft den første telefoniske kontakt med en sundhedskonsulent gennemsnitlig 0,92 dag inkl. weekend efter Sundhedscenteret har modtaget henvisningen. Ud af de 158 henvisninger har sundhedskonsulenterne henvist 13 borgere direkte videre til træningscenteret efter den telefoniske kontakt, fordi borgerne udelukkende er interesseret i et træningsforløb. Dette er løbende blevet ændret til, at borgere af organisatoriske årsager skal til en afklarende samtale før de kan blive henvist videre til træningscenteret på § 119. Derudover har der været 39 fejlhenvisninger. Heriblandt henvisninger til psykologhjælp, overvægt, stress osv. Ydelser som Sundhedscenteret ikke tilbyder. Sundhedskonsulenterne guider i disse tilfælde enten borgerne videre til den hjælp de har behov for eller tager kontakt til egen læge for formidling af hvad forløbsprogrammerne indeholder. Denne rapport omhandler kun tal fra forløbsprogrammerne, idet der er valgt at se bort på fejlhenvisningerne. Rapporten tage udelukkende udgangspunkt i data på borgere fra Ishøj Kommune. Borgere fra Vallensbæk, som har deltaget i forløbsprogrammerne figurerer ikke i denne rapport.

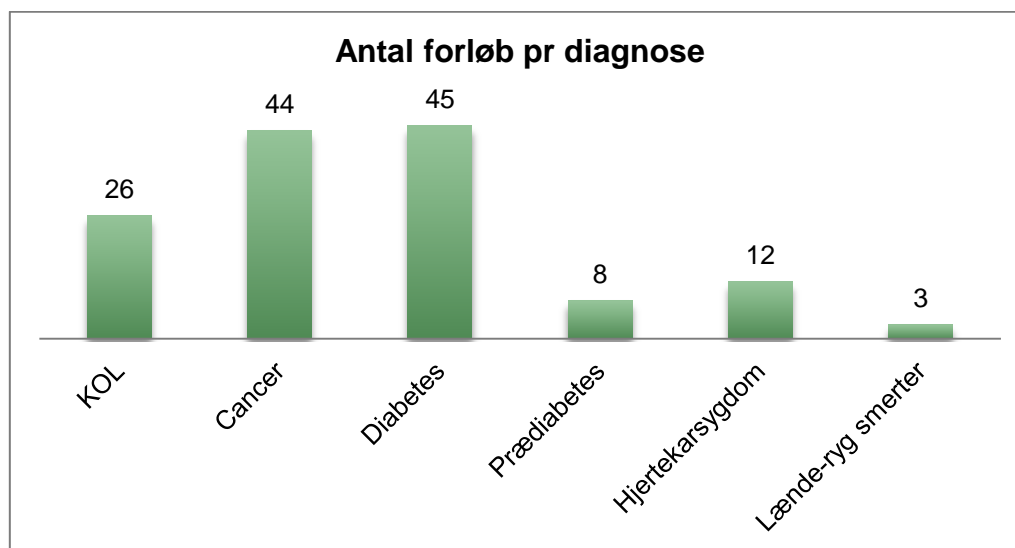
1.2. Antal henvisninger til § 119 forløbsprogrammer

Grafen nedenfor viser udviklingen af antal henvisninger modtaget i Sundhedscenteret.



1.3. Antal forløb pr. diagnose

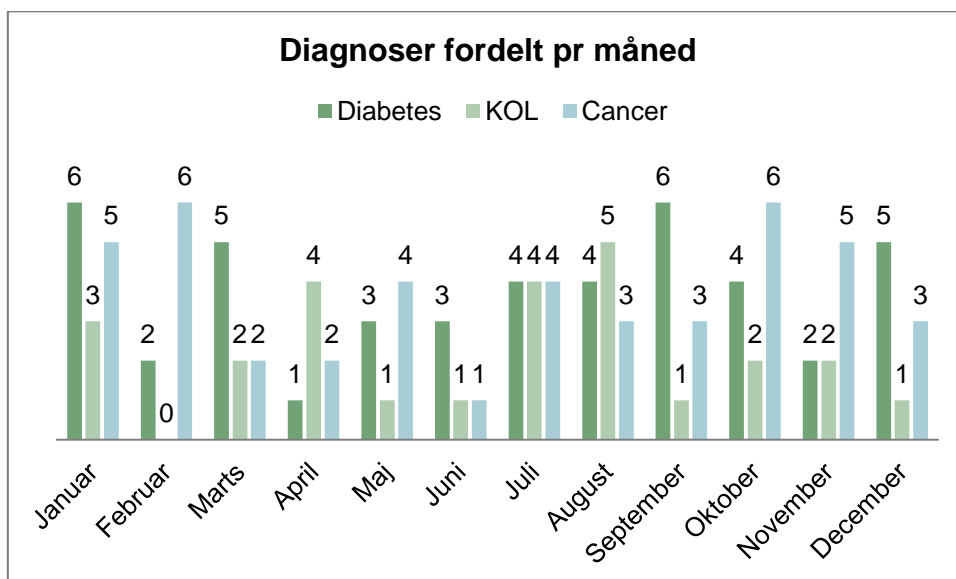
Grafen viser fordelingen af henvisninger til de forskellige diagnoser i 2019.



Ud fra denne graf ses det, at størstedelen af de henvisninger Sundhedscenteret modtager omhandler forløb til KOL-, Cancer-, og Diabetesforløbsprogrammer. Sundhedscenteret tilpasser antallet af undervisningshold efter, hvor mange borgere, der bliver henvist.

1.4. De tre største forløbsprogrammer fordelt pr. måned

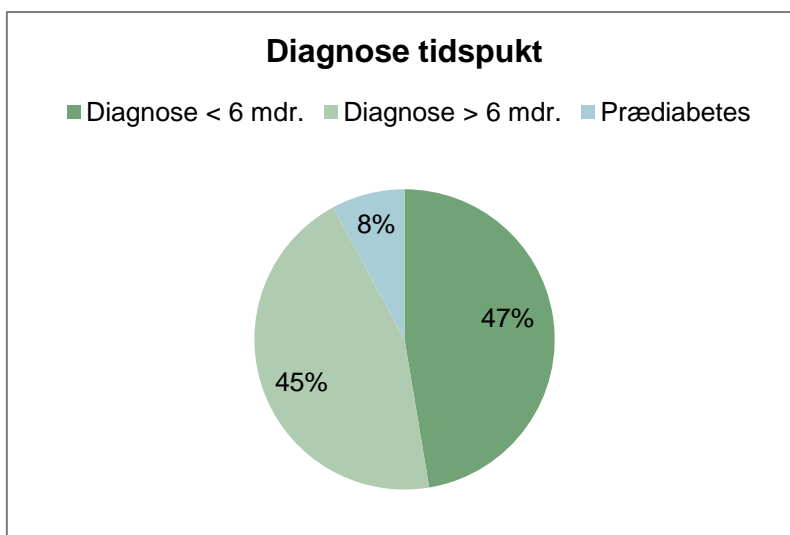
Denne graf viser en oversigt over, hvornår henvisningen er modtaget og hvilken diagnose det indebærer.



Ovenstående graf viser en jævn fordeling af henvendelser, hvilket stemmer overens med at forløbsprogrammerne er fordelt over hele året.

1.5. Hvornår i borgerforløbet henvises den enkelte borger

Dette diagram viser, at både borgere, der er relativt nydiagnosticeret og borgere, som har haft diagnosen i mere end seks måneder henvises til forløbsprogrammerne.



1.6. Borgere der henvises med prædiabetes

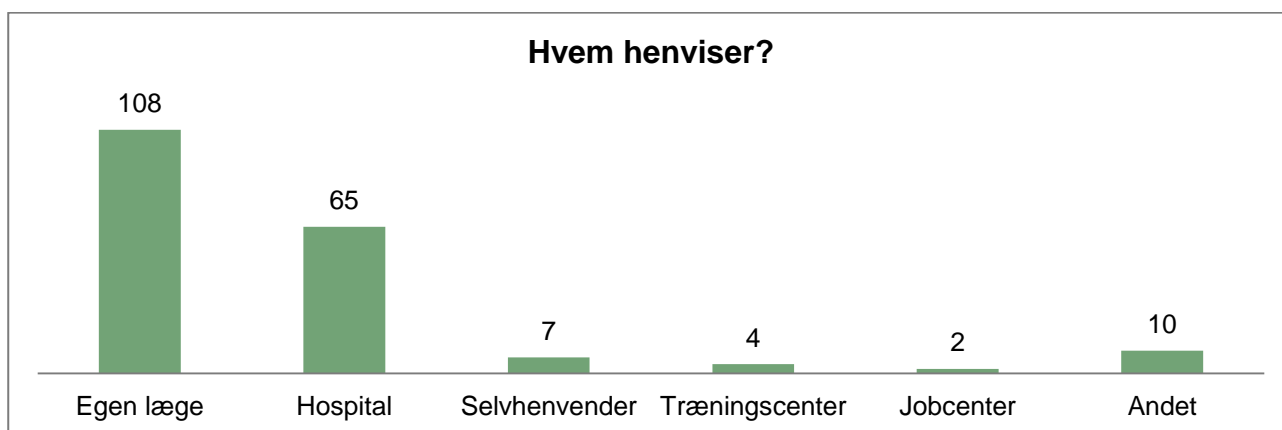
Sundhedscenteret tilbyder diætistforløb for borgere med prædiabetes. Formålet er, at forbygge eller udsætte at borgerne udvikler diabetes 2. Prædiabetes defineres som borgere med forhøjet HbA1c (langtidsblodsukker) mellem 42-47 mmol/mol (Videncenter for diabetes, 2019). For at borgere med prædiabetes kan få et forløb i Sundhedscenteret kræver det, at langtidsblodsukkeret er på mere end 42 mmol/mol sammen med mindst én af nedenstående risikofaktorer:

- Dyslipidæmi (lipid forstyrrelser)
- Hjertekarsygdomme
- PCOS
- Familiær disposition
- Tidligere graviditets diabetes
- Hypertension (forhøjet blodtryk)
- BMI mellem 26-39

I 2019 er 12 borgere med prædiabetes blevet tilbudt et diætistforløb i Sundhedscenteret, hvoraf otte af dem har takket ja til et forløb.

1.7. Fordeling af hvem der henviser til forløbsprogrammer

Det kræver lægehenvielse at deltage på forløbsprogrammerne. Sundhedscenteret modtager henvendelser fra flere forskellige instanser, se nedenstående tabel. Hvis en borger ikke henvises fra praktiserende læge eller hospitalet, hjælper sundhedskonsulenterne borgeren med at rekvirere henvielse fra den praktiserende læge.

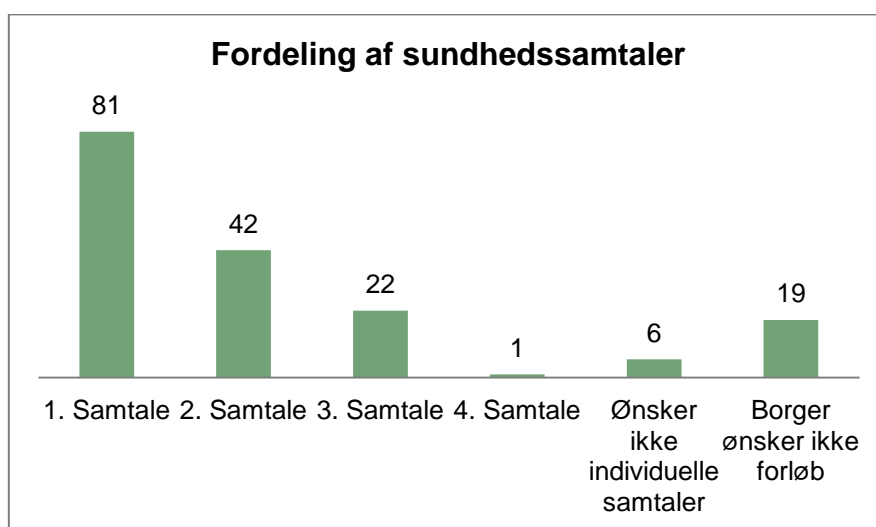


Selvhenvendelser er borgere der enten har set annonce for et forløbsprogram i Sydvest, postkort hos egen læge eller har hørt det omtalt i omgangskredsen. Henvendelser modtaget fra "Andet" indebærer henvendelser modtaget fra medarbejdere i Center for Voksne og Velfærd, herunder vejledere og hverdagsrehabilitering.

Sundhedscenteret arbejder kontinuerligt med rekrutteringsprocessen, hvilket gør det interessant at vide, hvorfra henvisninger kommer fra og hvor man i så fald bør yde en ekstra indsats i forhold til rekruttering.

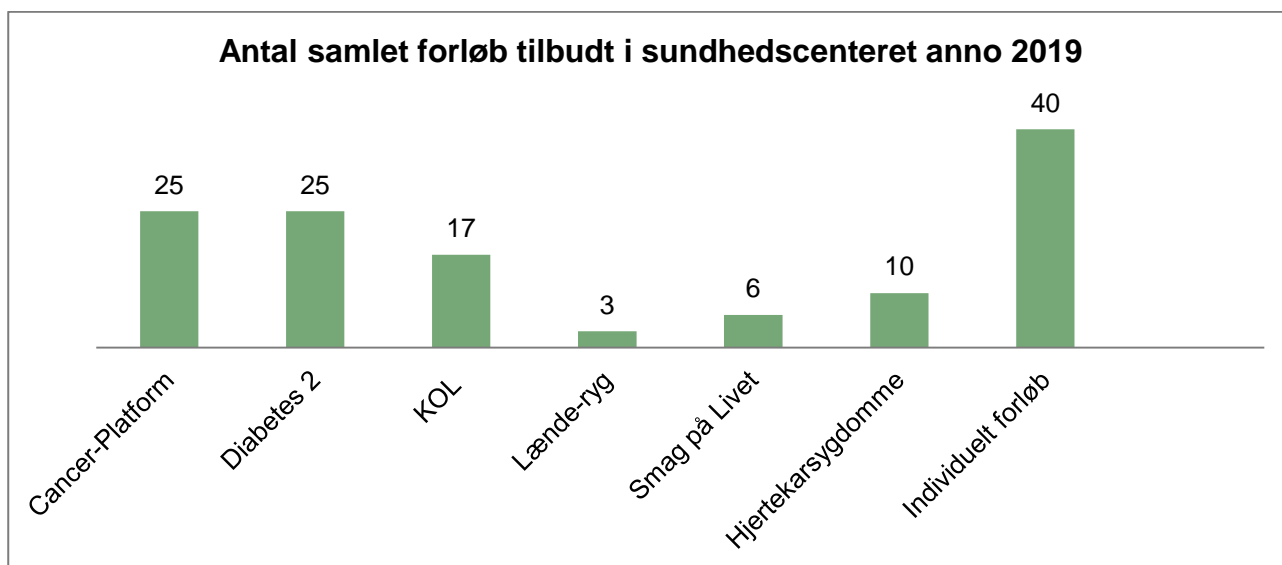
1.8. Den årlige fordeling af sundhedssamtaler

Når borgerne bliver henvist til Sundhedscenteret får de tilbudt en individuel sundhedssamtale. Denne samtale figureres i punkt 1.0. som den *afklarende samtale*. Under sundhedssamtalen tilrettelægger sundhedskonsulenten i samarbejde med borgeren et forløb ud fra et helhedsorienteret perspektiv, således at den enkelte borgers ønsker og behov bliver tilgodeset. Sundhedscenteret tilbyder både hold- og individuelle forløb. Borgere på holdforløb tilbydes som grundregel tre individuelle sundhedssamtaler i løbet af deres forløb jf. figur i afsnit 1.0.



Grafen viser antallet af individuelle samtaler, samt de borgere der ikke ønsker individuelt forløb eller slet ikke ønsker et forløb. Sundhedscenteret har indtil nu haft 158 borgere igennem, hvor af kun 81 ønsker at benytte sig af kommunens tilbud om en sundhedssamtale, den 1. samtale. Dette kan skyldes flere ting. Ofte har borgeren et bestemt ønske om blot at komme på et træningsforløb, eller også er borgeren et sted i deres forløb, hvor de ikke har overskud til, at blive indkaldt til mere end højst nødvendigt. Som nævnt tidligere vil disse tal formegentlig ændre sig i statistikken for 2020 idet Sundhedscenteret ikke længere tilbyder træningsforløb for § 119 uden en individuel samtale. Fordelingen af 2., 3., og 4., samtale forventes at stige primo / medio 2020. Dette skyldes at statistikken opstartes primo 2019. Dvs. at borgeren først skal igennem det individuelle forløb, før de tilbydes en 2., 3., og en evt. 4. samtale.

1.9. Samlet antal af forløb tilbudt i Sundhedscenteret 2019

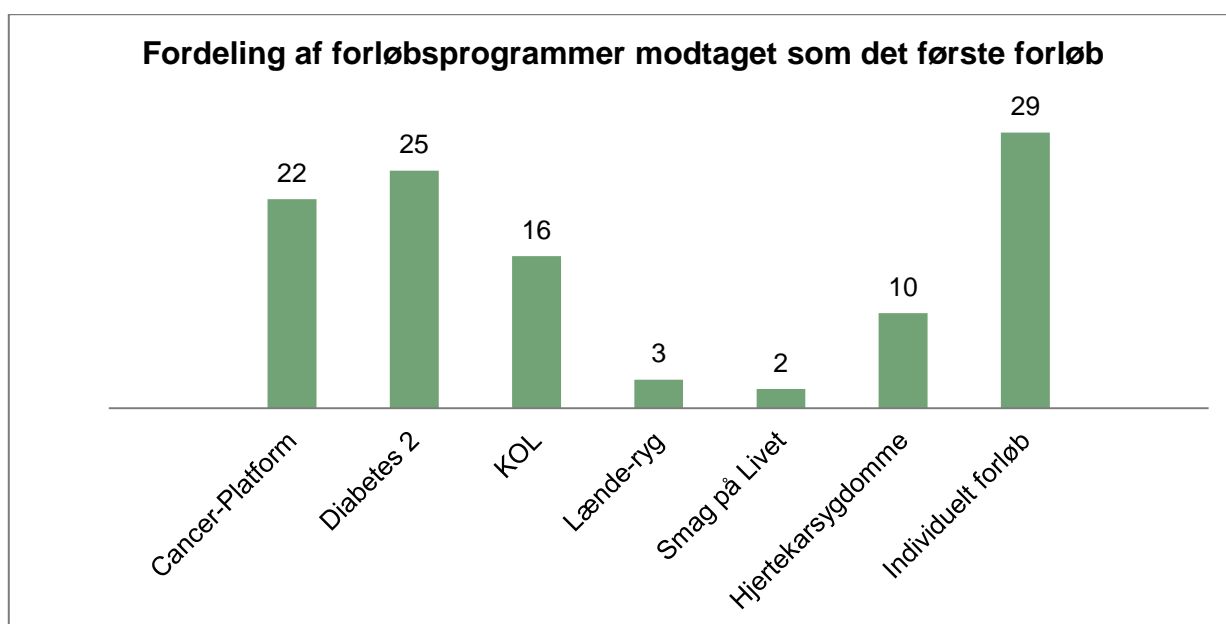


Ovenstående graf viser det samlede antal forløb leveret i Sundhedscenteret i 2019.

2.0. Fordeling af antal borgere på forløbsprogrammerne

Nogle borgere er i første omgang blevet henvist med én diagnose og tilbudt et forløb tilsvarende diagnosen. Under borgerens første forløb fremkommer det, at borgeren har flere diagnoser. Sundhedscenteret har mulighed for, at tilbyde et nyt forløb til den fremkomne diagnose. De to kommende grafer viser, hvor mange borgere der har haft behov for henholdsvis et eller to forløb.

Nedenstående graf viser hvilket forløb borgeren har modtaget som første forløb.

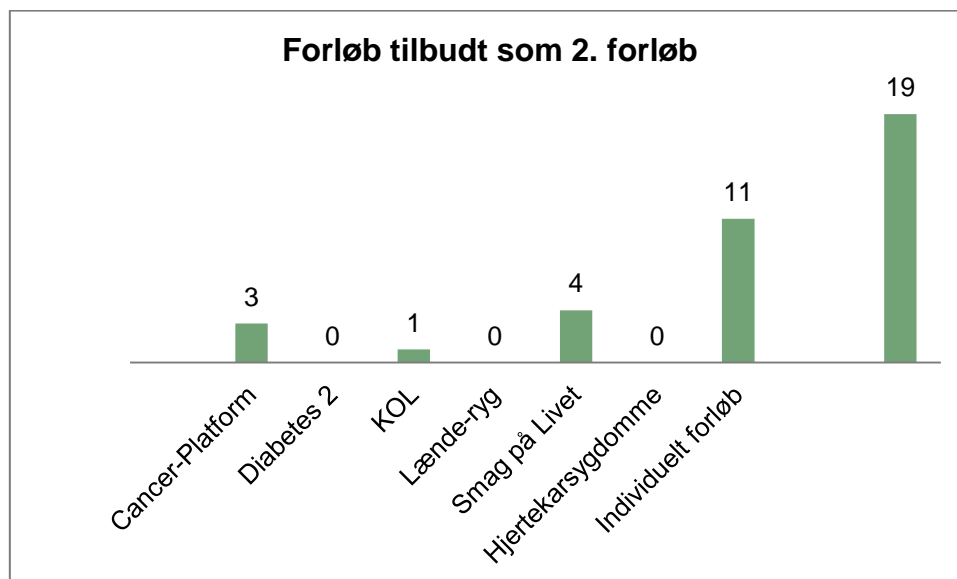


*For udspecificering af diagnoser for et individuelt forløb henvises til graf i afsnit 2.2.

”Smag på livet” er ikke et forløbsprogram, men et tilbud til borgere med prædiabetes eller borgere med diabetes 2, som har behov for ekstra vejledning i kost. Dette forløb revurderes og nytænkes til 2020.

2.1. Fordelingen af forløb som borgeren tilbydes som andet forløb

Denne graf viser antallet af borgere som har fået tilbudt andet forløb.



*Udspecificering af individuelt forløb henvises til graf i afsnit 2.2.

2.2. Fordeling af diagnoser hos borgere visiteret til et individuelt forløb

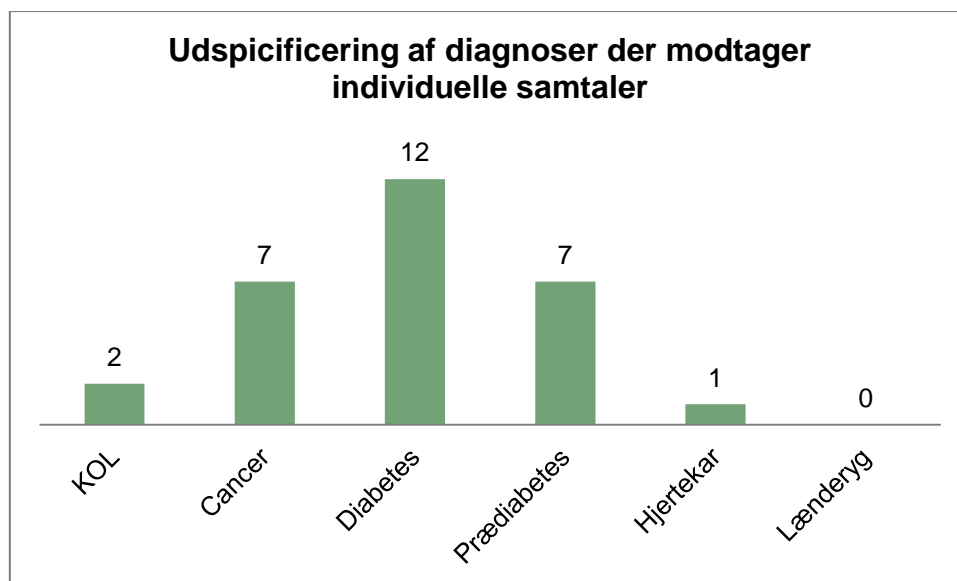
Mange borgere har stor glæde af at deltage på holdundervisning, hvor de møder andre, der lever med lignende udfordringer i forhold til deres kroniske sygdom, mens nogle borgere har større glæde og effekt af individuelle samtaler med en sundhedskonsulent.

Der er forskellige årsager til, at borgerne bliver tilbudt et individuelt forløb. Det kan bl.a. skyldes:

- At borgeren lider af angst
- At borgeren af arbejdsmæssige årsager ikke kan deltage i undervisning på hold.
- At borgeren har behov for tolk

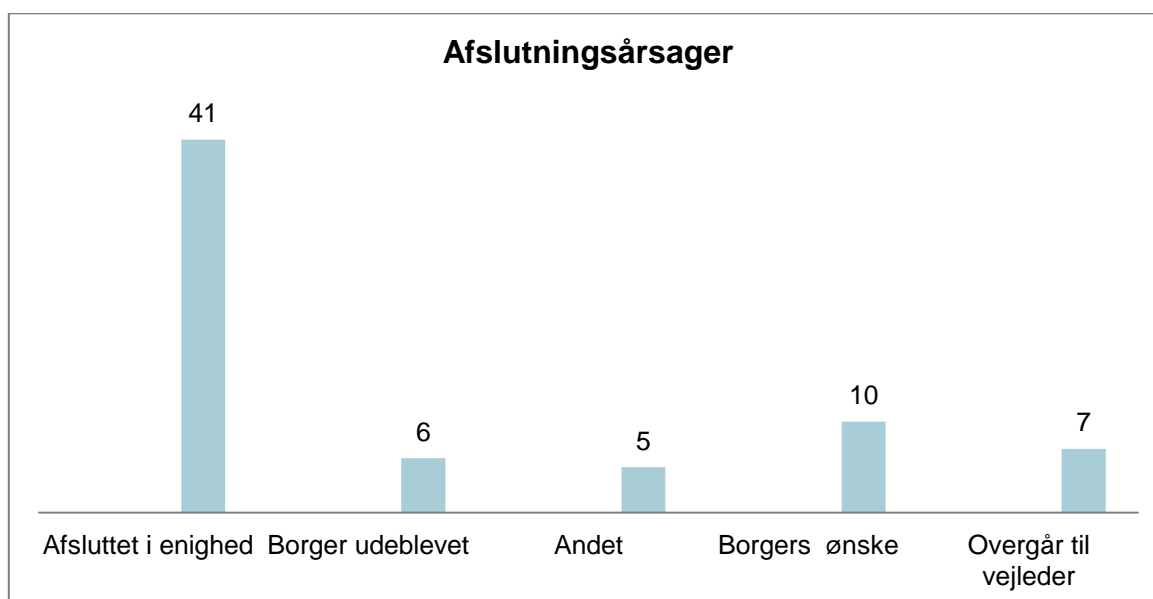
Antallet af individuelle samtaler er stigende. Dette skyldes, at Sundhedscenteret i 2019 har evalueret forløbsprogrammerne og at nyeste evidens peger på, at nogle borgergrupper med kroniske sygdomme har større gavn af individuelle forløb. I den forbindelse er sundhedskonsulenterne ved, at blive uddannet i GEB-metoden (Guidet Egen Beslutning). GEB-metoden er en samtale og refleksionsmetode, hvor borgeren under individuelle samtaler guides til at fortage livsstilsændringer.

Nedenstående graf viser, hvilke diagnoser, borgere der modtager individuelle samtaler, er henvist med.



2.3. Afslutningsårsager

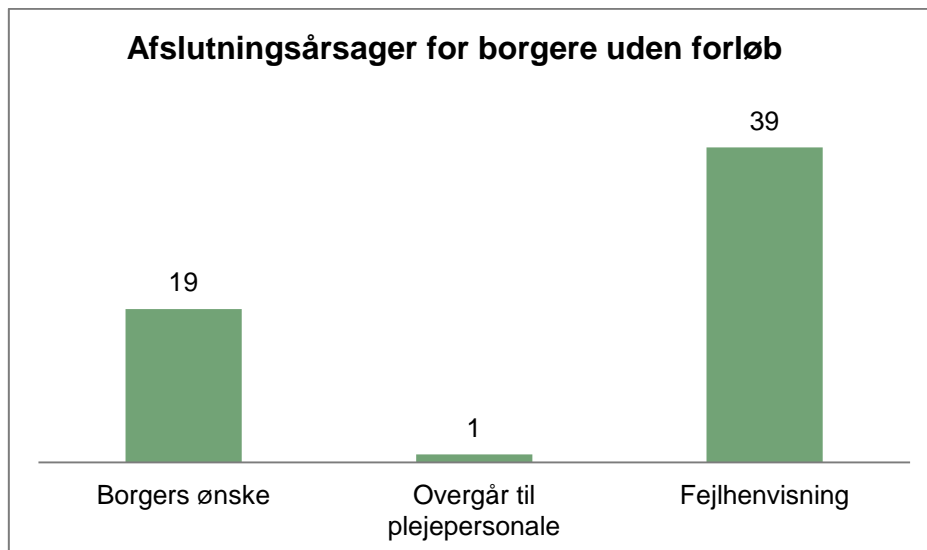
Nedenstående graf viser en oversigt over afslutningsårsager for borgere, der har modtaget et forløb i Sundhedscenteret.



"Afsluttet i enighed" indeholder flere aspekter. Blandt andet er det særligt gældende for cancerborgerne, at de ikke ønsker yderligere tiltag i kommunalt regi, fordi de enten er blevet raskmeldt eller har genoptaget arbejde. Derudover indeholder det borgere, hvor sundhedskonsulenten med sin faglighed i samråd med borgeren har afgjort, at der ikke er behov yderligere tiltag. "Andet" indebærer fx borgere, der er fraflyttet kommunen.

2.4. Borgere henvist til Sundhedscenteret, som ikke har ønsket et forløb eller fejlhenvisninger

Nedenstående graf viser en oversigt over de borgere, der afsluttes i Sundhedscenteret uden forløb. Det kan fx. være borgere der er henvist fra egen læge eller hospital, men ikke selv ønsker at opstarte et forløb. Ligeledes kan det være borgere, som er fejlhenviste, hvilket som tidligere beskrevet fx indebærer borgere med overvægt eller borgere der har behov for psykologhjælp.



Den borger, der "overgår til plejepersonale" er henvist med prædiabetes. Sundhedscenterets diætist har vejledt plejepersonalet og borgerens forløb kan derfor varetages i andet regi.

I forhold til det store antal af fejlhenvisninger viser det, at der i det tværfaglige samarbejde er plads til forbedring. I 2020 vil der derfor blive arbejdet videre på brobygning mellem faggrupperne, således at det kan spare alle for fx ekstra administrativt arbejde.

Referencer

Juul Jørgensen S., 2005: "Kronisk sygdom patient, sundhedsvæsen og samfund forudsætninger for det gode forløb".
Version: 1,0 [1. oplag] ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2005.

Sundhedsstyrelsen, 2005: "forløbsprogrammer for kronisk sygdom"
<https://www.sst.dk/~media/5C35B9DEA91B4E0A91458076F1994019.ashx>

Videncenter for diabetes, 2019. "Prædiabetes" <https://www.videncenterfordiabetes.dk/Type-2-diabetes/Praediabetes>