

Kommunernes Landsforening

Strategiske udfordringer i den patientrettede
forebyggelse i kommunerne

Seminar d. 30. oktober 2009

December 2009

Kommunernes Landsforening

Strategiske udfordringer i den patientrettede
forebyggelse i kommunerne

Seminar d. 30. oktober 2009

December 2009

Indholdsfortegnelse

1	Udfordringer for den patientrettede forebyggelse i kommunerne	2
1.1	Den borgerrettede forebyggelse	2
1.2	Den patientrettede forebyggelse	3
1.3	Seminar om udfordringerne	3
2	Der mangler evidens for meget af den patientrettede forebyggelse	5
3	Fokus er på diagnoser, men hvad med funktionsevnen?	7
4	Patientflowet er lille i mange kommuner	9
5	Serviceniveauet og den sociale ulighed	11
6	Er der behov for nye typer af forløbsprogrammer?	13

1 Udfordringer for den patientrettede forebyggelse i kommunerne

Kommunernes Landsforening (KL) har som et led i sit strategiarbejde for forebyggelse og sundhedsfremme udarbejdet et forslag til indsatsområder og aktiviteter for den kommunale forebyggelse og sundhedsfremme. Formålet er at styrke KLs interessevaretagelse med henblik på at skabe grundlag for prioritering af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til brug for næste generation af kommunernes sundhedspolitikker og sundhedsaftaler.

Det forebyggende arbejde i kommunerne opdeles sædvanligvis i borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse.

1.1 Den borgerrettede forebyggelse

I KLs forslag til borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne af 27. oktober 2009 prioriteres indsatser vedrørende KRAM, mental og seksuel sundhed og ulykker. Indsatser kan typisk vedrøre udarbejdelse af politikker, organisation og koordination, kompetenceudvikling, oplysning og konkrete indsatser vedrørende fysiske rammer, rådgivning, holdundervisning, træning og fysisk aktivitet mv.

For hvert indsatsområde har KL afholdt et seminar med deltagelse af kommunale fagpersoner, forskere og andre nøglepersoner. På seminarerne er der foretaget en prioritering af nationale anbefalinger til indsatser ud fra en række kriterier, herunder den foreliggende dokumentation for effekt, omkostningseffektivitet, realistiske rammer for implementering mv. KL har endvidere udarbejdet et skøn over, hvad det vil koste at gennemføre forslaget.

Forslaget vil indgå i KLs interessevaretagelse i forhold til stat og regioner. Forslaget vil endvidere blive udsendt til kommunerne til inspiration i forbindelse med revision af sundhedspolitikkerne.

1.2 Den patientrettede forebyggelse

Den patientrettede forebyggelse adskiller sig fra den borgerrettede forebyggelse ved, at der nu er indgået sundhedsaftaler, der blandt andet regulerer samarbejdet mellem kommune og region om den patientrettede forebyggelse, herunder hvilke tilbud, der kan prioriteres - f.eks. hjertekarsygdom eller diabetes. Den borgerrettede forebyggelse prioriterer kommunen derimod selv - med mindre der er aftalt andet i sundhedsaftalerne.

KLs analyse af det forebyggende arbejde i kommunerne fra 2008¹ viser, at alle kommuner er i gang med at udvikle patientrettede tilbud. I snit blev der indrapporteret mellem 2 og 3 indsatser per kommune. Cirka 40 procent af tilbuddene var diagnoserettede tilbud - typisk i forhold til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes eller hjertekarsygdom, andre 40 procent af tilbuddene var forskellige former for sundhedsfremmerådgivning - typisk i forbindelse med KRAM-faktorer - og endelig var de sidste 20 procent almene patientuddannelsesstilbud, der går på tværs af diagnoser - typisk i form af Sundhedsstyrelsens kursus: "Lær at leve med kronisk sygdom".

I Sundhedsstyrelsens netop udgivne rapport om patientuddannelser² påpeges, at i forhold til den sygdomsspecifikke forebyggelse er der ikke en organiseringsform, som enten har vundet særlig udbredelse på tværs af regioner og kommuner, og/eller som synes særlig hensigtsmæssig. I relation til de sygdomsspecifikke patientuddannelser, der har eksisteret i en årrække i sygehusregi, er der selv inden for de samme patientgrupper stor variation i forhold til indhold, form og varighed. De fleste regioner har planer om at foretage en standardisering af de uddannelser, som udbydes i sygehusregi. I fem undersøgte kommuner er man nået relativt langt med at implementere sygdomsspecifikke patientuddannelser, men der er stor variation i forhold til, hvorvidt uddannelserne er beskrevet i relation til kommunernes samlede kronikerindsats.

1.3 Seminar om udfordringerne

Der er efterhånden indhøstet en hel del kommunale erfaringer med den patientrettede forebyggelse. KL har derfor indkaldt en række kommunale repræsentanter samt andre nøglepersoner på området med henblik på at drøfte nogle af disse erfaringer. Formålet er at indsamle og strukturere disse erfaringer til brug for udviklingen af den patientrettede forebyggelse og 2. generation sundhedsaftaler.

¹ KL. Godt i gang - en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008. Oktober 2008.

² Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2009.

KL afholdt d. 30. oktober 2009 i samarbejde med COWI et seminar med deltagere fra kommunerne, Sundhedsstyrelsen og sygehusene. Bilaget til dette notat indeholder en oversigt over deltagerne.

På seminaret blev der sat fokus på følgende udfordringer for kommunerne:

- Der mangler evidens for meget af den igangværende patientrettede forebyggelse
- Fokus er først og fremmest på borgernes diagnoser og ikke på deres funktionsevne
- Patientflowet er for lille i mange kommuner
- Serviceniveauet og den sociale ulighed
- Er der behov for nye typer af forløbsprogrammer end de aktuelle?

Alle seminardeltagere fik før seminaret tilsendt et oplæg, hvor ovennævnte udfordringer blev beskrevet mere udførligt. Dette notat er en opsamling af drøftelserne på seminaret. Notatet er opbygget således, at hvert afsnit indledes med en boks, som indeholder oplægget vedrørende hver udfordring, og herefter redegøres for de vurderinger og synspunkter, som blev fremlagt på seminaret.

2 Der mangler evidens for meget af den patientrettede forebyggelse

Der foreligger begrænset evidens i videnskabelig forstand for store dele af den patientrettede forebyggelse i kommuner og på sygehuse. Alligevel udvikles og implementeres forløbsprogrammer overalt i kommunerne i samarbejde med regioner og sygehuse. Det kan ikke være anderledes, men det er afgørende parallelt hermed at monitorere og evaluere. Det er ikke en opgave, som den enkelte kommune kan løfte. Mangelfuld evidens kan medføre, at mange forløbsprogrammer ikke giver de ønskede resultater, hvilket kan give et tilbageslag for hele den patientrettede forebyggelse. Sundhedsaftalesystemet kan endvidere gøre det vanskeligt at ændre programmerne og måske cementere bestemte programtyper.

Den beskedne evidens må føre til overvejelser om:

Hvorledes vurderes og bruges den foreliggende viden bedst muligt?

Hvordan sikres dynamikken i den patientrettede forebyggelse via sundhedsaftalerne?

Hvorledes sikres det, at patientuddannelserne monitoreres og evalueres videnskabeligt og ikke kun i form af praktiske evalueringer med brugertilfredshed, fremmøde ol.?

Hvorledes udvikler vi samtidig med, at der mangler evidens?

Der kan stilles forskellige krav til evidens. Hvor nagelfast skal evidensen være? Er "plausibel effekt" tilstrækkelig, eller skal vi have evidens på internationalt niveau? Nogle gange er det fint at lytte til de første erfaringer, der indhøstes. Mere overordnet kan man sige, at der er behov for at tænke strategisk omkring dokumentation, og at der mangler en overordnet strategi for erfaringsdeling og -opsamling fra centralt hold.

En stor del af de programmer/ indsatser, som kommunerne arbejder med, er erfaringsbaserede, og der foreligger ingen klar videnskabelig dokumentation for, at de virker efter hensigten. Eksempelvis har mere end 70 kommuner

iværksat Stanford-programmet, men vi ved faktisk ikke, om det virker i Danmark. Evidensen bygger alene på amerikanske forhold.

Mange programmer er typisk sammensat af en række delelementer. Er det det samlede program, eller er det de enkelte delelementer af pakken, der er evidens for?

Nogle kommuner vil måske lade deres borgere tilvælge delelementer fra et program og fravælge - f.eks. fysisk træning. Så smuldrer evidensen. I nogle tilfælde kan det netop at være de fravalgte delelementer, der virker, og bortvælges disse, vil der ingen effekt være. Det kan også være, at et element ikke virker isoleret, men kun i sammenhæng med andre elementer.

Det, der er evidens for, bliver næppe altid implementeret som tilsigtet i den kommunale virkelighed. Det kan f.eks. være, at der visiteres borgere med lidt andre helbredsproblemer end oprindeligt planlagt, borgere i andre aldersgrupper mv. På den måde gennemføres programmet uden sikkerhed for den ønskede effekt.

Fremadrettet må man i dokumentation og evidensudarbejdelsen tage udgangspunkt i den kommunale/regionale "virkelighed", så erfaringerne er baseret på realistiske forhold. SIKS - projektet (Sammenhængende Indsats for Kronisk syge) i Københavns Kommune er et eksempel herpå. Man skal have modet til at kigge på det, kommunerne rent faktisk gør. Al evidens - også den, der viser, at det ikke virker -, skal frem.

Et andet meget væsentligt aspekt ved evidens er tidsperspektivet. En række programmer kan vise positive effekter på kort sigt, mens det er uafklaret, hvorvidt der også er en langtidseffekt. Langtidseffekten skal måles, hvis den patientrettede forebyggelse skal være meningsfuld, men det tager i sigens natur flere år.

Endelig bør evalueringerne omfatte analyser af omkostninger og gevinster i forbindelse med gennemførelse af programmerne på kommunalt og regionalt niveau og dermed også bidrage til at optimere den økonomiske incitamentsstruktur.

Der forestår således et ganske omfattende, vedvarende og tidskrævende evalueringsindsats på flere niveauer - både lokalt i kommunerne, i regionerne og på nationalt plan. Det forudsætter en evalueringsstrategi, der kan bidrage til at sætte fokus på, hvilke temaer, der skal evalueres, på hvilket niveau de skal evalueres, og hvorledes der kan samarbejdes om evalueringen, hvilket vil indebære, at kommuner, forskningsinstitutioner, regioner og de nationale myndigheder skal samarbejde.

3 Fokus er på diagnoser, men hvad med funktionsevnen?

Kommunernes nye opgaver vedrørende den patientrettede forebyggelse giver unikke muligheder for at tænke den sociale og sundhedsmæssige indsats sammen, men denne samtænkning er også en udfordring.

Forløbsprogrammerne er typisk rettet mod patientgrupper med veldefinerede diagnoser. Dette er det naturlige udgangspunkt - set fra en lægelig/ sundhedsfaglig synsvinkel. Patienterne med samme sygdomme koncentrerer i sagens natur på specialafdelinger, og det er derfor rationelt at tilbyde dem samme behandling.

Set fra kommunal side er diagnoser imidlertid sjældent udgangspunktet i forholdet til borgerne. Kommunerne kommer i kontakt med borgerne, når sygdom betinger funktionstab i forhold til arbejde, familie eller personlig pleje og hygiejne. Det gælder typisk i forbindelse med ældre medicinske patienter eller borgere med psykisk sygdom. Så længe borgerne på egen hånd sammen med sygehus/ læge kan klare deres sygdom uden væsentligt funktionstab, har kommunen ikke kontakt til den syge. Når funktionstabet indtræder, kan dette udløse kommunale ydelser som sygefravær, hjemmehjælp, hjælpemidler, særundervisning mv.

De traditionelle sociale indsatser går sædvanligvis på tværs af diagnoserne, og den kommunale forvaltning er organiseret i forhold til at kompensere for funktionstab og typisk bestemte sygdomme (f.eks. demens, inkontinens).

Hvorledes skal balancen være mellem tænkning i diagnoser og i funktionsevne være i den patientrettede forebyggelse?

I øjeblikket er fokus i den patientrettede forebyggelse helt overvejende på det diagnoserettede. Det gælder f.eks. Sundhedsstyrelsens forskellige anbefalinger, der typisk er sygdomsspecifikke.

Der bør fremover ikke være tale om et enten/eller. Der bør ske en stratificering, således at kommunerne primært tager ansvar for de resourcesvage borgere, der har lav grad af handlekompetence. Kommunen skal ikke udarbejde tilbud til de borgere, der kan selv.

Det er nødvendigt at kunne tale om både diagnose og funktionsevne såvel i kommunalt som i regionalt regi. Til en vis grad skal kommunerne kunne matche de regionale spidskompetencer og have ansat specialister f. eks. i diabetes, demens og inkontinens. Disse skal løbende samarbejde med sygehusene for at holde sig opdaterede på området.

Det er derfor væsentligt, at der er fagpersoner med god sygdomsviden i kommunerne, således at man eksempelvis kan individualisere genoptræningsforløb. Der tænkes her på eksempelvis sygeplejersker eller fysioterapeuter med grundigt kendskab til de forskellige sygdomme. Opdatering på området bør ske vha. løbende dialog med sygehuspersonale.

Kommunale medarbejdere inden for eksempelvis det sociale område og jobcentre skal have en basal sundhedsfaglig indsigt i en række almindelig forekommende tilstande blandt de borgere, de hyppigt er i kontakt med. Denne viden kan omfatte sygdommes fremtrædelsesform, betydning for funktionsevne, behandling og prognose. Her tænkes eksempelvis på de store folkesygdomme, stress, angst, depression og lignende. Medarbejderne skal have denne viden for at kunne indgå i et samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. De skal i nogle situationer kunne screene og henvise til relevante tilbud f.eks. på kommunernes sundhedscenter eller andetsteds i sundhedsvæsenet. Forvaltningerne skal endvidere kunne samarbejde på tværs, eksempelvis i jobcenter, ældre-, handicap-socialforvaltning. Også det forudsætter en fælles forståelse af borgerens helbredsproblemer med det øvrige sundhedsvæsen.

4 Patientflowet er lille i mange kommuner

Formentlig skal der være et befolkningsunderlag på cirka 100.000 for borgere, for at man har tilstrækkelig med borgere til at have forløbsprogrammer i optimal drift. Det rejser naturligt spørgsmålet om, i hvilket omfang disse opgaver skal løses på kommunalt og/ eller regionalt niveau. I mange kommuner vil patientflowet være for lille til, at det vil være rationelt at udvikle diagnoserettede tilbud. Disse kommuner må samarbejde med nabokommuner eller eventuelt købe ydelserne hos regionen. Dette kan give særlige transportproblemer for borgerne, og det opbygger ikke kompetencer i kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelse. Kun de helt store og mellemstore kommuner kan drive de diagnoserettede tilbud som ex. København, Frederiksberg, Århus, og Odense.

Hvorledes skal problemer med patientflow håndteres?

Et centralt problem er, at vi i dag mangler viden om, hvor stor behovet for patientrettede forebyggelsestilbud faktisk er i kommunerne, og hvor mange og hvilke borgere, der ønsker at deltage i disse tilbud.

I Sundhedscenter Nørrebro er der cirka 350 borgere, der gennemfører patientrettede forebyggelsesforløb. Der gennemføres på årsbasis 6-7 diabeteshold, et tilsvarende antal hjertehold og et noget mindre antal KOL-hold. Dette antal borgere forekommer hensigtsmæssigt i forhold til at sikre en kontinuert drift uden store ventetider.

Erfaringerne med patientrettet forebyggelse er tilsvarende i Frederiksberg Kommune.

I Ringkøbing-Skjern Kommune med cirka 60.000 borgere gennemføres 3-4 KOL- hold og 3-4 diabetes hold om året.

Antallet af borgere, der går på disse hold, er dog stærkt korreleret til den indsats, der gøres i kommunen for at rekruttere dem. Særlig væsentligt er samarbejdet med sygehusene og de praktiserende læger, der skal kende tilbuddet og være sikker på tilbuddets kvalitet, før de henviser. Der er gode erfaringer med simple henvisningsmetoder, f. eks. henvisningsblanketter og elektronisk hen-

visning. Under alle omstændigheder er det afgørende at sikre et tæt samarbejde med almen praksis og sygehus om tilbuddene.

En anden væsentlig faktor, der har stor betydning for patientflowet, er afstandene i kommunen. Store afstande nedsætter deltagelsen i tilbuddene. Det gælder i særlig grad borgere med KOL, der ofte er skrøbelige og derfor har vanskeligt ved at klare transport over længere afstande. Afstanden kan derfor blive en faktor, der i sig selv øger den sociale ulighed i borgerens helbred. Det kan derfor være nødvendigt at gennemføre tilbuddene i borgerens nærområde med de logistiske problemstillinger, der følger heraf.

Samarbejde med andre kommuner på specialiserede områder kan være hensigtsmæssig i forhold til patientgrupper, der er små, eller hvor der er store afstande.

Med henblik på at undgå ventetider kan det være nødvendigt at tilrettelægge tilbuddene, således at der kan køres med løbende optag, hvilket forløbsprogrammerne ikke nødvendigvis er designede til.

En løsning på problemerne med det tilstrækkelige patientflow kan være at udvikle kommunale tilbud, der går på tværs af diagnoser. Denne mulighed uddybes senere i dette notat.

5 Serviceniveauet og den sociale ulighed

De diagnoserettede tilbud kan også omfatte borgere, som ikke har et funktionstab, der ellers vil udløse kommunale ydelser. Kommunen vil således hæve serviceniveauet for nogle borgere alene på grundlag af et diagnosekriterie. Det kan øge den sociale ulighed, samtidig med at man udvikler tilbud, som måske alligevel kan håndteres i sundhedssektoren.

Øger den patientrettede forebyggelse den sociale ulighed i sundhed blandt borgerne?

Kommunerne skal tænke i 1) stratificering - hvem beskæftiger vi os med og 2) hvordan sikrer vi, at målgruppen kommer ind i "butikken".

Der skal være et kommunalt serviceniveau, der fanger de udsatte grupper. Dette er en udfordring, idet disse grupper oftest er de, der er sværest at nå. Der skal derfor gøres en særlig indsats for at rekruttere de mest udsatte. Erfaringer med at sikre nærhed til eksempelvis udsatte boligområder viser, at det kan lade sig gøre at nå borgere i disse grupper.

Et andet kommunalt indsatsområde i forhold til den sociale ulighed er i jobcentrene. Der kan skræddersyes tilbud i jobcentrene. Udfordringen er, at her skal borgerne tage imod tilbuddene, ellers kan de miste deres sygedagpenge. Dette er i modsætning til tankegangen inden for sundhedsfremme og forebyggelse i øvrigt i kommunerne, der jo bygger på borgernes frie tilvalg, og hvor borgernes egen motivation anses for en forudsætning for at opnå resultater. I hvilket omfang dette er et problem i praksis er uafklaret, men det er vigtigt, at kommunerne forholder sig til det, når der udvikles særlige sundhedstilbud, der er målrettet sygedagpengemodtagere.

KOL-, diabetes- og hjertetilbud er relevante for socialt udsatte, fordi forekomsten af folkesygdommene er særlig høj blandt disse borgere. Det er derfor vigtigt at udvikle disse tilbud i forhold til målgrupperne - social differentiering. Rekruttering til og fastholdelse, når man er påbegyndt et tilbud, er særlige udfordringer i forhold udsatte grupper. Her er i særlig grad behov for metodeudvikling.

Kravene til dokumentation af effekt inden for forebyggelse er voksende. Det er formentlig særligt svært at måle effekter af indsatser i forhold til de udsatte

grupper. Eventuelt skal der udvikles andre eller supplerende redskaber/til måling af effekter i forhold til udsatte grupper. Der kan være behov for at udvikle effektmål, der er realistiske i forhold til udgangspunkt og ressourcer.

6 Er der behov for nye typer af forløbsprogrammer?

Der udvikles i disse år forløbsprogrammer for de store folkesygdomme, der vejer tungt i sygehussektoren, men ikke nødvendigvis i det kommunale sundhedsvæsen. Programmerne vil kunne aflaste i den regionale del af sundhedsvæsenet, hvilket er et vigtigt mål i sig selv, men de vil ikke nødvendigvis aflaste i primærsektoren i samme grad. De dominerende helbredsproblemer, som kommunerne møder i det daglige, er eksempelvis muskelskeletsygdomme/ symptomer og psykiske problemstillinger som angst, depression. Der vil selvfølgelig være andre sygdomme, der forekommer forholdsvis hyppigt, og som har markante funktionstab til følge som eksempelvis demens og inkontinens.

Kommunerne møder ofte diffuse sygdomsbilleder under udvikling, og som ikke har nogen klar diagnose. I nogen tilfælde vil der være tale om funktionelle lidelser, som sundhedsvæsenet ikke kan tilbyde ret meget. Folkesygdommene spiller selvsagt en væsentlig rolle i de ældre dele af befolkningen, men ikke blandt de yngre grupper op til pensionsalderen. Kommunerne møder ofte comorbiditet hos eksempelvis den ældre medicinske patient. Mange borgere fejler ikke kun en sygdom, og meget ofte vil der være væsentlige psykiske problemstillinger som angst, ensomhed og depression, som ikke nødvendigvis håndteres i et sygdomsspecifikt rehabiliteringsprogram.

Hvilke programmer vil det være vigtigt at få sat på dagsordenen i de kommende år?

De nuværende forløbsprogrammer, som blandt andet implementeres i disse år gennem sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner skal betragtes som 1. generation, og der vil være behov for justeringer, efterhånden som der indhøstes praktiske erfaringer. Det kan selvfølgelig være vanskeligt at ændre programmer med mange aktører, men det er helt afgørende at fastholde, at der bør være tale om en løbende justerings- og udviklingsproces, der både involverer kommune, region og stat.

En anden væsentlig udfordring er, at der nødvendigvis er en gråzone/ overlap mellem behandlingstilbud og patientrettede forebyggelsestilbud. Hvis kommunerne opbygger nye behandlingstilbud - i forhold til de eksisterende - skal disse supplere de specialiserede tilbud på regionalt niveau. De patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne skal derimod ikke kompensere for manglende

behandlingstilbud i sygehussvæsenet - f.eks. i forhold til borgere med lettere psykiske lidelser eller bevægeapparatsymptomer, funktionelle lidelser mv.

Forløbsprogrammerne må have et nationalt præg, så hver kommune ikke opfinder et nyt program. Så behøver sygehusene heller ikke huske på, præcis hvilke tilbud den enkelte kommune har. Borgerne er ligeglade med, hvem der leverer, bare det er rettidigt og af en ordentlig kvalitet. Forløbsprogrammerne er en god måde at få en ordentlig dialog, forventningsafstemning og samarbejde med sygehusene.

Der er behov for programmer i forhold til bevægeapparatslidelser og psykiske sygdomme som angst og depression med fokus på de lettere tilfælde, hvor prognosen kan være god. Det skønnes, at cirka 250.- 300.000 borgere lider af angst/ henholdsvis depression i varierende grader.

Der er generelt behov for optrapning af tilbud vedrørende psykisk helbred. KRAM- patienter med psykiske problemer kan have rigtigt svært ved at komme i gang og få ændret livsstil. På Frederiksberg har man således indført mental coaching som et led i patientuddannelserne.

Der er tale om komplekse problemstillinger, fordi symptomerne kan være meget diffuse, og der kan stilles mange forskellige diagnoser, måske op til 5-6 forskellige diagnoser fra specialister. Angst og depression kan ofte være en overbygning på anden sygdom - f.eks. hjertekarsygdom.

Det psykiatriske behandlingssystem kan knap nok behandle de tunge tilfælde, og der kan typisk være 3-6 mdr. ventetid hos praktiserende psykiater. For tiden gennemføres en masse behandlingstilbud - også på stress-området, som der ikke er evidens for.

En tværfaglig udredning er hensigtsmæssig. Generelt set er der behov for meget mere integrerede indsatser og for at forebygge problemer i sektorovergangene netop for borgere med sådanne sygdomsbilleder.

Specielt i forhold til sygedagpengemodtagere er der behov for patientrettede forebyggelsestilbud. Det kan der være god kommunal økonomi i, fordi sådanne tilbud kan reducere fraværet. Det er vigtigt, at frontmedarbejdere er uddannede til at kunne spørge ind og sikre tidlig opsporing. Endvidere er det vigtigt at tænke borgernes arbejdspladser ind i tilbuddet. Psykiatrifonden har en række praktiske erfaringer fra samarbejde med kommuner om depressionsskoler, der kan trækkes på.

En særlig udfordring er at udvikle programmer, der er målrettet borgere med særlige problemstillinger f.eks. socialt udsatte eller flygtninge/ indvandrere.

Der er en række fælleselementer i de mest almindelige forløbsprogrammer. Det gælder især elementerne vedrørende KRAM-faktorerne. Der bør udvikles og testes generelle programmer, hvor man samler borgere på tværs af diagnoser.

Generelle kurser kan således omfatte en fællesmængde af borgere med forskellige diagnoser og dermed være et af svarene på problemer med utilstrækkeligt patientflow i mange mindre kommuner.

Kommunerne kan stå for ca. 80-90 % af patientundervisningen mv på de generelle tilbud, og sygehusene kan stille ressourcer til rådighed for de resterende 10-20 %, der kan være mere sygdomsspecifikke og f.eks. omfatte sygdomslære, medicin mv.

Bilag: Deltagerne i seminar om udfordringer i den patientrettede forebyggelse i kommunerne

Navn	Titel	Arbejdssted	Kommune
Birgitte Gade Koefoed	Chef	Sundhedscenter Nørrebro	Københavns Kommune
Helle Linnet	Social- og Arbejdsmarkedsdirektør	Fællessekretariatet	Vordingborg Kommune
Birte Sonneborg	Direktør for Sundhed, Social og Omsorg		Faxe Kommune
Mette Bryde Lind	Direktør	Job, Social og Sundhed	Hillerød Kommune
Susanne Rystok	koordinator	Sundhedscenter Vest	Ringkøbing-Skjern Kom
Kirsten Horsten	Socialoverlæge	Sociallægeinstitutionen i Århus	Århus Kommune
Ane Fris Bendix	Sundhedsdirektør	Sundhedscentret	Frederiksberg Kommune
Henning Nilausen	Vicekommunaldirektør		Gribskov Kommune
Thorkild Christensen	Afdelingsleder	Sundhedsafdelingen	Odsherreds Kommune
John Sørensen	Sundhedschef		Høje Taastrup Kommune
Janne Friis	Oversygeplejerske	Enheden for Sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen	
Martin Nielsen	Afdelingslæge	Arbejds- og miljømedicinsk afdeling Bispebjerg Hospital	
Majken Blom Søfeldt	Psykolog og souschef	Psykiatrifonden	
Peter Kjærgaard Pedersen	Kontorchef	KL	
Steen Rank Petersen	Chefkonsulent	KL	
Tina Jørgensen	Chefkonsulent	KL	
Mette Bergholdt	Chefkonsulent	KL	
Lone Vinhard	Konsulent	KL	
Lars Iversen	Seniorfagleder	COWI	
Kamilla Bolt	Konsulent	COWI	