HVORDAN KAN VI STYRKE REKRUTTERING TIL OG GENNEMFØRELSE AF FOREBYGGELSESTILBUD FOR SÅRBARE BORGERE MED KRONISK SYGDOM?

Lene Dørfler og Eva M. Burchard
11. og 13.10.2021

KL

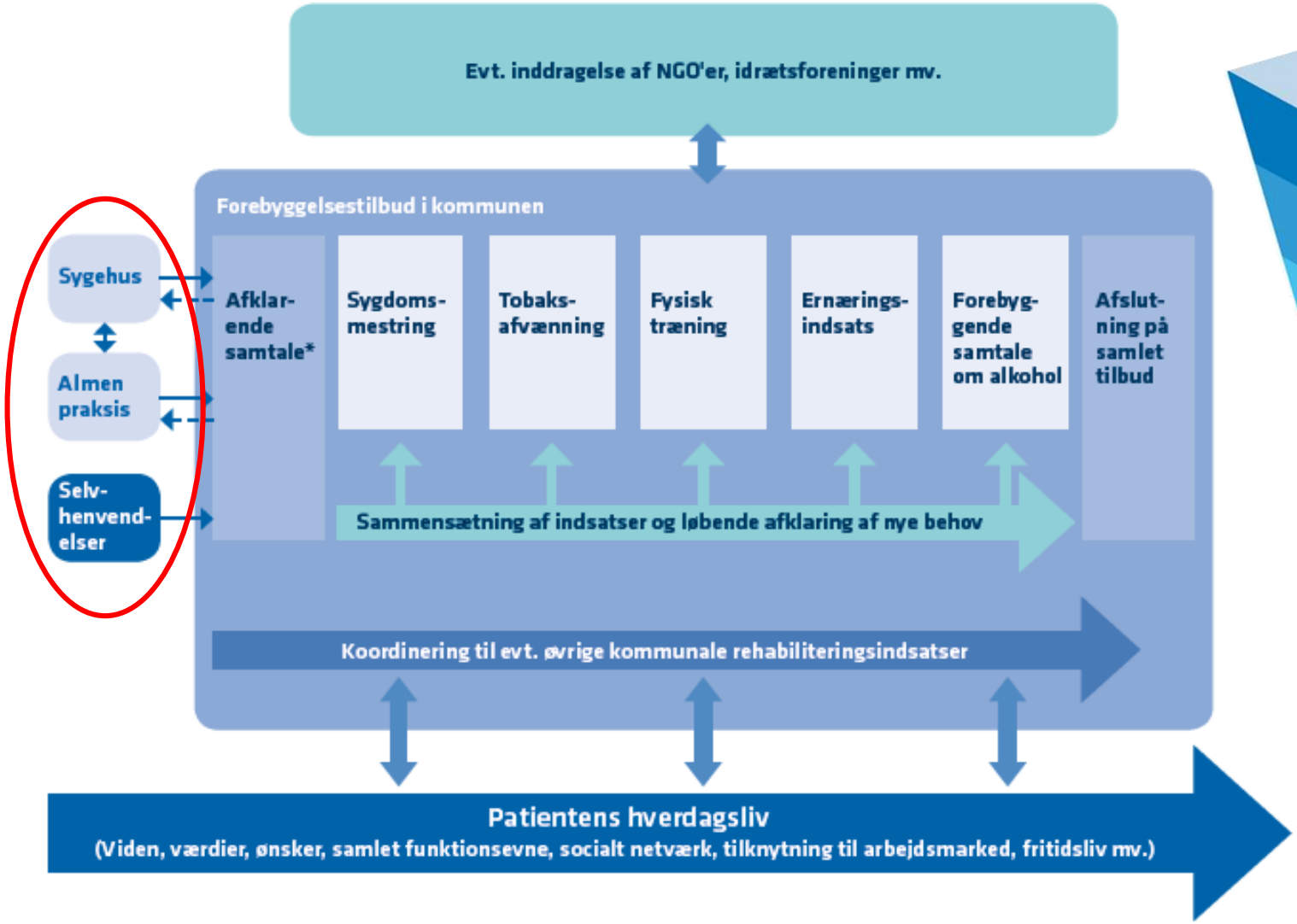
Center for
Forebyggelse i praksis

Formål med temadagen

Formålet er at dele viden og erfaringer om rekruttering og understøttelse af sårbare borgeres gennemførelse af de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

KL

Center for
Forebyggelse i praksis



Figur 2: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

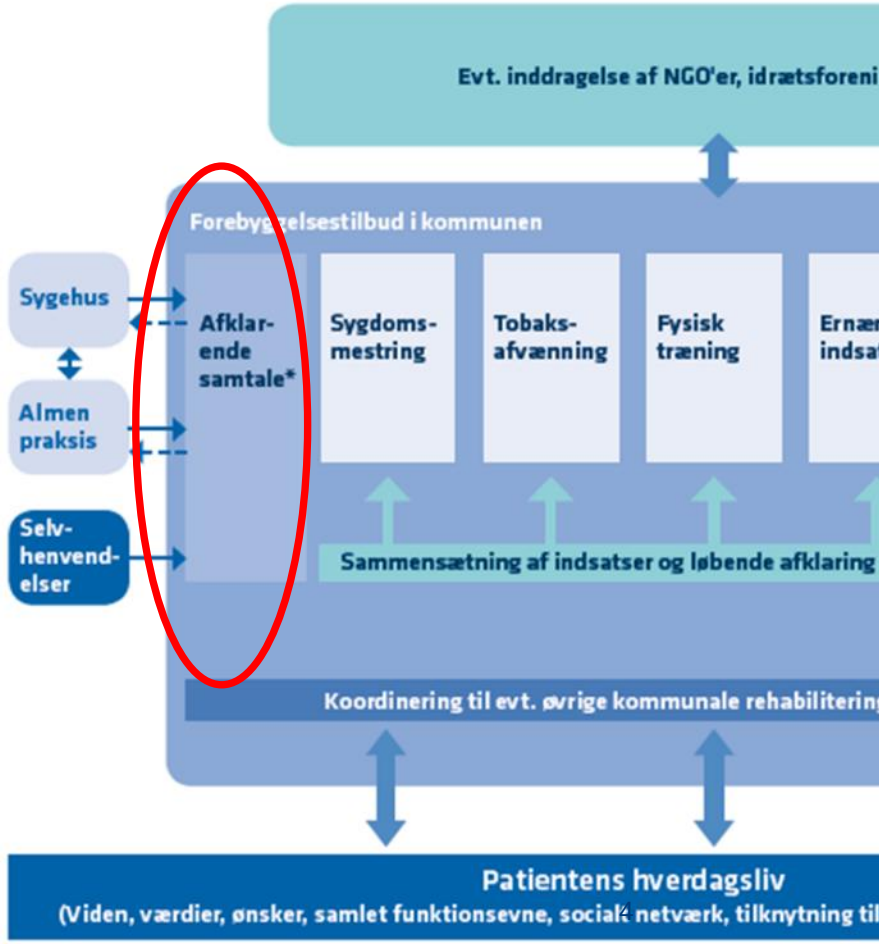
* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale (se kapitel 5.5).

Indgang til kommunernes tilbud er den afklarende samtale

Den afklarende samtale er helt central

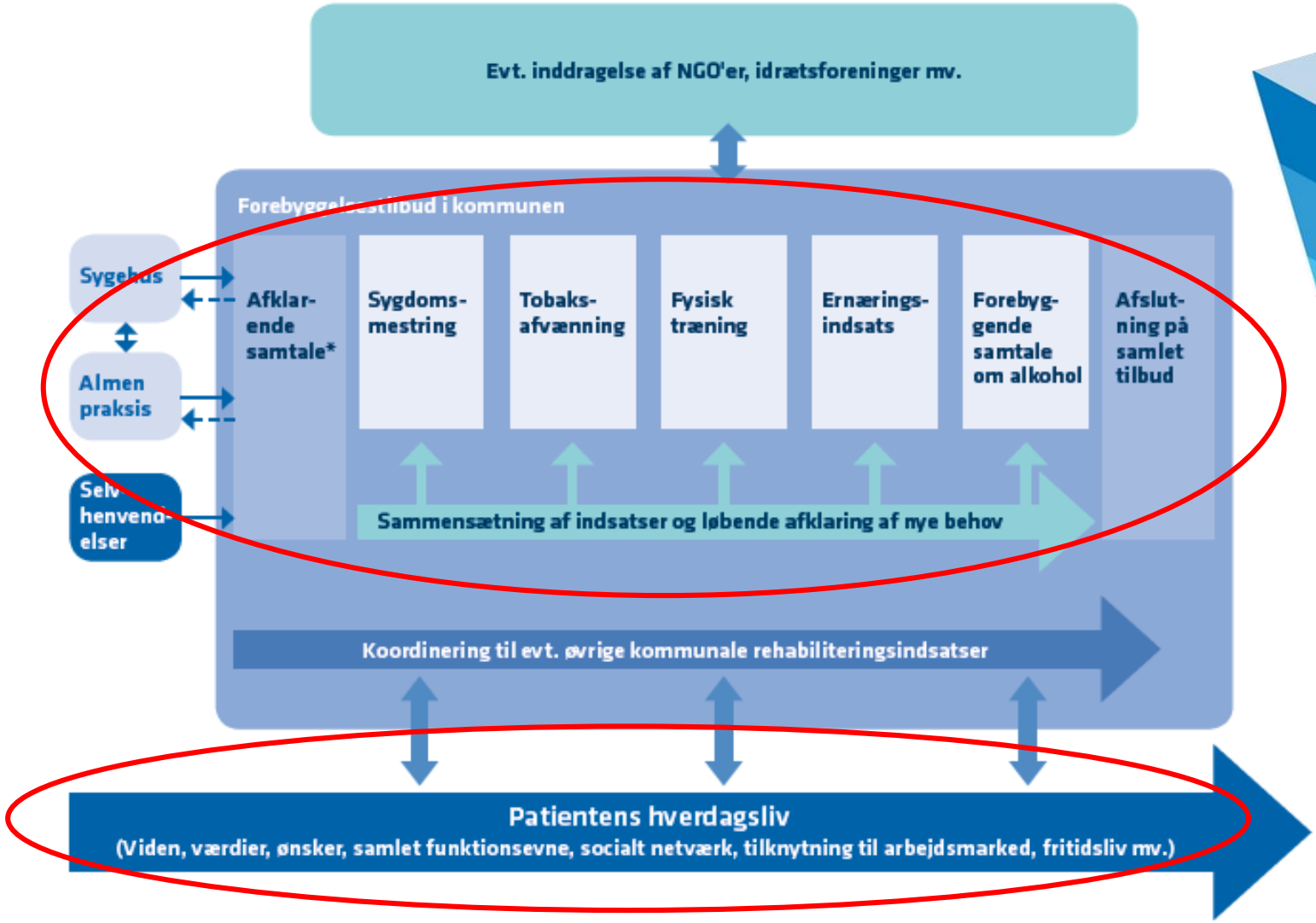
Formålet med den afklarende samtale er;

- at opnå en **fælles forståelse** af forventninger til tilbud
- at støtte borgeren i en relevant og **behovsorienteret** prioritering af tilbud
- Skabe **motivation**



KL

Center for Forebyggelse i praksis



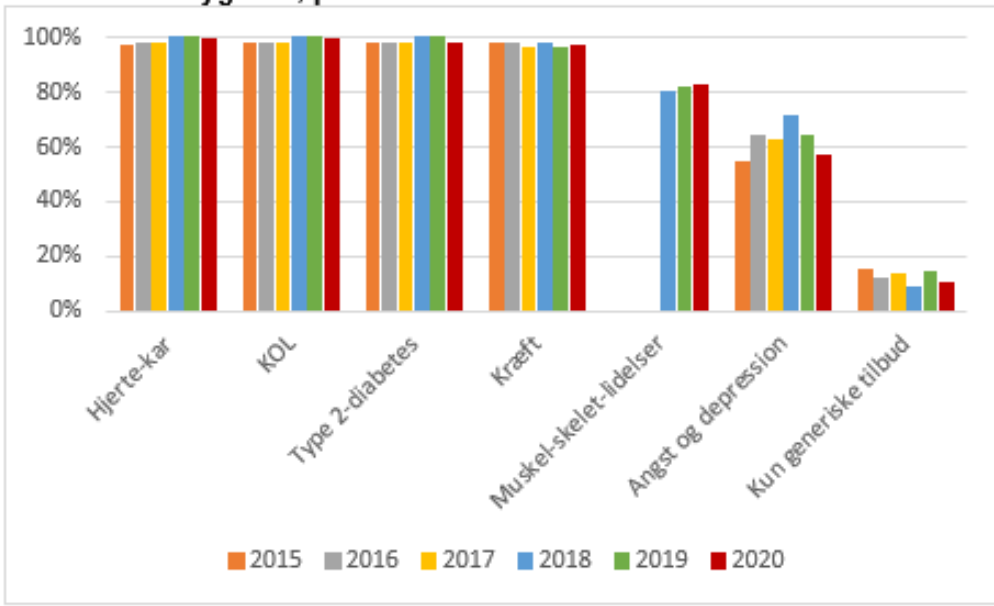
Figur 2: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale (se kapitel 5.5).

Status på indsatser til borgere med kronisk sygdom
– Data fra KL's spørgeskemaundersøgelse - efteråret 2020

- Stort set alle kommuner (over 97 pct.) har forebyggelsestilbud til borgere med de store kroniske sygdomme, hjerte-kar, KOL, diabetes og kræft.
- Forebyggelsestilbud til borgere med muskel-skelet-lidelser ses hos godt 80 pct. af kommunerne
- Tilbud til angst og depression ses i lidt under 60 pct. af kommunerne.
- Knap en tredjedel af kommunerne har formaliserede samarbejder med andre kommuner, fx om deling af medarbejdere, borgere eller lokaler vedrørende tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Figur 28: Andel kommuner, som har forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, pct.



Kilde: KL's dataindsamling på sundhedsområdet, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 og 2020.
Anm: Pga. databrud i 2018 kan tidsserie for muskel-skeletlidelser ikke vises længere tilbage.
N = 98

KL

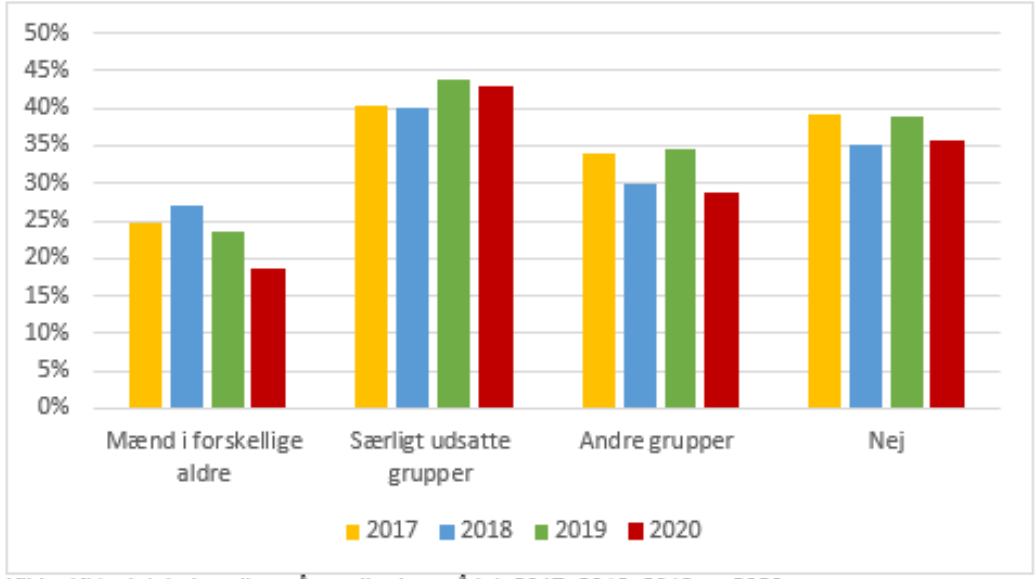
Center for
Forebyggelse i praksis

Tilbud til særlige målgrupper

Ca. 60 pct. af kommunerne har forebyggelsestilbud målrettet særlige målgrupper af borgere med kronisk sygdom.

Mest udbredt er målrettede tilbud til særligt udsatte borgere, fx psykisk sårbare, misbrugere og etniske minoriteter.

Figur 29: Andel kommuner med forebyggelsestilbud, som er målrettet særlige målgrupper af borgere med kronisk sygdom, pct.



Kilde: KL's dataindsamling på sundhedsområdet, 2017, 2018, 2019 og 2020
N = 97 (2017), 98 (2018, 2019 og 2020)

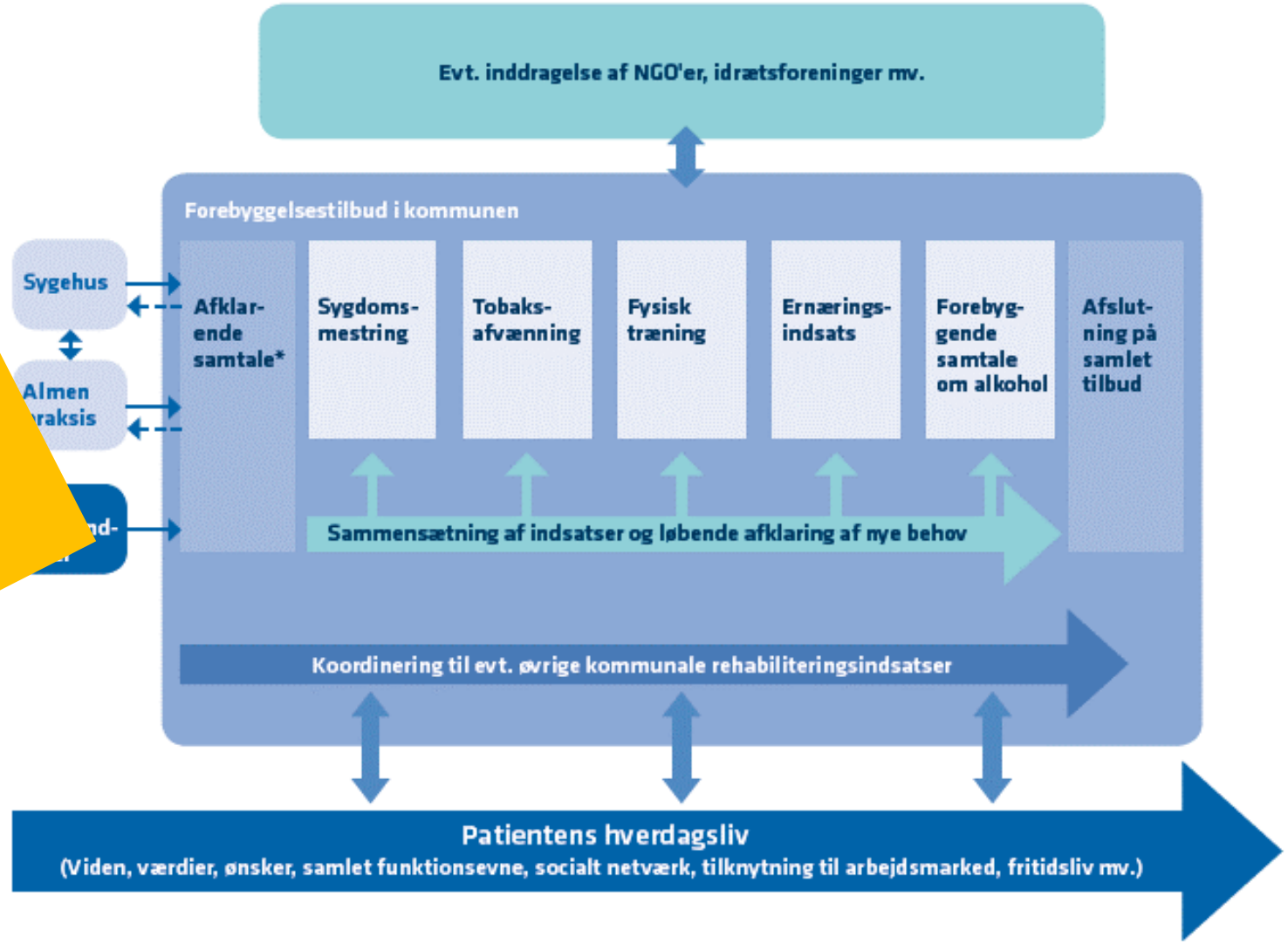
KL

Center for
Forebyggelse i praksis

De kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom

Udfordringen for kommunerne:

- Rekruttering af de borgere med størst behov
- Tilbyde differentieret indsats
- Fremmøde
- Fastholdelse
- Dokumentation og kvalitet



Figur 2: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale (se kapitel 5.5).

KL

Center for Forebyggelse i praksis

Program for temadagen Hvordan kan vi styrke rekruttering til og gennemførelse af forebyggelsestilbud for sårbare borgere med kronisk sygdom?

9.30	Mulighed for morgenbolle og kaffe
10.00	Velkomst, præsentation og introduktion til dagens program v/ Center *for Forebyggelse i praksis*
	Perspektiver på deltagelse og fastholdelse i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til personer med kronisk sygdom v/ Professor Thomas Maribo DEFAKTUM
	Hvordan ser det ud hos jer ift. rekruttering? Kommunal erfaringsudveksling faciliteret af Center for Forebyggelse i praksis
12.10-13.00	Frokost og netværk
	Den rigtige borger i det rigtige tilbud – og det rigtige tilbud til den rigtige borger v/ Line Autrup og Lene Christensen, Center for Diabetes, Københavns Kommune
	Hvordan kommunerne kan understøtte fastholdelse i forebyggelsestilbud? Gruppedrøftelse inkl kaffe og kage
14.30-15.00	Opsamling og vejen videre frem

KL

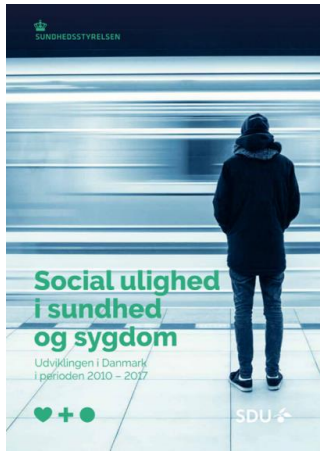
Center for
Forebyggelse i praksis

Kort præsentation rundt

- Navn
- Hvor i organisationen arbejder du?
- Nævn en ting, I gerne vil have med fra i dag

En syg forskel, DR, 2016

Hvad forstår vi ved social ulighed i sundhed?



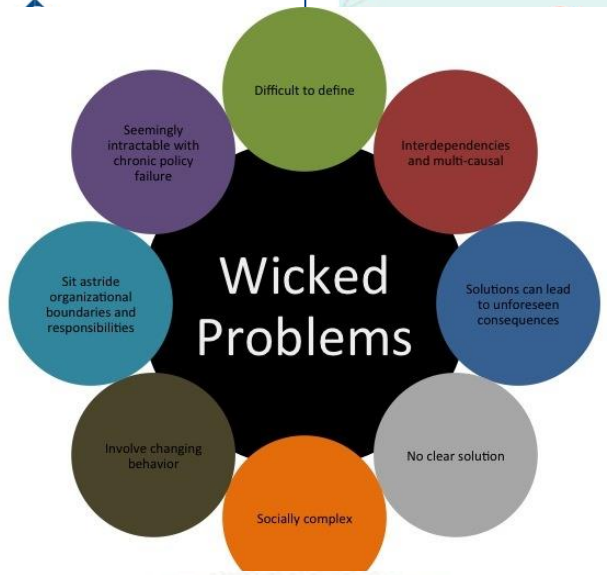
Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020

At mennesker med forskellig social position:

- har forskellig sundhedstilstand pga. forskellig udsættelse for risiko i sundhedsvaner og levevilkår
- oplever forskellige konsekvenser af dårligt helbred; behandling, arbejdsmarkedstilknytning mv.

Social ulighed i hele (kræft)forløbet

- Ulighed i nye kræfttilfælde
- Ulighed i stadie ved diagnose (hvor fremskreden kræften er)
- Ulighed i behandling
- Ulighed i rehabilitering
- Ulighed i senfølger
- Ulighed i arbejdsmarkedstilknytning
- Ulighed i tilbagefald
- Ulighed i palliativ behandling
- Ulighed i overlevelse efter kræft

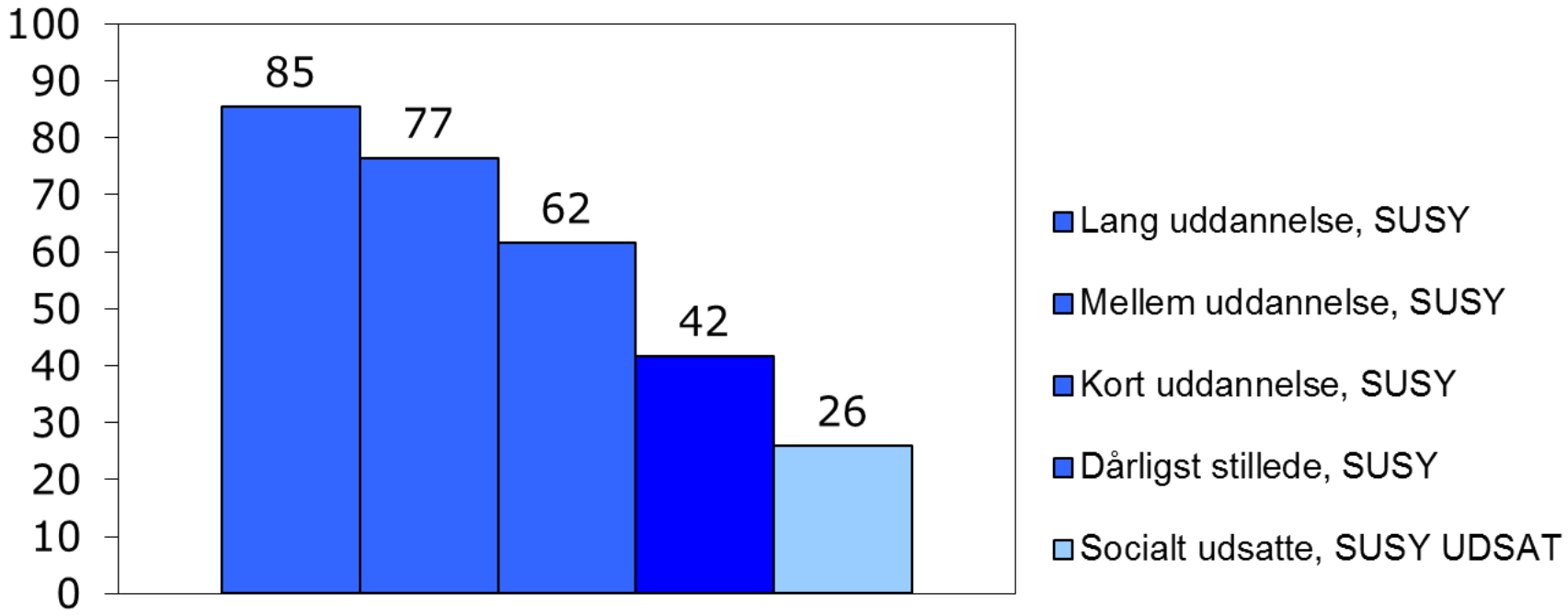


Kilde: Hvidbog: Social ulighed i kræft i Danmark 2019

KL

Center for
Forebyggelse i praksis

Social ulighed i selvvurderet helbred hos voksne – sårbare, ulighed og udsathed



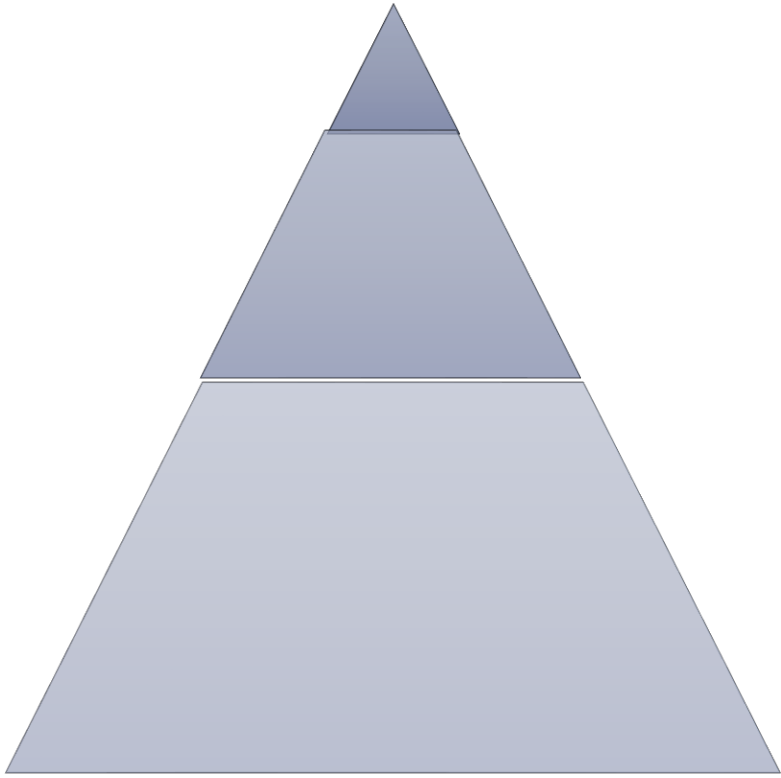
Andel med godt eller meget godt selvvurderet helbred. Kilder: SUSY og SUSY-udsat, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

KL

Center for
Forebyggelse i praksis

Sårbare borgere – hvilke mennesker tænker vi på?

- De socialt udsatte – de 2-5%
- De sårbare med færre ressource – de 15-20%
- Den generelle befolkning – os alle



KL

Center for
Forebyggelse i praksis

Tilgang – kronisk sygdom blandt udsatte borgere

Hvordan bliver vi bedre til at tilrettelægge kommunale indsatser efter udsatte borgeres behov?

Opsporing og rekruttering

- ”Havde de ikke ringet, var jeg ikke kommet” (borger)
- Opsøgende arbejde: ” køre ud til borgerne”
- Være lyttende, imødekommende, ikke-fordømmende (tillidsopbygning)

Fastholdelse

- Tæt opfølgning
- Små skridt, sætte realistiske mål
- Forenkling og tilpasning af tilbud, fleksibilitet i tilbud

PERSPEKTIVER PÅ DELTAGELSE OG FASTHOLDELSE I FOREBYGGELSES- OG REHABILITERINGSINDSATSER TIL PERSONER MED KRONISK SYGDOM

V/ PROFESSOR THOMAS MARIBO
DEFAKTUM

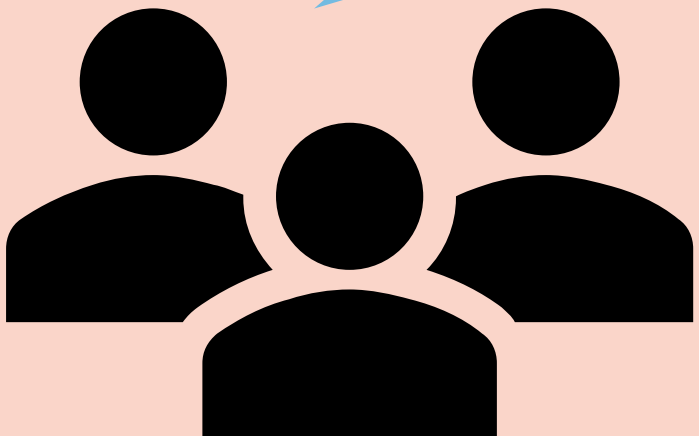
KL

Center for
Forebyggelse i praksis

PAUSE

Hvad dokumenterer I på nuværende tidspunkt i jeres tilbud til borgere med kronisk sygdom?

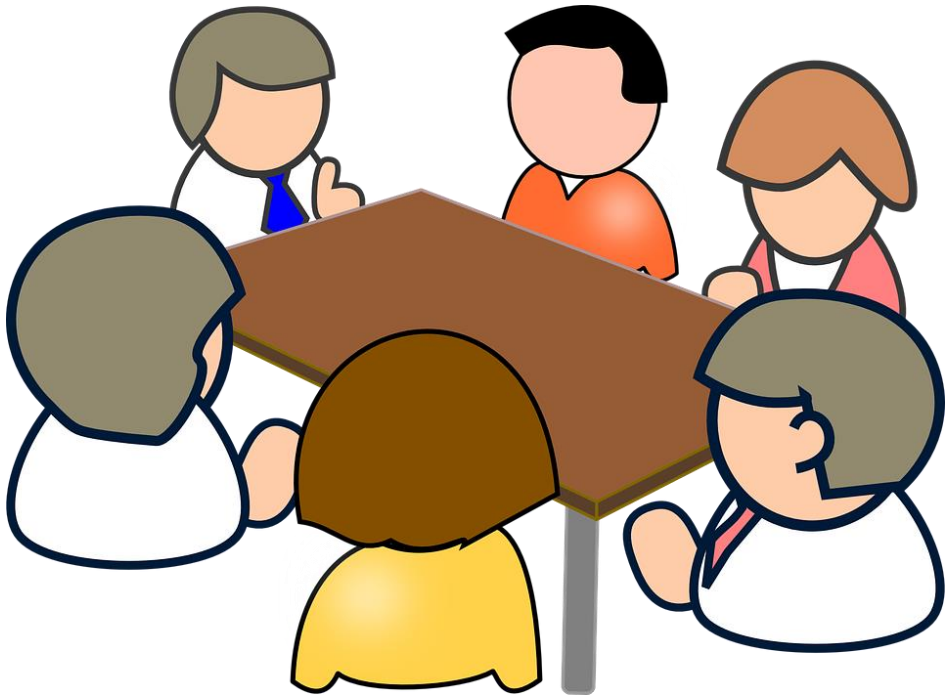
Hvordan bruger I data?



Hvordan ser det ud hos jer med rekruttering af de sårbare borgere?

Med udgangspunkt i dagens oplæg og hjemmeopgaven, drøft

- Hvilke målgrupper har I succes med at rekruttere?
- Hvem samarbejder I med ift. rekruttering af sårbare grupper?
- Hvem ønsker I at styrke rekrutteringen af?



Proces:

Drøfte rundt om bordet (15 minutter)

Opsamling i plenum

FROKOST OG NETVÆRK

KL

Center for
Forebyggelse i praksis

DEN RIGTIGE BORGER I DET RIGTIGE TILBUD – OG DET RIGTIGE TILBUD TIL DEN RIGTIGE BORGER

V/ LINE AUTRUP OG LENE CHRISTENSEN,
CENTER FOR DIABETES, KØBENHAVNS KOMMUNE

KL

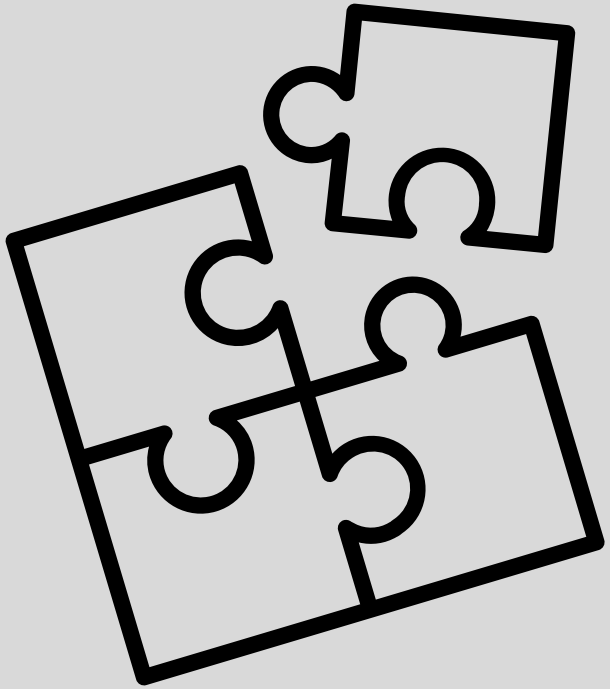
Center for
Forebyggelse i praksis

Den rigtige borger i det rigtige tilbud

Erfaringer fra Center for Diabetes

KL Temadage 13. og 15. okt. 2021
Lene Christensen
Line Autrup Helgstrand

Vores oplæg



Hvordan arbejder vi med data for at styrke rekruttering, gennemførsel og fastholdelse af borgere i rehabiliteringstilbud?

Hvad er Center for Diabetes?

- Københavns kommunes tilbud til borgere med type 2 diabetes og hjertesygdom
- Henvisning via egen læge eller hospital
- Ca. 40 medarbejdere
- Partnerskaber

Vi arbejder personcentreret og differentieret

Udgangspunkt i borgers behov og problemstillinger

Hvad der er vigtigt for borgeren

Borgers motiva

Vi arbejder med det brede og positive sundhedsbegreb

Ligestilling af fysisk og mental sundhed.

Udgan

indgå i sociale fællesskaber med andre."

Vi inddrager borger, pårørende og civilsamfund

Større viden om og forståels

drift og udvikling af indsatser.

Vi arbejder evidens-videns- og praksisbaseret

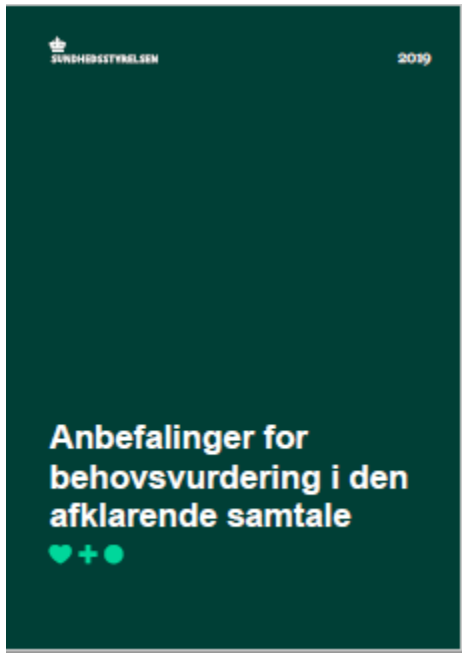
bende nye

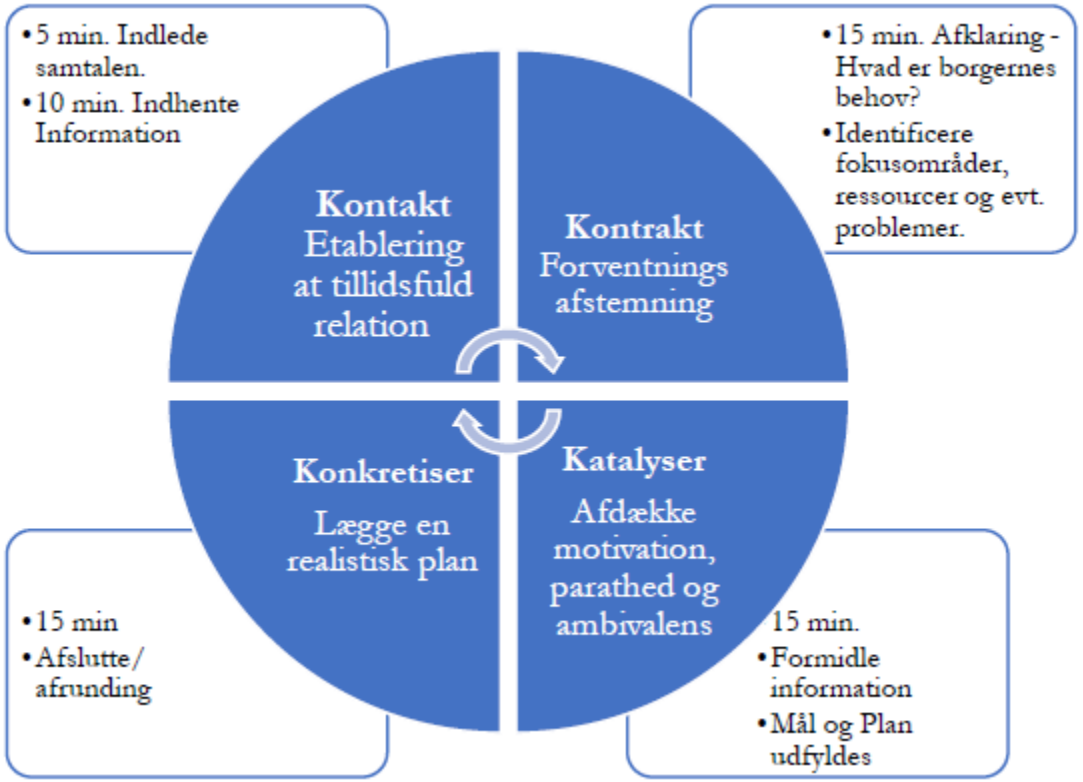
arium for viden og evidens.

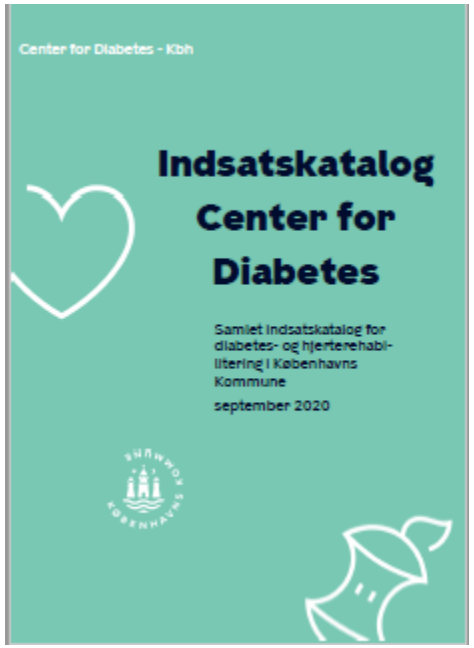
Samarbejder bredt og indgår partnerskaber.

Københavnere med type 2-diabetes og hjertesygdom håndterer hverdagslivet og fastholder fysisk og mental sundhed

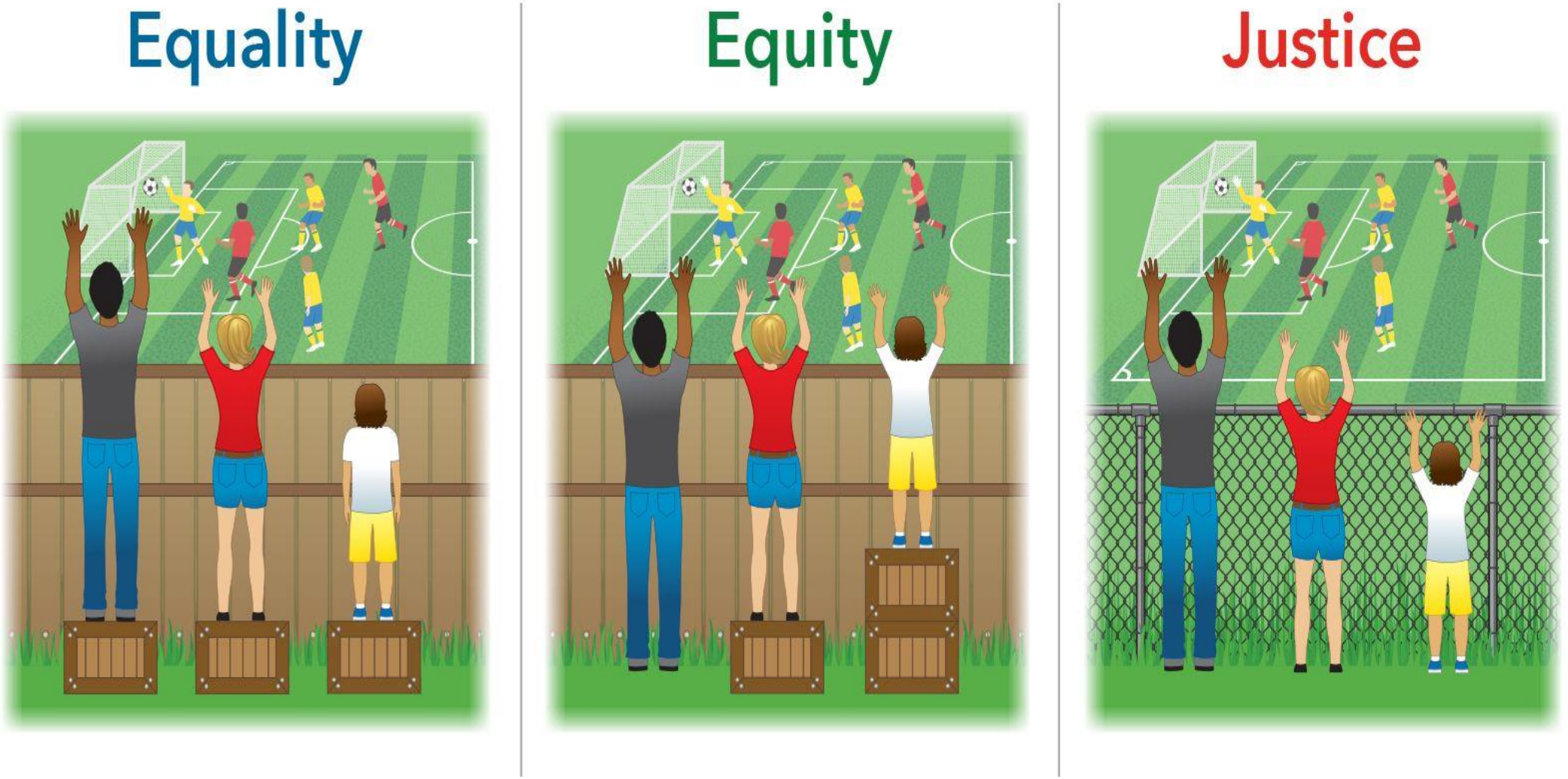
Værdier udfoldet i faglige redskaber







Lighed i sundhed - personcentreret tilgang



Kilde: https://hd.ingham.org/DepartmentalDirectory/CommunityHealth,Planning,andPartnerships/HealthEquityandSocialJustice.aspx

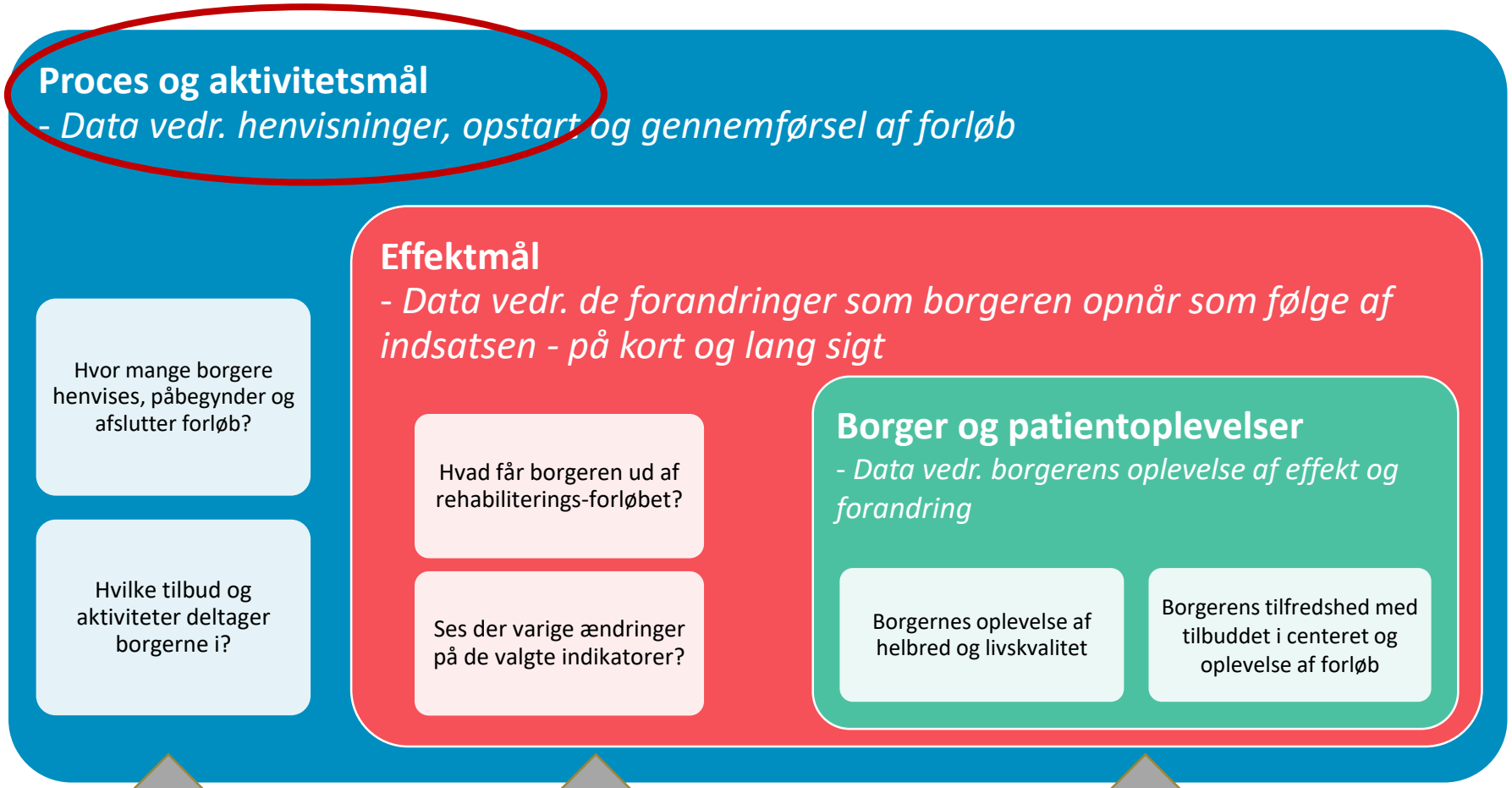
Forskellige tilgange

Tingbjerg

Fodbold for hjertet

Sammen om diabetes

Kvalitetsmodel



Qlikview, CURA løbende kvalitetsudvikling

CURA spørgeskema, PRO (løbende), målinger (punktvis). Mixed methods

BRUS, kvalitativ opfølgning, årlig, løbende

Hvordan og hvornår måler vi?

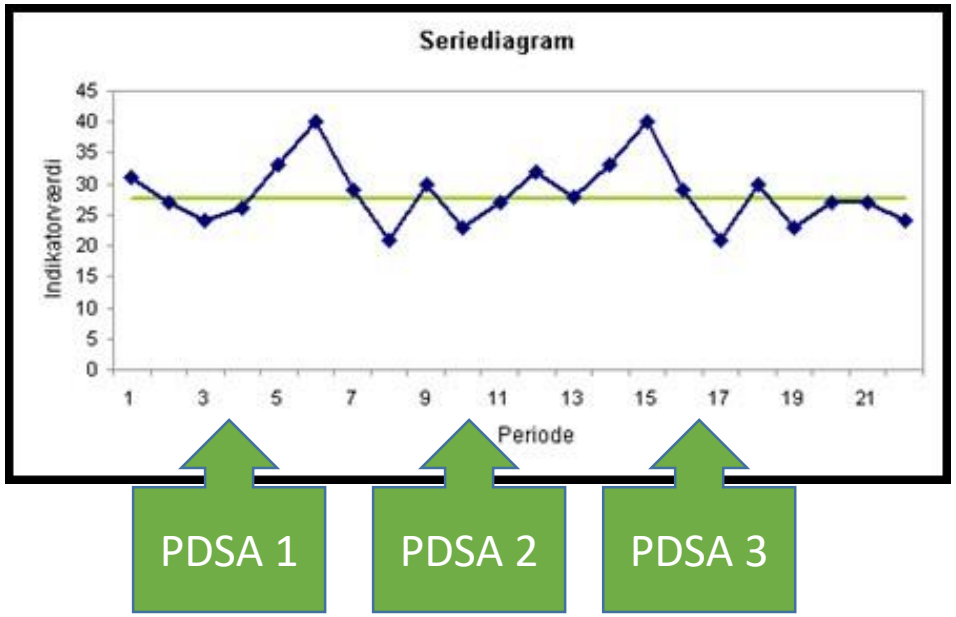
Kvalitets- og forbedringsarbejde

Hvad ønsker vi at opnå?

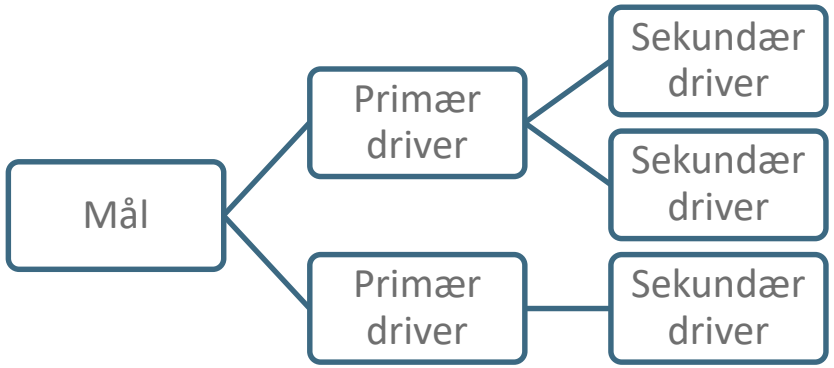
Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

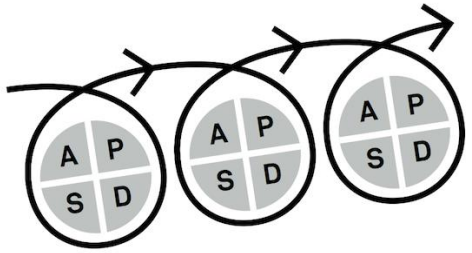
Institute for Healthcare Improvement

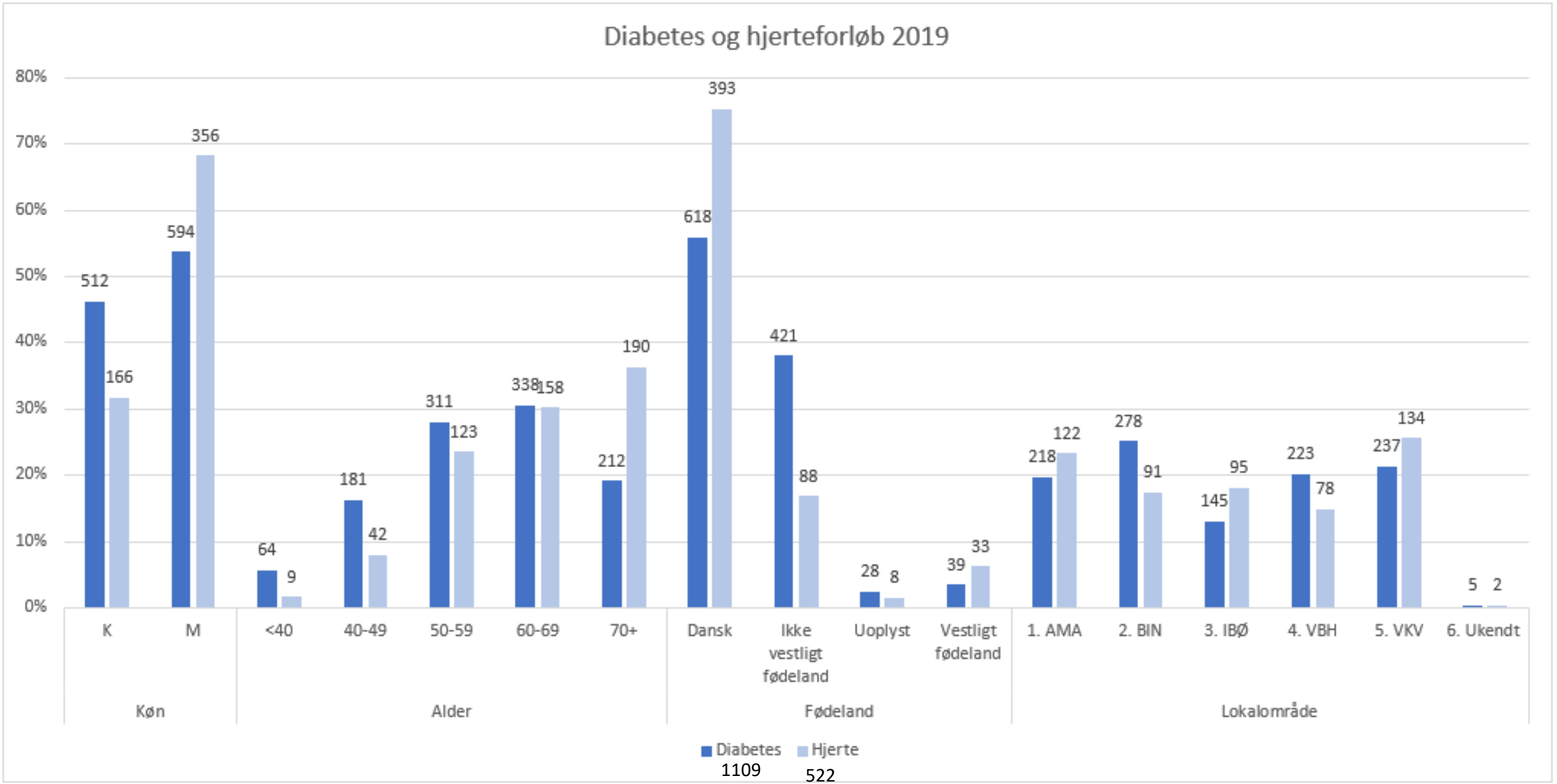


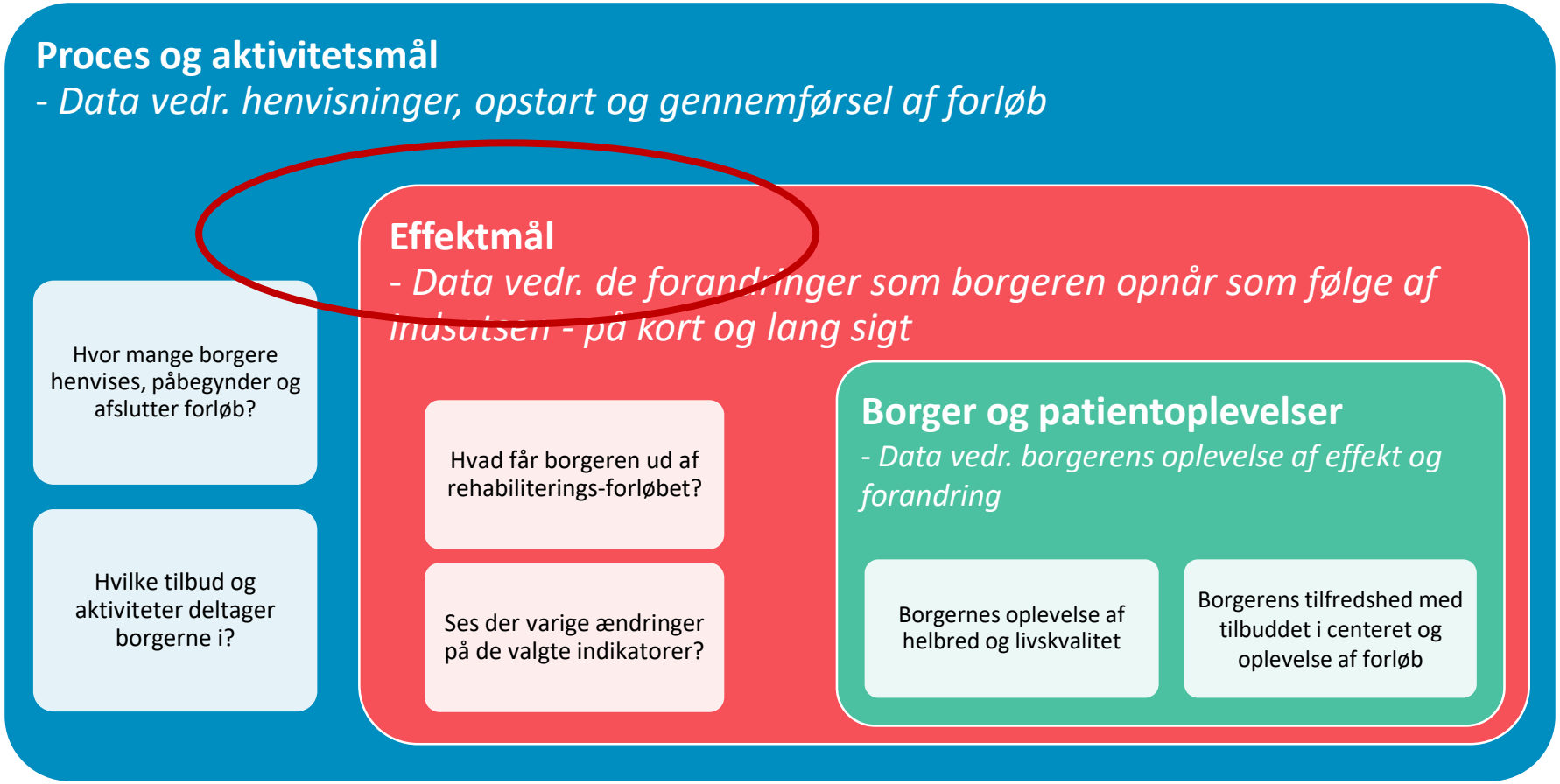
Driverdiagram



Forandringer der skaber forbedringer




Diabetes og hjerteforløb 2019
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
512
166
594
356
64
9
181
42
311
123
338
158
212
190
618
393
421
88
28
8
39
33
218
122
278
91
145
95
223
78
237
134
5
2
K
M
<40
40-49
50-59
60-69
70+
Dansk
Ikke vestligt fødeland
Uoplyst
Vestligt fødeland
1. AMA
2. BIN
3. IBØ
4. VBH
5. VKV
6. Ukendt
Køn
Alder
Fødeland
Lokalområde
Diabetes
Hjerte
1109
522


Proces og aktivitetsmål
- Data vedr. henvisninger, opstart og gennemførsel af forløb
Hvor mange borgere henvises, påbegynder og afslutter forløb?
Hvilke tilbud og aktiviteter deltager borgerne i?
Effektmål
- Data vedr. de forandringer som borgeren opnår som følge af indsatsen - på kort og lang sigt
Hvad får borgeren ud af rehabiliterings-forløbet?
Ses der varige ændringer på de valgte indikatorer?
Borger og patientoplevelser
- Data vedr. borgerens oplevelse af effekt og forandring
Borgernes oplevelse af helbred og livskvalitet
Borgerens tilfredshed med tilbuddet i centeret og oplevelse af forløb

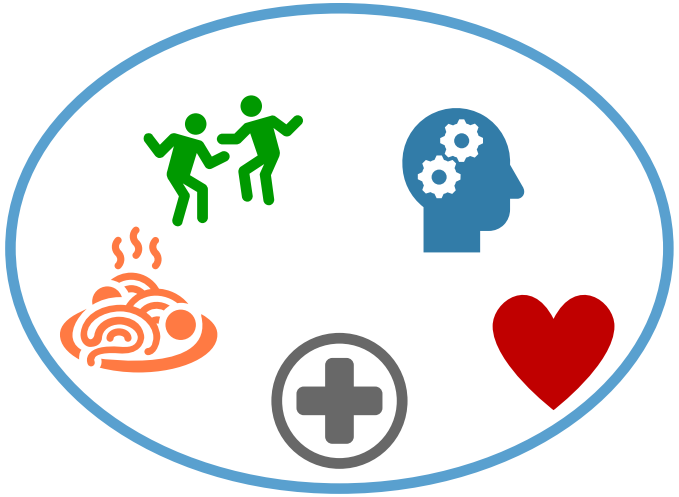
Effektmåling

Formål:

1. Beskrive populationen af borgere med type 2 diabetes, der henvises til kommunal rehabilitering i Københavns kommune
2. Undersøge om populationen opnår effekt af indsatserne og fastholder ændringer seks måneder efter endt forløb

N = 461

Ved opstart af rehabiliteringsforløb

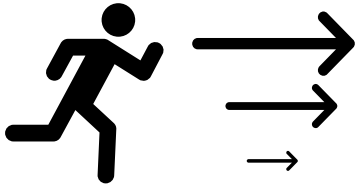


Indsats(er) i CfD

N = 172

Afslutning af forløb

N = 131



Opfølgning - 6 mdr. efter afslutning af forløb

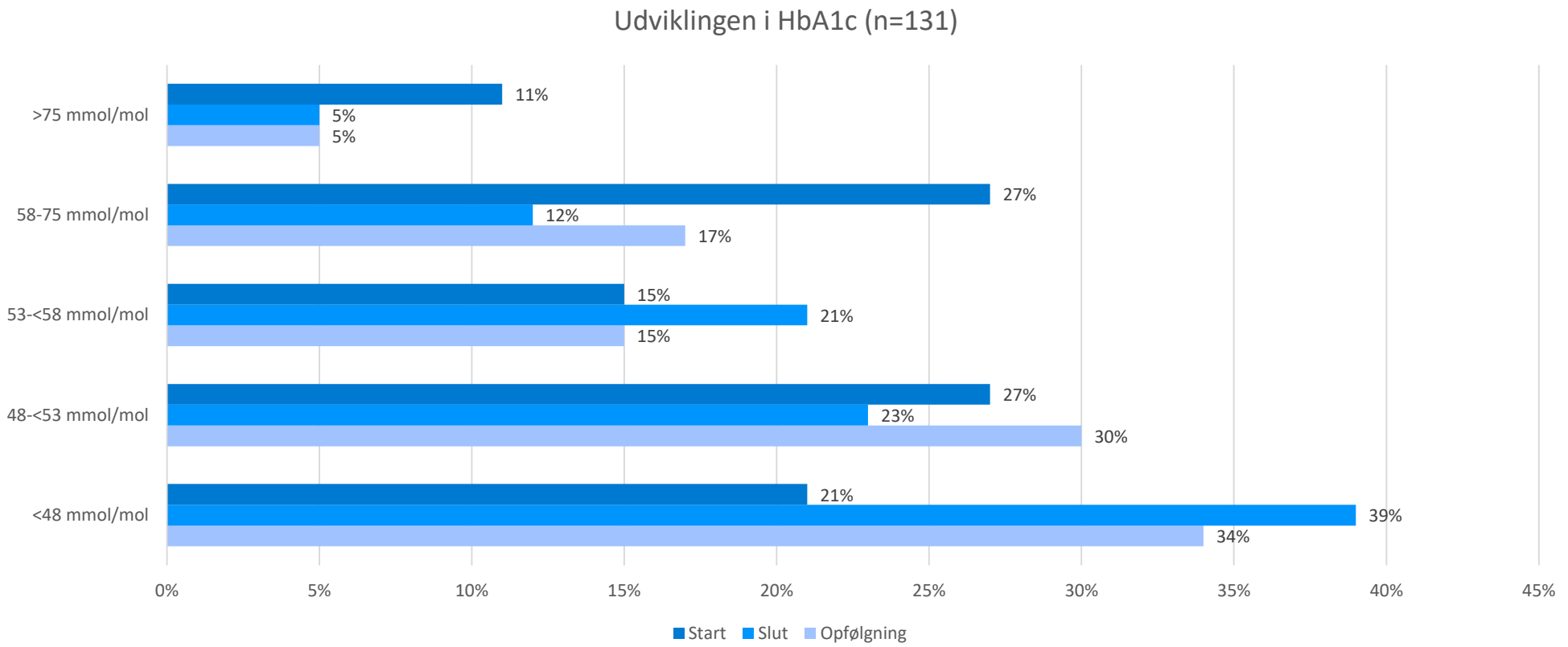
Måling af effekt

- **Spørgeskema**
- Livskvalitet
- Mental sundhed/Distress
- Hverdag med diabetes
- Sundhedskompetence
- Sociale relationer
- Specifikke diabetesproblemstillinger
- KRAM
- Opnåelse af mål plus udbytte

Objektive mål

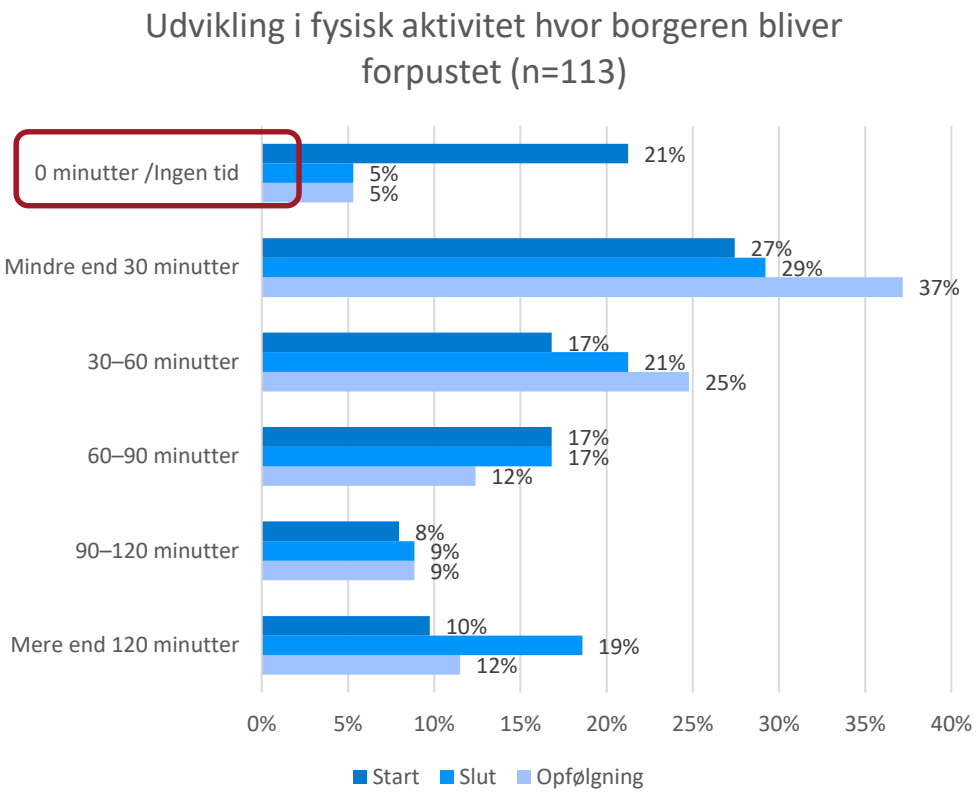
- Vægt/BMI
- Hofte, talje
- BT
- Lipider
- HbA1c

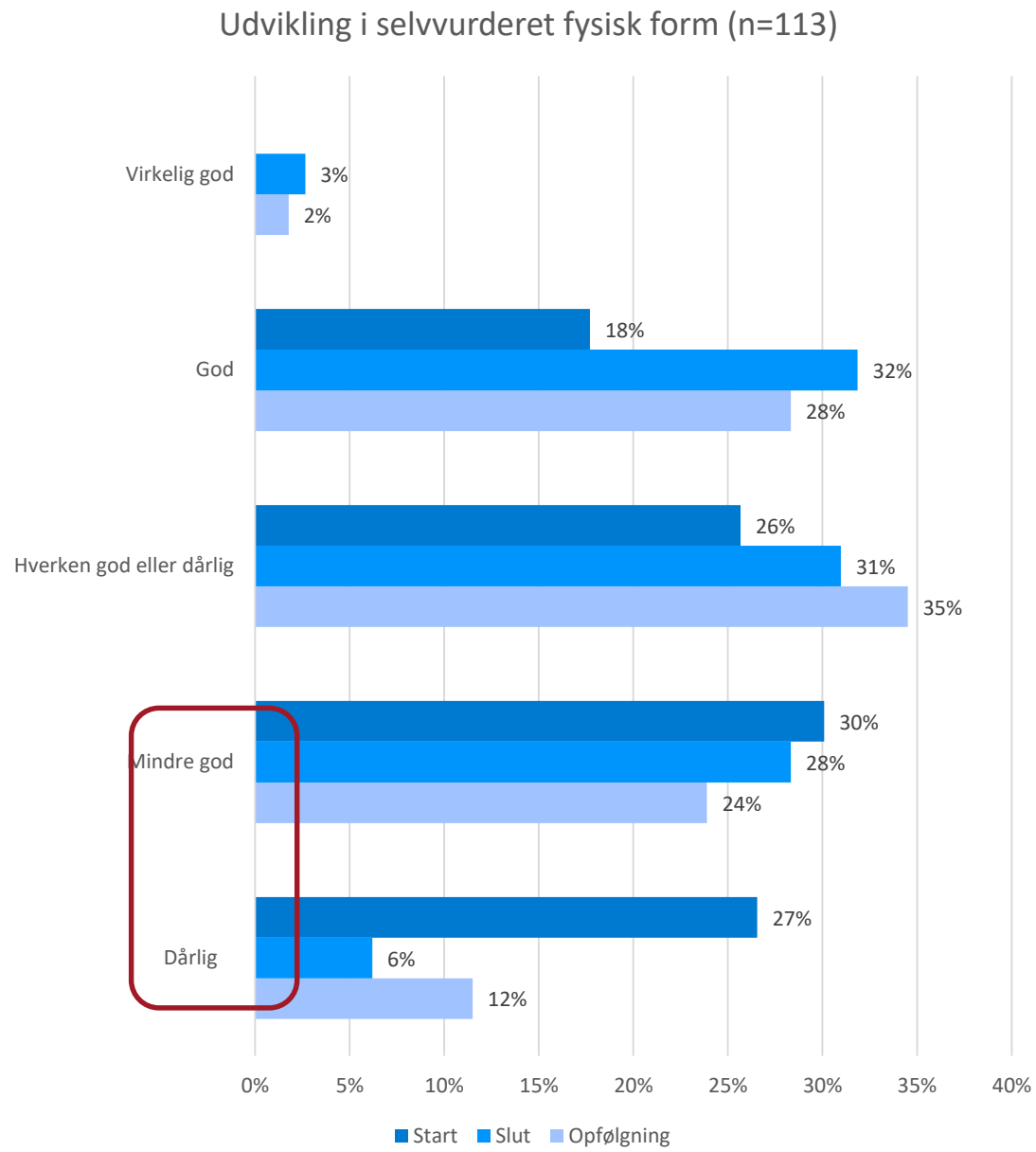
Fysiologiske målinger



	Start	Start	Slut	Opf.	Δstart-slut	Δstart-opf.	Δslut-opf.
n	305	131	131	131	131	131	131
HbA1c, mmol/mol, gens (95% CI)	57,0 (55,4;58,6)	58,5 (55,8;51,2)	52,0 (49,8;54,2)	52,7 (50,7;54,8)	-6,5* (-9,0;-4,1)	-5,8* (-8,8;-2,8)	0,7 (-1,9;2,5)

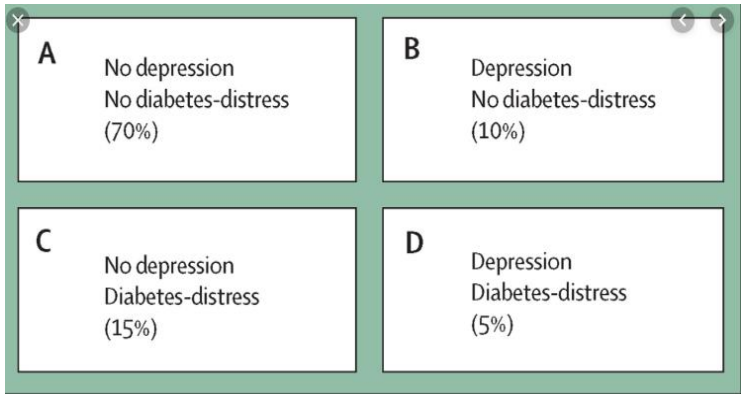
Bevægelse


Udvikling i fysisk aktivitet hvor borgeren bliver forpustet (n=113)
0 minutter /Ingen tid
21%
5%
5%
Mindre end 30 minutter
27%
29%
37%
30–60 minutter
17%
21%
25%
60–90 minutter
17%
17%
12%
90–120 minutter
8%
9%
9%
Mere end 120 minutter
10%
19%
12%
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
Start
Slut
Opfølgning

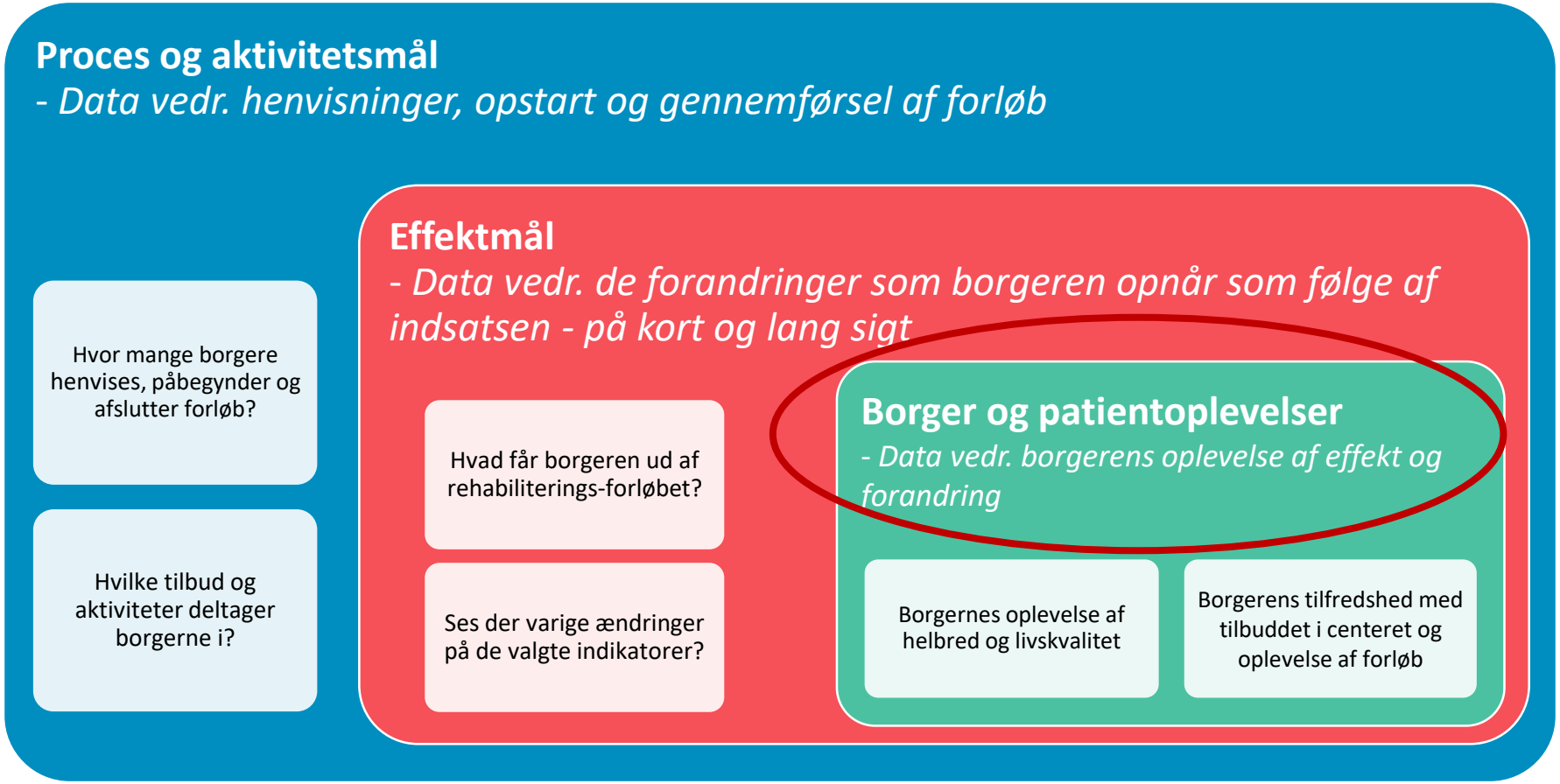

Udvikling i selvvurderet fysisk form (n=113)
Virkelig god
3%
2%
God
18%
32%
28%
Hverken god eller dårlig
26%
31%
35%
Mindre god
30%
28%
24%
Dårlig
27%
6%
12%
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
Start
Slut
Opfølgning

Mental Sundhed

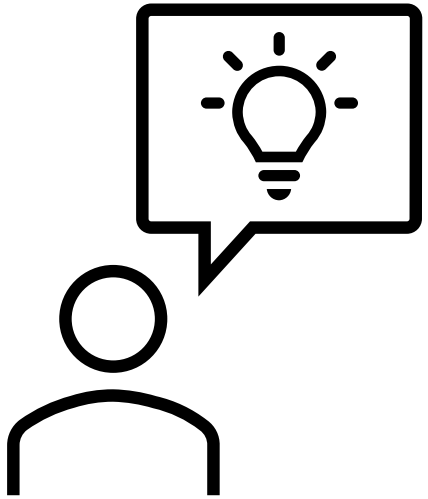
No depression No diabetes-distress Start 44% Slut 64% Opf. 64%	Depression No diabetes-distress Start 9% Slut 8% Opf. 9%
No depression Diabetes-distress Start 42% Slut 22% Opf. 20%	Depression Diabetes-distress Start 4% Slut 6% Opf. 7%



Kilde: Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015


Proces og aktivitetsmål
- Data vedr. henvisninger, opstart og gennemførsel af forløb
Hvor mange borgere henvises, påbegynder og afslutter forløb?
Hvilke tilbud og aktiviteter deltager borgerne i?
Effektmål
- Data vedr. de forandringer som borgeren opnår som følge af indsatsen - på kort og lang sigt
Hvad får borgeren ud af rehabiliterings-forløbet?
Ses der varige ændringer på de valgte indikatorer?
Borger og patientoplevelser
- Data vedr. borgerens oplevelse af effekt og forandring
Borgernes oplevelse af helbred og livskvalitet
Borgerens tilfredshed med tilbuddet i centeret og oplevelse af forløb

Borgeroplevet kvalitet



Træning

- Ude og inde
- Brug af byens faciliteter
- Sjov og leg
- Boldspil
- Interval gang
- Mindfullness
- Relationer og netværk
- Fokus på fysiologisk fremgang og fastholdelse

Typer af træningshold i CFDH

fokus på gruppesammensætningen

Den Afklarende Samtale

Middagshold

Hjertehold

Aftenhold

Virtuelt hold

Kvindehold

Mandehold

Yogahold

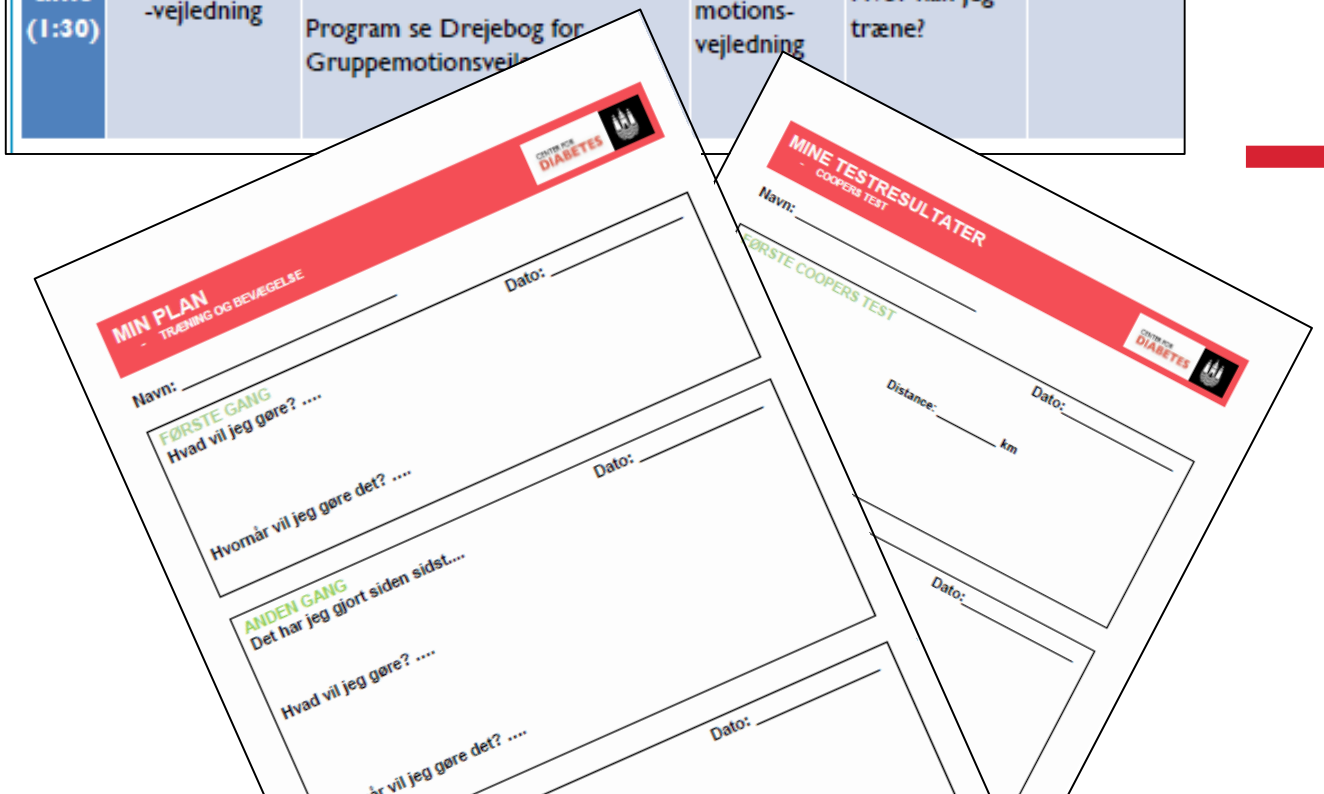
Funktionshold

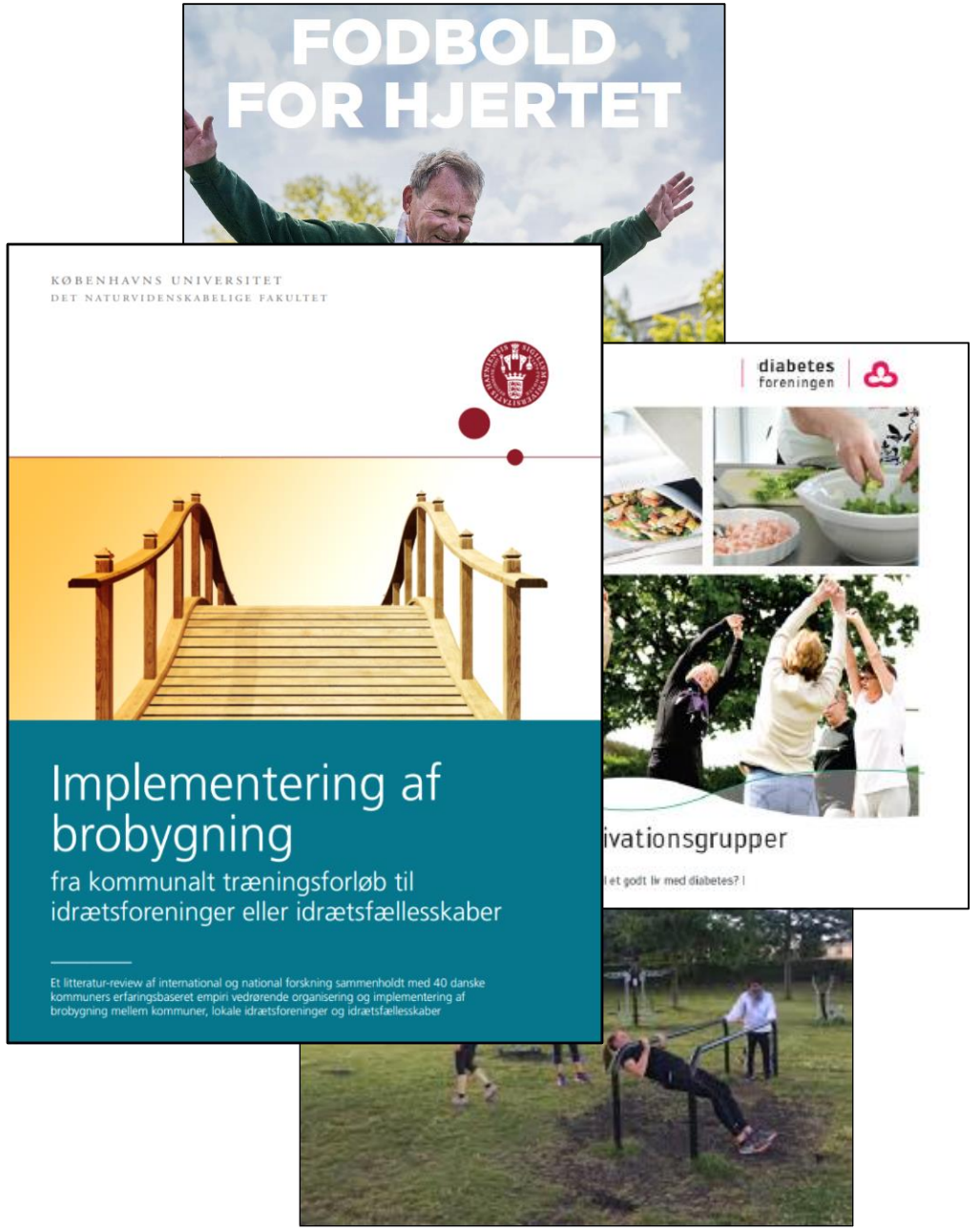
SOB

Fastholdelse

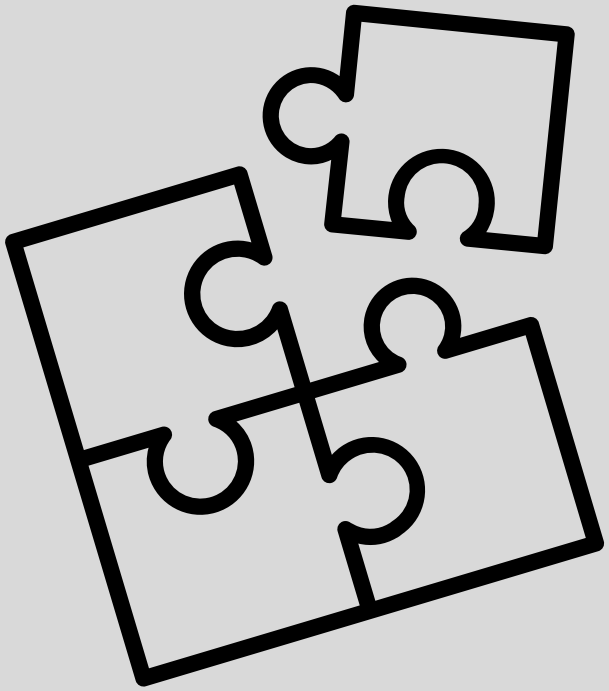
Fjerde uge indendørs - *Fastholdelse og netværk*

Tid	Tema	Beskrivelse	Materialer	Udleverings-ark	Belastning/ Intensitet
1½ time (1:30)	Gruppemotions -vejledning	Dialog og vejledning i motions på 3. sal i CfD Program se Drejebog for Gruppemotionsvejl	Mappen Gruppe-motions-vejledning	Min plan Hvor kan jeg træne?	-





Vi er på vej, men vil også have fokus på …



- Øget sammenhæng på tværs af sektorer
- Mental sundhed – hvordan sikrer vi kompetencer og tilstrækkelig opfølgning?
- Udvikle model for samarbejde med pårørende
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Ho

INDLEDENDE SPØRGSMÅL

Hvordan arbejder vi med data for at styrke rekruttering, gennemførsel og fastholdelse af borgere i rehabiliteringstilbud?

O

Personcentreret tilgang → Tage udgangspunkt i borgerens behov og problemstillinger

Bliv klogere på jeres data → afliv synsninger, sæt mål for jeres arbejde, følg med i data

Læn jer op af evidens og ny viden

Inddrag ”eksperter” → borgere, sundhedspersonale og lokal ledelse

Spørgsmål eller kommentarer

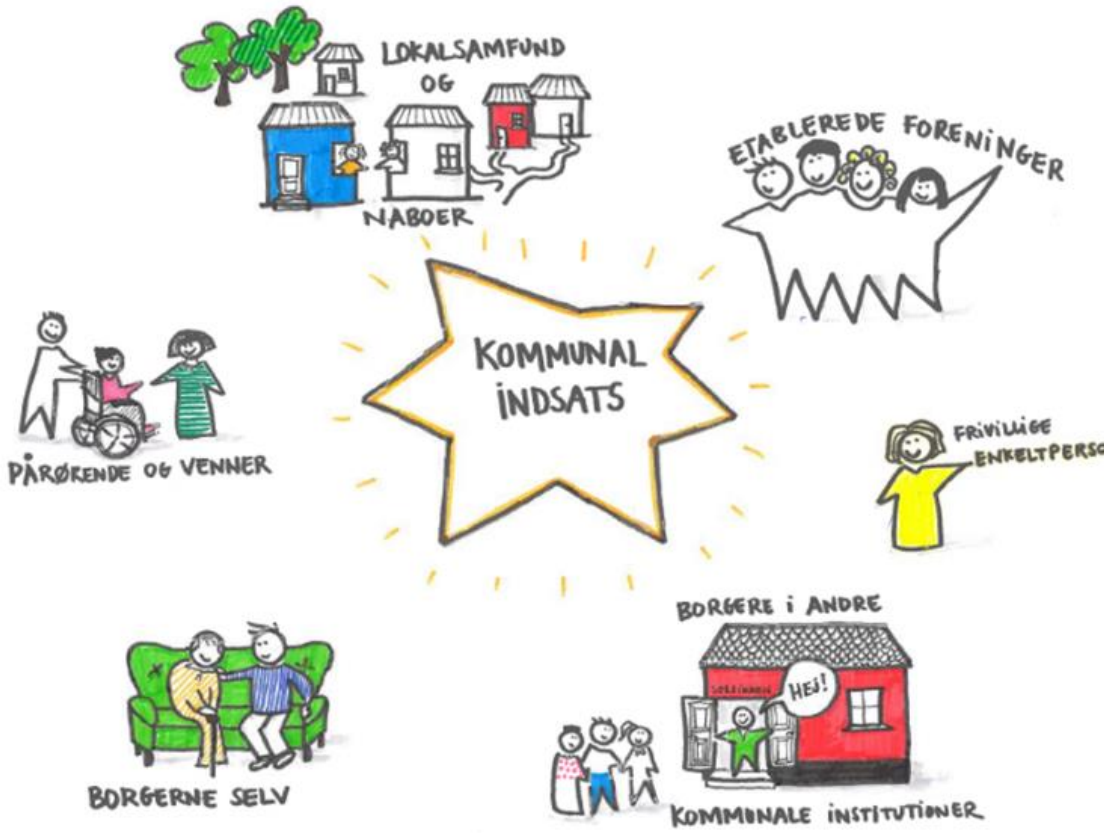
PAUSE

Fælles drøftelse

Hvordan kan I understøtte sårbare borgeres gennemførsel af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom før, under og efter forløbet?

Proces:

Drøfte rundt om bordet
Opsamling i plenum



OPSAMLING OG VEJEN VIDERE

KL

Center for
Forebyggelse i praksis

TAK FOR I DAG

Fra oplæg til KL sundhedskonference 2019 af Helle Terkildsen Maindal – Aarhus universitet

KL

Center for
Forebyggelse i praksis