



Temadag om nye kvalitetsstandarder til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Hvordan kan vi differentiere indsatserne?

Lisbeth Holm Olsen og Lene Dørfler

Center for Forebyggelse i praksis, KL

Marts 2024

Formål med dagen

Formålet med temadagen er, at deltagerne får indblik i det nye i kvalitetsstandardene fra Sundhedsstyrelsen og får viden og inspiration til, hvordan indsatserne kan differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og behov



Program for temadag om nye kvalitetstandarder til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Hvordan kan vi differentiere indsatserne? Onsdag d. 6.marts 2024 i DGI-huset Vejle

10.00 Velkomst, kort præsentation af deltagerne og introduktion til dagens tema
v/ Lene Dørfler og Lisbeth Holm Olsen, Center for Forebyggelse i praksis, KL

Kvalitetstandarder til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
v/ Elsa Martha Eriksen og Rasmus Baagland, Sundhedsstyrelsen

Gruppedrøftelse med afsæt i hjemmeopgave

12.00 Frokost og netværk

Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom
- Hvad kan kommunen gøre? Lisbeth Holm Olsen, Center for Forebyggelse i praksis, KL

Hvordan arbejder Esbjerg Kommune med differentiering og forløbskoordination?
Charlotte Thysen, KOL- sygeplejerske og Birgit Klockmann Jørgensen, Chef for Sundhedscenter

Pause med kaffe og kage

Workshop: Hvordan kan vi styrke indsatsen i egen kommune?

Opsamling på dagen

15.00 Tak for i dag

Hvem er vi her i lokalet 😊

Fysioterapeuter

Diætister

Sundhedskonsulenter

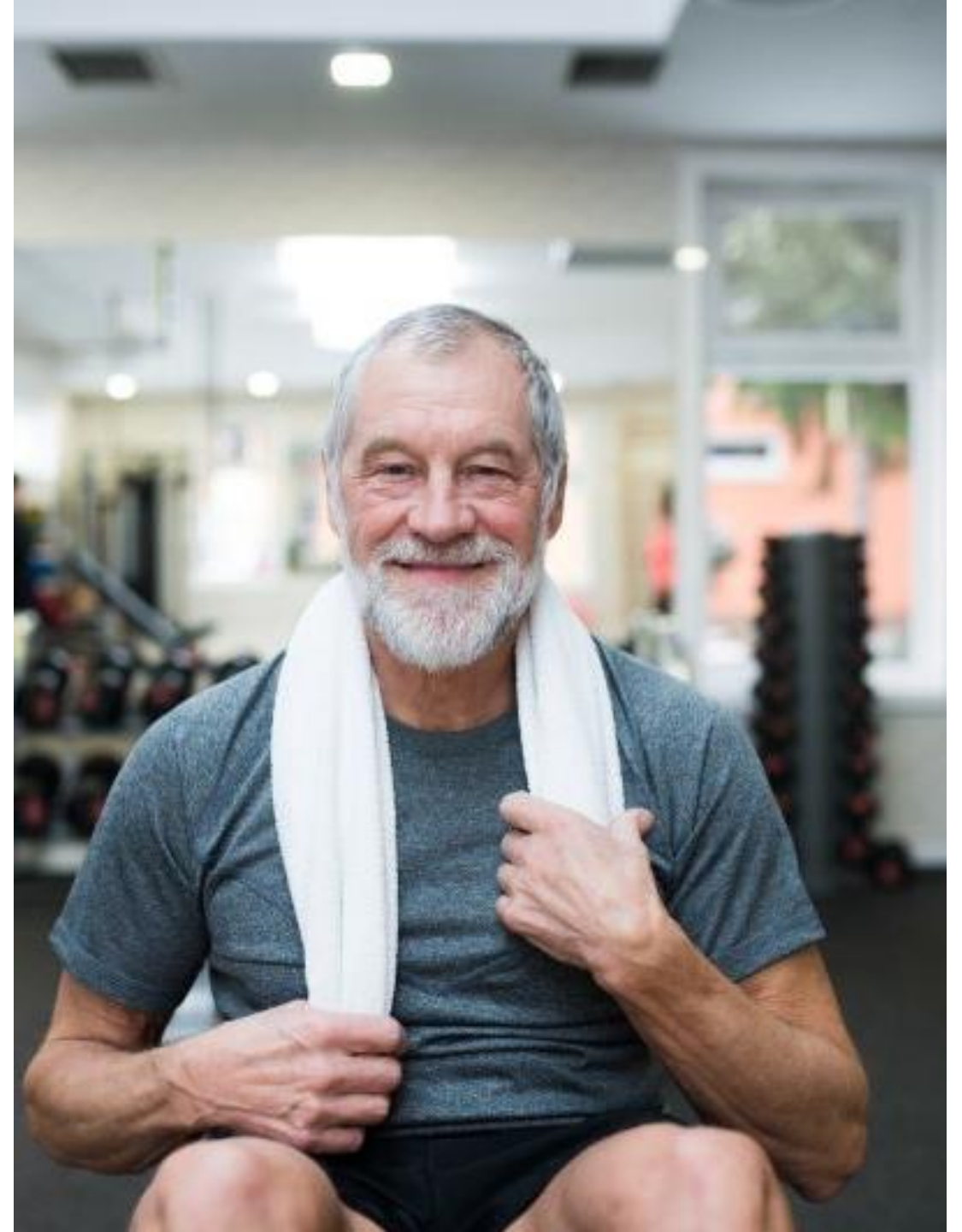
Faglige koordinatore

Ledere, chefer



Introduktion til dagens tema

- Hvorfor står ulighed i
sundhed og differentiering
så højt på dagsorden?



Der er behov for omstilling

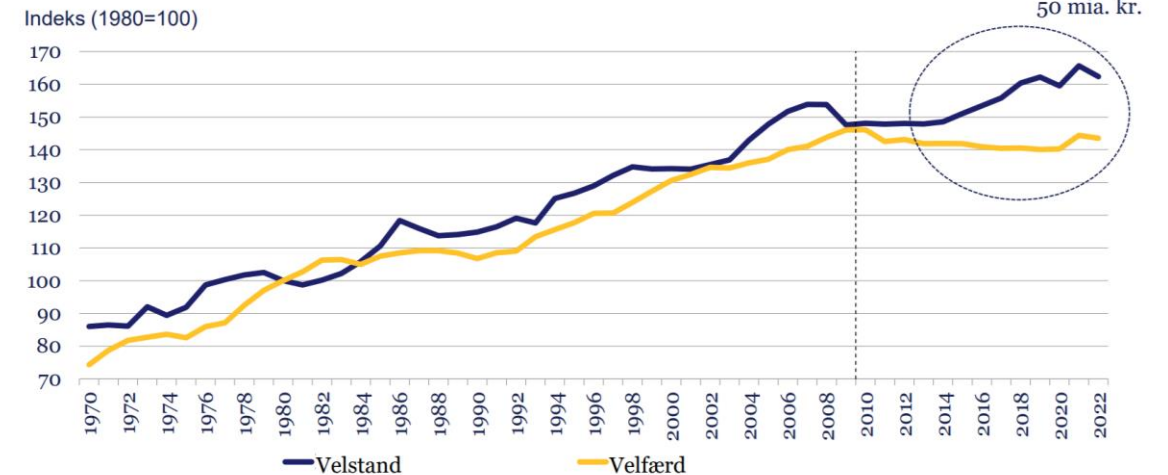
Gab mellem sundhedsvæsnets ressourcer og befolkningens forventninger – Baumol kurven

Stigende behov for at udnytte ressourcer bedst muligt – særligt mhp. på at skabe mere lighed i sundhed

”Der er behov for et paradigmeskifte”

*Jonas Egebart, direktør for Sundhedsstyrelsen,
på KL's Sundhedskonference*

Forventningsgab



Kilde: KRAKA og egne beregninger

Hvorfor denne temadag?

- Presset sundhedsvæsen
- Flere ældre og flere med kronisk sygdom
- Ulighed i hvem der får kronisk sygdom og hvordan de profiterer af sundhedsvæsnet
- Udfordringer med nok faglige kompetencer og ressourcer

KL



Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom



Syv principper for fremtidens behandling

- 1 Borgernes forløb skal have **et langt større fokus på at forebygge** udviklingen og forværringen af kronisk sygdom. Træning og mindre indgribende behandling bør være førstevalg, før man opererer.
- 2 Alle de borgere, som kan og vil, skal spille en **langt større rolle i deres eget forløb** sammen med deres pårørende og civilsamfund. Det er muligt at leve et godt liv med kronisk sygdom, særligt hvis borgerne er bedst muligt rustet til at tage hånd om egen sygdom(me).
- 3 Vi skal lave **differentierede indsatser**, så alle borgere ikke bare pr. automatik får det samme tilbud. Nogle borgere har ikke ressourcerne og skal have mere hjælp og støtte. Andre kan mere selv.
- 4 **Teknologi** kan gøre livet med kronisk sygdom mere fleksibelt, selvstændigt og trygt. Og mange borgere efterspørger teknologi som led i deres behandling. Nogle teknologier kan fx frigøre medarbejdere eller flytte fokus til tidlig indsats frem for akut behandling. Det giver plads til at tage hånd om borgere med færre ressourcer.
- 5 **Kvalitet** for patienten skal ses som flere ting: Den kliniske kvalitet skal være høj, borgeren skal have en god oplevelse af sit forløb og løsningen skal være realistisk at gennemføre med de medarbejdere, økonomi mv., der er eller kommer til at være til rådighed.
- 6 **Data** er et vigtigt element i at udvikle og samarbejde om kvalitet i borgernes forløb. Deling af data skal sikre, at relevante aktører har adgang til oplysninger på tværs af sektorer.
- 7 **Opgavefordelingen** skal være klar og aftalt nationalt. Der skal være en tydelig og forpligtende opgavedeling for kommuner, hospitaler og praktiserende læger – og de nødvendige kompetencer skal være til rådighed på tværs.



1

Vi skal behandle forskelligt for at behandle ens

Mennesker er forskellige og har forskellige forudsætninger for at mestre hverdagen med kronisk sygdom. Det betyder, at indsatser for mennesker med kronisk sygdom skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers situation, ressourcer og motivation. Nogle har brug for mere støtte til at leve et godt liv med kronisk sygdom. Andre kan med de rette hjælpemidler klare mere af deres behandling selv.

2

Indsatser skal formes af dialog og data

Sundhedsvæsenet skal konsekvent møde borgerne, hvor de er – og understøtte borgeren i at mestre et liv med kronisk sygdom på borgerens præmisser. Det betyder, at dialog med borgerne og differentiering af indsatserne skal ske på grundlag af systematiske, ensartede metoder og brug af data. Målet er at sikre kvaliteten for alle samtidig med, at borgerne forstår den indsats, de tilbydes, og motiveres til at tage ejerskab over deres hverdag med kronisk sygdom.

3

Teknologi skal frisætte borgerne og frigive ressourcer

Velfærdsteknologi kan hjælpe borgere til bedre selv at mestre livet med kronisk sygdom. Det giver både tryghed og fleksibilitet. Det handler om alt fra videokonsultationer og sensor-baserede glukosemålere over apps til hjemmemonitorering. Det betyder, at der fra national side skal ske en koordinering og finansiering af udbredelsen af fælles teknologiske løsninger, der understøtter differentierede indsatser.



Tilgængelig rådgivning skal være teknologiens følgesvend

Teknologien kan ikke i sig selv gøre borgerne trygge ved differentiering. Det betyder, at borgerne med differentierede indsatser skal have adgang til kompetent sundhedsfaglig rådgivning, når de får brug for det. Og de skal tilbydes undervisning i sygdomsmestring, så de får en bedre forståelse for egen sygdom og ved, hvornår de skal reagere ved forværringer.



Civilsamfundet skal bringes i spil

Nogle borgere kan klare mere selv, hvis de får hjælp til at komme i gang med fx. træning i et tilbud i civilsamfundet. For andre er civilsamfundet en vigtig brik til at sikre fællesskab og fastholdelse af de gode vaner og motivation, når kommunen "slipper" borgerne efter et forebyggende forløb. Det betyder, at kommuner systematisk skal opsøge og understøtte et godt samarbejde med civilsamfundet lokalt. De steder, hvor der ikke er relevante sundhedsfremmende fællesskaber, skal begge parter arbejde for, at det bliver etableret.

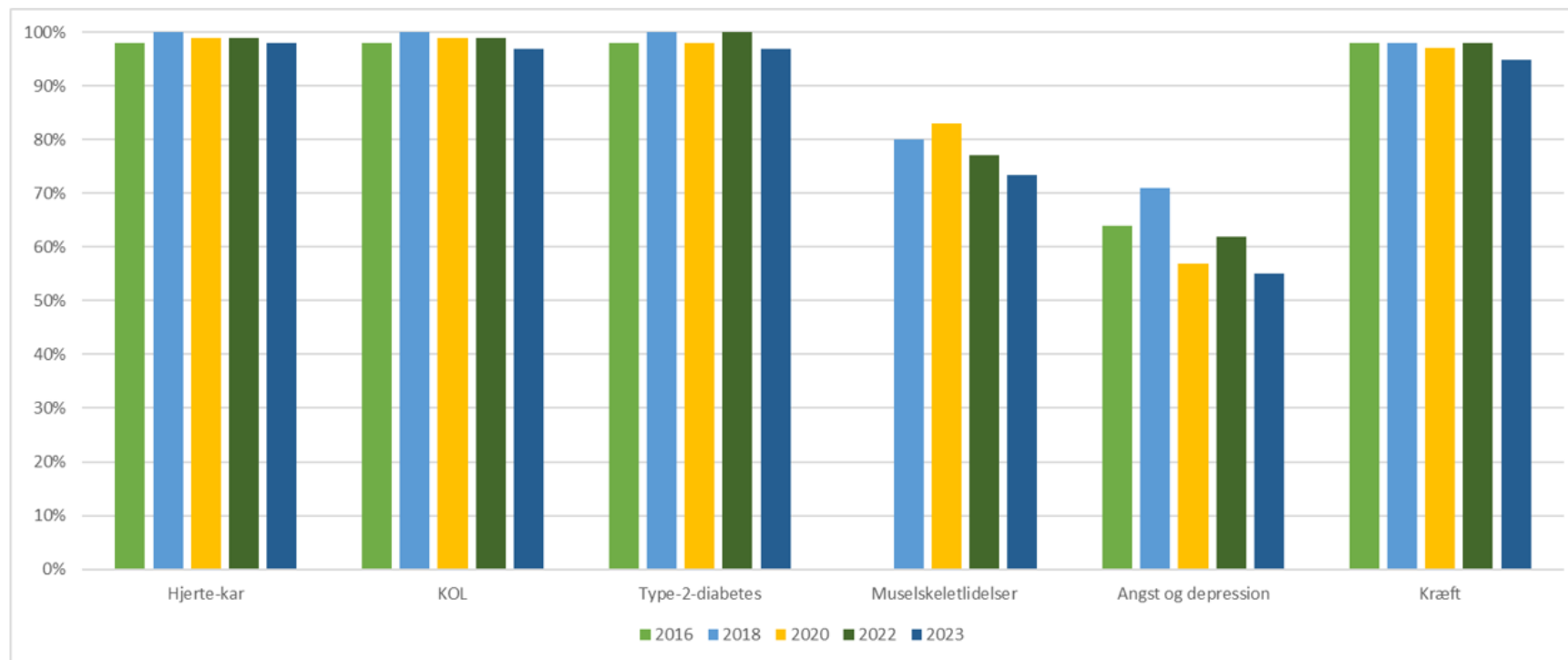


Rammer og kompetencer skal være til stede

Borgere med kronisk sygdom skal ikke længere have tilbud alene ud fra deres diagnose. Det skal være efter behov. Vi skal væk fra faste kontroller og frem til behovsstyrede indsatser. Det betyder, at borgere, ledere og medarbejdere skal have rammerne, de rette faglige kompetencer og modet til at ændre arbejdsgange og omlægge til differentierede indsatser.

Forvaltningsundersøgelse

Figur 7: Andel kommuner, med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom for nedenstående diagnosegrupper, pct.



Kilde: KL's dataindsamling på sundhedsområdet, 2023.
N = 98





Krav, anbefalinger og forventninger

KL

Kvalitetsstandarderne rummer 31 krav og 21 anbefalinger

Implementeringen skal ske i lokal dialog bl.a. i sundhedsklyngerne

(Politiske aftale om sundhedsreformen)

”Det forventes, at kvalitetsstandarderne indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer”

(Kvalitetsstandarderne s. 6.)



Formålet med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er at give borgeren **indsigt, redskaber og tro på egne evner**, som over tid kan føre til **bedre håndtering** af livet med kronisk(e) sygdom(me) fx for bedret **helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd**

Formålet med kvalitetsstandarderne er, at borgere med kronisk sygdom tilbydes indsatser af **ensartet og høj kvalitet**

Formålet med kvalitetsstandarderne



I den politiske aftale er der afsat:

- 102,9 mio. kr. i 2023
- 103,6 mio. kr. i 2024
- 104,8 mio. kr. i 2025
- 107,8 mio. kr. i 2026
- 127,4 mio. kr. i 2027 og 2028
- 130,4 mio. kr. fra 2029 og frem

Økonomi

årstal	akutpakke	kronisk sygdom	akutpakke	kronisk sygdom
2023	100	102,9	49%	51%
2024	100	103,6	49%	51%
2025	100	104,8	49%	51%
2026	100	107,8	48%	52%
2027	100	127,4	44%	56%
2028	100	127,4	44%	56%
2029	100	130,4	43%	57%

Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – baggrund, krav og anbefalinger

Elsa Martha Eriksen og
Rasmus Baagland
Sundhedsstyrelsen





SUNDHEDSSTYRELSEN

Temadag om kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom



6. marts 2024

Elsa Martha Eriksen & Rasmus Baagland

Agenda

- Baggrund
- Indhold i kvalitetsstandarderne – hvad er det nye heri?
- Hvad spiller kvalitetsstandarderne ind i?
- Lighed i sundhed
- Sundhedskompetence
- Differentiering – hvorfor?
- Kvalitetsudvikling – monitorering mv.
- Hvad så nu?
- Fremadrettede behov

Aftale om sundhedsreform maj 2022

Uddrag af aftaletekst: Omstilling til det nære sundhedsvæsen

- En styrket indsats for særligt ældre, mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser forudsætter en omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen, herunder kommuner og almen praksis.
 - Der er for nuværende stor forskel på hvilke tilbud der er, og hvilken kvalitet de har på tværs af landet.
 - Der indføres en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen med kvalitetspakker med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til indsatsen i bla. kommunernes sundhedstilbud.
- Sundhedsstyrelsen skal foreslå hvilke indsatser og målgrupper, der skal laves kvalitetsstandarder for. Kvalitetsstandarderne er et redskab i omstillingen til det primære sundhedsvæsen.



National kvalitetsplan

- Et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den enkelte borger, uanset hvor man bor.
 - Indførelse af en national kvalitetsplan, som skal sikre indførelsen af kvalitetsstandarder med konkrete kvalitetskrav og – anbefalinger
- Kvalitetsstandarder- ét af flere værktøjer i en omstillingsdagsorden



Revidering af anbefalinger

- Kommuner har mange års erfaring med emnet
- Tro mod dette arbejde



Arbejdsgruppe

- Fagligt selskab for Kliniske diætister
- Ergoterapifaglige Selskaber
- Dansk Selskab for Folkesundhed
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Fagligt selskab for sygeplejersker i kommunen
- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- FOA
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- KL
- Sundhedsdatastyrelsen
- Indenrigs- og sundhedsministeriet
- Sundhedsstyrelsen

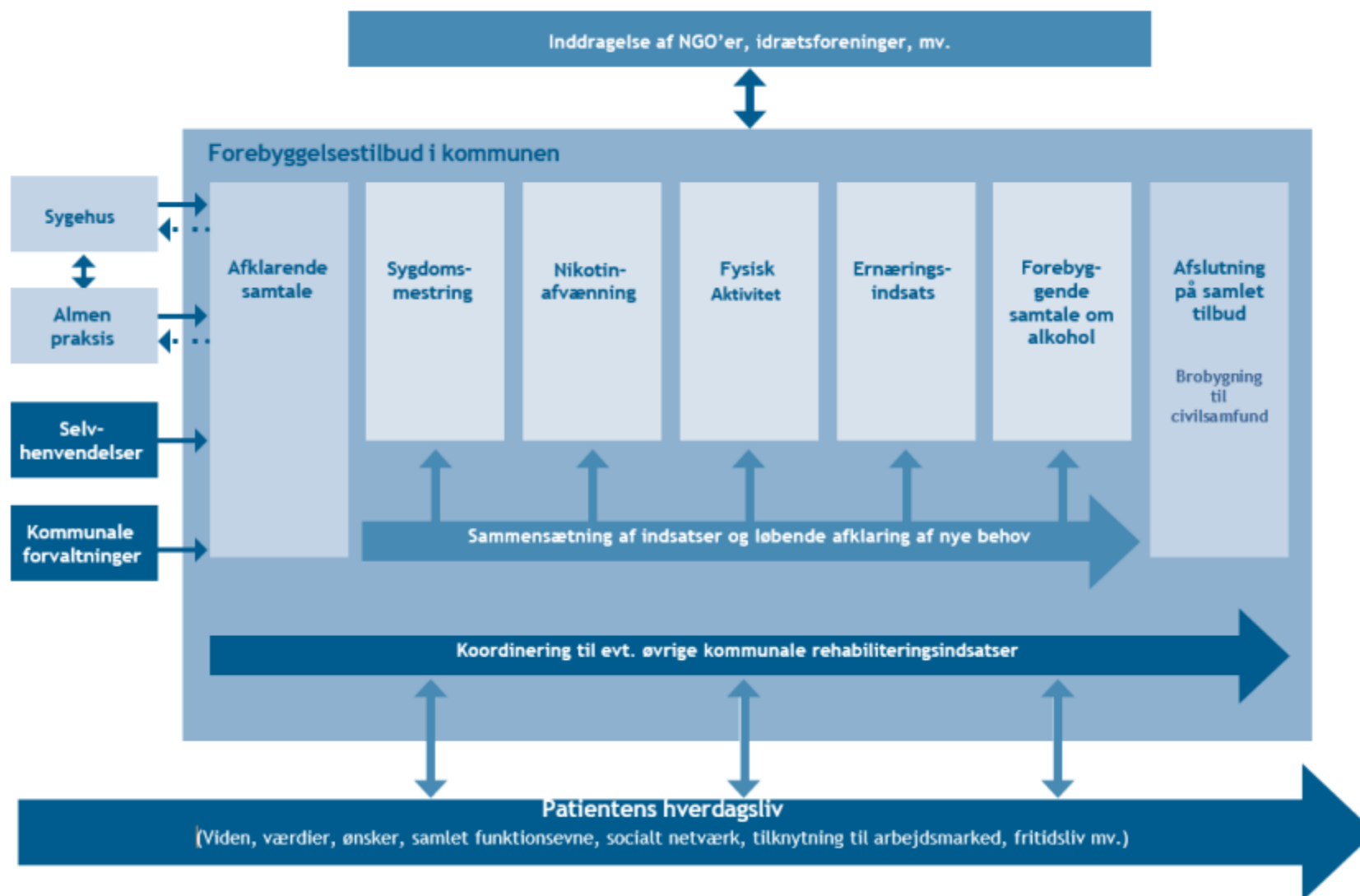
Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Elementer i kvalitetsstandarderne:

- Målgruppe
- Afklarende samtale
- Forebyggelsestilbud om sygdomsmestring
- Forebyggelsestilbud om nikotinafvænning
- Forebyggelsestilbud om fysisk træning
- Forebyggelsestilbud om ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Monitorering og kvalitetsudvikling



Figur 1 viser et overblik over kommunale forebyggelsestilbud og primære samarbejdspartnere i relation til disse.



Hvad spiller kvalitetsstandarderne ind i?

- Lokale aftaler
- Eksisterende forløbsprogrammer
- anbefalinger mv. på området, som kommunerne kan bygge videre på med kvalitetsstandarderne.



Lighed i sundhed

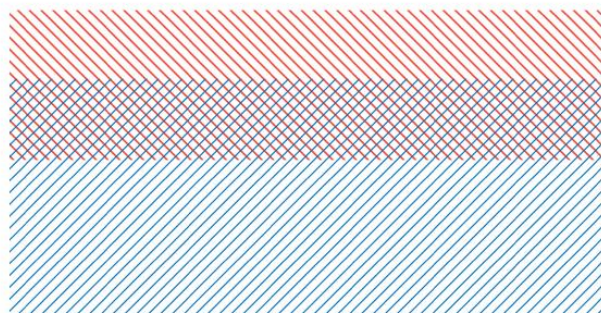
VIDEN
ELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Notat

Hjerterehabilitering: Hvad fremmer og hæmmer deltagelse?

Indblik fra litteraturen på området



Amalie Martinus Hauge og Grete Brorholt

Hvem falder fra rehabiliteringen?

En litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for diabetes-, KOL- og hjertesygdom.

Statens Institut for
Folkesundhed
Syddansk Universitet

Forebyggelsescenter

SYDDANSK UNIVERSITET

**KRONIKER
ENHEDEN
NORDJYLLAND**
Kronikerenheden Nordjylland
er et samarbejde mellem de
nordjyske kommuner og
Region Nordjylland

Social Ulighed i Kræft i Danmark

Side 55

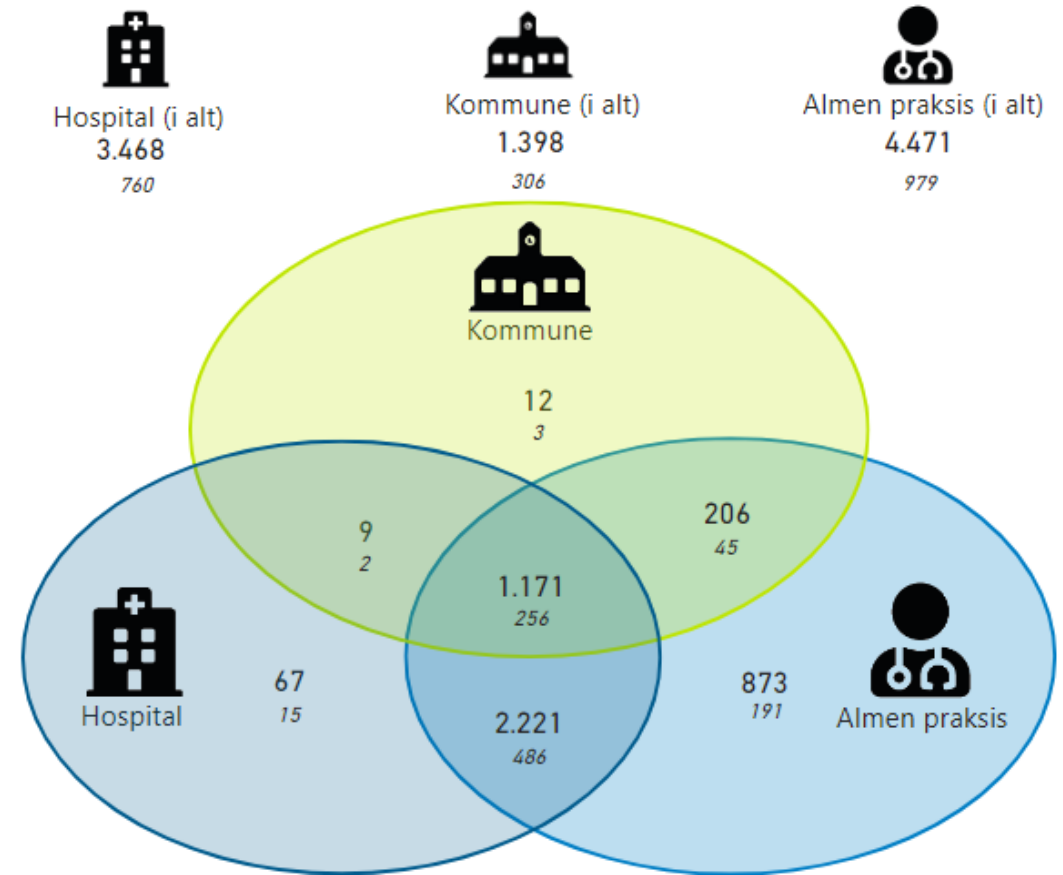
6

Social ulighed i livet efter kræft

- 57 Rehabilitering
- 58 Senfølger og livskvalitet
- 58 Tilbage til hverdagen
- 60 Tilbagefald
- 61 Palliation

Populationsbaseret tilgang

- En **populationsbaseret tilgang** betyder, at kommunen følger, hvilke grupper af borgere der deltager i indsatserne og hvem der ikke deltager.
- Mangel på deltagelse kan have flere årsager og disse skal afdækkes, så der kan arbejdes med større tilslutning.



Organisatorisk sundhedskompetence

- **Det anbefales**, at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence for at imødekomme lokale udfordringer med manglende deltagelse for nogle målgrupper.



Differentiering

- **Det er et krav**, at tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data.



Hvordan kvalitetsudvikles der?


- Sikre ensartethed
- Monitorering
- Forskning



Hvad så nu?

- Info til almen praksis
- Afklaring af afledte spørgsmål til det nye format kvalitetsstandarder
- Udvælgelse af emner og udarbejdelse af de næste kvalitetsstandarder – fremtidige behov
- Udarbejdelse af indikatorer på området
- Data og digitalisering








Kommunal Henvisning

Den praktiserende læge kan oprette en kommunal henvisning ved at markere i tjekboksen i forløbsplansformularen. Lægepraksisjournalen åbner så en kommunal henvisning som bliver forudfyldt med indholdet af den aktuelle forløbsplan.

Det vil blive tilføjet, at henvisningen er lavet pba. at patienten har fået udarbejdet en forløbsplan – og at den fulde plan kan ses i Sundhedsjournalen.

Seneste værd 

Rygstatus	Lejlighedsvis	Total Kolesterol		mmol/L
Højde	1.52	LDL Kolesterol		mmol/L
Vægt	80	Plasma Kreatinin		µmol/L
Blodtryk syst.	130	eGFR		mL/min
Blodtryk dia.	88	Ejendoms Fraktion		%
HbA1c 	5.5	Familial Hyperkolesterolem	<input type="checkbox"/>	
U-Ab / Kina	350	Opret kommunal henvisning	<input type="checkbox"/>	

Sidst ændret 27-04-2023 

Teksten, som vi forventer, at den stilles op og ser ud i anamnese feltet i XREF15:

*Patienten har sukkersyge og henvises til kommunal forebyggelsestilbud.

De nyeste målinger viser:
Blodtryk: 190/95 mmHg.
Langtidsblodsukker (HbA1c): 107 mmol/L.
LDL kolesterol: 3 mmol/L.
Vægt: 78 kg og BMI er 24

Aktuelle KRAM faktorer:
Alkoholforbrug 8/uge.
Motion:
Rygstatus: Dagligt.

Patientens eget mål er:
Vil gerne leve mere sundt og gå tur med hunden dagligt.

Der er aftalte mål mellem læge og patient, som er:
Blodtryk: < 150/100 mmHg.
Langtidsblodsukker (HbA1c): < 50 mmol/L.
LDL kolesterol: < 2.3 mmol/L.
Vægt: 59 kg.

Aftalte mål for KRAM faktorer er:
Alkoholforbrug: 5/1/uge,
Rygstatus: Ophørt,
Motion: Undgår*



PAUSE



Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

- Hvad kan kommunen gøre?

Lisbeth Holm Olsen,
Center for Forebyggelse i
praksis, KL



Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

Hvad kan kommunen gøre?

Januar 2024

 Center for
Forebyggelse i praksis

KL

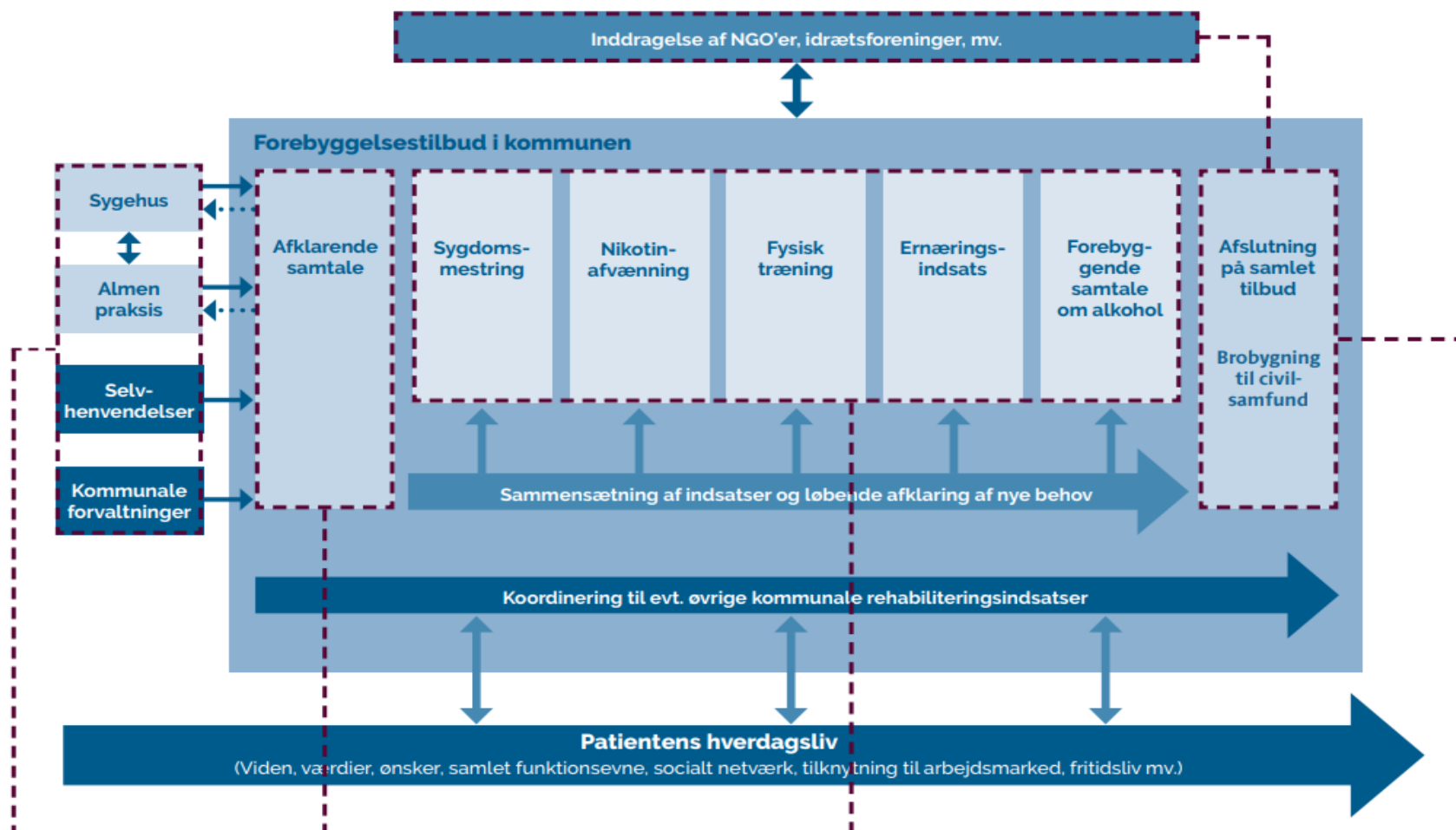
Social ulighed i sundhed

Der er betydelig social ulighed i sundhed knyttet til de store kroniske sygdomme som fx type 2-diabetes, hjerte-kar sygdom, KOL og muskel-skelet sygdom

Mennesker med kronisk sygdom



Sygdommene rammer oftere mennesker med ingen eller kort uddannelse. De udredes oftere senere og har højere risiko for at udvikle komplikationer, miste deres arbejde, få færre gode leveår og for at dø tidligere af deres kroniske sygdom



Tema 1

Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud

- Sygehus
- Almen praksis
- Selvhenvendelse
- Kommunale forvaltninger

Tema 2

Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Behovsvurdering
- Samtaleredskaber

Tema 3

Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Sygdomsmestring, nikotin-afvænning, fysisk træning, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol

Tema 4

Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Foreninger
- NGO'er

Tema 1

Styrkede henvisningsveje til forebyggelsestilbud

KL

Indsatsen styrkes, så mennesker med kronisk sygdom i sårbare eller udsatte positioner kender til kommunens forebyggelsestilbud og opnår samme adgang til tilbuddet som andre



Foto: Aalborg Kommune

Tema 2

Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

Der er stor forskel på den enkeltes behov for støtte til at håndtere sygdom og egenomsorg i hverdagen, på støtte fra pårørende og på forudsætninger for at tilegne sig ny viden og ændre vaner



Foto: Sundhedsstyrelsen (fra film om sundhedskompetence 2023)

Tema 3

Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner

Opgaven er at differentiere tilbuddet, så borgerne, der kan mere selv, understøttes i at mestre mest selv, mens borgere, der har størst behov for støtte, får ekstra hjælp og støtte i det fysiske forebyggelsestilbud



Tema 4

Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

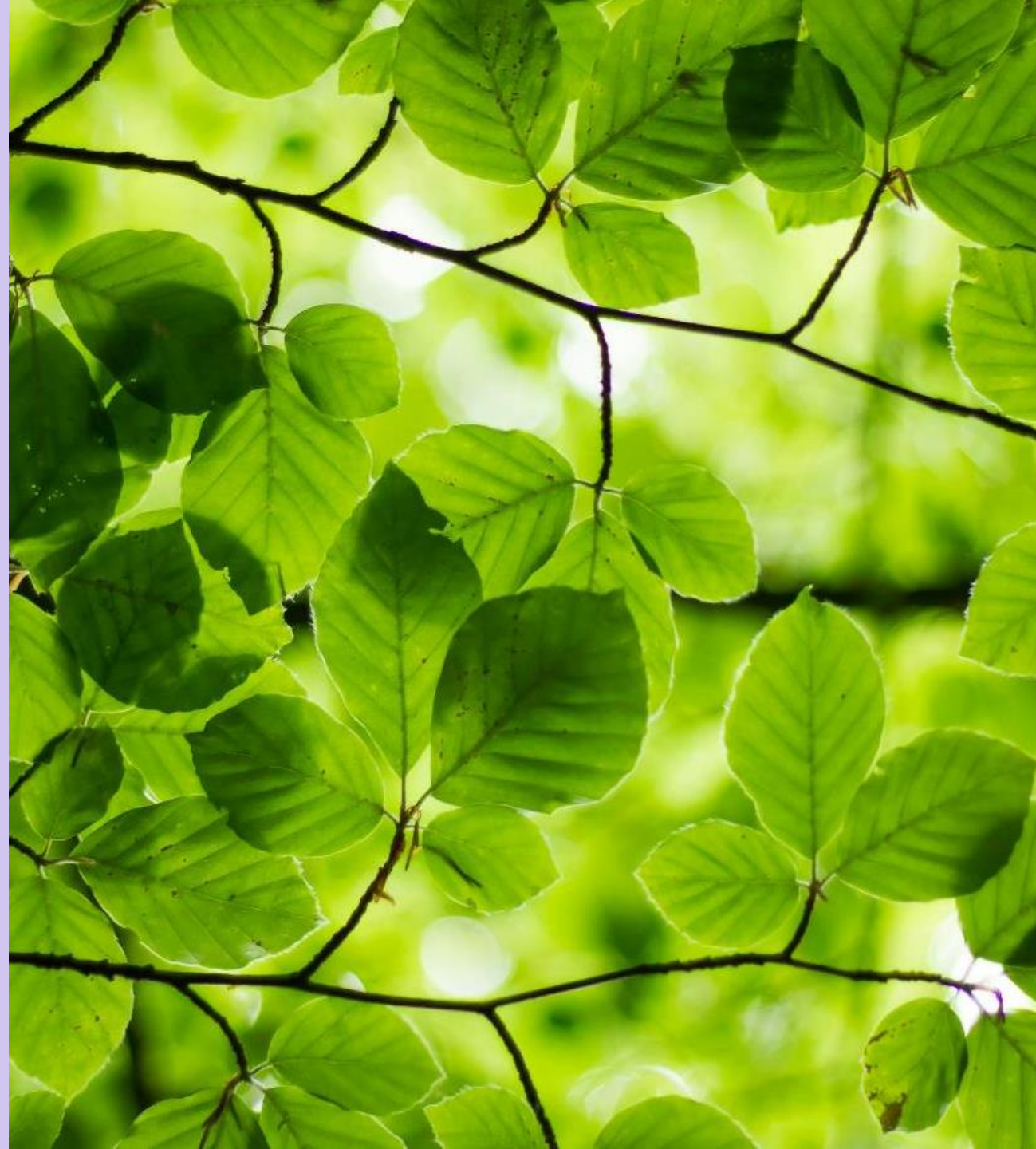
Kommunerne samarbejder i forvejen med organisationer, lokale foreninger og med frivillige og mange kommuner styrker fokus på brobygning til fællesskaber og foreningsliv for mennesker, der ikke har aktive pårørende eller nære venner



Foto: Elsebeth Houe (privat), Herning Kommune, Mænds Mødesteder

Gruppedrøftelse

Ud fra hvilke kriterier vurderer I om borgeren er i målgruppen for en differentieret indsats?



Opsamling

Ud fra hvilke kriterier vurderer I om borgeren er i målgruppen for en differentieret indsats?



Frokost og netværk



Hvordan arbejder Esbjerg Kommune med differentiering og forløbskoordination?

Charlotte Thysen, KOL sygeplejerske og
Birgit Klockmann Jørgensen
Chef for Sundhedscenter



Model for koordinering med borgeren i centrum - en Esbjerg-model

Charlotte Thysen, Koordinator KOL sygeplejerske
Birgit Klockmann Jørgensen, Chef for Sundhedscenter



Indhold

- Organisation
- Baggrund for koordinering
- Henvisning, samarbejde med lægerne
- Koordinering, værktøjer
- Differencering i indsatsen
- Monitorering og kvalitetsudvikling
- Digitale løsninger



Vores organisation



Borger & Arbejdsmarked
4 underafdelinger



Børn & Kultur
4 underafdelinger



Fritid Sundhed & Omsorg
14 underafdelinger



Politik & Personale
4 underafdelinger



Teknik & Miljø
4 underafdelinger



Rehabilitering og Genoptræning

Sundhedsfremme og Forebyggelse

Birkehuset

Mosaikken

Koordinering og Vejledning



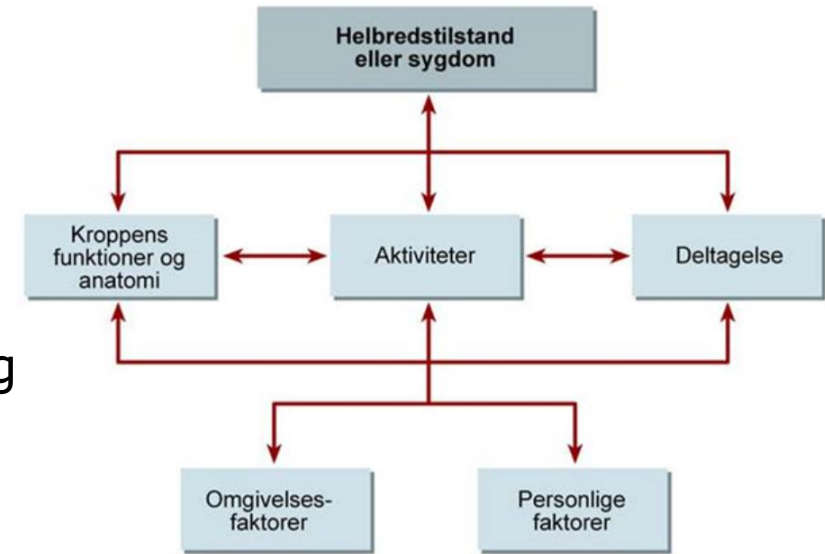
Baggrund

Et ønske om at udvikle en model der understøtter en helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang i kommunens forebyggelses tilbud

- Et fælles sprog og en fælles retning
- Større sammenhæng og bæredygtighed

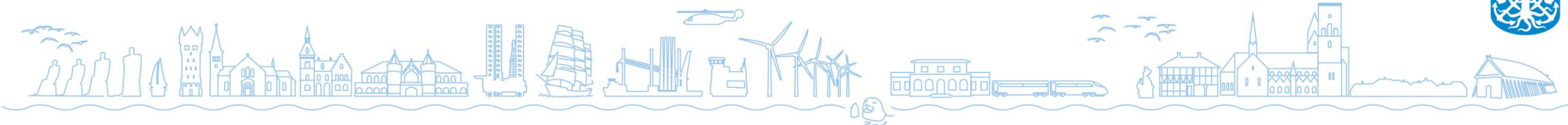
Fokus

Støtte den enkelte borger i at **mestre** eget liv



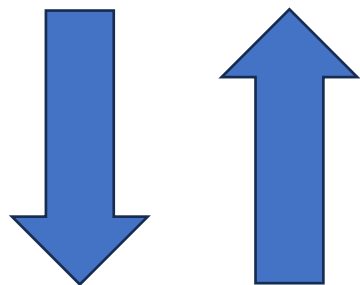
Ressourceorienteret tilgang

- Borgernes egne ressourcer
- Den pårørendes ressourcer
- Netværkets ressourcer
- Nærmiljøets ressourcer



Henvisning

Praktiserende læge/sygehus



- Info om opstart og plan
- Afslutning
- Afgivelser

Sundhedscenter

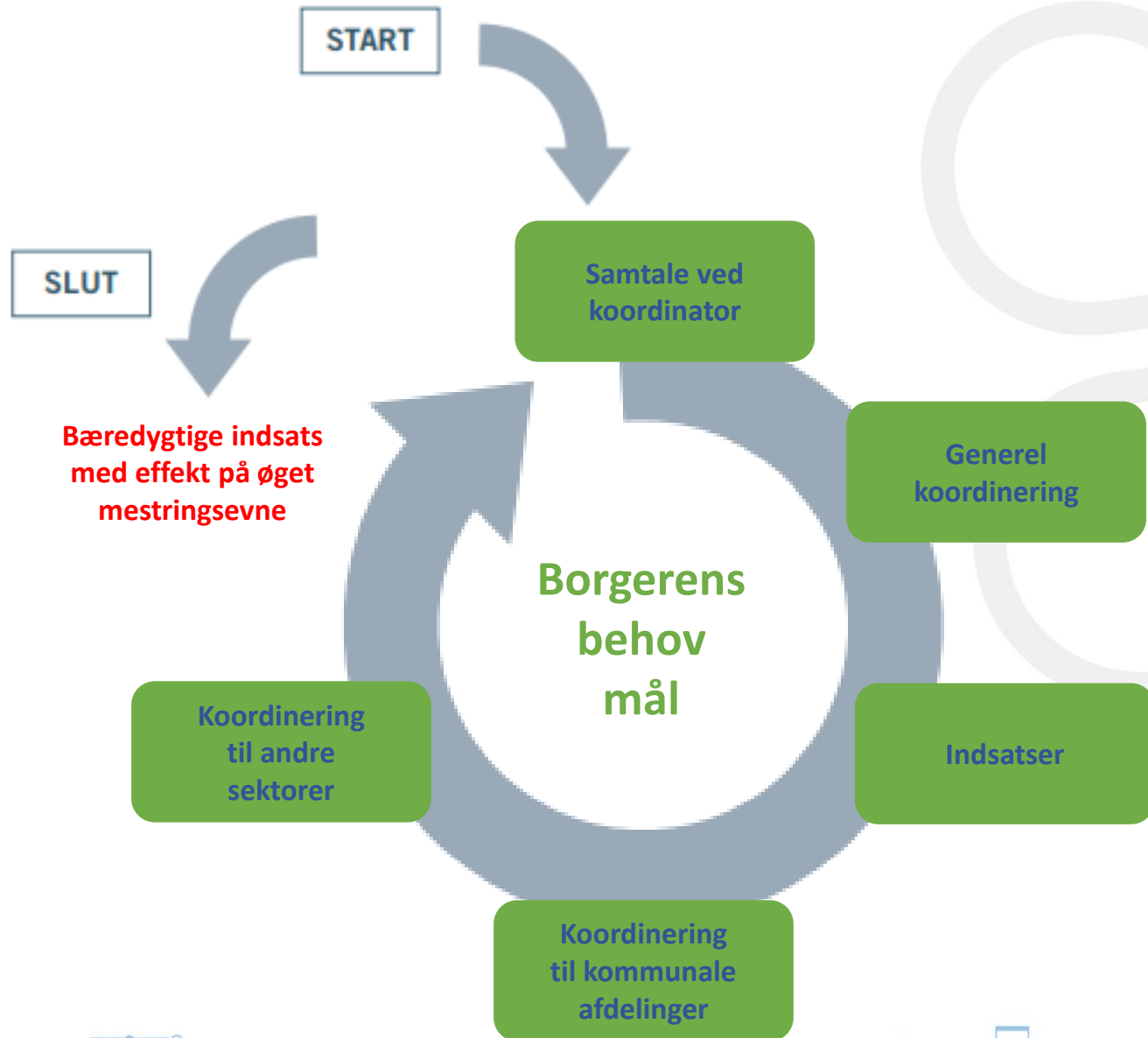
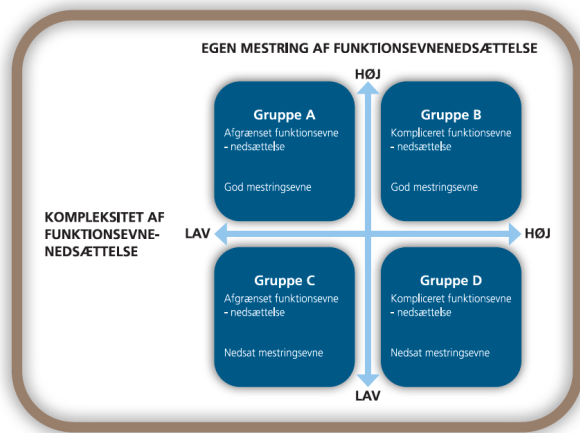
Klyngesamarbejde
KLU

Samarbejds møde

- Klyngens henvisninger (data)
- Info om vores sundhedstilbud
- Ønsker til henvisninger og tilbagemelding
- Forventningsafstemning
- Ændring af hjemmeside (fagfolk)
- Visitkort med QR kode



Koordinering



Værktøjer

Spørgeskema
Samtalehjul
Stratificering:

Sæt kryds (X) på skalaen fra 0 til 10 ud fra hvor enig du er i hvert udsagn.
Du må kun markere 1 tal. Eksempel: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

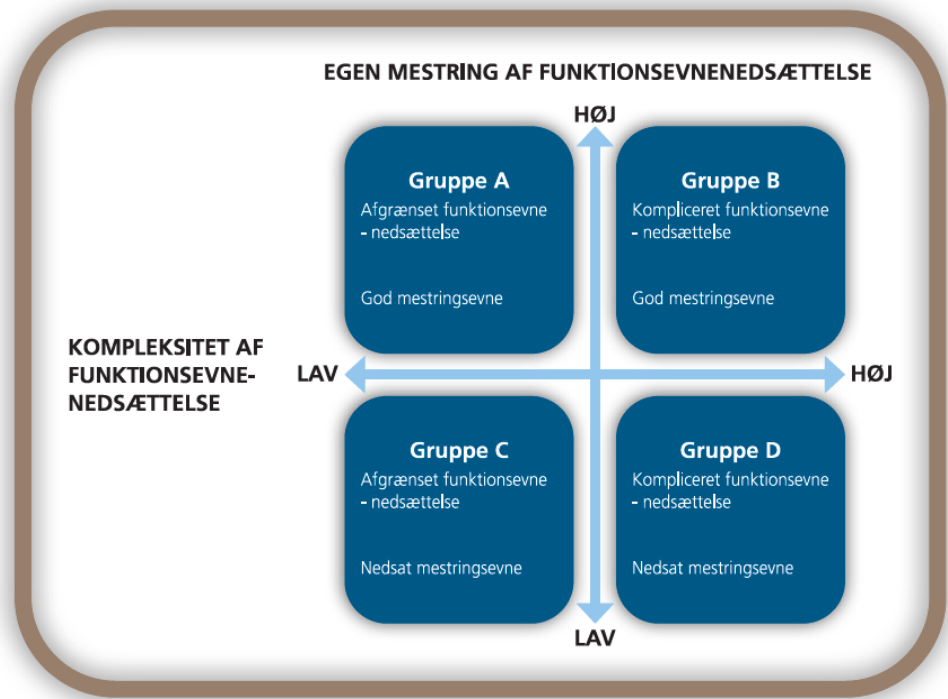
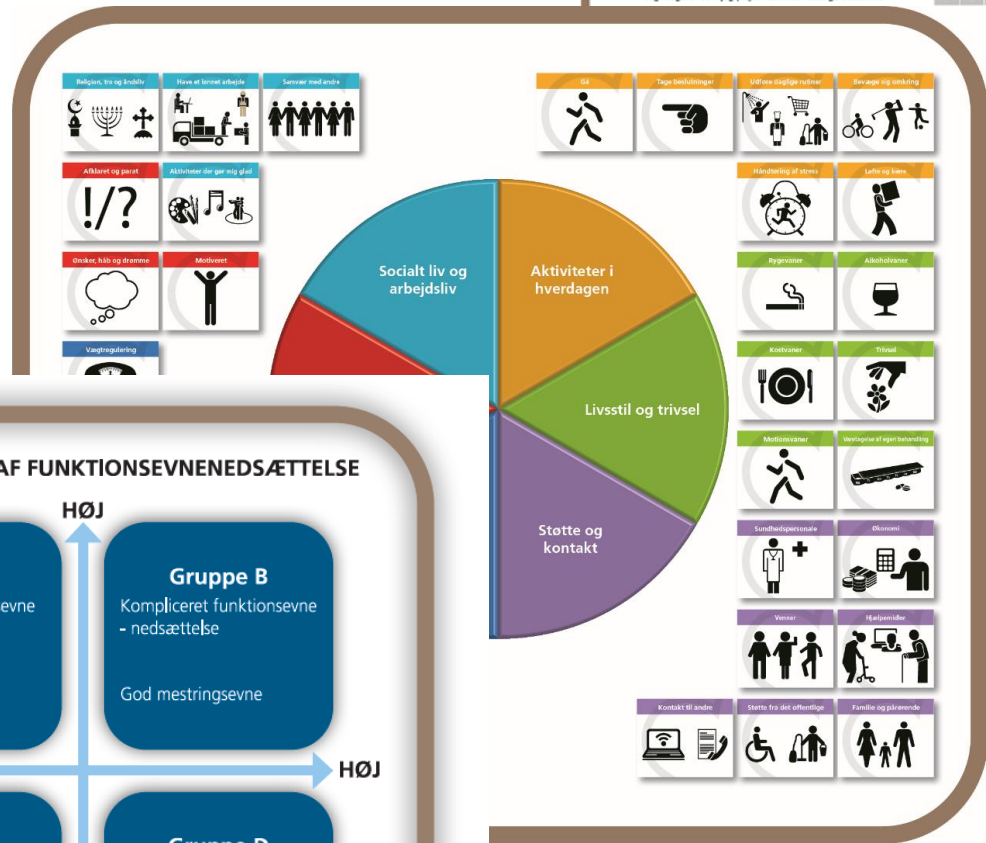
Krop og energi

17. Jeg oplever at være fuld af energi

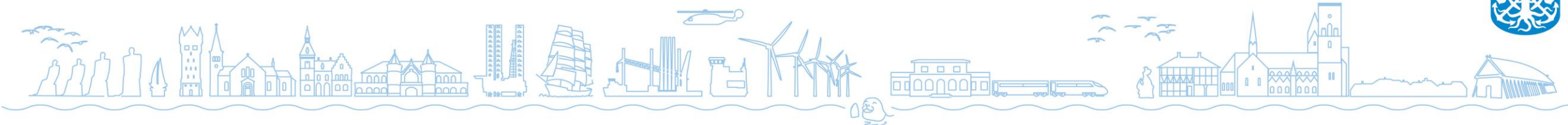
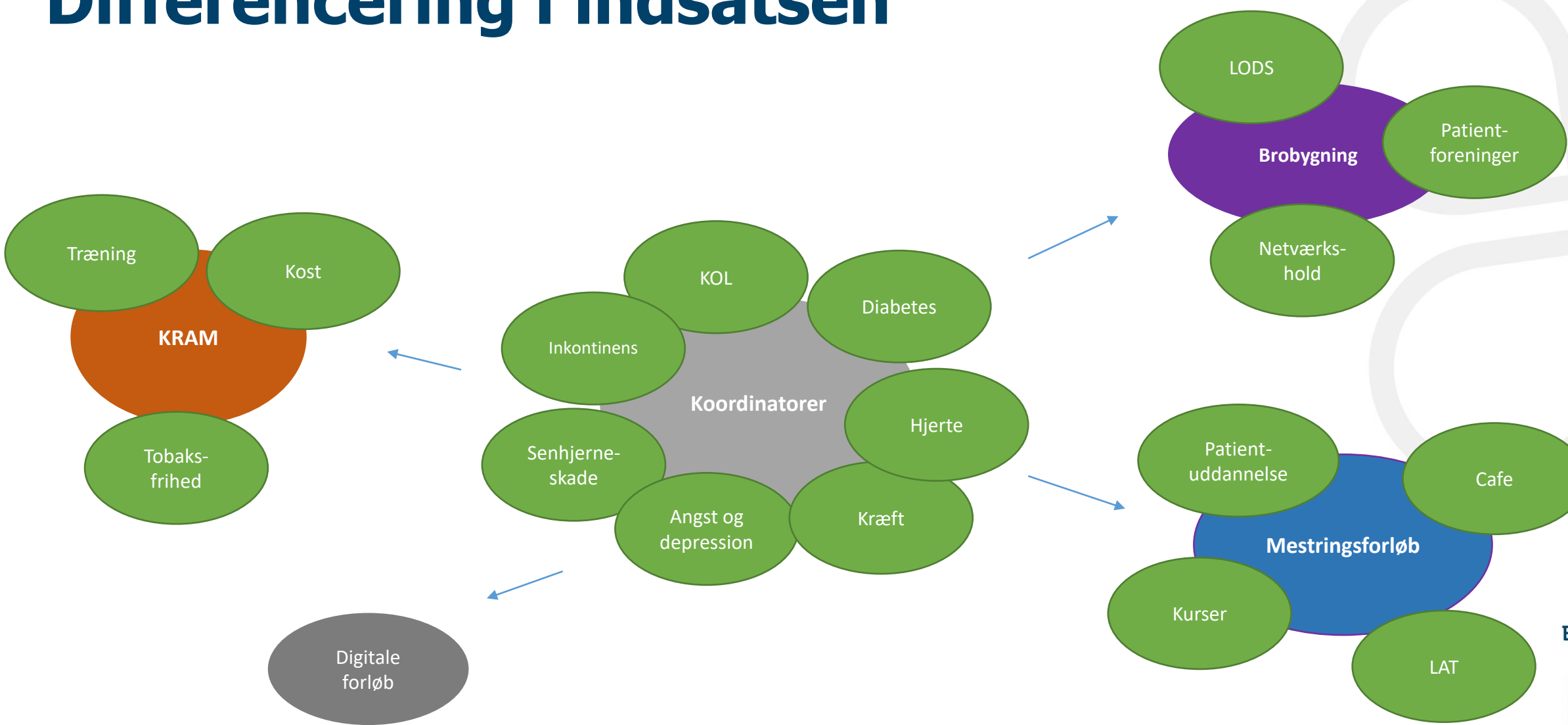
Helt uenig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Helt enig	Ej relevant	Ved ikke
												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Jeg reagerer som jeg plejer i følelsesmæssige situationer

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Differencering i indsatsen



Monitorering og kvalitetsudvikling

Sundhedsprofilen

Monitorering målgrupper

- Deltagelse
- Indsatser

Monitorering borger

Målsamtale
Stoplinien
HjerteSYD
Telemonitorering
PROdata
WHO5

Forløbsprogrammerne

Sundhedspolitikken
2023- 2030

Kommende fokus

Organisatoriske sundhedskompetencer

- Formål træningsindsatsen
- Stratificering
- Differencering



Digitale løsninger

- Koordinator samtale/opfølgning digitalt
- Rygestop digitalt
- Diabetes og KOL telemonitorering
- Det Digitale Sundhedscenter
- Træningsvideoer
- Itrain projekt

Kommende indsats

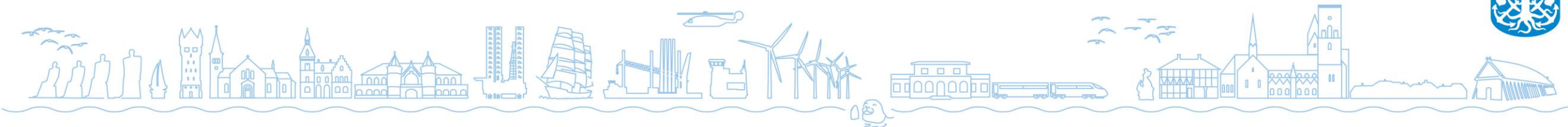
- digital genoptræning kombineret med mestringsforløb



Tid til SPØRGSMÅL

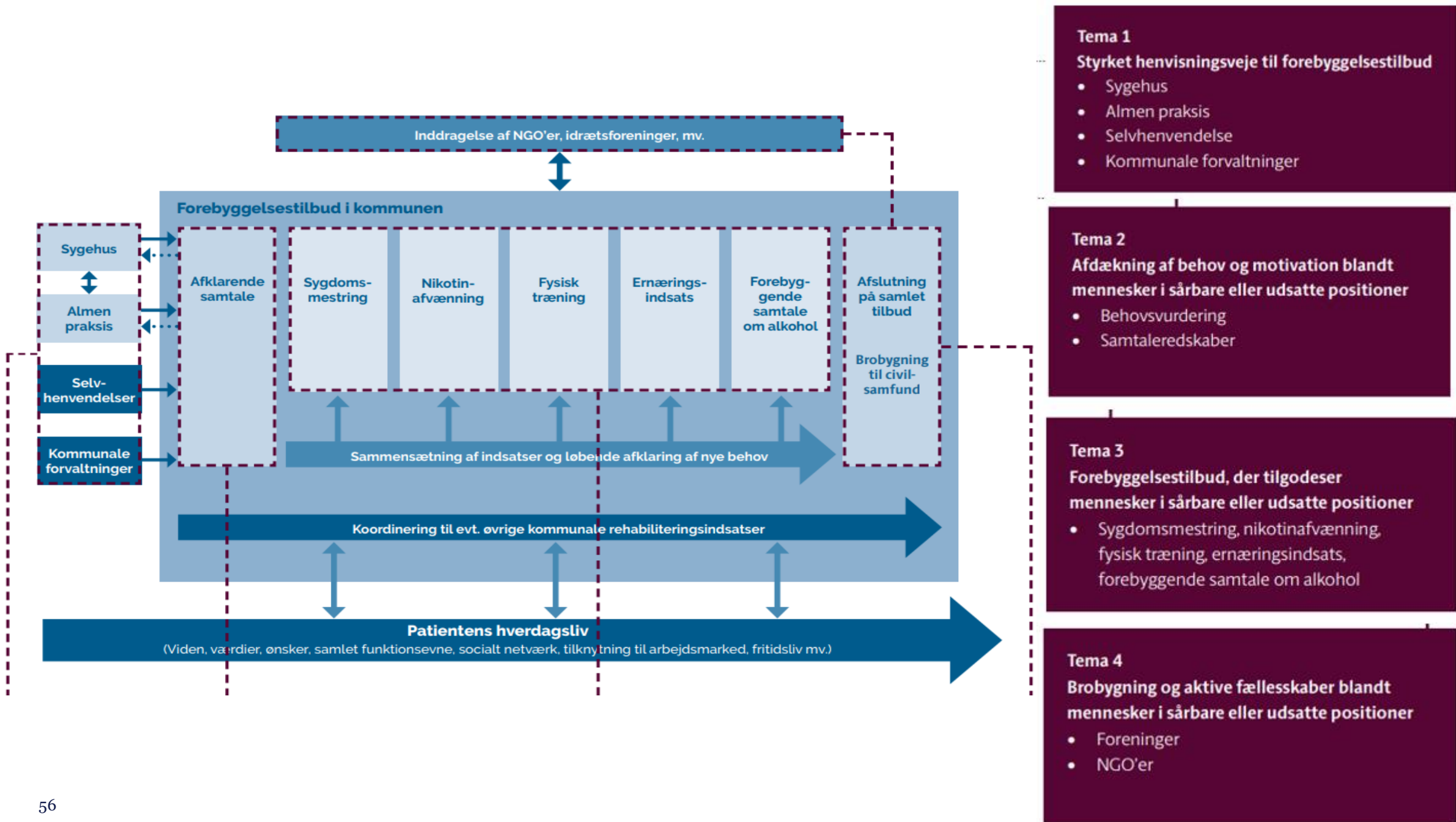


Tak for opmærksomheden



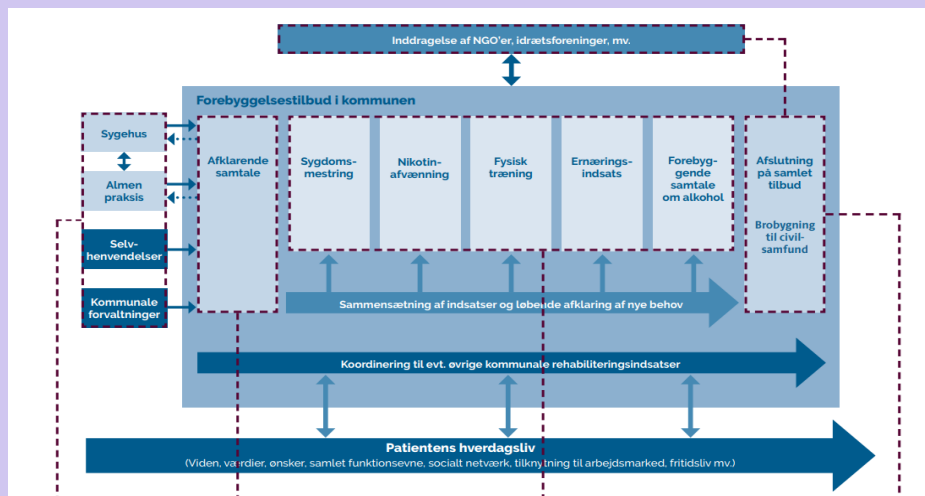
KAFFEPAUSE





Workshop

Hvordan kan vi styrke indsatsen i egen kommune ift. differentiering?



I rekrutteringen

I den afklarende samtale

I de enkelte indsatser

Ift. Brobygning

Tema 1

Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud

- Sygehus
- Almen praksis
- Selvhenvendelse
- Kommunale forvaltninger

Tema 2

Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Behovsvurdering
- Samtaleredskaber

Tema 3

Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol

Tema 4

Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Foreninger
- NGO'er

Opsamling på workshop

I rekrutteringen

I den afklarende samtale

I de enkelte indsatser

Ift. Brobygning

Tema 1

Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud

- Sygehus
- Almen praksis
- Selvhenvendelse
- Kommune forvaltninger

Tema 2

Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Behovsvurdering
- Samtaleredskaber

Tema 3

Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol

Tema 4

Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

- Foreninger
- NGO'er

Rekruttering

* Samtaler på tværs af kommunen
jobcenter, socialområde - sundhedsområde

* Rejsehold besøg i almen praksis
praksispersonale i almen praksis
Lære hinanden at kende - hvem er
kontakt i kommunen - relationsarbejde

* Henvisningsprocedure

* smsfunktion - bruges klogt til kontakt

Hjerte-fyn
Odense

* styrket samarbejde ml. kommunens
sundhedscenter og hjerteområde på Sygehus

* Møder - relationsarbejde-møder
hver 14. dag over teams / online
mødeleder
fast dagsorden

Kendte
ansigt

* opkøb om ernæring fra kommunens diætist
stil krav til sygehusafdelinger

* Fremskudte indsatser / styrket samarbejde med
socialpsykiatri

Afhjælpende Samtale

- Svendborg: Følles markører
i personalegruppen
1 - 2 - 3 → Kan selv
Psyk. syg
etnisk
mange
i netværk

- Ålborg: Fokus på sundhedskompetence
kompetencer i personalegruppen

- Odense: Faglig fordeling ud fra
borgers behov - også fokus
på mental sundhed & seksualitet

- Brønderslev: Guidet egenbeslutning

- Vejen: Kendskab til lokale tilbud

Indsatser

Syddjurs: Differentiering i ft
funktionsebene

- * Diabeteshold m. 9. medgang ^{→ differentieret tilbud}
- Differentiere: 3 timer + mindre hold - gruppeinddeling
Jndevæjs: fx medicin håndtering, fysioterapeut, fodterapeut, seksualitet, kostvejledning, sygdomsmedling
- Gøre andet - Mænd, pårørende - ønsker, behov
- * Åbne foredrag, fx skun, egenomsorg, mental sundhed + invitere målrettet
- * Helbredsprofilen, exo life - digitale løsninger
- * Vi behøver ikke opfinde den dybe tallerken
- Ønske: * National digitalt sundhedscenter som er opdateret
- * Dem der kan selv - digitale løsninger

Borbygning

Vejen: Kendskab til lokale tilbud.

- * Borbygningskonsulent VS Sundhedsprofessionel
- * Systematisk palette af aktiviteter
slendeborg: Besøger aktiviteter hver 6. uge
- * Mestring: hvilke tegn skal jeg være opmærksom på
- * Praktisk info til borger: Hvad vil du gerne fortsætte med efter afsluttet forløb?
- * Gode digitale redskaber
 - Skab godt oversblik
 - Skab godt samarbejde med civilsamfund
 - Kræver også en faglighed

Nyt fra KL og SST

KL



KL

SKAL DIN KOMMUNE VINDE KL'S FOREBYGGELSESPRIS 2024?

Dette års tema er digitale løsninger i tilbud til borgere med kronisk sygdom.

- Vi efterspørge indsatser, hvor kommuner har implementeret digitale løsninger som en del af tilbuddet til borgere med kronisk sygdom, og hvor den digitale løsning bidrager til at borgeren kan få en differentieret indsats.
- De tre finalister og vinderen af prisen bliver kåret den 16. og 17. maj på KL's Social og sundhedspolitiske Forum.
- Deadline for indstillinger er den 20. marts kl. 12.00.
- Læs mere om vurderingskriterier og find skabelon til indstillinger KL's hjemmeside: [KL's forebyggelsespris 2024](#)

KL's seneste udspil – og indspil til sundhedsstrukturkommissionen



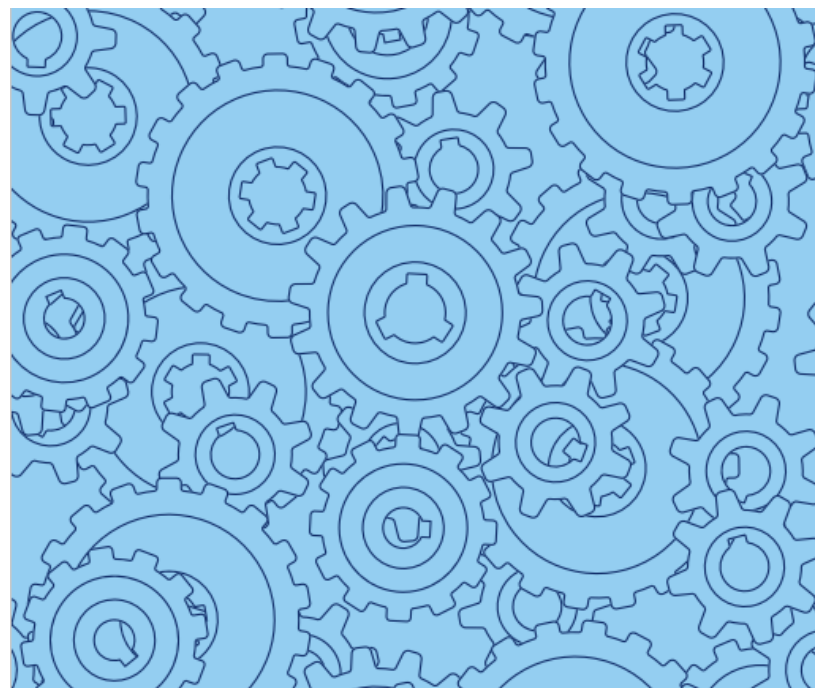
Sundhed for de mange

– Et sundhedsvæsen tæt på dig og mig

[Sundhed for de mange \(kl.dk\)](https://www.kl.dk)

December 2023

KL



Ny kvalitetsplan som motor for omstilling af sundhedsvæsenet

[Ny kvalitetsplan som motor for omstilling af sundhedsvæsenet \(kl.dk\)](https://www.kl.dk)

Februar 2024

KL



Lanceres på KL's Social- og Sundhedspolitiske forum 16.-17. maj.

Kvalitet og monitorering



Hvilke data skal anvendes?

- Alle data skal bygge på FSIII – der forventes færdig implementeret i kommunerne ved udgangen af 2025 [jf. Økonomiaftalen 2023].
- Indberetningsvejledningen til KLGateway vil beskrive følgende:
 - Hvilke borgere, der henvises til forebyggelsestilbuddene
 - Hvad er henvisningsårsagen, hvis den er tilgængelig
 - Hvilke indsatser, der iværksættes
 - Hvad er varighed af forløb, herunder frafaldsårsager
 - Tilstande før og efter indsatser, evt. ved brug af test

Hvad kan I gøre nu?

- Se ind i de nye tilstande og indsatser på § 119 og se på hvordan I vil implementere hos jer
- Kontakte jeres leverandør [*KMD har udviklet modul*]

Fælles Sprog III sundhedsfremme og forebyggelse (Sundhedslovens §119) og genoptræning efter sygehusophold (Sundhedslovens §140) (kl.dk)



Kommunal Henvisning

Den praktiserende læge kan oprette en kommunal henvisning ved at markere i tjekboksen i forløbsplansformularen.

Lægepraksisjournalen åbner en kommunal henvisning som bliver forudfyldt med indholdet af den aktuelle forløbsplan.

Det vil blive tilføjet, at henvisningen er lavet pba. at patienten har fået udarbejdet en forløbsplan – og at den fulde plan kan ses i Sundhedsjournalen.

Seneste værdi ⓘ

Rygestatus	Lejlighedsvis	Total Kolesterol	mmol/L
Højde	1.68 m	LDL Kolesterol	mmol/L
Vægt	107 kg	Plasma Kreatinin	µmol/L
Blodtryk sys.	136 mmHg	eGFR	mL/min
Blodtryk dia.	88 mmHg	Ejection Fraction	%
HbA1c ⓘ	33 mmol/mol	Familier Hyperkolesterolæmi	<input type="checkbox"/>
U-Alb / Krea	350 mg/g	Opret kommunal henvisning	<input type="checkbox"/>
		Sidst henvist 27-04-2023	

Teksten, som vi forventer, at den stilles op og ser ud i anamnese feltet i XREF15:

”Patienten har sukkersyge og henvises til [kommunal](#) forebyggelsestilbud.

De nyeste målinger viser:

Blodtryk: 190/95 mmHg.

Langtidsblodsukker (HbA1c): 107 mmol/L.

[LDL kolesterol](#): 3 mmol/L.

Vægt: 78 kg og BMI er 24

Aktuelle KRAM faktorer:

Alkoholforbrug 8/uge.

Motion:

Rygestatus: Dagligt.

Patientens eget mål er:

Vil gerne leve mere sundt og gå tur med hunden dagligt.

Der er aftalte mål mellem læge og patient, som er:

Blodtryk: < 150/100 mmHg.

Langtidsblodsukker (HbA1c): < 50 mmol/L.

[LDL kolesterol](#): < 2.3 mmol/L.

Vægt: 59 kg.

Aftalte mål for KRAM faktorer er:

Alkoholforbrug: 53/uge.

Rygestatus: Ophørt.

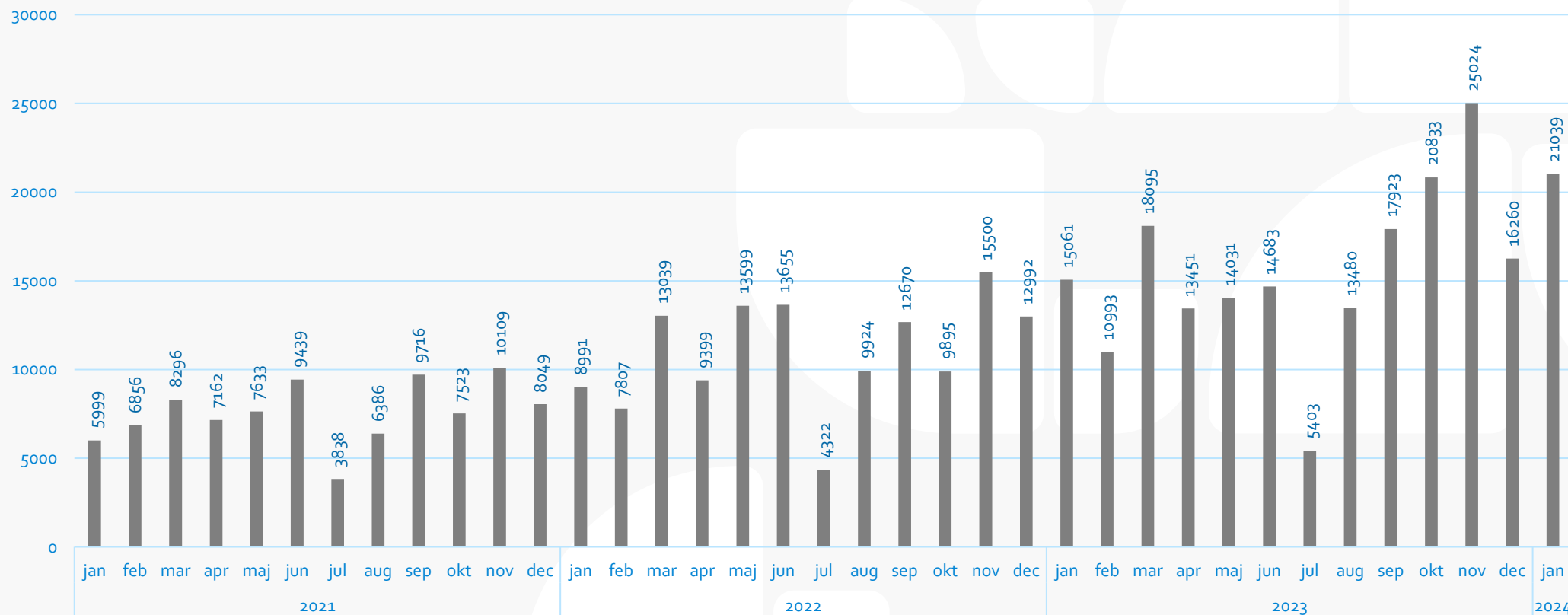
Motion: Undgår”



Forløbsplaner pr. måned.

Tæller alle forløbsplaner for KOL, diabetes type 2 og hjertesygdom (ISH, hypertension og hyperkolesterolæmi)

Oprettede forløbsplaner pr. måned (TOTAL – både nye og vedligeholdte planer)



Samlet opgørelse for nye og vedligeholdte forløbsplaner
 Datakilde: PLSP.

Ønsker til kommende temadage?

Digitale redskaber

– Inspiration fra Forebyggelsesprisen

Monitorering og kvalitetsudvikling

- FSIII

- Indikatorer (SST)

**Andre ideer, kommentarer og
ønsker?**



Tak for i dag

Ldf@kl.dk og LLO@kl.dk

KL