

Hvordan kan vi bedst møde den sårbare borger i den afklarende samtale?

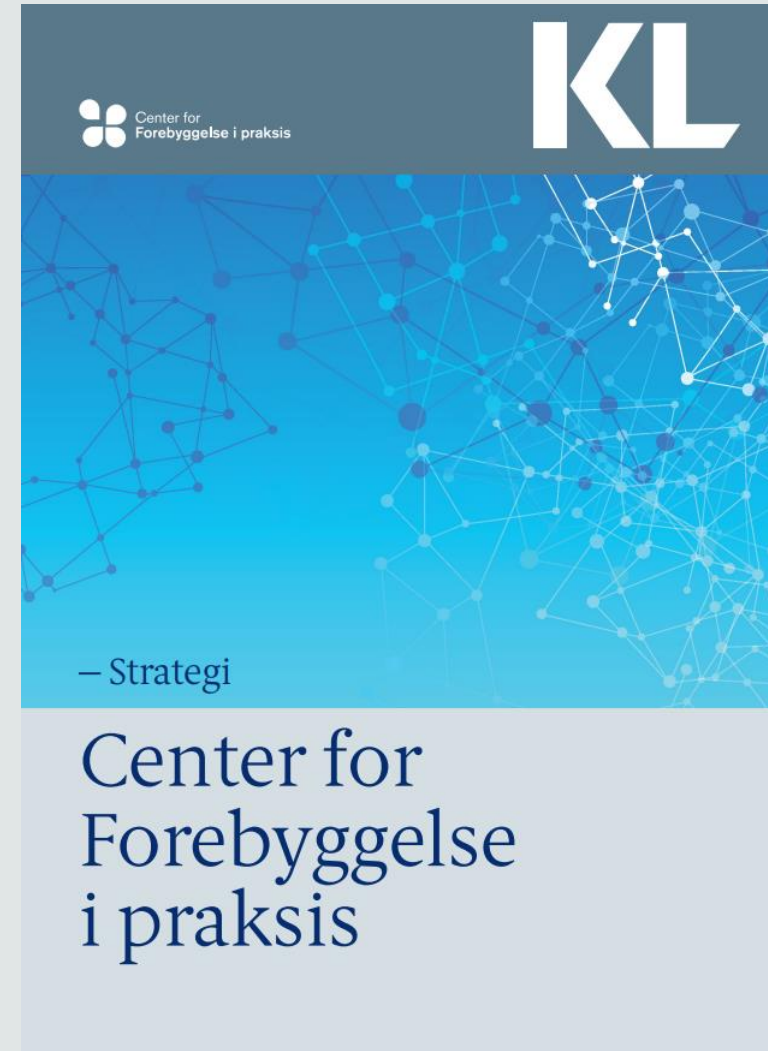
Lene Dørfler og Eva M. Burchard,
Center for Forebyggelse i praksis, KL

Onsdag den 14. juni 2023



Center for Forebyggelse i praksis

- **Formidle viden** om vidensbaserede forebyggelsesindsatser
- **Understøtte implementering** af vidensbaserede forebyggelsesindsatser
- **Brobygning mellem forskning og praksis** og bidrage til udvikling af nye vidensbaserede forebyggelsesindsatser



Formål med temadagen

At sætte fokus på, **hvordan den afklarende samtale kan styrkes**, så det sikres at borgeren uanset baggrund oplever sig mødt og forstået som udgangspunkt for tilrettelæggelse et forløb der tager afsæt i borgeres ressourcer, behov, motivation og hverdagsliv.



Hvordan ser kommunerne social ulighed i sundhed §119, stk. 2?

KL

Vi ved meget lidt om effekt af sundhedstilbud

No data=no problem

Kilder:

Annette Willemoes Holst-Kristensen, ph.d. AAU

Thomas Maribo, professor, institut for Folkesundhed, AU

Ulighed i hvem der henvises til de kommunale tilbud

- Gift
- Mellemlang uddannelsesniveau
- Pensioneret

Ulighed i fremmøde

- Ca. hver 5. henvist møder ikke op
- Der er klar socialulighed i fremmøde

Hvem der gennemfører forløb?

- ca. 61%
- Pensioneret
- Gift
- Højere uddannelsesniveau

Hvem der takker nej til sundhedstilbud?

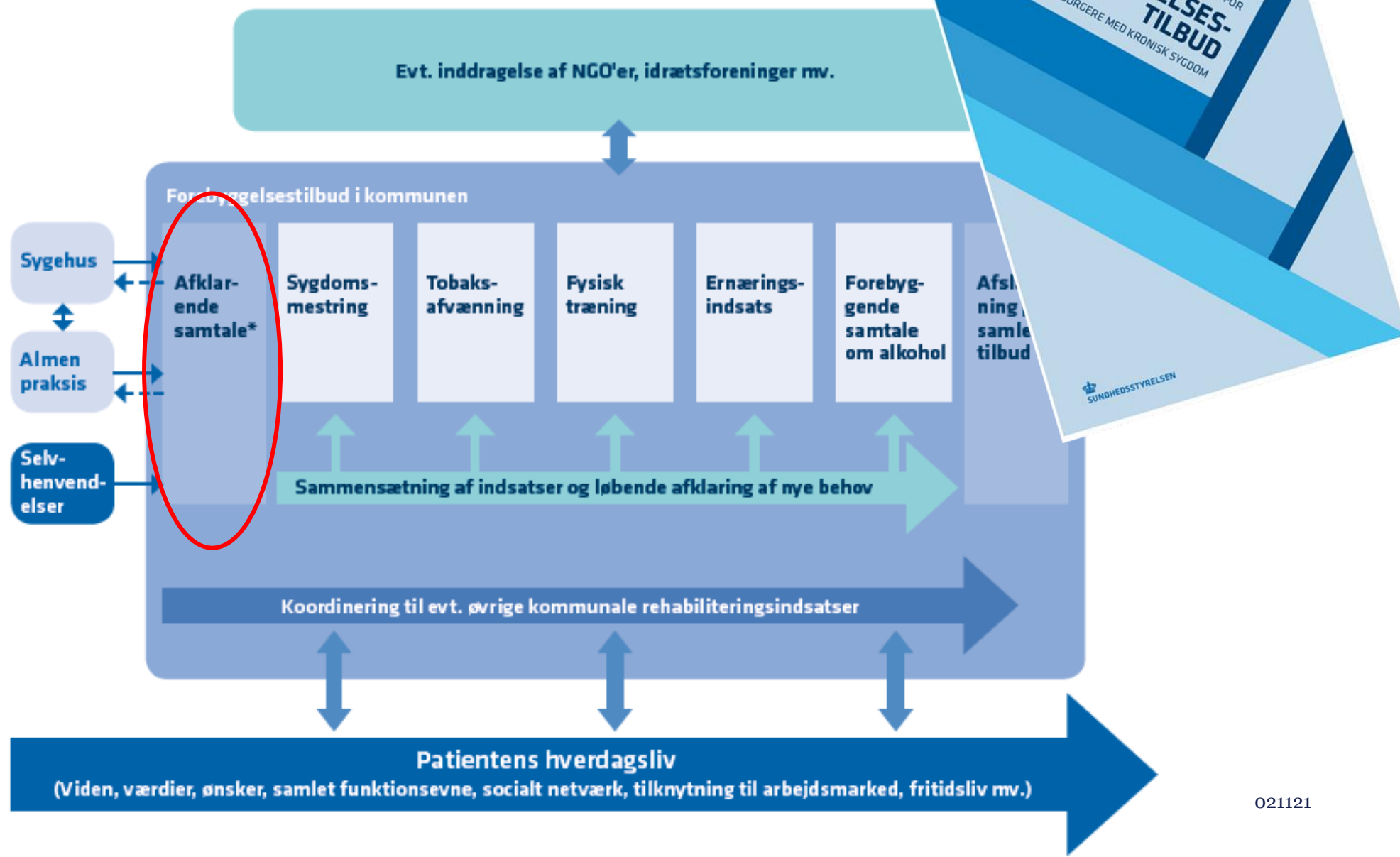
- De lever alene
- Lavt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse



Udfordringen for kommunerne:

- Rekruttering af borgere med størst behov
- Tilbyde differentierede indsats
- Sikre fremmøde
- Fastholdelse i tilbud
- Fastholdelse efter tilbud
- Dokumentation og kvalitet

Tilbud til borgere med kronisk sygdom



Hvad er formålet med den afklarende samtale

- Formålet med den afklarende samtale er;
 - at opnå en fælles forståelse af forventninger til tilbud
 - herunder de overordnede målsætninger med deltagelse i tilbuddene og gennem dialog
 - at **støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering** af tilbud (både kommunale indsatser og eventuelt aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi).





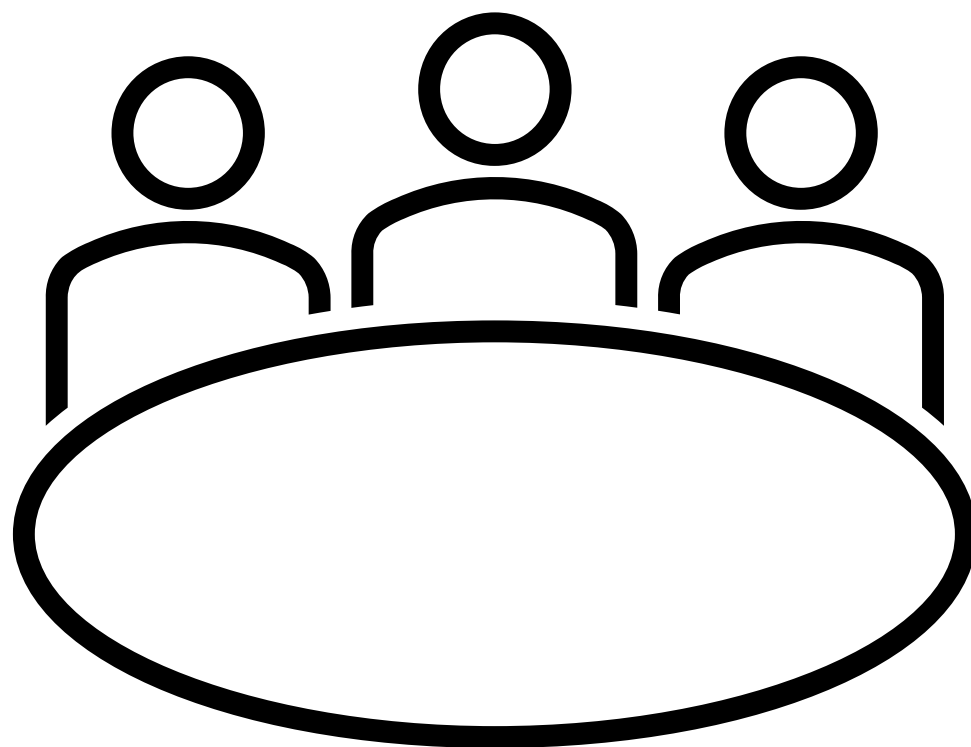
PROGRAM:



- 10.00-10.25** **Velkomst, introduktion og forventninger til dagen**
V/ Center for Forebyggelse i praksis, KL
- 10.25-10.45** **Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom- hvorfor og hvordan?**
V/ Center for Forebyggelse i praksis, KL
- 10.45-10.55** **Pause**
- 10.55-11.45** **Vurder borgernes sundhedskompetence for at forbedre udbyttet af sundhedsindsatsen**
Online oplæg v/ Sanne Møller Palner, Kvalitets- og udviklingsfysioterapeut, Randers Kommune
- 11.45-11.55** **Pause**
- 11.55-12.15** **Gruppedrøftelse 1:**
Hvordan arbejder I med at sikre kvalitet i den afklarende samtale?
- 12.15-13.00** **Frokost og netværk**
- 13.00-13.45** **Kvalitet og systematik i den afklarende samtale**
Oplæg v/ Kristina Johansen, Afdelingsleder i Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Københavns Kommune
- 13.45-14.00** **Pause inkl. kaffe og kage**
- 14.00-14.45** **Gruppedrøftelse 2:**
Hvordan kan vi styrke kvalitet og systematik i afvikling af den afklarende samtale i egen kommune?
- 14.45-15.00** **Opsamling og afrunding af temadagen**

Kort præsentation ved bordet

- Navn
- Titel
- Arbejdsfunktion
- Forventning til dagen



Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom- hvordan?

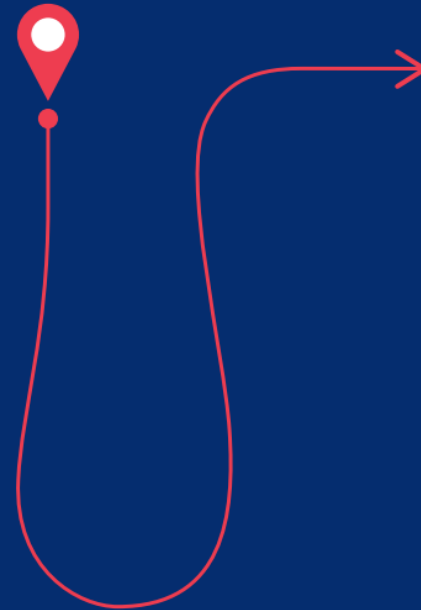
KL



Hvad sker der på kronikerområdet – 3 nedslag

- KL's arbejde med kronisk sygdom
– 7 principper
- Udvikling af kvalitetsstandarder
kronikerområdet
- Social ulighed i sundhed -
sundhedskompetence

Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom



7 principper for fremtidens behandling af kronisk sygdom



Større fokus på at **forebygge udviklingen og forværringen** af kronisk sygdom.



Data er et vigtigt element i at udvikle og arbejde med kvalitet i borgernes forløb



Alle de borgere, som kan og vil, skal spille en langt **større rolle i deres eget forløb**.



Kvalitet for patienten skal ses som flere ting.



Vi skal lave **differentierede indsatser**, så alle borgere ikke bare pr. automatik får det samme tilbud.



Opgavefordelingen skal være klar og aftalt nationalt.



Teknologi kan gøre livet med kronisk sygdom mere fleksibelt, selvstændigt og trygt.

Hvad sker der pt. i arbejdet med kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom?

Målet med dette arbejde er at sikre ensartede tilbud til borgere med kronisk sygdom ved at revidere de ”blå anbefalinger” og

- a) stille krav til indholdet i de kommunale forebyggelsestilbud
- b) give anbefalinger til kommunale forebyggelsestilbud
- c) give konkrete eksempler på hvordan opgaverne kan tilgås

1. arbejdsgruppemøde i marts 23
 2. arbejdsgruppemøde primo juni 23
- Forslag i høring efteråret 23

KL



KL har bl.a. fokus på



Tydelig beskrivelse af formål og målgruppe

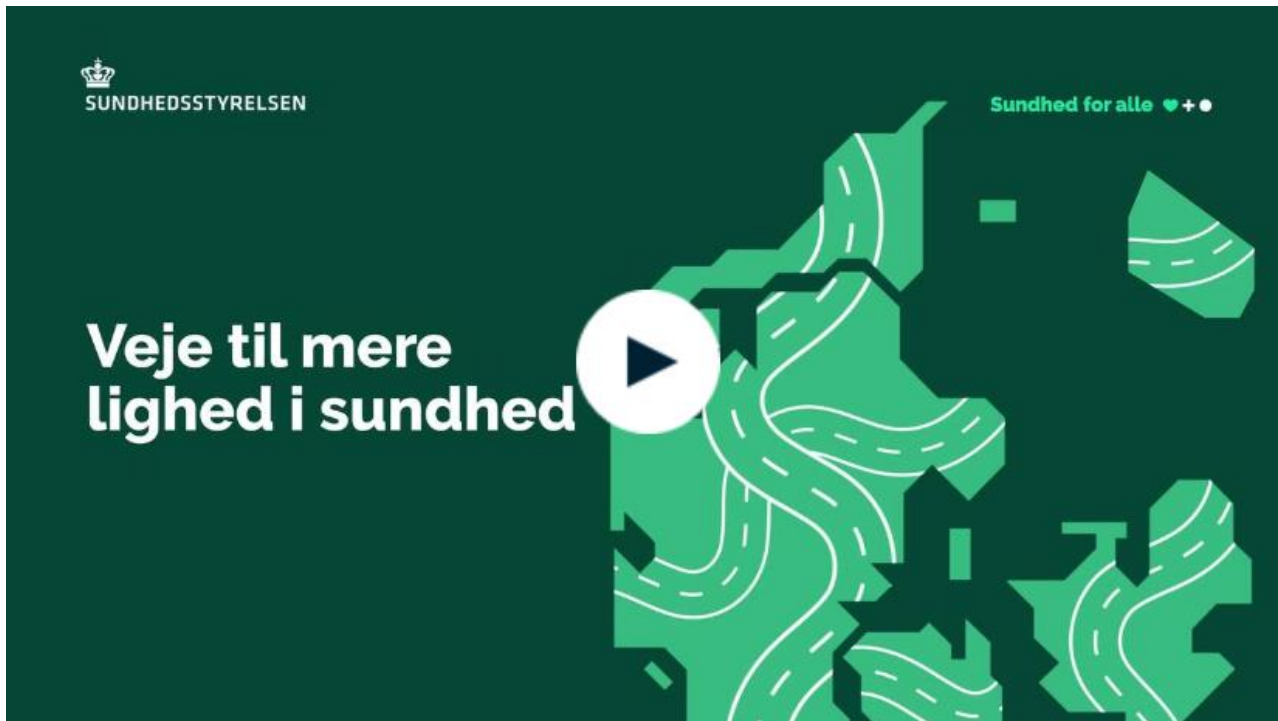
Dokumentation - brug af FS III på § 119

Hvad er krav og hvad er anbefalinger? - fokus på kan, skal og bør opgaver

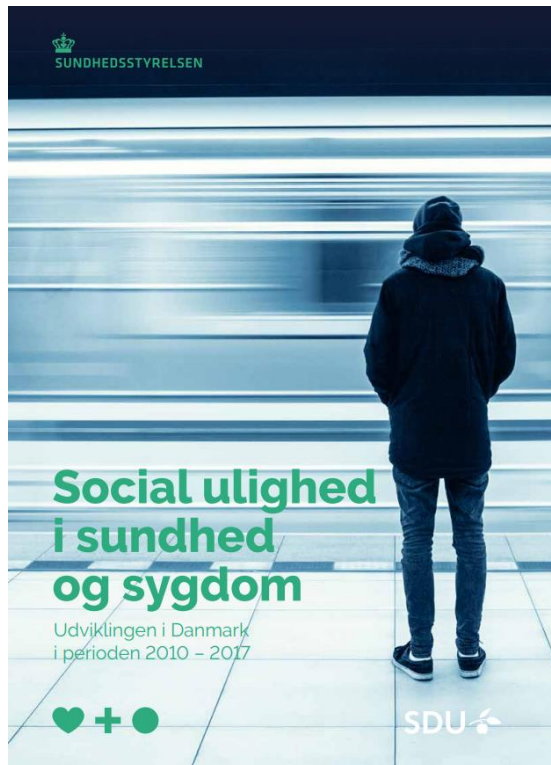
Inddragelse af civilsamfundet

Detaljeringsgraden

Økonomi



Relevante publikationer fra SST



Sundheds- kompetence i det danske sundhedsvæsen

En vej til mere lighed

Vej nr. 1

Ledelse og kultur

Sundhedskompetence italesættes og prioriteres i den lokale ledelses- og organisationskultur

Vej nr. 2

Kompetencer

Medarbejdere og ledere støttes i at øge deres viden om sundhedskompetence og deres evne til at omsætte denne viden i den daglige praksis

Vej nr. 3

Proces og praksis

Sundhedskompetence integreres i alle relevante arbejdsprocesser

Vej nr. 4

Inddragelse

Borgere fra relevante målgrupper inddrages i planlægning, implementering og evaluering af sundhedstilbud og forløb

Vej nr. 5

Adgang

Informationer og tilbud gøres synlige og lette at tilgå og navigere i for såvel borgere som sundhedsprofessionelle

Vej nr. 6

Kommunikation

Mundtlig, skriftlig og digital kommunikation gøres let forståelig og tilpasses borgernes behov og sundhedskompetence. Formidling foregår i de medier og på de platforme, som er mest relevante for den pågældende målgruppe

Vej nr. 7

Sårbarhed og højrisiko

Der er fokus på sundhedskompetence ved tilrettelæggelse af tilbud til sårbare grupper og ved sundhedsformidling i situationer med høj risiko for kommunikationsbrist

Vej nr. 8

Monitorering og evaluering

Systematisk arbejde med sundhedskompetence monitoreres og evalueres i den lokale organisation

KL

PAUSE

Hvorfor har vi arbejdet med
sundhedskompetence i den
afklarende samtale med
borgerne?

v/ Sanne Møller Palner
Kvalitets- og udviklingsfysioterapeut,
Randers Kommune

The logo for KL (Danish Association of Municipalities) is displayed in a dark blue, bold, sans-serif font. It consists of the letters 'K' and 'L' joined together.

Hvorfor har vi arbejdet med sundhedskompetence i den afklarende samtale med borgerne?

Hvordan finder vi de borgere, der har nedsat sundhedskompetence og øger udbyttet af den sundhedsfaglige indsats?

Sanne Møller Palner.
Kvalitets- og udviklingsfysioterapeut.
Cand. Scient. San. Stud. Health, Aarhus University.
Rehabiliteringsenheden. Randers Sundhedscenter. Randers Kommune.



Randers Kommune – 99000 indbyggere.



Randers Sundhedscenter

Sundhedskompetenceproces
båret af medarbejdere, borgere
og understøttet af ledere,
chef/dir, politikere i
sundhedsudvalg og byråd.

Proces med flere processer i
processen over flere år.

Proces med forskere inddraget
(AU) og baseret på data (lokale og
data fra sundhedsprofilen) og
med midler fra SST.

Undervejs delt viden eksternt i
oplæg til SST og KL.



Sundhedskompetence

Sundhedskompetence handler om, at kunne **tilgå, forstå og anvende viden om sundhed.**

Lav grad af sundhedskompetence er associeret med...

- Kort uddannelse
- Lav indkomst
- Ikke-vestlig herkomst
- At bo alene
- Multimorbiditet

Personer med lav grad af sundhedskompetence

- har mere risikable sundhedsvaner
 - har en eller flere kroniske sygdomme
 - har et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud
 - har et overforbrug af akutte behandlingstilbud
 - dør tidligere
- ... End mennesker med høj grad af sundhedskompetence

Har vi social ulighed i sundhed?

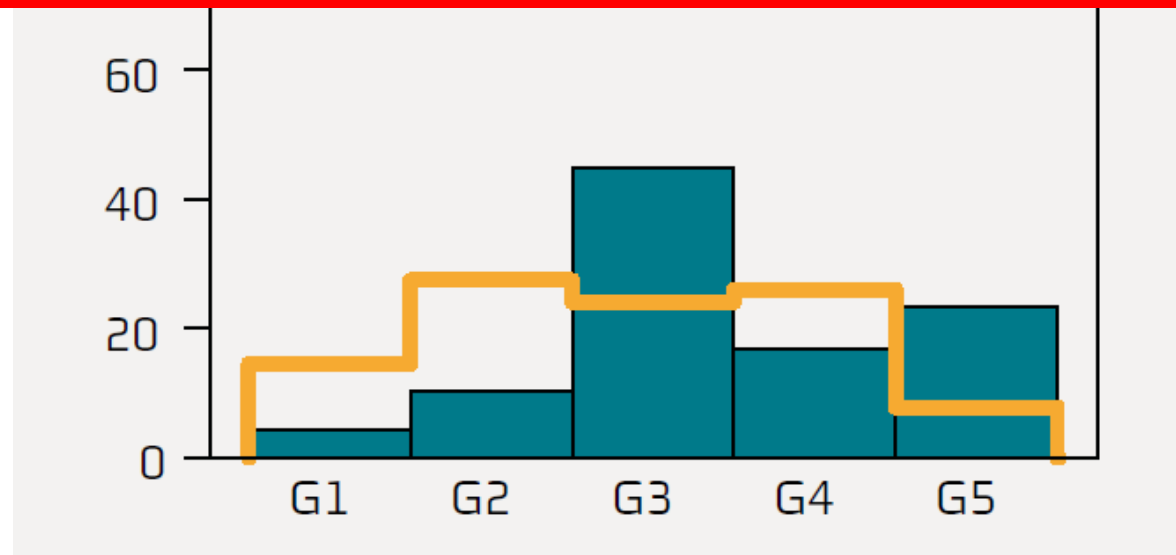
5 grupper baseret på:

- Andel med kort uddannelse
- Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder
- Gennemsnitlig bruttoindkomst

Randers Kommune:

- Har den største andel i gruppe 5 sammenlignet med øvrige kommuner
- 85 % af befolkningen bor i gruppe 3, 4 eller 5

- De har mere risikable sundhedsvaner
- De har en eller flere kroniske sygdomme
- De har et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud
- De har et overforbrug af akutte behandlingstilbud
- De dør tidligere



Analyse på 30.000 borgere i Region Midtjylland.

- hver tredje person med hjertesygdom og godt hver femte person med KOL eller diabetes har svært ved at forstå, hvad der står på medicinpakker
- knap hver tredje person med hjertesygdom eller KOL og hver fjerde person med diabetes har svært at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger
- godt hver fjerde person med hjertesygdom, KOL eller diabetes synes, det er svært at sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt
- knap hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og knap hver femte person med diabetes synes, det er svært at have gode samtaler med læger
- hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og hver femte person med diabetes har svært ved at stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, der er brug for.



2016/2017

Viden, indsigt, kompetence, refleksion, drøftelse, af et (dengang) komplekst begreb i Rehabiliteringsenhed. Meget INDDRAGELSE!

Måling af sundhedskompetence i national og regional sundhedsprofil

Subskala A:

Forstår **sundhedsinformation** godt nok til at vide hvad jeg skal gøre

1. Læse og forstå al information på medicinpakninger
2. Præcist følge de anvisninger du får af sundhedspersonalet
3. Læse og forstå skriftlig information om sundhed
4. Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger
5. Forstå hvad sundhedspersonalet vil have dig til at gøre

Subskala B:

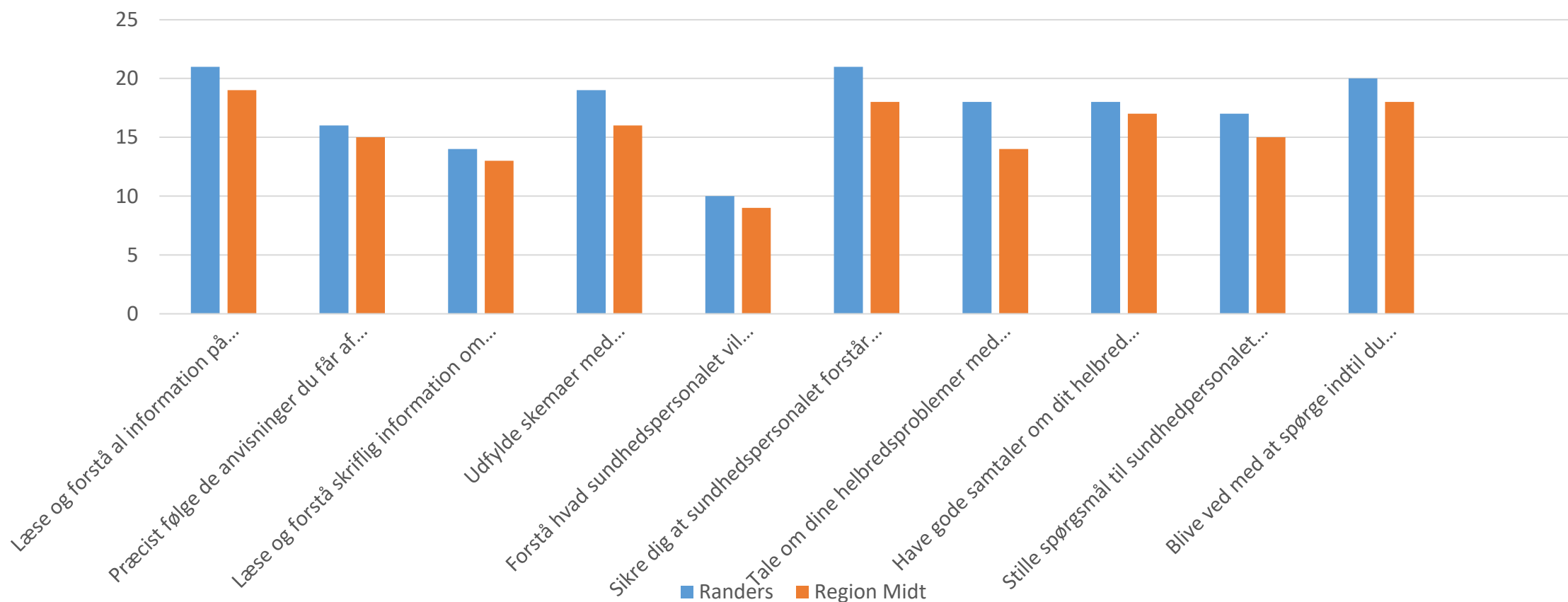
Kan gå aktivt i **dialog** med sundhedspersonale

1. Sikre dig at sundhedspersonalet forstår dine problemer
2. Tale om dine helbredsproblemer med sundhedspersonalet
3. Have gode samtaler om dit helbred med læger
4. Stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få information
5. Blive ved med at spørge indtil du forstår sundhedspersonalet



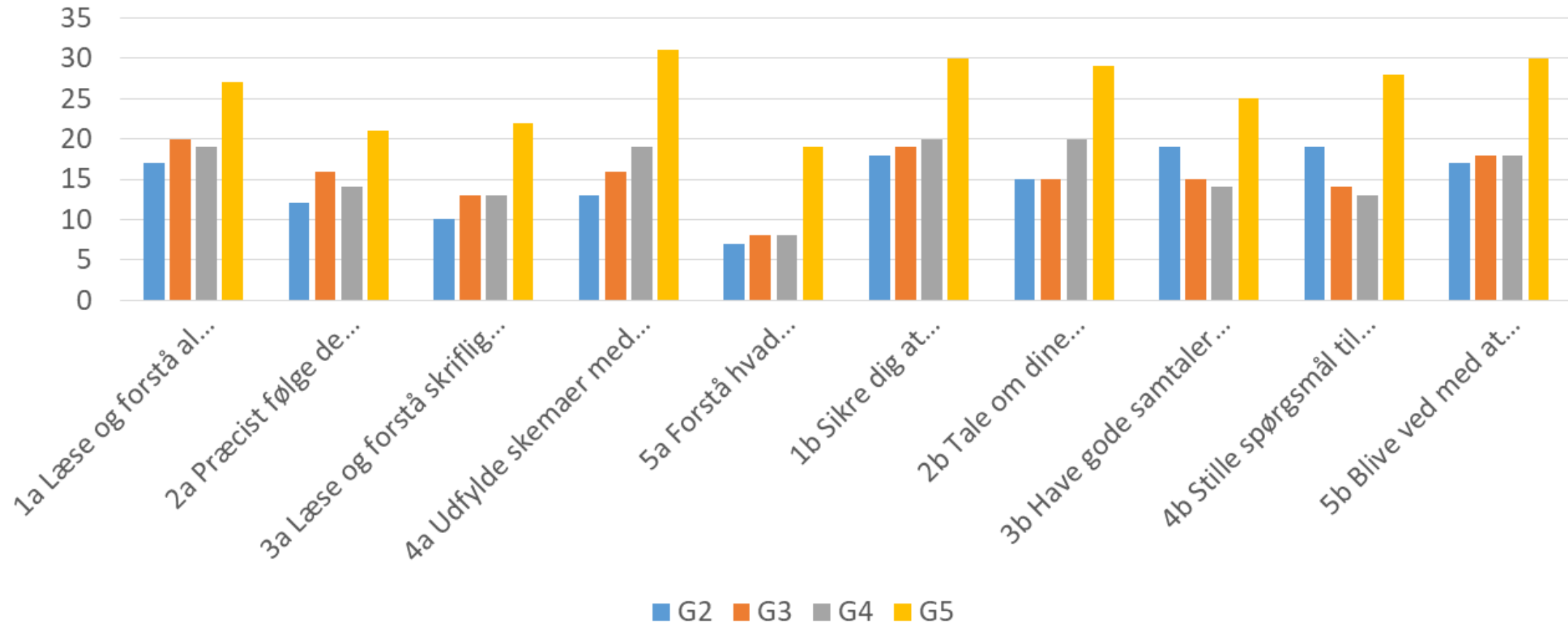
Sundhedskompetence i Randers Kommune

HLQ subskala i Randers Kommune og RM
(% der finder opgaven svær/meget svær)



HLQ subskalaer på socio-geografiske grupper i Randers Kommune

(% der finder opgaven svær/meget svær)



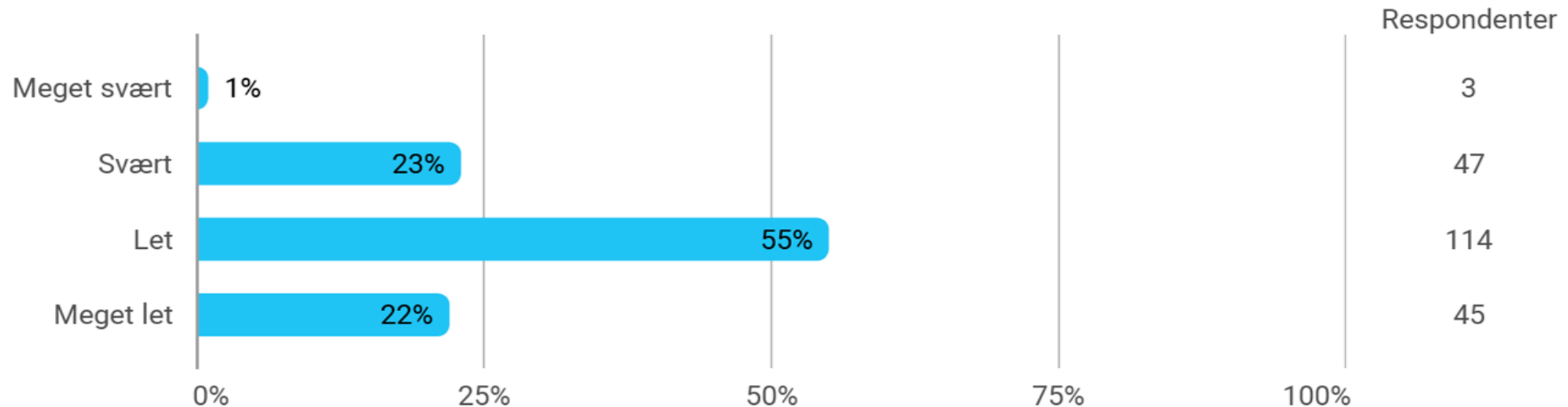
Nyt spørgsmål: Ser vi overhovedet denne målgruppe i vores afdeling?

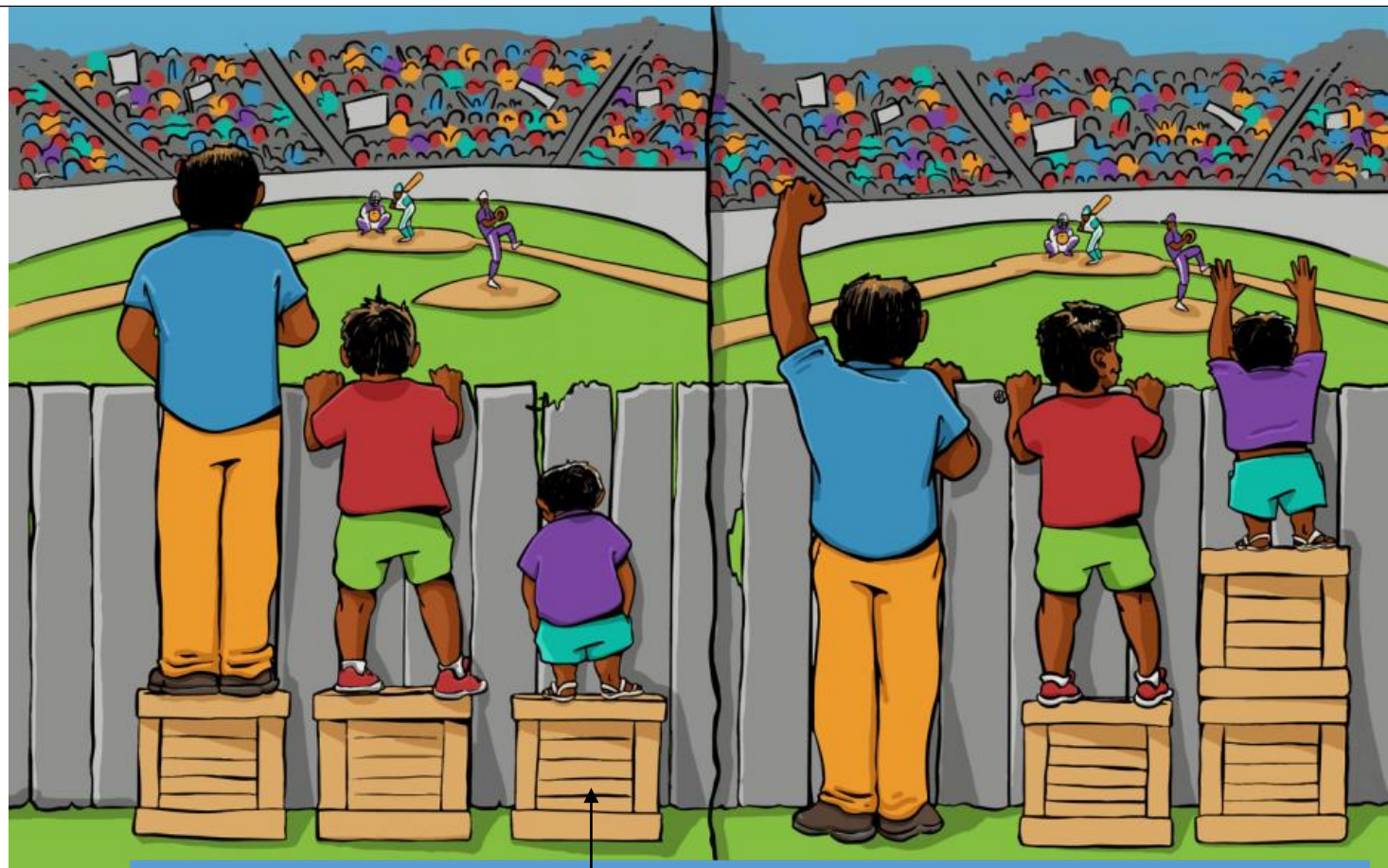
Lokal survey i 2019

209 borgere med kronisk sygdom, henvist til afdelingen



Hvor "let eller svært" synes du det er, at sikre dig, at sundhedspersonalet forstår dine problemer rigtigt?





Ca. hver 4. borger henvist til rehabilitering hos os har svært ved at sikre sig at vi forstår deres problemer rigtigt.

Hvordan finder vi hver fjerde borger med nedsat sundhedskompetence?

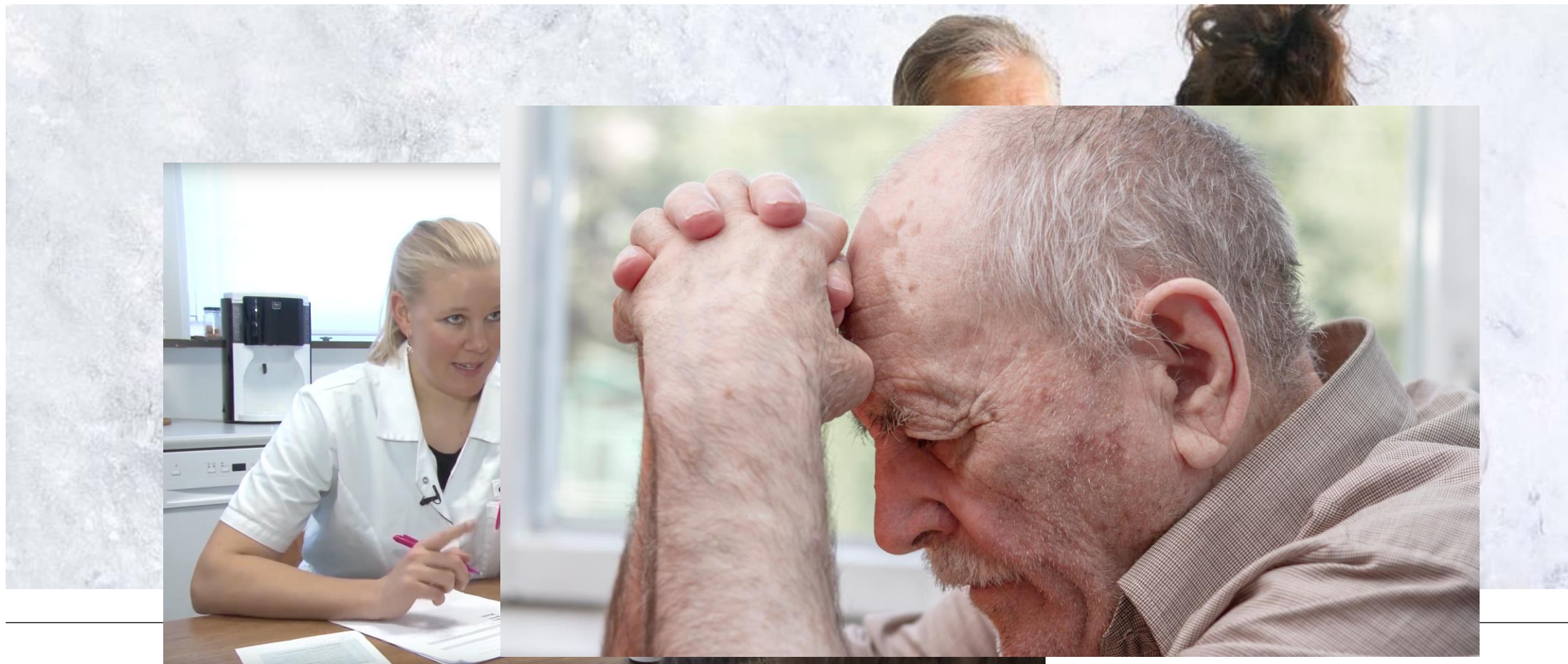
Og hvad skal vi gøre ved dem med nedsat sundhedskompetence?

Refleksion (3 min)

- Tænk på en patient, der var rigtig svær at hjælpe og arbejde med...
 - Hvad var patientens baggrund?
 - Hvad var patientens udfordring - ud over den sundhedsfaglige (hvorfor var han/hun svær at hjælpe)?
 - Hvad var konsekvensen?

Giv gerne eksempler



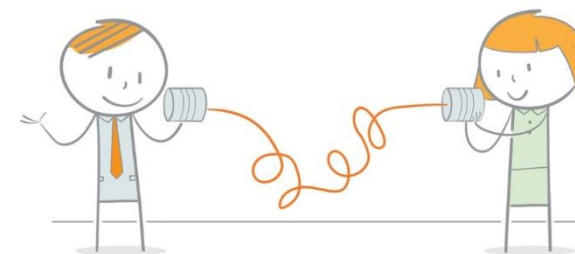


Ny survey

- 689 borgere med kronisk sygdom
- Henvist til Rehabiliteringsenheden i 2019.
- Samme spørgsmål:
..at sikre dig, at sundhedspersonalet forstår dine problemer rigtigt?
- <https://Analyse 2019>

Primært gennemgående ønske:

- Hvordan finder vi borgerne med nedsat sundhedskompetence?
- Hvad kendetegner de ressourcesvage borgere?
- Hvordan screener vi for det?

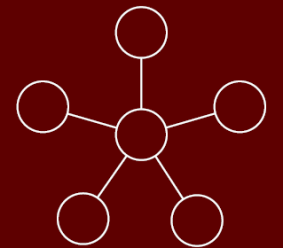


Hvordan finder vi borgerne med nedsat sundhedskompetence?

Redskab til sundhedsprofessionelle til at forstå borgeres sundhedskompetence - herunder barrierer og muligheder.

Conversational Health-Literacy Assessment Tool (CHAT).

- Indhold: Ti åbne spørgsmål, der anvendes med henblik på at "åbne" dialogen
- Resultat: Detaljeret viden om hvordan **den enkelte borger** kan hjælpes til at tage bedre vare på sin sundhed i **den konkrete situation**



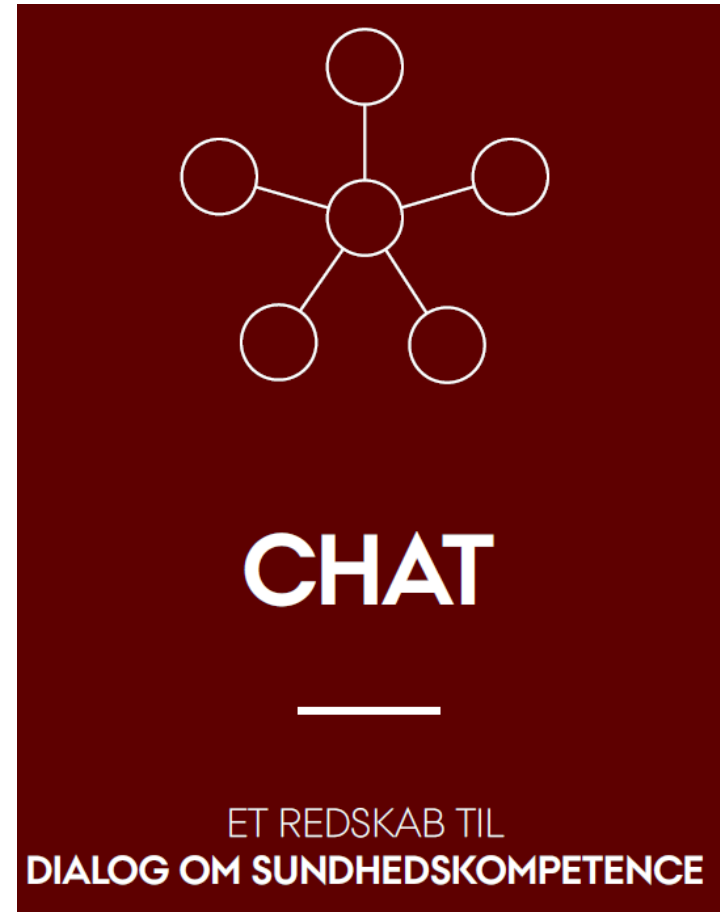
CHAT

Proces omkring afprøvning af CHAT

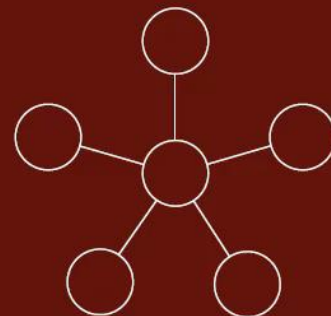
Mennesker med

- Kol
- Hjerte
- Diabetes
- Lænderyg

4 teams afprøvede CHAT i en tidsafgrænset periode



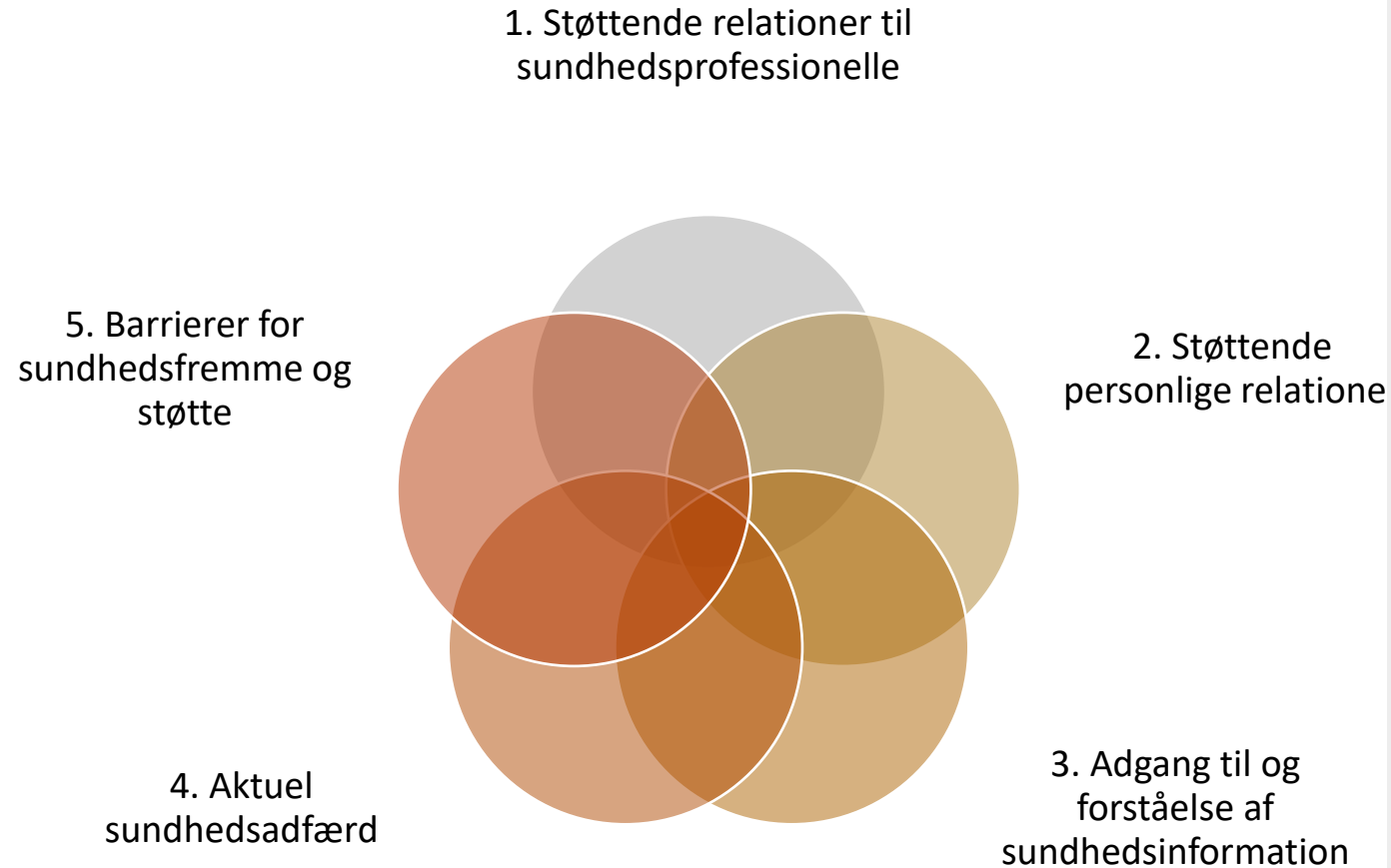
CHAT



ET REDSKAB TIL **DIALOG OM SUNDHEDSKOMPETENCE**

Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet

Overblik over borgerens sundhedskompetence.



1. Hvem plejer du at konsultere omkring dit helbred? Hvor svært er det for dig at tale med [den sundhedsprofessionelle] om dit helbred?
2. Udover sundhedsprofessionelle, hvem taler du så med om dit helbred? Hvordan har du det med at spørge [personen] om hjælp, hvis du har behov for det?
3. Hvorfra får du ellers information om sundhed, som du har tillid til? Hvor svært er det for dig at forstå information, der vedrører dit helbred?
4. Hvad gør du for at tage vare på dit helbred på daglig basis? Spørg ind til kost, søvn, medicin og behandlingsplan? Hvad gør du for at tage vare på dit helbred i løbet af en uge? Spørg ind til motion, fysisk aktivitet og aftaler hos sundhedsprofessionelle
5. Når du tænker på de ting, du gør for at passe på dit helbred, hvad er så svært for dig at blive ved med at gøre regelmæssigt? Når du tænker på de ting, du gør for at passe på dit helbred, hvad lykkes så for dig?

Hvad oplevede vi med CHAT?

Gevinster:

- Refleksion hos borger
- Relationsskabelse
- Afklaring af støttebehov

Udfordringer:

- Tidskrævende – særligt i starten
- Svært, at spørge til forståelse af sundhedsinformation.



Evaluering med kvalitative interview af sundhedspersonale

Udsagn fra teammedlemmer efter afprøvningsperiode af CHAT.

- **Hjerte sygeplejerske:** CHAT **kan hjælpe til at selektere i de borgere, der har brug for støtte og hvilke der hurtigt er selvkørende**. Det afklarer bedre, hvilken støtte de får fra personlige relationer.
- **Diabetes fysioterapeut:** Det er **nyt for mig, at spørge** til, hvordan borgerne bruger sundhedsprof. og hvilke personer de har omkring dem. **Øjenåbner for borgeren, hvilket netværk de har og hvem de kan spørge om hjælp. Borgerne reflekterer også, fremfor bare at svare på spørgsmål.**
- **KOL ergoterapeut:** Det bliver **mere klart** hvilke andre faglige personer, der har hånd om dette menneskes sygdom. Det har været **en positiv overraskelse**, at der er flere aktører (hos nogen borgere). Sektorfokus.

Konklusion: CHAT anvendes som redskab til at vurdere sundhedskompetence i alle start-samtaler med borgere med kroniske sygdomme.

Resultater fra evaluering

Øget overblik over
borgerens
sundhedskompetencer

Øget systematik i
identifikation af
borgere med særlige
støttebehov

Øget objektivitet i
identifikationen af
borgere med særlige
støttebehov

Implementering af Teach Back i dialogen.

<http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/AudioandVideo/ConnieDavis-WhatIsTeachBack.aspx>

For eksempel:

- Vi har snakket om flere forskellige ting i dag, Vil du ikke fortælle mig, hvad du tager med herfra i dag? Så jeg ved om jeg var tydelig i min kommunikation.
- Vil du ikke vise mig hvordan, du vil bruge....? Så jeg ved om jeg var tydelig i min forklaring.

Spørgsmål til drøftelse

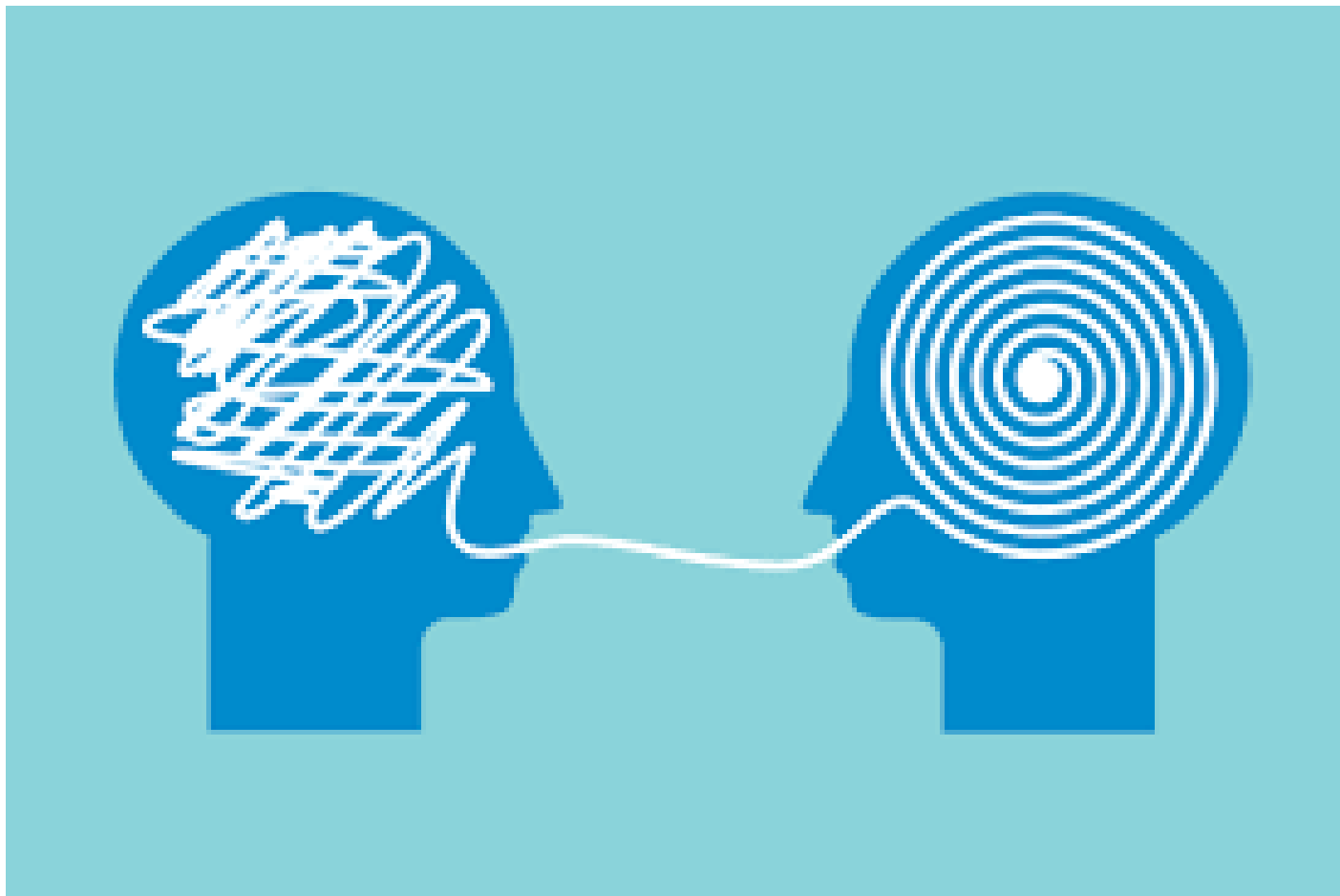
- Hvordan **kan I se** at en borger har nedsat sundhedskompetence?
 - Snak sammen og skriv 5 eksempler fra hver gruppe.
 - Hvordan **kan I høre** at en borger har nedsat sundhedskompetence i dialogen?
 - Snak sammen og skriv 5 eksempler ned fra hver gruppe.
 - Har I lige nu kontakt til en borger(e), der kan have nedsat sundhedskompetence?
 - **Beskriv** en borger med nedsat sundhedskompetence i et forløb for gruppen.
-

Opsamling i plenum

- Runde til grupperne
- 2 min til at fortælle om hvordan I ser/hører hvordan en borger har nedsat sundhedskompetence
- Borger case – evt.



Særlig sundhedskompetenceindsats: Fællesholdet



Målgruppe:

Sårbare kronisk syge borgere med nedsat sundhedskompetence.

Borgerne med diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse og/eller hjertekarsygdom.

Karakteristika:

Nedsat sundhedskompetence, ensomhed, manglende ressourcer, resignerende adfærd, nedsat motivation, nedsat handlekompetence, uhensigtsmæssig livsstil, manglende sygdomsmestring.

Bliv bedre klædt på ift. egen sundhed når du går til lægen



Omdrejningspunktet er hvordan kan du forbedre samarbejdet med lægen og få bedre ejerskab ift. behandlingen.

En erfaren borger på besøg

Erfaringer ift. accept og erkendelse af sygdom.

Eksempler på hvordan hun har lært at mestre sin sygdom

Deltagerne får mulighed for at spejle sig i et andet menneskes følelsesmæssige udfordringer som frustration, sorg, håb, identitetstab, mål etc.



QUIZ / Tip en 13'er

Fællesholdet handler om at klæde borgerne på til at forstå og håndtere deres sygdom.

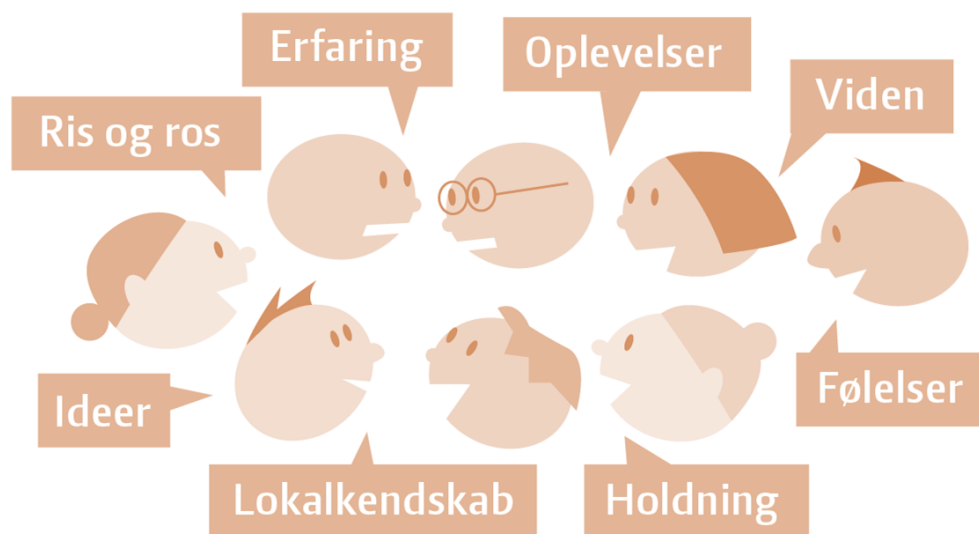
Flere virkemidler anvendes til dette, bl.a. billedkort og Quiz/Fup og Fakta til tjek for forståelse hos borgerne.

Borger:

"Jeg har fået meget ud af fup og fakta fordi så finder man ud af om man har forstået tingene og fået talt om det og rettet en evt. misforståelse"



Løbende evaluering og justering.



Fællesholdet og Monopolet.

- Hvad fylder?
 - Kortlægge behov?
 - Trække på deltageres idéer.
-

Åndenød:

Oplevelse af åndenød er markant forandret. MRC grad fra 5 til 2 på de 12 ugers forløb.

Fra at han de sidste 3-4 år har han været helt optaget at hele tiden at skulle styre sin vejrtrækning, tør han nu at kaste sig ud i tingene. Til den afsluttende samtale gik han ex. hurtigt op af trapperne til 3. sal, og havde **fuld kontrol over sin vejrtrækning**. Han føler at det **har ændret ham markant**, og hans børn har også kommenteret at han virker til at have det meget bedre.

Angst:

Ud over at han har **arbejdet meget med angsten for åndenød**, har han også arbejdet meget med sin psyke. Gav i starten også udtryk for at han ikke vidste om livet var så meget værd at kæmpe for - til nu at sige at han har fået **meget mere mod på livet**, og nu gør mange ting spontant.

Kommer ud blandt andre, og **har fået lyst til at gøre mere for egen sundhed**. Giver udtryk for at han har haft meget dødsangst, og fik midt i forløbet mod til at kontakte egen læge og talte om "hvor kritisk hans tilstand var" og fik her et helt andet syn.

Dødsangsten er blevet mindre, føler slet ikke det er så invaliderende.

Udtrykker selv at angsten forhindrer ham ikke længere i at gøre ting, hvilket kommer til udtryk ved mange daglige gøremål. Skal ikke længere gøre tilløb til at gøre mange ting.

Han er **stoppet helt med at ryge, reduceret sit alkoholforbrug og motionerer hver dag (går en lang tur på 1½ time) og tænker mere over sin kost**. Føler ikke længere at han er afhængig af at skulle tænke sin medicin ind i ft. aktivitet, og **bruger sin anfaldsmedicin sjældent**.

Hvad har betydet mest for dig ift. at komme på dette hold:

"Det har betydet alt – jeg var gået i sort"

"Meget mere viden om sygdommen"

"Godt at se andre i samme båd – det har været ensomt fordi jeg ville ikke belaste min familie med de her tanker"

"Det har været en lifesaver – jeg havde givet op"

"At jeg satser på at leve igen"

"Mere energi Mere modig"

"Tro på tilværelsen"



Gevinster ved at arbejde med sundhedskompetence ift. social ulighed i kommunale sundhedsindsatser.



Vi adresserer risikoadfærd mere tydeligt og systematisk i den afklarende samtale og i forløbet sammen med borgeren.



Vi reducerer i højere grad progression i den sygdom, den kronisk syge borger er henvist med.



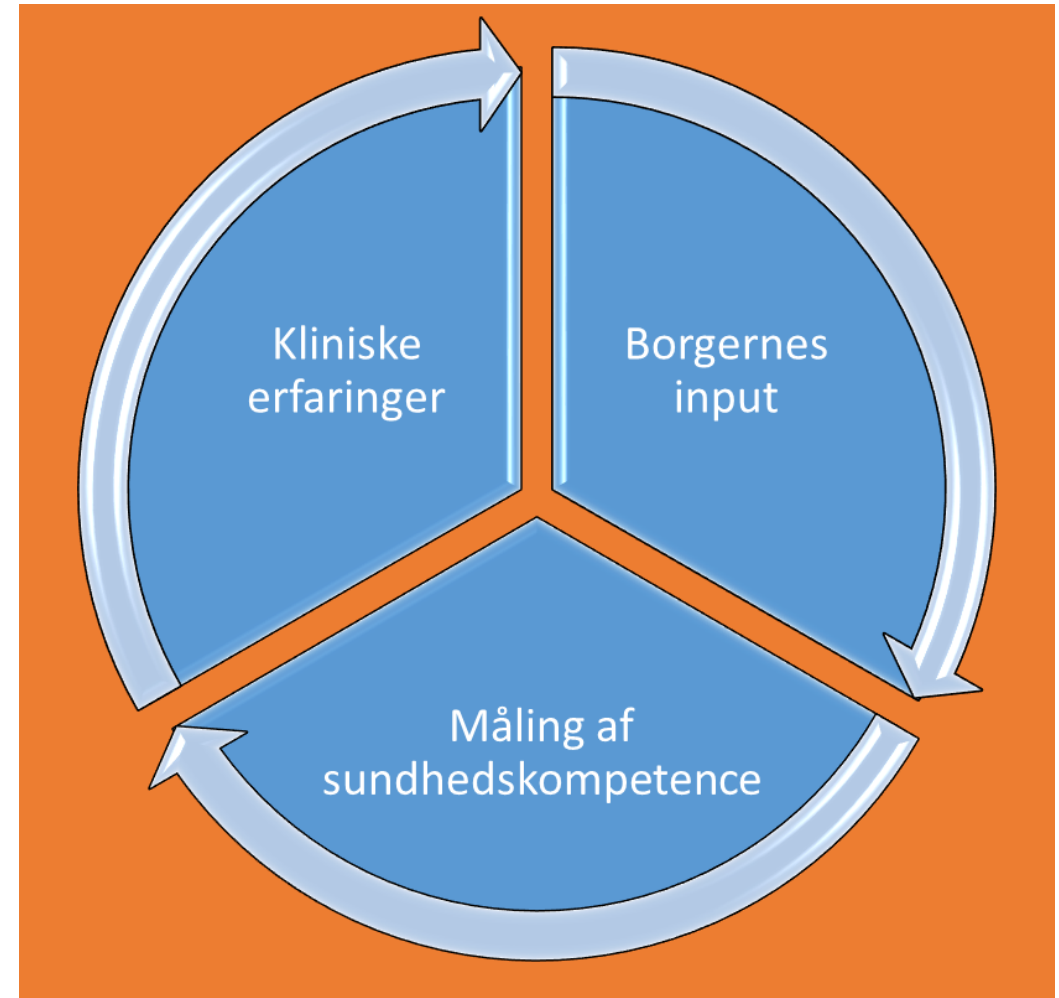
Vi forebygger at ny sygdom/multisygdom opstår med høj behandlingsbyrde til følge.

Fremadrettet proces i arbejdet med sundhedskompetence.

Fokus på sundhedskompetence på tværs i Randers Sundhedscenter.

Fokus på sundhedskompetence i tværsektorielt samarbejde på sigt.

Vedligeholde viden og udviklingsniveau ift. sundhedskompetence kontinuerligt.

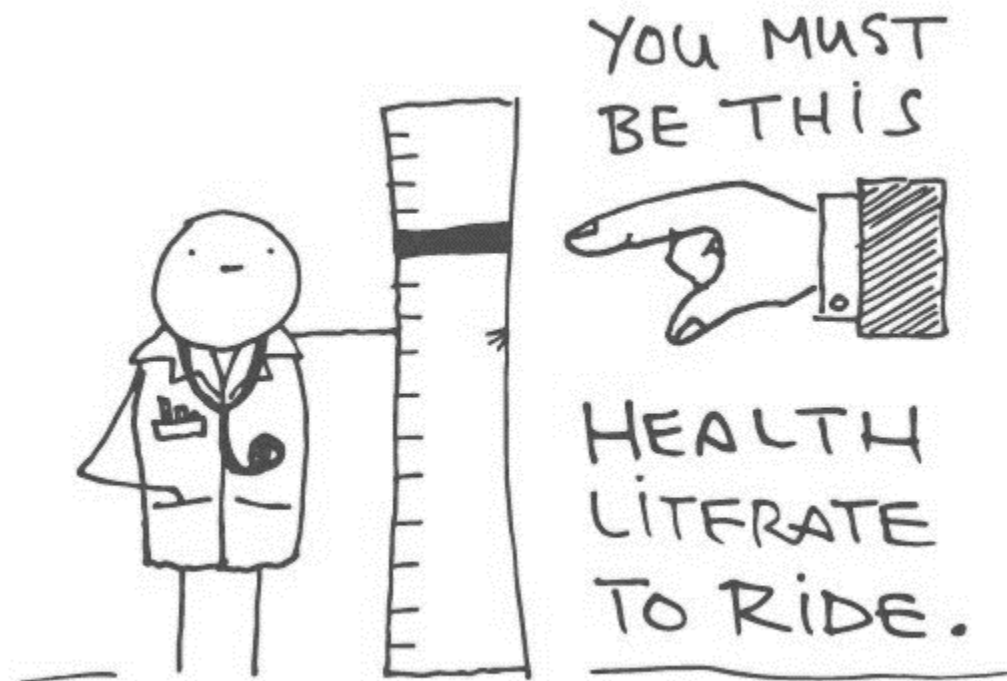



Kontakt detaljer:

Sanne Møller Palner.
Kvalitets- og udviklingsmedarbejder.

Fysioterapeut
Cand. scient. san. stud.
Institut for Folkesundhed, AU.

Rehabiliteringsenheden.
Randers Sundhedscenter – Thors Bakke.
Mail: sanne.palner@randers.dk
Tlf. 89 15 12 15
Tlf. (dir): 60 60 06 81



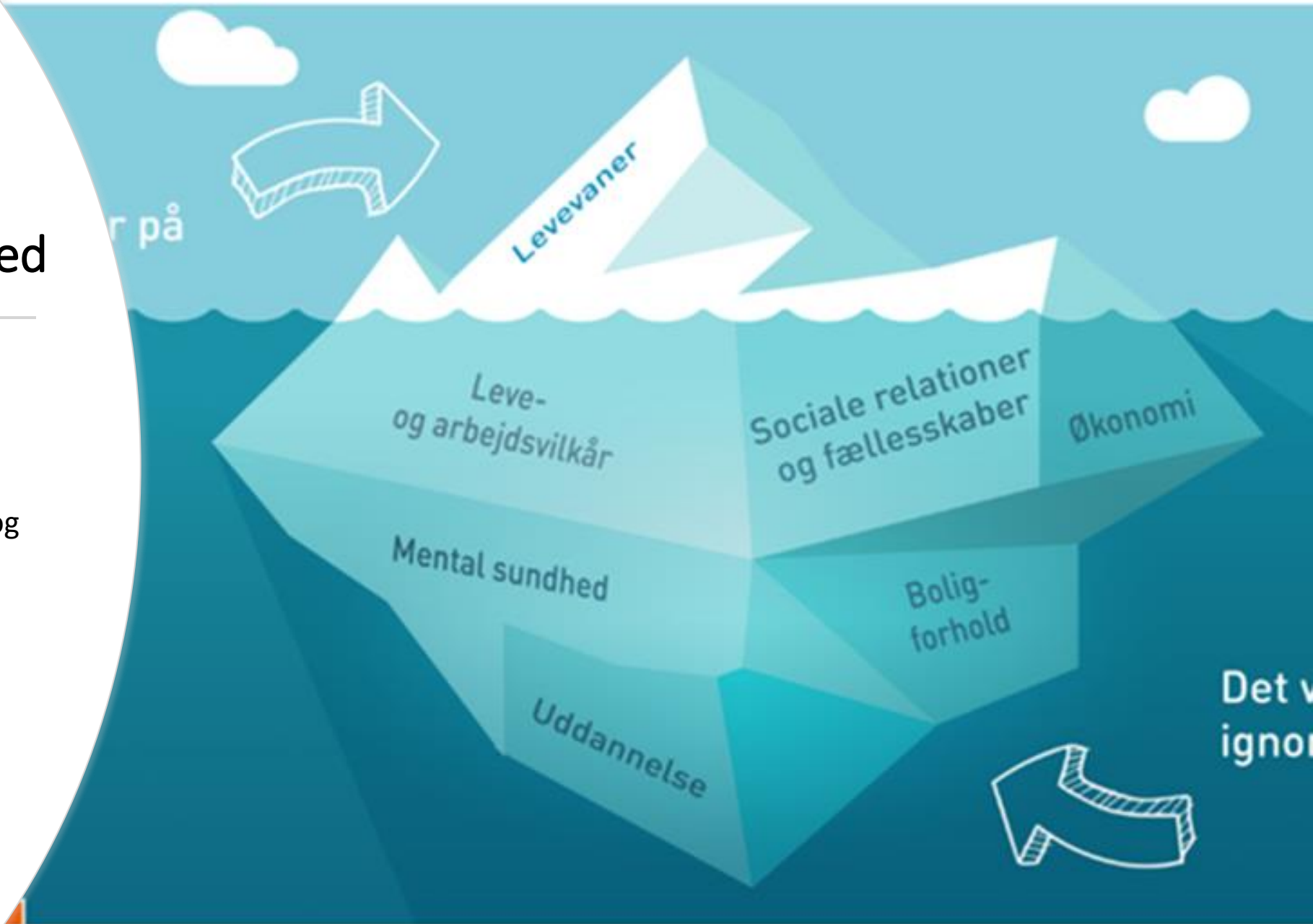
A large circle with a blue-to-orange gradient. Inside the circle, the text "Hvordan sikres at den enkelte:" is written in white. Outside the circle, there are three orange symbols: a plus sign at the top left, an open circle at the top left, and a solid circle at the bottom right.

Hvordan sikres at den enkelte:

- Kan forstå og fortolke sundhedsinformation fra forskellige kilder, for eksempel fra myndigheder, sundhedsprofessionelle og digitale tjenester og medier
- Kan opnå adgang til og navigere i sundhedsvæsenets tilbud og forløb
- Kan interagere og gå i dialog med sundhedsprofessionelle
- Kan træffe og fastholde beslutninger vedrørende sundhed og sundhedsyndelser
- Kan varetage egen og nære relationers sundhed i hverdagen

Social ulighed i sundhed

Et fænomen, hvor der er systematiske forskelle i sygdomstilstand, behandling og konsekvenser af sygdom mellem (grupper af) borgere i samfundet, og hvor denne forskel er betinget af socioøkonomiske faktorer – herunder fx uddannelse, indkomst og geografi.



KL

PAUSE

Gruppedrøftelse 1

:

Hvordan arbejder I med at sikre kvalitet i den afklarende samtale?

- Herefter opsamling i plenum





Frokost og netværk

Kvalitet og systematik i den afklarende samtale

v/ Kristina Johansen, Afdelingsleder i
Center for Diabetes og Hjertesygdomme,
Københavns Kommune



31.05.2022

Afdelingsleder, Kristina Johansen
Center for Diabetes og Hjertesygdom

Kvalitet og systematik i den afklarende samtale

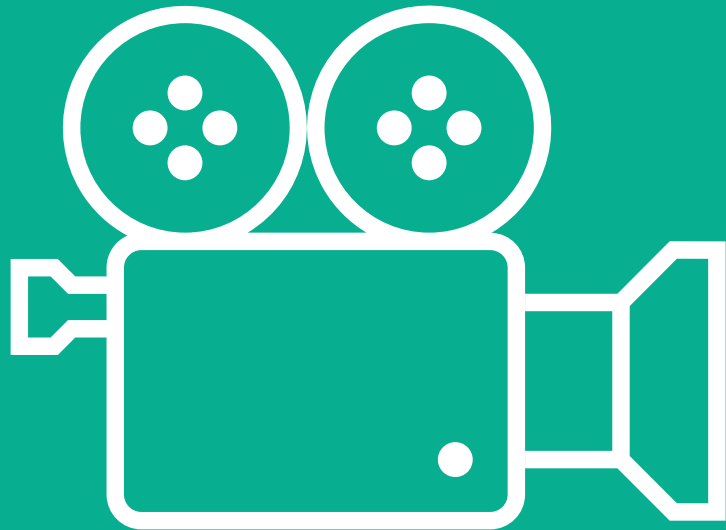
Center for Diabetes
og Hjertesygdomme



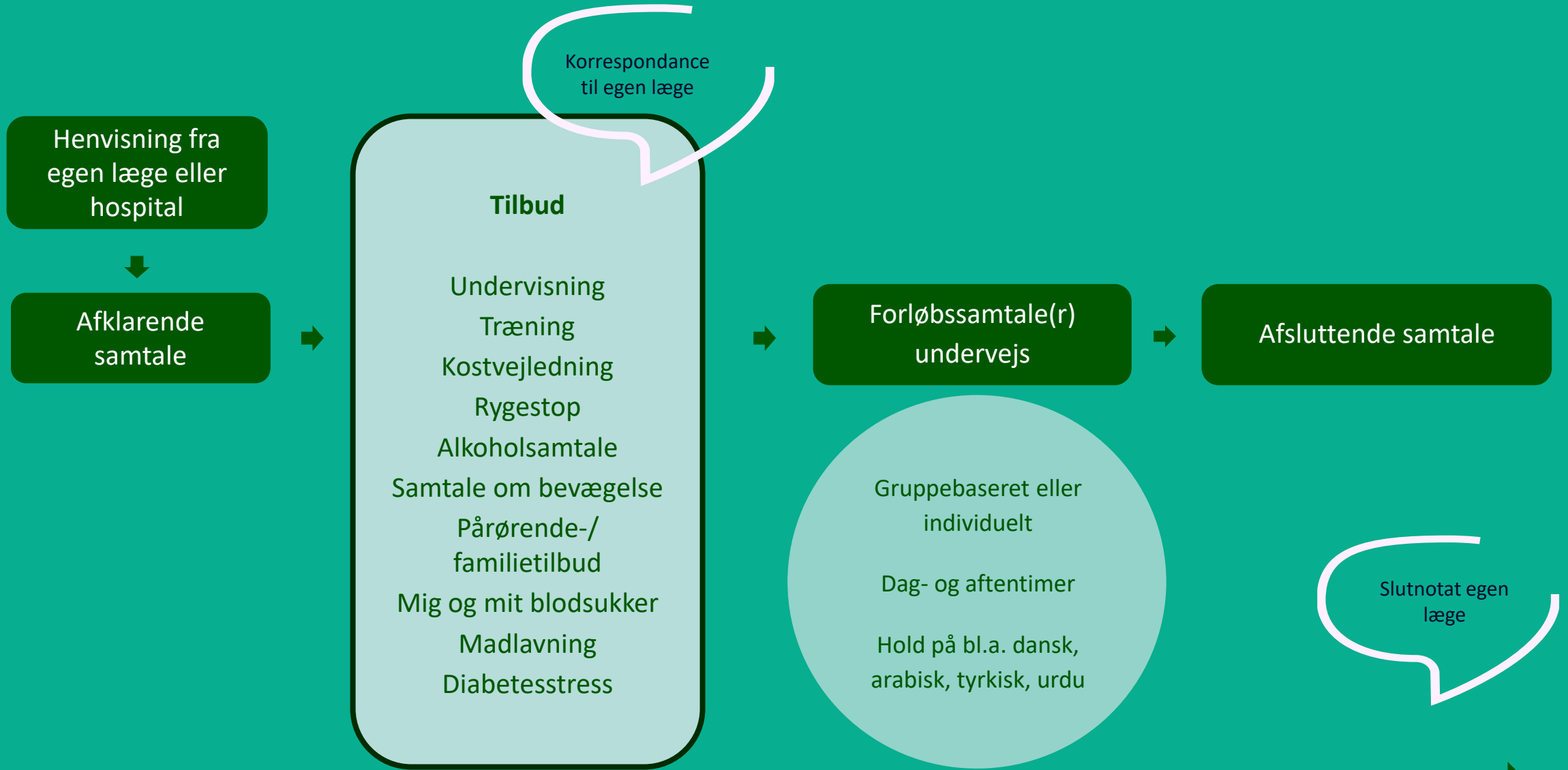
Dagsorden

1. Film om centeret
2. Vejen igennem vores center
3. Den afklarende samtale, behovsvurdering
4. Understøttende værktøjer
5. Kompetencer og systematik
6. Hvad skal der til for at lykkes

Film om Center for Diabetes og Hjertesygdomme



[Film om centret | Center for
Diabetes og Hjertesygdomme
\(kk.dk\)](#)



Forløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme

Anbefalinger



ammen for den lærende organisation

VÆRKTØJER

Individuelle-
og gruppebaseret

KOMPETENCER

Patient literacy, aktiv lytning,
den Sundhedspædagogiske Jonglør

VÆRDIER:

Personcentreret tilgang, Empowerment, Flourishing

**Vi arbejder
personcentreret og
differentieret**

Udgangspunkt i borgers
behov og
problemstillinger

Hvad der er vigtigt for
borgeren

Borgers motivation



**Vi arbejder med det
brede og positive
sundhedsbegreb**

Ligestilling af fysisk og
mental sundhed.
Udgangspunkt i WHO's

*"en tilstand af trivsel, hvor
individet kan udfolde sine
evner, håndtere dagligdags
udfordringer og stress, samt
indgå i sociale fællesskaber
med andre."*



**Vi inddrager borger,
pårørende og
civilsamfund**

Større viden om og
forståelse for hvilke
indsatser, der er brug for
hos den enkelte.

Brugerinvolvering
- input til drift og
udvikling af indsatser.



**Vores arbejde er baseret
på evidens, viden og
praksis**

Afprøver løbende nye
indsatser.

Eksperimentarium for at
skabe ny viden og
evidens.

Samarbejder bredt og
indgår partnerskaber.



Værktøjer, der understøtter

- 4-K modellen
- MÅL og Plan
- PRO – redskab og digital understøttelse
- STENO kasser: skaber refleksion, viden og handling

The screenshot shows a digital health assessment tool for diabetes management. The interface is organized into several sections, each with a title and a set of questions. The questions are answered with colored circles (1-5) representing a Likert scale. The sections include:

- Helbred og livssituation:** Questions about how the user feels about their health and if they have problems with their diabetes.
- Mental trivsel:** Questions about mental well-being, including WHO-5 and MDI-2 scores.
- Symptomer:** Questions about sleep problems and eating problems.
- Diabetes i hverdagen:** Questions about how well the user manages their diabetes in daily life.
- Bekymringer om diabetes:** A question about how often the user worries about diabetes complications.
- Egenomsorg:** A question about how often the user feels they need to take care of their diabetes.
- Blodsukker regulering:** A question about how well the user regulates their blood sugar.
- Medicin oplevelse:** A question about how often the user takes their medication.
- Kontakt med behandler:** A question about how often the user contacts their healthcare provider.

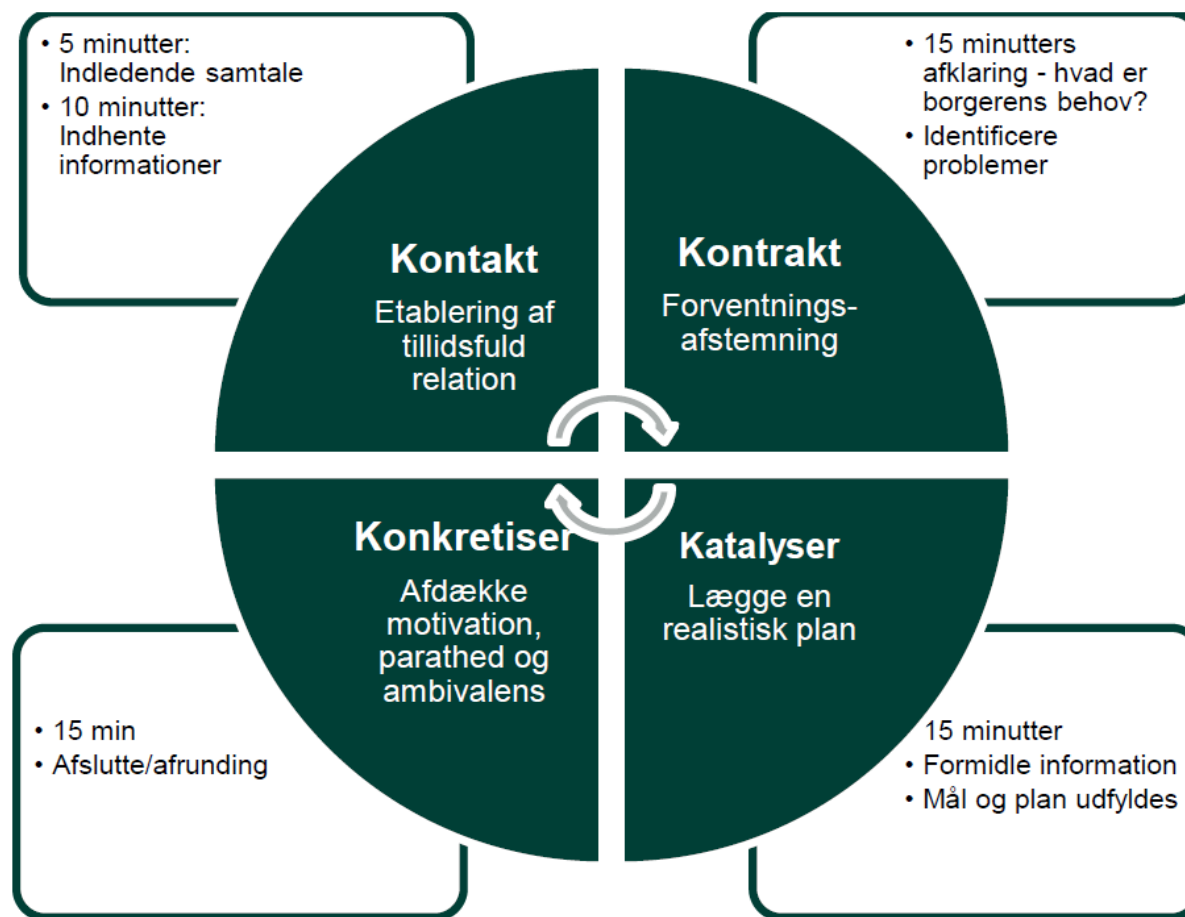
On the right side of the interface, there are buttons for "SIMPEL VISNING", "TREND VISNING", "GENNEMGÅET", "EVALUERING", and "NOTESKEMA". Below these buttons, there are two sections for reflection:

- Jeg vil gerne tale om...:** A list of topics to discuss, including daily life with diabetes, involving family and friends, educational and support services, and psychological impacts.
- Jeg ønsker støtte/opbakning til at...:** A list of support needs, including taking medication and handling psychological or social issues.



4 K-model

Figur 1: Samtalens struktur og indhold (3)



Systematisk implementering af PRO i alle samtaler

PRO til primær
anvendelse i
samtalerne



Dialogstøtte:

fx til at prioritere samtalens indhold

Visitationsstøtte:

fx til indsatser

PRO til sekundær
anvendelse



Kvalitetsudvikling:

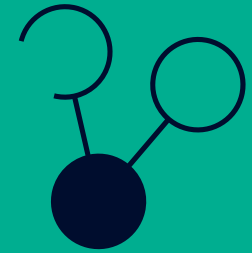
fx til effektmåling

Populationsniveau:

fx monitorere livskvalitet og
mental trivsel

Forskning

PRO på tværs
af sektorer



Deling af PRO data på tværs af
sektorer øvrig journal-data
mellem kommune, almen praksis
og sygehuse

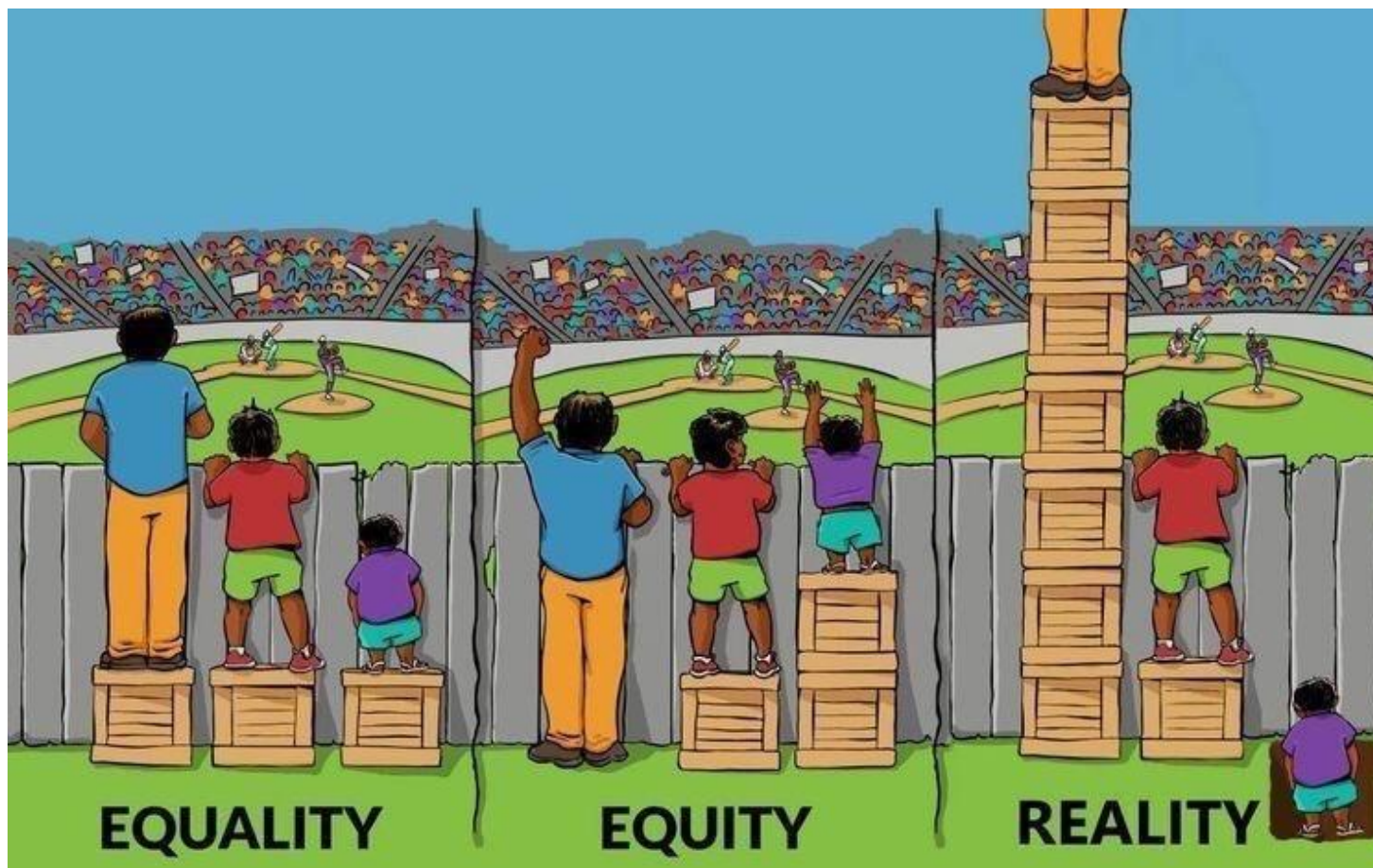


Ensretning på tværs af involverede faggrupper

PRO understøtter alle sundhedsprofessionelle i at følge samme strukturerede tilgang til borgerne

På trods af forskellige faglige baggrunde hos de sundhedsprofessionelle anvender de samme personcentrerede tilgang i mødet med borgerne

Understøtter personcentrering





Hvilke kompetencer

Bredde kompetencer

Bredde:

Brede sundhedsbegreb
Rehabilitering
Sundhedspædagogik
Kommunikation
Coaching
Sundhedskompetence
Feedback metoder

Dybde kompetencer

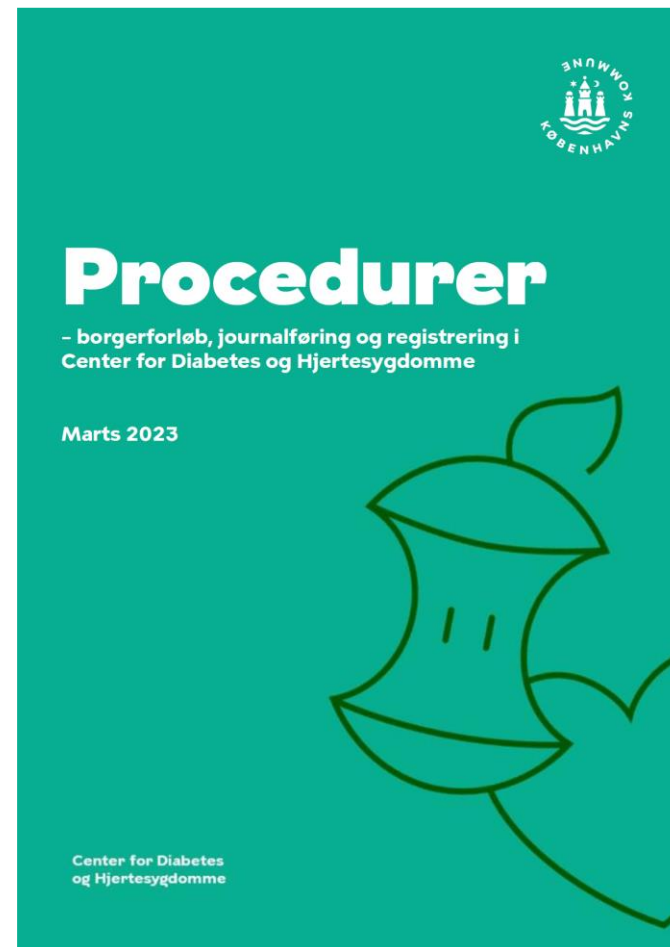
Dybde:

Specifikke kompetencer inden
for sygepleje, træning og
diætetisk faglighed

Systematik i forhold til nye medarbejdere

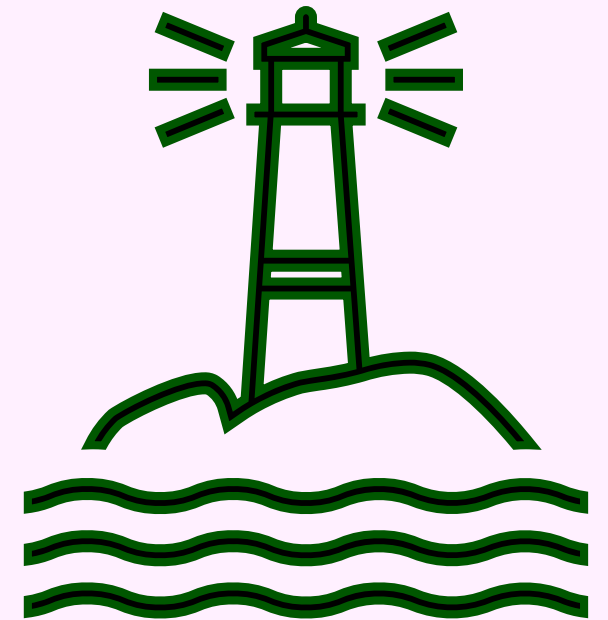
- Sætter tid af til grundig introduktion
- Body-ordning med en erfaren medarbejder
- Går med på indsatser og samtaler
- Får feedback
- Supervision

Indsatskatalog og procedurebeskrivelse



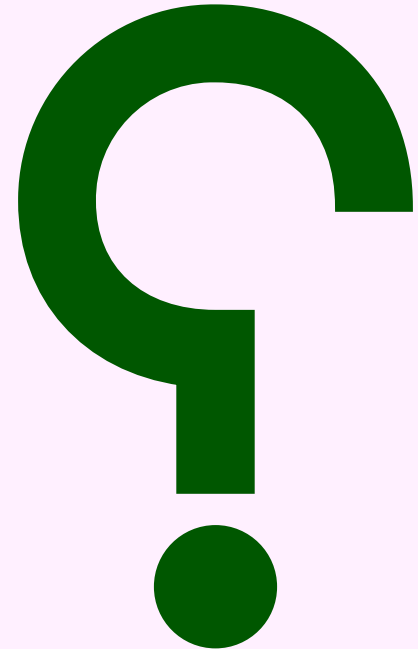
Hvad kræver det for at lykkes?

- Stærk faglig ledelse
- Høje ambitioner
- Inddrag medarbejderne
 - hvad betyder det hos os
 - oversættelsesarbejdet
 - fælles faglighed
- Understøttende funktioner (udviklingsteam)

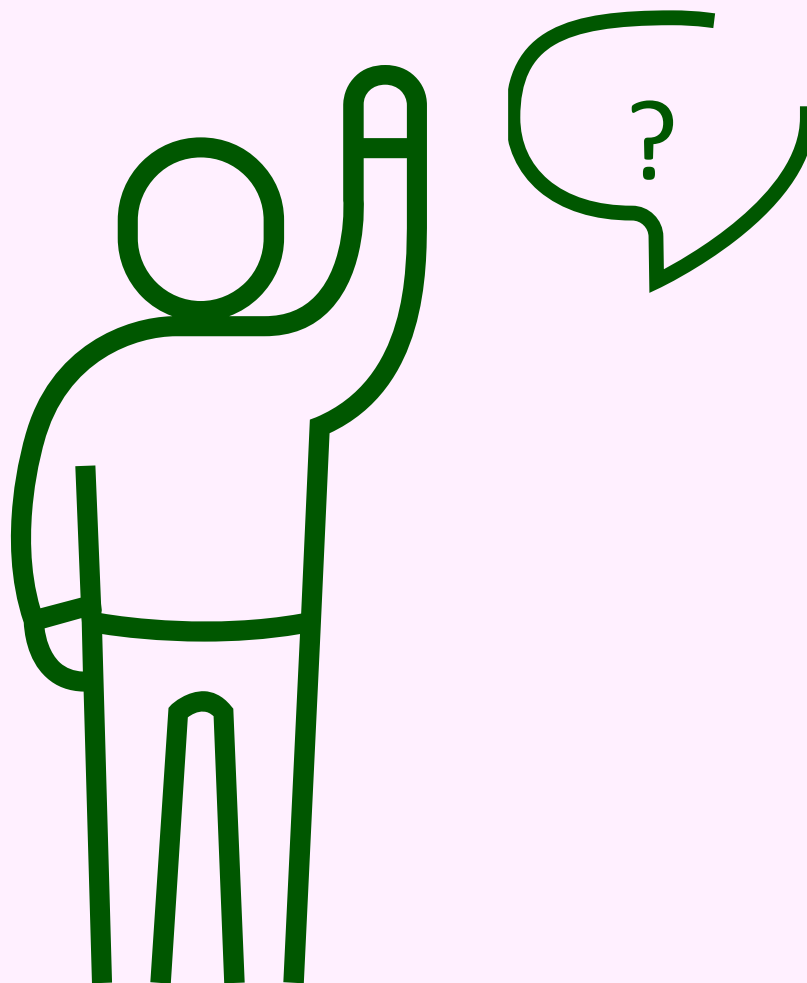


Hvornår er det svært?

- Det er et konstant kultur arbejde
- Nye ledere, nye medarbejdere
- Covid
- ”Det gør vi allerede” – holdningen
- Tage udgangspunkt i borgerens potentiale og muligheder fremfor svaghed og begrænsning



Spørgsmål



Tak for opmærksomheden



Link til film

[Film om centret | Center for Diabetes og Hjertesygdomme \(kk.dk\)](#)

KL

Pause med kaffe og kage

Drøft kommunevis:

- Hvad er du blevet inspireret af i dag? Hvad skal du hjem og arbejde med?

Herefter drøftelse i plenum om vejen videre

Gruppedrøftelse 2



Tak for i dag

Kontakt os på
forebyggelseipraksis@kl.dk

Link til vores nyhedsmail:

[Nyhedsmail \(kl.dk\)](#)

The logo consists of the letters 'K' and 'L' in a bold, dark blue, sans-serif font. The 'K' is formed by a vertical bar on the left and a diagonal bar on the right. The 'L' is formed by a vertical bar on the left and a horizontal bar on the right. The letters are positioned in the upper right quadrant of the slide.