

Kommunal Rehabilitering

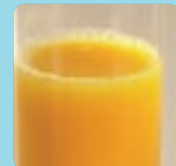
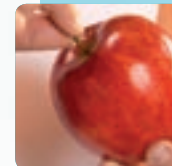
A close-up photograph of two hands clasped together in a firm grip. The hands are positioned centrally, with one hand slightly above the other. The skin tones are light and fair. The background is a soft, out-of-focus light beige or cream color. The top portion of the image is overlaid with a solid teal-colored banner.

En introduktion til projektet
"Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb
- for borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune"



Indhold

Forord	5
Hvad er rehabilitering?.....	6
KOL og type 2-diabetes	7
Rehabilitering i Brønderslev Kommune...	8
Forløbsdiagram	10
Beskrivelse af forløbsdiagrammet	11
Rapportens fokusområder.....	13
Konklusion	17

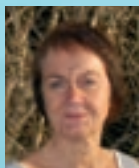




Inge Tegnagel
*Leder af Sundhedsområdet,
Brønderslev Kommune*



Helle Rasmussen
*Leder af Afdelingen for
Forebyggelse og Træning,
Brønderslev Kommune*



Susanne Hyldgaard
*Projektleder, MarselisborgCentret
Sygeplejerske og MPH*



Trine Bødker
*Kliniske projektleder,
Brønderslev Kommune
Fysioterapeut*



Forord

Livsstilssygdomme som Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og type 2 sukkersyge er et hastigt voksende problem i Danmark og ændringer i levevis og levetid er med til at øge tilvæksten af sygdommene. Denne pjece er et sammendrag af en rapport, der udkom juli 2007 omhandlende projektet "Det gode rehabiliteringsforløb for borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune".

Rapporten er resultatet af et samarbejdsprojekt mellem Brønderslev Kommune og Marselisborg-Centret, Center for Folkesundhed i Århus, og finansieret dels af Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til forsøg med Sundhedscentre og dels af MarselisborgCentret. Rapporten er udgivet af MarselisborgCentret.

Hensigten med projektet var at udvikle en model for den fremtidige kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med KOL og type 2-diabetes, som på samme tid skulle synliggøre eksisterende lokale muligheder, borgernes og personalets ønsker, "best practice" samt de nationale anbefalinger og standarder på området. Rehabiliteringsmodellen implementeres fra efteråret 2007 og kan fremover anvendes som yderligere inspiration til planlægning på sundhedsområdet i Brønderslev Kommune.

Arbejdsgruppen bag projektet blev sammensat af repræsentanter fra Brønderslev Kommune, Region Nordjylland, praktiserende læger, sygehusene samt projektleder fra MarselisborgCentret.

I denne pjece er en kort beskrivelse af rehabiliteringsmodellen, samt baggrunden for denne. I sidste del af pjecen fremdrages rapportens konklusion og fokusområder. Vi vil gerne takke alle de borgere og lokalt sundhedspersonale, der med stor entusiasme har bidraget med input og ny viden til rapportens indhold.

Hvad er rehabilitering?

Rehabiliteringsbegrebet sætter bredt fokus på indsatser, der vægter hele menneskets liv, herunder samspillet mellem helbred, evne til at fungere i hverdagen, den enkeltes mestringsevne og omgivelsernes støtte.

- Rehabilitering skal bygge på en borgerorienteret indsats og sætte fokus på dialog og samarbejde mellem professionelle og borger.
- Rehabiliteringsindsatser skal medvirke til at bevare og fremme livskvaliteten for det enkelte menneske og sætte det enkelte menneske i stand til at mestre sin hverdag.
- Rehabilitering skal gennem en individuel planlægning, målrettet indsats og opfølgende samtale medvirke til at reducere funktionstab og komplikationer, der opstår på baggrund af sygdom.
- Rehabilitering er en dynamisk proces, hvor borgeren er den eneste gennemgående person i forløbet og selv bliver en aktiv medspiller i sygdomsforløbet.
- Rehabiliteringsindsatserne skal gennem faglig ekspertise understøtte borgeren egne kompetencer til at håndtere hverdagen. Rehabilitering skal ses som tværfaglige indsatser.
- Rehabiliteringsindsatserne kan være af forebyggende, genoptrænende, vedligeholdende, informerende eller netværksskabende art, og bør ved gennemførelse give mening for hele borgerens livssituation.
- Personalet, skal ses som samarbejdspartnere der med forskellig faglig baggrund, er med til at vejlede og styrke borgeren i at opnå et godt liv.



"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/ eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret og sammenhængende og vidensbaseret indsats"

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret 2004

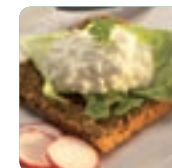
- For at opnå optimale rehabiliteringsindsatser omkring den enkelte borger, er det nødvendigt at de forskellige personalegrupper har samme forståelsesramme.
- Rehabilitering skal baseres på viden om, hvad der virker.

Kronisk sygdom

At leve med en kronisk sygdom i hverdagen kan sætte begrænsninger af såvel fysisk, psykisk som social art. De to livsstilssygdomme, KOL og type 2-diabetes, udvikler sig gradvist og sætter over tid ind med symptomer, der præger og påvirker hverdagen. At få diagnosen stillet kan, for begge sygdomsgruppers vedkommende, være forbundet med angst og skyldfølelse, idet sygdommene er relateret til livsstil og dermed også til forskrifter.

For mange borgere med KOL og type 2-diabetes betyder sygdommen en omlægning af livsstilen på områder som kost, motion og rygning. Ofte mærker patienterne ikke nogen umiddelbar ændring i tilstanden ved indsatser som øget motion og kostomlægning, hvilket kan være en barriere for at fastholde en ændret livsstil. Mange har svært ved at efterleve de ændrede vaner, og det er af stor betydning, hvordan borgeren selv ønsker at medvirke i egen sygdomsproces.

Hos borgere med kroniske sygdomme er et tæt samarbejde og dialog med de forskellige sundhedssektorer af stor betydning. Der skal sikres faglige observationer, informationer, dannelse af netværk og genoptræningsindsatser med koordination og kontinuitet.



Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en lungesygdom karakteriseret ved beskadiget lungevæv med deraf følgende nedsat lungefunktion. Sygdommen udvikles over tid og skyldes oftest rygning. Skader, der opstår på lungevævet, kan ikke genoprettes, men det tobaksbetingede tab af lungefunktionen kan reduceres ved rygestop. Symptomerne på KOL er hoste, opspyt og åndenød. Sygdomsforløbet er karakteriseret ved perioder med tiltagende åndenød med deraf følgende funktionsnedsættelse, vægttab og angst og hyppige indlæggelser på sygehuset. Den gennemsnitlige alder når sygdommen diagnosticeres er 50-60 års alderen.

Type 2-diabetes

Type 2-diabetes er en sygdom karakteriseret ved forhøjet blodsukker på grund af nedsat følsomhed for insulin samt tendens til udvikling af senkomplikationer. Omkring 80% af borgere med en nydiagnosticerede type 2-diabetes, er overvægtige og har allerede da mindst én følgesygdom. Sen-diabetiske komplikationer ses oftest fra pulsårerne og fra nervesystemet, hvilket har konsekvens for borgerens dagligdag. Risikoen for at få type 2-diabetes stiger med alderen, og den gennemsnitlige alder på diagnosetidspunktet er 60-65 år. Forebyggende indsatser som motion, aktivitet, kostvejledning og rygestop har stor betydning for såvel KOL som type 2-diabetes indsatsen.

Rehabilitering i Brønderslev Kommune



Rehabiliteringsmodellen er udviklet på baggrund af oplysninger indsamlet gennem borgere og personale i Brønderslev Kommune samt fra personale ved de samarbejdende sygehuse indenfor KOL- og diabetesområdet. Desuden indgår central litteratur, nationale anbefalinger og guidelines på KOL og type 2-diabetes området.

I projektet bruges en MTV analyseramme. De fire dimensioner i MTV modellen, teknologi, borger, organisation og økonomi, er anvendt som en metodisk tilgang og ramme i analysen af såvel litteratur som den nuværende lokale kliniske praksis. Gennem materialet udledes fokusområder, der anses som vigtige at medtænke i en model for kommunal rehabilitering til de 2 målgrupper.

Resultater

Undersøgelsen af såvel borgere, personale samt gennemgang af litteraturen har medvirket til beskrivelse af en model for den kommunale rehabilitering i Brønderslev Kommune. Modellen er opbygget omkring følgende fokusområder og vægter betydningen af, at der er:

- Synlighed omkring de kommunale rehabiliteringstilbud.
- Rehabiliteringskoordinatorer, der sikrer sammenhæng i forløbene mellem primær og sekundær sundhedstjeneste.
- Klar henvisningspraksis for en tidlig rehabiliteringsindsats mellem primær og sekundær sundhedssektor.
- Tværfaglig ekspertise på generalist og specialistniveau i indsatserne.
- En individuel borgerrehabiliteringsplan – med borgerens ønsker og mål for forløbet.
- En "vandrejournal" der sikrer borgeren adgang til eget rehabiliteringsforløb.
- Kvalificerede helhedsvurderinger der omfatter hele borgerens liv.
- Målrettede indsatser af forebyggende, vidensopbyggende, genoptrænende, vedligeholdende og netværksskabende art.
- Fastlagt og planlagt slutstatus ved rehabiliteringskoordinator.
- Det tværfaglige og tværsektorielle personales adgang til dokumentationsmaterialet.
- Monitorering og kvalitetssikring af den kommunale rehabiliteringsindsats.
- Kompetenceudvikling i rehabilitering af tværfaglige personalegrupper i primærsektor.



Rehabiliteringsmodellen er sammensat af fire elementer, illustreret og beskrevet i:

- Et forløbsdiagram
- En henvisningsformular til rehabiliteringscentret
- Borgerens rehabiliteringsjournal
- Et kompetenceudviklingsprogram for personale omkring rehabiliteringsbegrebet.

Forløbsdiagrammet beskriver borgerens vej gennem systemet og de indsatser, der knytter sig til det.

I praksis

Rapporten har ført til at Brønderslev Kommune nu tilbyder borgere med KOL eller type 2-diabetes forskellige rehabiliteringsindsatser. Indsatserne har udgangspunkt i nationale anbefalinger, standarder og kliniske retningslinier. Du kan læse mere om de specifikke tilbud på Afdelingen for Forebyggelse og Trænings hjemmeside www.sundiby.dk. Her kan du desuden finde diverse pjecer til både fagfolk og borgere.

Beskrivelse af forløbsdiagram for rehabilitering af borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune

Brønderslev Kommune etablerer et rehabiliteringscenter med tværfaglig ekspertise, koordinatore, synlige indsatser og et tæt samarbejde med praktiserende læger, sygehussektoren, det kommunale system samt andre aktører som for eksempel patientforeninger. Rehabiliteringscenteret skal rumme indsatser af såvel forebyggende, genoptrænende, informerende, netværksskabende og vedligeholdende karakter, og repræsenterer en bred vifte af kommunens tilbud.

Forløbsdiagram for rehabiliteringsmodellen til borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune



REHABILITERINGSCENTER I BRØNDERSLEV KOMMUNE

- Personale**

 - Tværfagligt rehabiliteringsteam – rehabiliteringskoordinator
 - Tværfaglig personalegruppe – specialist – generalist
 - Samarbejde med lokale patientforeninger, byens apoteker eller støttegrupper og foreninger
- Rehabiliteringsplan**

 - Samtale
 - Statusvurdering med udvalgte ICF komponenter
 - Tests
 - Borgerens mål
 - Individuel rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsindsatser

 - Iværksatte ydelser fra praktiserende læge, kommunens hjemmepleje og/eller sygehusafdelinger
- Rehabiliteringsydelser fra Rehabiliteringscenter**

 - Kost og ernæring
 - Sygdom og medicin
 - Håndtering af hjælpemidler
 - Motion og fysisk aktivitet
 - Rygning
 - Livsstil – vaner – mestring
 - Psyko-social støtte

Slutstatus og opfølgning

 - Samtale og re-tests
 - Henvisning til kontrol hos egen læge eller på sygehus
 - Kommunale indsatser
 - Henvisning til patientforeninger – netværksgrupper

Et forløb

Ved 1. samtale mellem borger og rehabiliteringskoordinator gennemføres en vurdering af borgerens funktionsniveau og funktionsevne. Vurderingen gennemføres ud fra udvalgte områder og med specifikt udvalgte tests.

Ud fra borgerens mål og ønsker for forløbet aftales i et samarbejde mellem borger og rehabiliteringskoordinator en skriftlig forløbsplan med indsatsområder, datoer for indsatser og med angivelse af faglig ekspertise.

Ved afslutning af rehabiliteringsindsatsen følger rehabiliteringskoordinator op med afsluttende samtale. Her sikres status på borgerens handlekompetencer, re-tests og det videre forløb, anbefalet kontrol ved egen læge, evt. medicinjustering ved egen læge, anbefalinger til det kommunale personale om opfølgninger eller lignende planlægges. Det planlægges og fastsættes, hvornår borgeren atter skal sikres en opfølgende samtale.

Henvisning

Borgere med diagnosticeret KOL eller type 2-diabetes kan henvises til kommunens rehabiliteringscenter af praktiserende læge, sygehusafdelinger og kommunens fagpersonale. Borgerens praktiserende læge rådføres i forhold til en henvisning. Henvisningsformularen er fortrykt og forefindes hos de 3 henvisende instanser eller rekvireres gennem rehabiliteringscentret. Borgeren skal give accept på henvisningen, før den sendes til rehabiliteringscentret.

Personalet

Rehabiliteringskoordinator er bindeled mellem kommunens hjemmepleje, praktiserende læger, sygehusafdelinger og er borgerens kontaktperson på rehabiliteringsområdet.

Rehabiliteringskoordinator afvikler 1. samtale med borger, og udarbejder i samarbejde med borgeren en individuel rehabiliteringsplan. Koordinator sikrer aftaler for opfølgende samtaler og kontrol på kort og langt sigt. Rehabiliteringsteamet er en bred fagligt funderet gruppe af basispersonale, herunder fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og diætister. Personalekvalifikationerne afstemmes efter sværhedsgraden af borgerens sygdom og de personlige ressourcer.

Praktiserende læge er nøgleperson for borgerens sygdomsforløb. Kommunens personale er en væsentlig samarbejdspartner og en øget viden hos disse faggrupper skal medvirke til at fastholde borgerens adfærd og vaner samt forebygge eventuelle indlæggelser og genindlæggelser specielt ved borgere med KOL.

Faggrupperne bør sikres mulig kompetenceudvikling gennem kurser, temadage, samt mulighed for udveksling af erfaringer og viden med specialuddannet personale fra sygehusene.

Det tilstræbes at etablere samarbejde med lokale patientforeninger, byens apoteker eller støttegrupper og foreninger.

Rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringsplanen er en "vandrejournale" opbygget ud fra fokusområder, der er fundet væsentlige i forbindelse med rehabilitering af borgere med KOL og type 2-diabetes, herunder blandt andet sygdomserkendelse, vaner der influerer på hverdagen og mulige ressourcer. Rehabiliteringsplanen er borgerens individuelle arbejdsredskab på rehabiliteringsområdet. Borgeren er derfor ansvarlig for at medbringe rehabiliteringsplanen, hvor der er behov for det.

Borgerens mål og ønsker er centrale og nedskrives i planen sammen med valgte indsatser, tidsplan og kompetencer, der skal anvendes i forløbet.

Kompetenceudvikling, kvalitetssikring og monitorering

Kommunens personale er en væsentlig samarbejdspartner, og en øget viden hos disse faggrupper kan medvirke til at fastholde borgerens adfærd og vaner, samt forebygge eventuelle indlæggelser og genindlæggelser specielt ved borgere med KOL.

For kontinuerligt at kunne følge udviklingen i rehabiliteringsindsatserne beskrives disse med henblik på monitorering og kvalitetssikring. Rehabiliteringsindsatserne skal tage afsæt i nationale anbefalinger, standarder og kliniske retningslinjer.



Rapportens fokusområder

I dette afsnit trækkes rapportens konklusioner og fokusområder frem. De forskellige afsnit, teknologi, borger, organisation og økonomi refererer til dimensionerne i MTV modellen. Det er disse konklusioner, der danner baggrund for modellens udseende.

Teknologidelen

Gennem dataindsamlingen fra borgere, personale og litteraturen ses der helt specifikke udfordringer, der knytter sig til rehabilitering af borgere med KOL og type 2 -diabetes. For borgerne med type 2-diabetes ses lokalt en tendens til overvægt, fedme samt manglende motion og aktivitet. For borgerne med KOL ses tendens til underernæring, manglende ernæringsvejledning, mange aktive rygere samt lavt funktionsniveau i hverdagen. Undersøgelsen viser, at der er meget forskellig opfattelse af, hvad rehabilitering er blandt borgere og personale.

Den forebyggende og opsøgende virksomhed har gennem flere år været meget højt prioriteret i Brønderslev Kommune. Der ses en forskel på de kommunale indsatser der aktuelt gives, og det borgeren selv mener at modtage af rehabiliteringsydelser. Det kunne tyde på, at de kommunale indsatser ikke betragtes som rehabilitering.

Undersøgelsen viser, at Sund By tilbuddet er kendt, men mange borgere er ikke vidende om de mange muligheder. De praktiserende læger i kommunen er meget aktive på forebyggelsesområdet, og der informeres omkring vægttab, vægtøgning, rygestop og motion. Blandt personalet er der enighed om, at de kommunale tilbud mangler synlighed, og de ønsker en bred vifte af tilbud, der giver aktualitet og helhed for borgerens hverdag.

Fokusområder som danner baggrund for rehabiliteringsmodellens elementer:

- Der ses tendens til lokale og specifikke problemer både på KOL og type 2-diabetes området i forhold til genindlæggelsesfrekvens, Body Mass Index, rygning, MRC dyspnø skala, motion, sygdomsviden, medicin og andelen af erhvervsaktive.
- Der ses evidens for rehabiliteringsindsatser med fysisk aktivitet, motion, rygestop, kostvejledning og netværksgrupper. Viden om sygdom og medicin håndtering styrker deres handlekompetencer til at tackle hverdagen.
- Der mangler synlighed omkring kommunale tilbud samt indsatser, der kan relateres til borgernes dagligliv.
- Der skal sikres kontinuitet, gennem planlægning og synlighed i de rehabiliteringsindsatser de forskellige behandlere i sundhedssystemet tilbyder borgerne.
- Der mangler synlighed omkring de kommunale rehabiliterings-tilbud.
- Borgere med KOL og type 2-diabetes skal sikres adgang til rehabiliteringsindsatser. En væsentlig andel af borgere med KOL og type 2-diabetes er ikke tilknyttet kommunens hjemmepleje, og de tilbydes kun i begrænset omfang rehabilitering.

Borgerperspektivet

Borgerne giver overvejende et positivt billede af hele sundhedsvæsnets indsats, men der er delte meninger om, hvem der har det samlede overblik over borgerens sygdomsforløb. Borgerne oplever ofte, de selv skal være samlende for eget forløb og ønsker generelt at lære at blive ansvarlige for egen sygdom. Der er evidens for at et højt vidensniveau om sygdom kan styrke ansvarligheden, men der er endnu ikke metoder, der på lang sigt sikrer adfærdsændringer. Generelt oplever borgerne, at de praktiserende læger og lægehusenes personale er gode til at informere, der er bare meget kort tid afsat til konsultation.

Borgerinterviewene bekræfter tesen om, at mange borgere ikke opfatter sig som syge, eller helst ikke vil opfattes som syge. Flere giver udtryk for, at de har en meget god hverdag, men at de oplever sig ensomme omkring egen sygdom. Borgerne virker bekendt med patientforeninger, men de bruger kun foreningerne i mindre omfang.



Fokusområder som danner baggrund for rehabiliteringsmodellens elementer:

- Borgere giver udtryk for, at de ønsker et større ansvar og øget sygdomsindsigt for at kunne være med til at "styre" forløbet.
- Borgerne vil gerne have støtte til at komme i gang med en indsats og være en del af netværksgrupper.
- Indsatser som viden om sygdom og sygdomsrisici, træning og livsstilsindsatser er væsentlige for at fastholde eller ændre adfærd og livsstil.
- Der ønskes en større synlighed omkring de tilbud borgeren tidligere har modtaget fra praktiserende læge, sygehus eller kommunen.
- Den faglige ekspertviden skal opprioriteres og anvendes initialet.
- Samarbejde og sparring med andre nationale eller lokale organisationer som f. eks patientforeninger kan være stærkt inspirerende for at kunne udvikle eller fastholde tilbud, der måtte mangle i en kommune.
- Metoden til indlæring er forskellig fra person til person.



Organisationsdelen

Litteratur og Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremhæver organiseringen af patientforløb som en meget central faktor. I dagligdagen er den praktiserende læge borgerens nøgleperson omkring sygdom og behandling, og ved tildeling af hjemmeplejens ydelser er visitator nøglepersonen for hjemmeplejens indsatser. Mange borgere er ikke tilknyttet kommunens hjemmepleje, selv om de har et rehabiliteringsbehov, og de har derfor svært ved at få tildelt rehabiliteringsydelser.

Personaleinterviewene tyder på, at det lokalt er svært at få samlet overblik over de rehabiliteringsydelserne der gives borgeren. Det synes svært at få et klart billede af, hvordan opgavefordelingen sektorerne imellem sikres og følges op.

Dokumentation af rehabiliteringsindsatserne gennemføres i forskellige systemer, oftest fagspecifikt. Det er svært at se sammenhæng i de systemer, der anvendes af de forskellige faggrupper, ligesom dokumentationssystemet mellem de to sundhedssektorer ikke korresponderer indbyrdes på nuværende tidspunkt. Generelt synes borgeren ikke at have megen adgang til at følge med i sit eget forløb og forholde sig til egne data.

Personalet, der arbejder tættest på borgeren, synes at have færrest oplysninger og standarder at arbejde ud fra. Der er ikke en fælles opfattelse af hvilke data, der er vigtige at arbejde ud fra hos borgere med KOL og type 2-diabetes, heller ikke ved sektorskift. Personalet ønsker mere undervisning og udveksling af viden omkring såvel sygdomme som rehabiliteringsbegrebet for at få en fælles baggrund.

Fokusområder som danner baggrund for rehabiliteringsmodellens elementer:

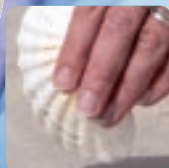
- Kommunalt rehabiliteringstilbud skal sættes tidligt ind. Praktiserende læger har regelmæssig kontakt til samtlige borgere med KOL og type 2-diabetes.
- Borgeren er kernen i forløbet, og skal gøres aktiv og yde sin del. Borgeren skal være medbestemmende "hele vejen rundt".
- Borgerens motivation er "alfa og omega" og drivkraften for, at indsatser lykkes. Der skal derfor sættes ind med information og rådgivning, når borgeren er parat til at medvirke i processen.
- Borgeren skal sikres adgang til et fælles dokumentationsmateriale for rehabilitering.
- Nydiagnosticerede borgere eller borgere med en fremskreden sygdom har behov for adgang til specialist viden og en koordinerende person. Ved sektorskift sættes ind med samme faglige viden.
- Rehabiliteringsindsatser er tværfaglige og skal ses ud fra hele borgerens fysiske, psykiske og sociale liv, således at borgeren selv oplever livskvalitet og et meningsfyldt liv trods sin sygdom.
- Indsatser fra praktiserende læger, den kommunale hjemmepleje og sygehussektoren skal samles som en fælles indsats for borgeren.
- Dokumentation skal sikres gennem et fælles system, som også borgeren har adgang til.
- Et fagligt personale skal have adgang til ny og evidensbaseret viden, samt sikres kompetencer og uddannelse med mulighed for samspil og indflydelse.

Økonomidelen

Som udgangspunkt for en økonomisk beregning i kommunen, har det ikke været muligt at indsamle de planlagte data omkring KOL og type 2-diabetes borgerne. Der mangler en mere præcis opgørelse over indlæggelser, en opgørelse af forbrugsmønstret omkring ydelserne samt en kortlægning af sundhedsydelsernes virkning og nytte. Der er heller ikke fundet danske sundhedsøkonomiske opgørelser vedrørende en kommunal rehabiliteringsindsats til borgere med KOL og type 2-diabetes.

Fokusområder som danner baggrund for rehabiliteringsmodellens elementer:

- Rehabiliteringsindsatserne skal beskrives med tilhørende specifikke kompetencer
- Borgerdata skal kunne registreres ud fra såvel diagnose som funktionsevnenedsættelse
- For at kunne beregne omkostningerne ved rehabiliteringsmodellen skal der være synlighed af indsatserne samt registrering af borgerdata.



Konklusion

I Brønderslev kommune etableres der et tværfagligt rehabiliteringscenter, der kan rumme indsatser med forebyggelse, sundhedsfremme og behandling, og som støtter i netværksaktiviteter på områder som fysisk aktivitet, træning, motion, kost og ernæring, rygning, medicin håndtering og formidling af viden. Det kommunale rehabiliteringscenter skal fremover skabe synlighed om de kommunale indsatser, for såvel borgere som for personalet.

Rehabiliteringscentrets indsats fordrer et aktivt samspil og samarbejde mellem praktiserende læger, sygehussektoren og den kommunale hjemmepleje, for at få en stærk sammenhængende rehabiliteringsindsats til at fungere. Patientforeninger og andre lokale aktører som Sund By virksomheden er også part i denne indsats. Det er derfor vigtigt at sikre mulighed for samarbejde omkring rehabiliteringsindsatser både på tværs af og inden for sektorerne. Undersøgelsen peger på, at en styrket lokal indsats omkring en fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet vil kunne medvirke til en bedre og mere kvalificeret indsats for borgeres rehabiliteringsindsats.

Før rehabiliteringsindsatsen påbegyndes, bør der gennemføres en helhedsvurdering og status på borgerens ønsker, mål og behov. Ved enhver sygdom er der karakteristika, symptomer og risici, der knytter sig specifikt til sygdommen. Udviklingen af KOL og type 2-diabetes er relateret til den daglige livsstil. Faktorer som borgerens mestringsevne, sygdomsgrad, funktionstab og netværk i familien kan påvirke hinanden indbyrdes. Borgere med kroniske lidelser har ofte flere sygdomme, hvilket øger behovet for gennem en fælles indsats at understøtte borgerens egne ressourcer samt sikre indsatser fra familie, netværk og det omgivende samfund.

Målrettede og sammenhængende rehabiliteringsindsatser skal styrke borgerens muligheder for at leve et godt dagligliv. Rehabiliteringsindsatserne skal derfor startes tidligt i sygdomsforløbet og bør efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger fortsættes og justeres i et livslangt forløb.

Borgeren skal gives forudsætninger til at kunne håndtere sygdommen gennem en øget viden om sygdom, forebyggelse og mestring. Samtidig ses der behov for en "tovholder" til samling af hele rehabiliteringsindsatsen.

Et omdrejningspunkt er, at borgeren er den eneste gennemgående person i rehabiliteringsforløbet, og der sættes på, at borgeren skal gøres aktiv i eget sygdomsforløb. Borgeren skal sikres adgang til oplysninger gennem et fælles borgervenligt system. En mulighed, der fremhæves både fra Sundhedsstyrelsen og det interviewede personale, er en form for "vandrejournal" med handleplaner til brug for borgeren selv.

Kvalitetssikring er et væsentligt område ved implementering af nye indsatser. Det er vigtigt, at den fremtidige rehabiliteringsindsats monitoreres med henblik på at følge effekten, og derved kunne tilrettelægge tilbuddene efter det behov kommunens borgere har.

I forhold til den samlede kommunale rehabiliteringsindsats sikres kvaliteten ved at opkvalificere personalets kompetencer i forhold til håndtering af sygdomssymptomer og indsatser til borgere med KOL og type 2-diabetes. Personalet mener, at ved en øget kompetence vil en del akutte indlæggelser kunne undgås.

Vil du vide mere om projektet?

Hele rapporten kan hentes gratis fra www.sundiby.dk eller www.marselisborgcentret.dk.

Der er desuden udarbejdet pjecer til personale og borgere:

"Kommunalt rehabiliteringstilbud til borgere med KOL eller type 2-diabetes i Brønderslev Kommune – en oplysningspjece til fagpersonale"

"Til dig der har KOL – Kronisk Obstruktiv Lungelidelse"

"Til dig der har type 2-diabetes"

Disse kan hentes på www.sundiby.dk eller rekvireres ved henvendelse til klinisk projektleder i Brønderslev Kommune Trine Bødker på trine.bodker@99454545.dk eller tlf. 99 45 47 81.

Du kan også kontakte....

Projektleder Susanne Hyldgaard,
sygeplejerske og MPH.

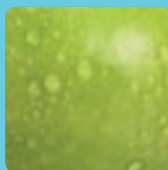
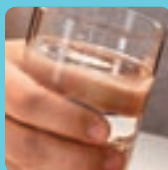
E-mail susanne.hyldgaard@stab.rm.dk,
tlf. 89 49 12 03, mob. 26 12 89 55

Klinisk projektleder Trine Bødker,
fysioterapeut, Brønderslev Kommune.
E-mail trine.bodker@99454545.dk,
tlf. 99 45 47 81





MARSELISBORG CENTRET



BRØNDERSLEV  KOMMUNE