

midt LIV

1

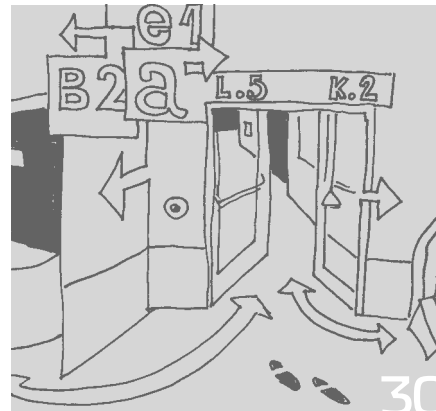
2007

Livet med en kronisk lidelse





REGIONSRÅDSFORMAND Bent Hansen



Et nyt initiativ

Jeg er glad for at kunne præsentere det første nummer af Region Midtjyllands blad *mi(d)t Liv* om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.

I en tid hvor der af mange grunde er stor politisk, faglig og mediemæssig bevågenhed om akutplaner, behandlingsgaranti, ventetider, nye behandlingsformer og personalerekruttering er det vigtigt at fastholde, at sundhedsområdet også rummer mange andre facetter. Det er netop det *mi(d)t Liv* skal være med til at synliggøre.

Hvordan står det til med borgernes trivsel, sundhed og sundhedsadfærd, og hvad sker der rundt omkring på hospitaler, i almen praksis, i kommuner og i de mange patientorganisationer og frivillige foreninger for at fastholde og forbedre folkesundheden? Hvordan koordineres arbejdet mellem de mange forskellige aktører, og hvordan fungerer samarbejdet? Hvordan skaber vi tilbud og sammenhæng i ydelserne, så det virker relevant og meningsfuldt for den enkelte borger eller patient? Hvordan kan vi skabe vilkår og styrke den enkeltes muligheder for og kompetencer til at være aktive medspillere? Det er blot nogle af de mange fokusområder Region Midtjyllands nye tidsskrift kan tage fat på.

Livet med en kronisk lidelse er temaet for dette første nummer, og det er ikke et tilfældigt valg. Region Midtjylland er på vej med en plan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser, som forholder sig til de mange udfordringer. Flere og flere mennesker lever med kronisk sygdom, både fordi vi bliver ældre, men også fordi vores sundhedsadfærd øger risikoen for at udvikle visse

kroniske sygdomme, og der er behov for en styrket, anderledes og differentieret indsats. Især er der rettet fornyet opmærksomhed mod patientundervisning og uddannelse, som omfatter viden om den konkrete sygdom, men også forebyggelse som hindrer en forværing af den aktuelle sygdom eller forebygger opståen af nye sygdomme. Mennesker med en kronisk lidelse har mange kontakter til sundhedsprofessionelle, men langt den største del af deres liv leves uden for sundhedsvæsenets rammer. Vi er derfor også interesserede i at få større indsigt i, hvad der hæmmer og fremmer hverdagen med en kronisk lidelse og skaber rammer for et bedre liv.

En styrket indsats forudsætter mange forskellige aktører og aktiviteter, så koordinering, samarbejde, sammenhæng og aktiv patientinddragelse er nøgleord i indsatsen på alle niveauer. Det er der eksempler på i dette temanummer.

Region Midtjylland har prioriteret folkesundhedsarbejdet og har blandt andet valgt at etablere et Center for Folkesundhed for at styrke fagligheden og samspillet mellem forskning, praksis og det politisk/administrative niveau. *mi(d)t Liv* er endnu et initiativ, som skal profilere folkesundhedsarbejdet. Temaerne skifter, men i alle numre er der en fast rubrik om sundhedssamarbejdet i regionen, hvor arbejdet med sundhedsaftalerne er helt centralt. Jeg håber, at bladet vil nå rigtig langt ud, og at det kan inspirere og kvalificere samarbejdet om det sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende område.

God læselyst!

Regionsrådsformand Bent Hansen

mi(d)t Liv – september 2007

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i regionen og kommunerne samt nationale samarbejdspartnere

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.folkesundhed-midt.dk

Redaktionspanel

Merete Bech Bennetsen
MTV-konsulent, Center for Folkesundhed
Lene Dørfler
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune
Lars Foged
praktiserende læge, Skjern
Anette Larsen
socialrådgiver, Center for Folkesundhed
Doris Nørgård
udviklingskonsulent, Center for Folkesundhed
Anna Birte Sparvath
chefsygeplejerske, Regionhospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

Redaktion

Lucette Meillier
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4713, lucette.meillier@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: Werks Offset A/S

Oplag: 4.000 stk.

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: 2/2007, december 2007

ISSN 1902-7257

Vi har set frem til at udgive det første nummer af *mi(d)t Liv*. Bladet vil behandle emner om sundhedsforhold og tilbud for patienter og borgerne i Midtjylland og benytte eksempler fra kommuner, almen praksis og hospitaler. LIVET i Midt. Der vil også være fortællinger om den enkelte patients og borgers opfattelse af og syn på sundhed, helbred og mødet med sundhedsvæsenet. Mit LIV. Endelig vil der være artikler, som mere overordnet og principielt forholder sig til folkesundhedsarbejdet teoretisk og metodisk.

mi(d)t Liv har en lang forhistorie og begyndte som et *Nyhedsbrev Liv* i 1994 i regi af Århus Amt, et nyhedsbrev som siden udviklede sig til at være et blad med tematiserede emner om sundhedsfremme og forebyggelse. Formålet var helt fra starten at styrke og støtte arbejdet blandt fagfolk og i de organisatoriske enheder, der beskæftiger sig med sundhedsfremme og forebyggelse:

- Viden og erfaringer skal spredes, så fagfolk inspireres og arbejdet kvalificeres
- Emner skal løftes frem og belyses fra mange vinkler
- Arbejdet skal synliggøres.

Der har også lige fra starten været lagt vægt på, at en tæt kommunikation mellem alle grene af sundhedssektoren er livgivende. Der er løbende sket store forandringer med folkesundhedsområdet både fagligt og strukturelt. Arbejdet er blevet mere anerkendt, og der er sket en professionalisering og kvalificering. Vi har fået en ny sundhedslov, som lovfæster kommunernes ansvar for at skabe rammer for sund levevis for borgerne. Vi har fået ny terminologi, hvor vi taler om borgerrettet og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Rehabilitering har fået en fremtrædende plads i sundhedsarbejdet. Vi har fået langt større organisatoriske enheder. Det påvirker alt sammen folkesundhedsarbejdet og samarbejdet, og bladets artikler vil afspejle udviklingen. Men *mi(d)t Livs* overordnede formål er fortsat at formidle viden og erfaring, at behandle udvalgte temaer nuanceret samt synliggøre det igangværende arbejde.

Dette nummer har mennesker med kronisk lidelse som tema, og bladet – som planlægges at udkomme tre gange om året – vil også i de kommende numre beskæftige sig med relevante og aktuelle temaer. For at understøtte den helt nødvendige og livgivende kommunikation mellem sektorerne har vi nedsat et redaktionspanel med deltagelse af repræsentanter fra kommuner, almen praksis, hospitaler, Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed.

Vi håber, at rigtig mange læsere vil tage godt imod det nye blad.

REDAKTIONEN

03 I dette nummer Tema: Livet med en kronisk lidelse	14 Anvendelse og resultater af forløbsprogrammet for KOL ved Regionshospitalet i Horsens	26 Interview Hospitaler, almen praksis og kommuner spiller alle en rolle
04 Forebyggelse blandt kortuddannede kroniske patienter bør styrkes	18 Patient – eller menneske med en gigtsygdom?	30 Indsatser over for borgere med kroniske lidelser – eksempler fra regionen
07 Indsats for mennesker med kroniske lidelser i Region Midtjylland	22 Patientforeninger og mennesker med kroniske lidelser	34 Sundhedsaftalerne – erfaringer og fremtid
10 Et forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungelidelse – behandling og rehabilitering	23 Egenomsorg og hverdagsliv	36 Nyhedsbrevet som udviklede sig til at være et blad

NY UNDERSØGELSE DOKUMENTERER:

Forebyggelse blandt kortuddannede kroniske patienter bør styrkes

■ Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Den stigende forekomst af kroniske sygdomme udgør en stor udfordring for sundhedsvæsenet. Mens man tidligere først og fremmest skulle tage sig af akutte helbredsproblemer, er der nu i langt højere grad brug for et sundhedsvæsen, der kan servicere mennesker gennem langvarige sygdomsforløb.

Samtidig adskiller denne patientgruppes sociodemografiske profil sig sammenholdt med hele befolkningen ved at:

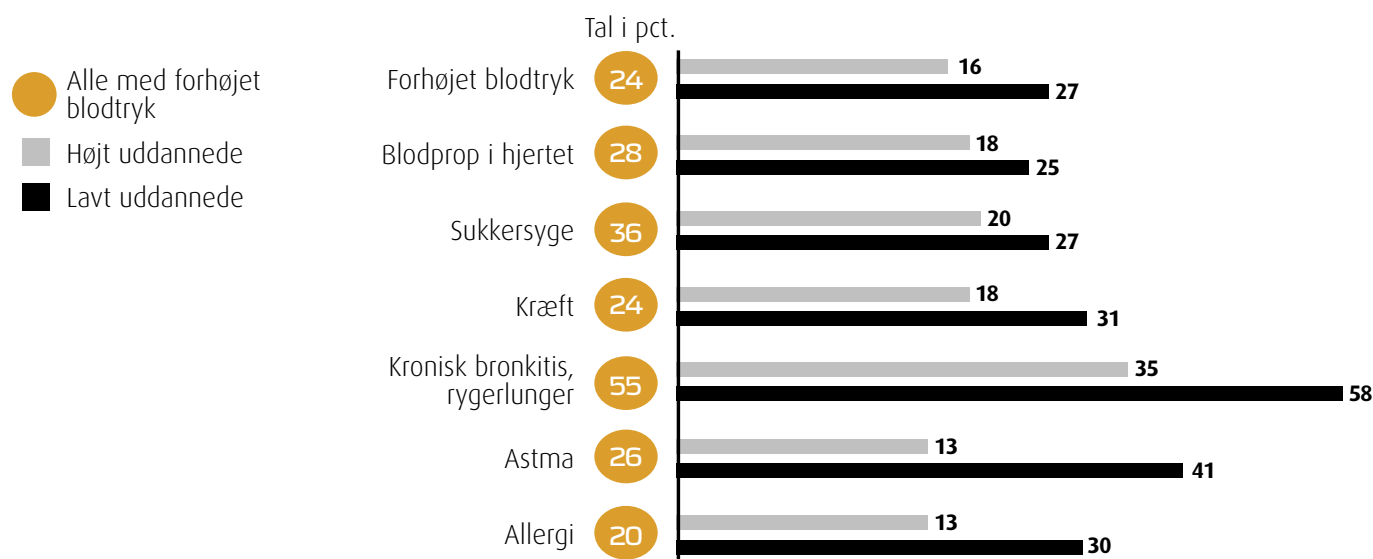
- gennemsnitsalderen er højere
- der er en overvægt af kvinder
- en større andel er kortuddannede
- en lavere andel er gift/samlevende
- en lavere andel er i arbejde.

Egenomsorg

Ved de fleste kroniske sygdomme spiller patientens egen indsats en rolle for sygdomsforløbet. Det er vigtigt, at den kroniske patient tager bedst muligt vare på sin egen sundhed. Det øger effekten af behandlingen og mindsker risikoen for komplikationer og ny sygdom. Derfor satses der i disse år på uddannelse og praktisk træning af patienter, så de bliver i stand til at udøve god egenomsorg. Sundhedsstyrelsen lancerede i 2005 *Lær at leve med egen sygdom*, et uddannelsesprogram hvor patienter underviser patienter¹. I Region Midtjylland tilbydes patientundervisning i *Sundheds- og Patientskolen* på Regionshospitalet Grenaa, *Livsstilecafeerne* på Regionshospitalet i Holstebro og Herning og

Livsstilecenteret på Regionshospitalet Brædstrup. Mange sygehusafdelinger har desuden patientskoler for specifikke patientgrupper, tilbud om hjælp til rygestop mv. God egenomsorg indebærer, at patienten følger den aftalte behandling, reagerer hensigtsmæssigt på symptomer og ændringer i helbredstilstanden og tilpasser sin levevis efter sygdommen. Det har nogle patienter lettere ved end andre. Sygdommen kan i sig selv, sammen med høj alder, gøre det vanskeligt. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at også sociale forhold påvirker mulighederne for at tage vare på egen sundhed. Patienter er ikke bare patienter, men sociale individer med forskellige forudsætninger, muligheder og levevilkår.

Kroniske patienter der ryger





Undersøgelse af kroniske patienters sundhedsvaner

En ny undersøgelse fra Center for Folkesundhed viser, at der er store sociale forskelle i sundhedsvaner blandt kroniske patienter.

En større andel af de kortuddannede patienter:

- ryger
- har et usundt kostmønster
- er fysisk inaktive

Undersøgelsens resultater peger således på, at der på disse tre områder er et stort behov for forebyggelse hos den kortuddannede del af de kroniske patienter. Som eksempel se *figuren*, der viser antallet af dagligrygere hos udvalgte kroniske patientgrupper opdelt på uddannelsesniveau.

Det er gentagne gange dokumenteret, at rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet er hyppigst hos den kortuddannede del af den danske befolkning. Det er imidlertid første gang, at der i en dansk undersøgelse fokuseres på sociale forskelle i sundhedsvaner hos patienter med kronisk sygdom.

Som eksempel kan nævnes rygning hos astmapatienter. 41% af de astmatikere der har en kort uddannelse ryger, selvom det kan fremprovokere anfald. Til sammenligning ryger kun 13% af de højtuddannede astmatikere, mens gennemsnitligt 26% af den danske befolkning ryger.

Undersøgelsen kan ses i sin helhed på www.folkesundhed-midt.dk. Den er en del af Region Midtjyllands undersøgelse

Hvordan har du det?, hvor 22.000 personer i 2006 udfyldte et omfattende spørgeskema om trivsel, sundhed og sygdom (jf. boksen på næste side).

To veje til større social lighed i sundhed

En intensiveret forebyggelsesindsats i forhold til patienter med kort uddannelse kan opnås på to måder:

1. En generel styrkelse af den forebyggende indsats i forhold til kroniske patienter.
2. En styrkelse af den forebyggende indsats i forhold til kortuddannede kroniske patienter i form af socialt differentierede tilbud.

En generel styrkelse af den patientrettede forebyggelse vil gavne alle patienter og muligvis de kortuddannede mere end de øvrige patienter.

I et amerikansk forsøg, hvor overvægtige patienter med type 2 diabetes modtog individuel og gruppebaseret undervisning for at tabe sig, opnåede de kortuddannede større vægttab end personer med længere uddannelse². Undersøgelsens forfattere tolker det som udtryk for, at de kortuddannede i udgangspunktet havde ringere adgang til aktiviteter og tilbud, der kunne fremme deres sundhed.

En anden tilgang er at lave særlige tilbud til kortuddannede patienter. En fordel er, at man kan tilpasse pædagogikken til målgrup-

pen. Ved at have et standardtilbud til alle patienter og et udvidet til patienter med særligt behov kan man desuden opnå en mere rationel udnyttelse af ressourcerne. Et forsøg med socialt differentieret hjertehabilitering i Århus Amt viser positive resultater med denne tilgang³.

Sundhedsvæsenet som forebyggelsesarena

Det er som om, der er en barriere mellem erkendelse og praktisk handling, når det gælder social ulighed i sundhed. Der er talt meget om behovet for at reducere den sociale ulighed i sundhed i de sidste 10-15 år i Danmark. Det har imidlertid ligget tungere med at omsætte den politiske målsætning i praktisk handling. Jeg tror slet ikke, det behøver at være så kompliceret. Man skal blot systematisere, videreudvikle og udbrede aktiviteter, der allerede er i gang flere steder som forsøg eller etableret praksis.

Hospitaler og almen praksis er et godt sted at lave forebyggelse i forhold til de kortuddannede. De er i forvejen overrepræsenteret blandt de kroniske patienter og har mange kontakter med sundhedsvæsenet. Derfor har man gode muligheder for at etablere mere sammenhængende forløb, der styrker forebyggelsen blandt de kortuddannede.

Der er imidlertid brug for mere praktisk viden om, hvordan man opnår den største effekt i forhold til de kortuddannede patienter. Denne viden kan man få gennem veltilrettelagte interventionsforsøg, hvor man undersøger effekten af forskellige måder at gribe opgaven an på.



Forløbsprogrammer for kronisk syge, der er under udarbejdelse for en række sygdomme, bør indeholde en social dimension. Herved kan man på samme tid styrke

indsatsen for de kroniske patienter generelt og reducere den sociale ulighed i sundhed. Det handler om at udnytte det sociale forebyggelsespotentiale i kontakten med patienterne.

Der er naturligvis også brug for indsatser, der reducerer den sociale ulighed i sundhed 'tættere på kilden', det vil sige *inden* folk bliver syge. Det bør imidlertid ikke forhindre, at man rækker ud efter frugter, der hænger i øjenhøjde.



Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner

I 2006 svarede knap 22.000 midtjyder i aldersgruppen 25-79 år på omkring 400 spørgsmål om sundhedsvaner, sygelighed og trivsel. De første analyser af svarene er præsenteret i *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*, som blev udgivet i november 2006. Resultaterne fra undersøgelsen bruges i det praktiske folkesundhedsarbejde i regionens sygehusvæsen, praksissektor og kommuner.

Svarene analyseres fortsat, og nye resultater offentliggøres i *Hvordan har du det? Online*. Nr. 2, juni 2007, har "Kroniske patienter" som tema. På Center for Folkesundheds hjemmeside: www.folkesundhed-midt-dk kan man se og/eller downloade *Hvordan har du det? Online* og *Sundhedsprofilen*.

REFERENCER

- 1) Langhoff P, *Guide til Lær at leve med kronisk sygdom*, Sundhedsstyrelsen 2005.
- 2) Gurka MJ et al., "Lifestyle Intervention in Obese Patients with Type 2 Diabetes: Impact of the Patient's Educational Background", *Obesity*, 14:2006, pp. 1085-1092.
- 3) Meillier L, Larsen FB, Larsen ML, "High participation rate in individualized comprehensive and socially differentiated coronary rehabilitation programme", *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, draft 2007.

Indsats for mennesker med kroniske lidelser i Region Midtjylland



De kroniske sygdomme udgør i dag en stor udfordring for samfundet, og igennem de seneste år har der i Danmark såvel som internationalt været stigende fokus på, hvordan denne udfordring løses bedst muligt – til gavn for både patient, pårørende og samfund. Region Midtjylland arbejder derfor på en mål- og handleplan for, hvordan indsatsen for patienter med kronisk sygdom styrkes.

■ Jonas Mortensen, fuldmægtig & Birgitte Holm Andersen, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde/Folkesundhed og Kronikerindsats, Region Midtjylland

Hvorfor fokus på kronisk sygdom?

Der er flere grunde til, at der fokuseres mere på kroniske sygdomme. Hele den vestlige verden oplever i disse år en stigning i en række folke- og livsstilssygdomme. Tal fra Region Midtjyllands sundhedsprofil viser, at omkring 375.000 borgere i regionen lider af en eller flere af de otte folkesygdomme, der behandles i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*.

Samtidigt skønnes det, at antallet af danskere over 65 år vil stige med 400.000 i løbet af de næste 30 år, hvilket med sikkerhed vil føre til flere patienter med kroniske sygdomme.

I udenlandske undersøgelser er det fundet, at mellem 60 og 80% af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet går til behandling af mennesker med kroniske sygdomme. Det må forventes, at dette ressourcenes vil være stigende som følge af, at antallet af ældre stiger. Der er dog god viden om, hvordan man bør behandle og forebygge kroniske sygdomme. Samtidigt er der også en voksende erkendelse af, at fokus i behandlingen bør ændres fra de enkelte episoder til hele forløbet. Ved kroniske lidelser er der per definition behov for langvarig pleje og behandling, og derfor er samarbejde og arbejdsdeling mellem de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet helt centralt – et område hvor der dog er veldokumenterede problemer i det danske sundhedsvæsen.

Derudover er der potentiale i at indrette behandlingsindsatsen, så den i højere grad understøtter patientens muligheder og evner til at tage vare på egen sygdom.

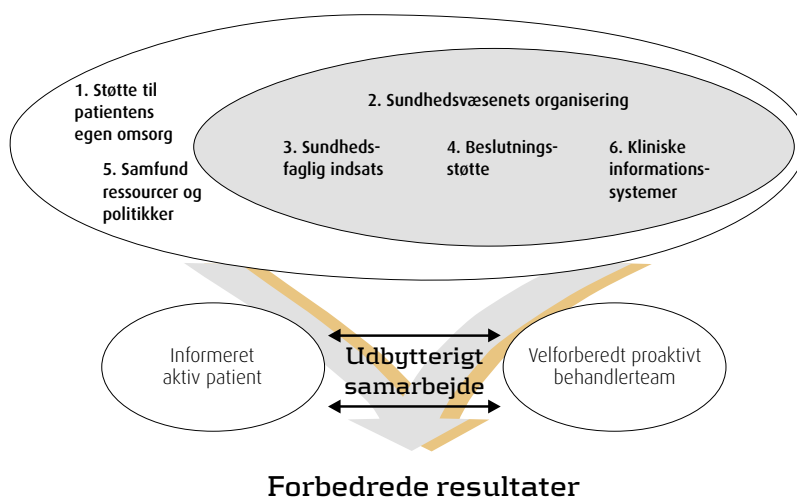
En systematisk tilgang

Centralt i forhold til at forbedre indsatsen for kroniske syge står den såkaldte *Cronic Care*

Model (kronikermodel), der er omdrejningspunktet for både Region Midtjyllands og Sundhedsstyrelsens arbejde med området. Se *figuren*.

Modellen er en systematisk tilgang til at forbedre behandlingsindsatsen via et samspil mellem den velinformerede, aktive patient

Model for behandling af kronisk syge



KRONIKERMODELLEN er udviklet ved McColl Institute, Seattle, USA. Modellen omfatter både samfund, sundhedsvæsenet og patientens egen aktive indsats for at sikre de mest optimale patientforløb. Den har fundet anvendelse som grundlag for både analyse, planlægning og implementering af strategier for en forbedret indsats i en række lande med forskellige typer sundhedsvæsen, herunder USA, England, Holland, Australien, Canada m.fl. Centralt ved modellen er, at den er evidensbaseret, idet evidens og viden om behandling, rehabilitering og forebyggelse af kroniske sygdomme danner grundlaget for modellens anbefalinger.

og et velforberedt, proaktivt sundhedsvæsen. En af modellens konsekvenser er, at sundhedsvæsenet redefineres fra primært at handle reaktivt på patientens egen henvendelse til i langt højere grad at have en proaktiv tilgang til håndteringen af kroniske lidelser. Dette kan ske gennem en styrket forebyggende indsats, øget støtte til patientens egenomsorg samt udvikling af faste forløbsprogrammer på tværs af sektorer. Det er vigtigt, at der er tale om en indsats, hvor både region, kommuner og praktiserende læger arbejder sammen for at forbedre indsatsen.

Modellen indeholder seks indsatsområder, som er fundamentale for at opnå en kronikerindsats, der er patientorienteret, koordineret, rettidig og effektiv samt evidensbaseret og sikker. En af styrkerne ved modellen er, at effekten på disse indsatsområder alle er dokumenteret i praksis – både sammen og uafhængigt af hinanden.

Den amerikanske sundhedsorganisation *Kaiser Permanente* er et af de steder, man succesfuldt har arbejdet med modellen. Organisationen har i vidt omfang optimeret indsatsen for kroniske patienter, blandt andet via målrettet patientuddannelse, diagnoseregistrering tidligt i forløbet samt opdeling (stratificering) af patienterne, så de behandles på det mest effektive behandlingsniveau. Specielt evnen til at skabe kontinuerlige forløb i primærsektoren, der leverer en solid og systematisk indsats for de kroniske patienter, har betydet, at man kan holde disse patienter ude af hospitalerne og derved nedbringe antallet af sengedage.

Langt fra alle *Kaiser Permantentes* erfaringer kan overføres til det danske sundhedsvæsen, idet rammerne på flere områder er meget anderledes. Der er dog ingen tvivl om, at man på en række områder kan finde konkret inspiration til, hvordan kronikermodellen kan gennemføres i praksis – til gavn for både patienter og sundhedsvæsen.

Handling i Region Midtjylland

Når man arbejder med at forbedre indsatsen for patienter med kroniske sygdomme med udgangspunkt i kronikermodellen og dens seks indsatsområder, er det nødvendigt med en flersidet strategi, der samler både eksisterende og fremtidige tiltag. Derfor arbejder Region Midtjylland i øjeblikket på en mål- og handleplan for indsatsen i regionen. Centralt i denne plan er samarbejdet med kommunerne om sundhedsaftalerne.

I det følgende beskrives to tiltag: *Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme* og *Egenomsorg og patientuddannelse*. Der er tale om tiltag, der komplementerer hinanden, og begge tiltag udspringer af kronikermodellen. Tilsammen adresserer de bl.a. ønsket om større sammenhæng i behandlingstilbuddet, mere samarbejde og arbejdsdeling mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger samt styrket egenomsorg og patientuddannelse.

Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme

Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2005, at der bliver udarbejdet såkaldte *forløbsprogrammer* for de store sygdomsgrupper¹. Ideen med et forløbsprogram er at fastlægge og beskrive den samlede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand på tværs af sektorer og faggrænser. Formålet hermed er at sikre, at behandlingen foregår på baggrund af evidensbaserede anbefalinger, at opgavefordelingen er præcist beskrevet, samt at de relevante behandlere koordinerer og kommunikerer. De positive effekter ved forløbsprogrammer er i vidt omfang dokumenteret i form af øget patienttilfredshed, at patienterne i højere grad efterlever den foreslåede behandling og får bedre sygdomskontrol.

Sundhedsstyrelsen har i foråret 2007 sendt et såkaldt *generisk forløbsprogram* i høring, der giver en overordnet ramme for udarbejdelsen af konkrete kroniker- eller forløbsprogrammer². Forløbsprogrammet er p.t. ikke udgivet i endelig udgave. Sideløbende hermed har Region Midtjylland igangsat arbejdet med at formulere programmer for henholdsvis diabetes-, lunge- og hjerteområdet. Disse tre sygdomsgrupper tegner sig

for en stor del af forekomsten af livstruende kroniske sygdomme i regionen med et betydeligt ressourceforbrug til følge. Der er desuden tale om sygdomme, der i vidt omfang både kan forebygges og behandles, hvorfor en samlet indsats på tværs af sektorer må forventes at have en betydelig effekt.

Udviklingen af forløbsprogrammer i Region Midtjylland tager i høj grad udgangspunkt i et arbejde gennemført i det tidligere Vejle Amt. Her udviklede man et forløbsprogram for KOL, der i dag er ved at blive implementeret på Regionshospitalet Horsens, i Horsens Kommune samt hos de praktiserende læger i området. Programmet, der er omtalt på side 10 i dette nummer af *mi(d)t Liv*, har siden fungeret som inspiration for Sundhedsstyrelsen, og det er et konkret eksempel på, hvordan principperne fra kronikermodellen og erfaringerne fra *Kaiser Permanente* kan integreres i det danske sundhedsvæsen. Med KOL-programmet fra Horsens har regionen og kommunerne en enestående mulighed for at komme hurtigt i gang på KOL-området, ligesom man vil kunne udnytte erfaringerne i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af forløbsprogrammer for hele regionen.

Egenomsorg og patientuddannelse

Et andet væsentligt element i kronikerindsatsen er at fremme, at den enkelte patient kan være informeret og aktiv i behandlingen, og et centralt led heri er en øget indsats i forhold til patientens evne til egenomsorg. *Egenomsorg* kan betragtes som individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærdsåendringer som følger med at leve med en kronisk sygdom. Dette søges understøttet gennem systematiske patientuddannelses tilbud, af både sygdomsspecifik og tværgående karakter, der retter sig mod at lære at mestre livet med en kronisk sygdom.

I Region Midtjylland arbejdes der med to *forskellige modeller* for tværgående patientundervisning, som med forskelligt pædagogisk udgangspunkt underviser patienter i at mestre livet og dagligdagen med en kronisk sygdom:

1. I dele af regionen arbejdes der med den så kaldte *Stanford-model Patientuddannelse - lær at leve med kronisk sygdom*, hvor erfarne patienter underviser andre patienter efter en fast skabelon. Modellen, der er velafprøvet i USA og England og anbefales af Sundhedsstyrelsen, anvendes på Sundheds- og Patientskolen i Grenaa, og flere kommuner i regionen planlægger at køre kurser efter denne model.
2. I den vestlige del af regionen arbejdes der udviklende med *Lærings- og metningskonceptet*. I denne model varetages

undervisningen dels af erfarne patienter, dels af sundhedsprofessionelle. Konceptet stammer fra Norge, hvor det er lovbestemt, at patienter med kroniske sygdomme har krav på undervisning og oplæring.

Det forventes, at kommunerne vil komme til at spille en stor rolle i forhold til patientuddannelse, og der arbejdes bl.a. via sundhedsaftalerne med at afklare arbejdsdelingen og samarbejds mulighederne mellem region og kommuner.

Der er lavet en kortlægning af de patientuddannelses tilbud, der findes på hospitalerne i regionen, og det er planen at lave en fælles patientuddannelsesportal, hvor både de regionale og kommunale patientuddannelses tilbud præsenteres. Ud over at give patienterne en oversigt over tilbuddene, vil en sådan portal kunne give hospitaler og kommuner et overblik over, hvad der findes inden for de forskellige områder. Den vil kunne danne basis for inspiration, erfaringsudveksling og vidensdeling mellem de forskellige udbydere af patientuddannelser i regionen.

Ovenstående er to konkrete bud på det arbejde Region Midtjylland igangsætter for at forbedre indsatsen for patienter med kroniske sygdomme. Det forventes, at den samlede mål- og handleplan for kronikerindsatsen behandles af Regionsrådet i oktober/november 2007. ■

REFERENCER

Sundhedsstyrelsen

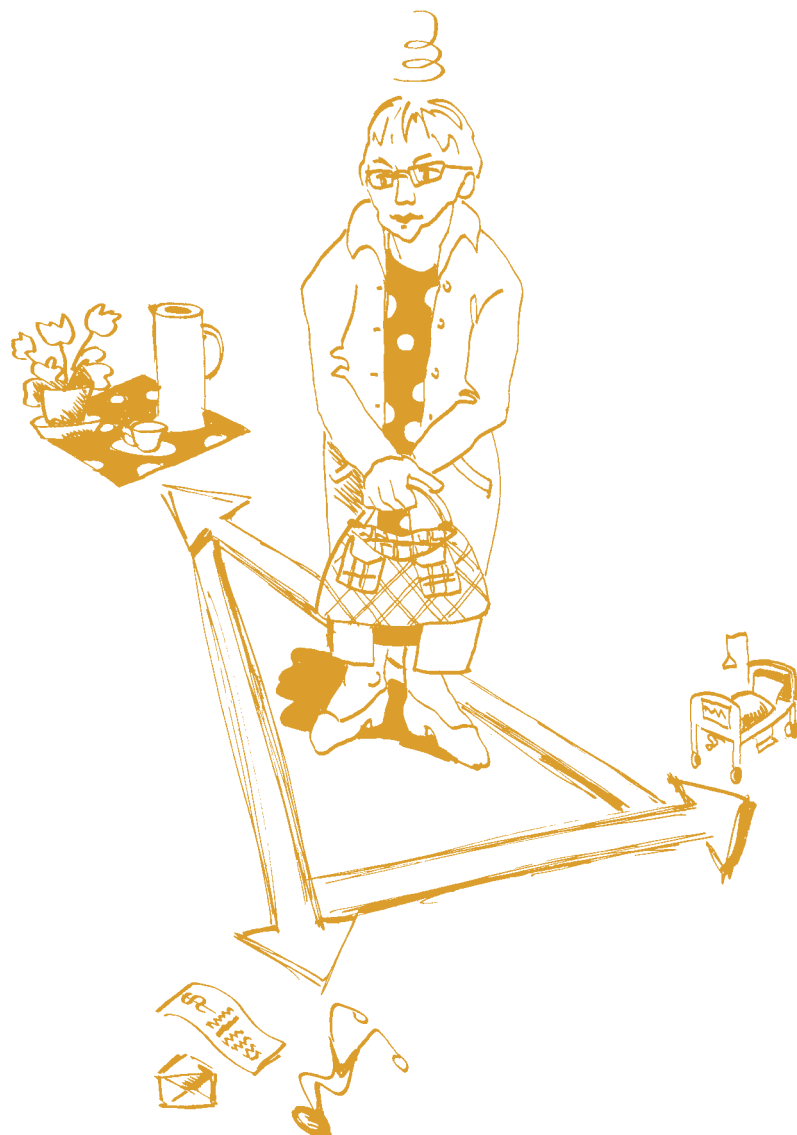
1) *Kronisk sygdom. Patient, Sundhedsvæsen og Samfund*, Sundhedsstyrelsen, december 2005. LINK, elektronisk udgave: www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kronikere/Kronisk_sygdom_patient_sundhedsvaesen_samfund.pdf

2) *Generisk forløbsprogram, Høringsudkast*, Sundhedsstyrelsen, januar 2007. LINK, elektronisk udgave: www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/planer_indsatser/kronisk%20sygdom/fl_kronisk_sygdom_hoering.pdf

LÆS MERE

midt regionmidtjylland

Du kan læse mere om Regions Midtjyllands indsats for kronisk syge på regionens hjemmeside: www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom



Et forløbsprogram for *Kronisk Obstruktiv Lungelidelse* - behandling og rehabilitering

■ Anna Birte Sparvath, chefsygeplejerske, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

Baggrund

Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) er en sygdom med ødelæggelse af lungerne, som langsomt forværres. Sygdommen kan bremses, men ikke helbredes, og et menneske med KOL i svær grad bruger under 50% af sine lungers kapacitet. Han eller hun er lænket til et iltapparat. KOL giver store konsekvenser for patientens hverdag. Der er brug for klare aftaler om, hvornår en patient overgår fra praktiserende læge til hospitalsbehandling i forhold til sygdommens stadier, og der er brug for en sammenhængende og ensartet tilgang i sundhedsvæsenet så man kan forebygge akutte forværringer og dermed indlæggelser.

Sundhedsvæsenet i Vejle Amt arbejdede i flere år med *Programledelse*. Det er et koncept for udvikling og implementering af sammenhængende optimale forløb for patienterne. Der laves programmer for udvalgte områder på tværs af sektorer. Programmernes indhold er baseret på nationale og internationale anbefalinger, retningslinjer, standarder og best practise. En Programledelse vedrørende KOL blev nedsat på foranledning af Vejle Amts sundhedsudvalg i foråret 2005, hvor både medlemmer fra amtets sygehuse, almen praksis og kommunerne var involveret. Forløbet har fundet sted omkring det nuværende Regionshospitalet Horsens, Region Midtjylland.

KOL er en folkesygdom

Mindst 200.000 mennesker i Danmark har KOL, og tallet er stigende. I en kommune med 100.000 indbyggere vil omkring 4.000 borgere have sygdommen; heraf vil ca. 1.200 allerede have KOL i moderat til svær grad. 85-90% af alle sygdomstilfælde hænger direkte sammen med rygning; 10-15% skyldes bl.a. arbejdsmiljøet¹.

Beregninger fra 2002 viser, at behandling af KOL kostede 1,9 mia. kr. om året, og at 97% af omkostningerne gik til behandling på sygehuset, dvs. hovedsageligt behandling af borgere med KOL i svær og meget svær grad². Det skønnes, at der også er mindst 200.000 borgere, der har sygdommen, uden at den er diagnosticeret. Samtidig ved man, at jo tidligere diagnosen stilles og behandling sættes i gang, des større er muligheden for at bremse sygdommens udvikling.

Bedre behandling af KOL kræver et paradigmeskift

I 2005 udarbejdede KOL-Programledelsen en status for behandling af KOL i Vejle Amt. Status omhandlede behandling og rehabilitering på såvel sygehuse, som hos praktiserende læger og i kommuner m.m. Status viste bl.a., at der i dag stort set ikke eksisterer tilbud til borgere, der har KOL i let til moderat grad. Endvidere var

behandlingen på sygehusene ikke på alle områder i fuld overensstemmelse med de nationale retningslinjer, og hos de praktiserende læger var der ikke i fuld udstrækning forekommet en systematisk opsporing, diagnosticering og behandling af KOL. Status viste også, at der på mange måder er konsensus om den rigtige sundhedsfaglige indsats, men at kun en del af patienterne får den optimale behandling, og at samarbejdet mellem sektorerne ikke fungerer hensigtsmæssigt.

Der er behov for et paradigmeskift. Rolledelingen og samarbejdet mellem aktører og sektorer i sundhedsvæsenet skal nytænkes. Men der skal også ske en ændring i rollefordeling mellem patient og behandler. Der skal fokus på patientens/borgerens egen evne til såvel at mestre livet med en kronisk sygdom, som til at tage ansvar for egen sundhed. Der er evidens for, at styrkelse af den kronisk syges evne til egen omsorg og udvikling af hans/hendes kapacitet til at være ansvarlig for eget liv sammen med rehabilitering og fysisk træning øger livskvaliteten og nedsætter risikoen for sygdomsforværring^{3,4}.

• Med henblik på optimering af behandling af KOL handler det om at styrke/igangsætte indsatsen i kommunerne.

- Der er brug for at styrke indsatsen hos de praktiserende læger.
- Sygehusenes behandling af patienter med akut forværring af KOL og rolle i forhold til patienten med svær og meget svær KOL skal endvidere strømlines, så behandlingstilbuddet overalt bliver i overensstemmelse med de nationale retningslinjer og af samme høje kvalitet.

Der er god dokumentation for, at veltilrettelagt indsats og koordination mellem sygehus, kommune og praktiserende læge bidrager til at optimere behandlingen og nedsætter behovet for sundhedsydelser. Det gælder også for andre kroniske lidelser. Strukturreformen, herunder kommunernes ændrede rolle i forhold til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme, byder

på en enestående mulighed for at sikre det nødvendige paradigmeskift nu.

Kronikermodellen som referenceramme

Programledelsen for KOL valgte at bruge *Kronikermodellen* (se side 7) som ramme for sit arbejde⁵. Denne model har i praksis vist sig at kunne rumme såvel konkretisering af den nødvendige ændrede rollefor-

Figur 1: KOL-Programledelsens forslag til stratificering, Kronikerpyramiden og Programledelsens publikationer

KOL-Programledelsens stratificering:

Sygehusene:

Sygehusene beskæftiger sig med behandling og rehabilitering af patienter med KOL i svær og meget svær grad, samt patienter med akut forværring, der kræver indlæggelse.

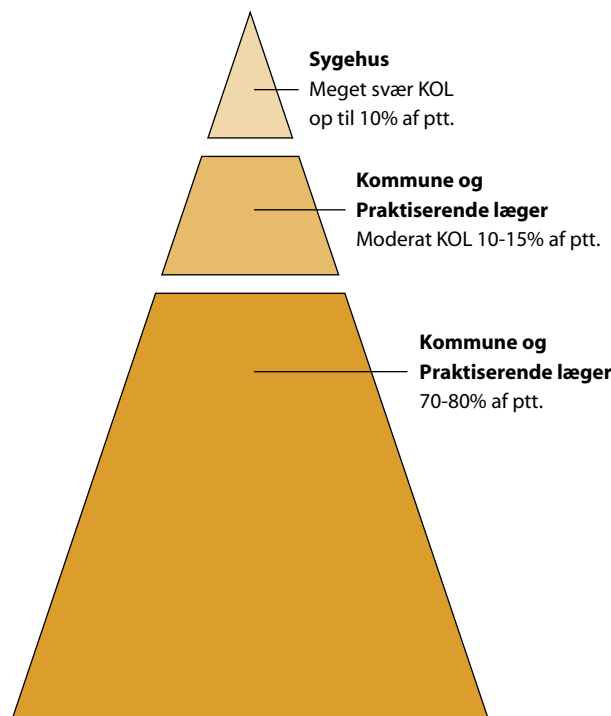
Kommunerne:

KOL-Programledelsen finder det afgørende, at især kommunerne tager fat på udvikling af tilbud til borgere med KOL i let til moderat grad.

Praktiserende læger:

Den praktiserende læge håndterer opsporing, diagnosticering og behandling af KOL-patienter. Det skal ske i et tæt samarbejde med kommunen, som tager sig af rehabiliteringsindsatsen for borgere med KOL i let til moderat grad.

Kronikerpyramiden



KOL-Programledelsens publikationer:

Sygehusene:

Program for KOL-patienter, der indlægges med akut forværring, samt program for forebyggelse af indlæggelse og ambulant behandling.

Kommunerne:

Idékatalog til kommunernes indsats for borgere med KOL i let til moderat grad.

Praktiserende læger:

Vejledning om diagnosticering, behandling og rehabilitering af patienter med KOL.

I KRONIKERPYRAMIDEN stratificeres den kroniske sygdom ud fra sværhedsgrader og handlekompetencer. Ud fra dette har KOL-Programledelsen anskueliggjort rolle og ansvarsfordeling for indsatsen. Målet er at sikre optimal behandling af patienten. Det vil bl.a. medføre, at det sikres, at behandlingen foregår det rigtige sted – hos den praktiserende læge, i kommunerne eller på hospitalet. Programledelsens publikationer henvender sig først og fremmest til beslutningstagere og fagfolk. Alle publikationer kan findes på www.kol-programledelse.dk. Hjemmesiden er interaktiv og ved klik på de enkelte elementer i modellen kan de relevante vejledninger m.m. findes.

deling som det samlede paradigmeskift i relation til sundhedsvæsenets håndtering af patienter med kroniske sygdomme.

I Kronikermodellen lægges der vægt på patientens mestring af egen sygdom.

Endvidere bygger den på principperne om, at den bedst mulige specialistbehandling til kroniske patienter kræver, at der på højt fagligt niveau udføres en behandling, som indebærer:

- forståelse for at etablere egenomsorg og tage ansvar for egen sundhed
- stimulering af patienten til at håndtere, mestre og kontrollere sin sygdom

- støtte til familien i at hjælpe patienten
- støtte til patienten i hensigtsmæssige livsstilsvalg.

Derudover skal patienten have optimal medicinsk behandling hos egen læge eller/og på specialafdelinger. At sikre denne samlede specialistbehandling til KOL-patienter fordrer:

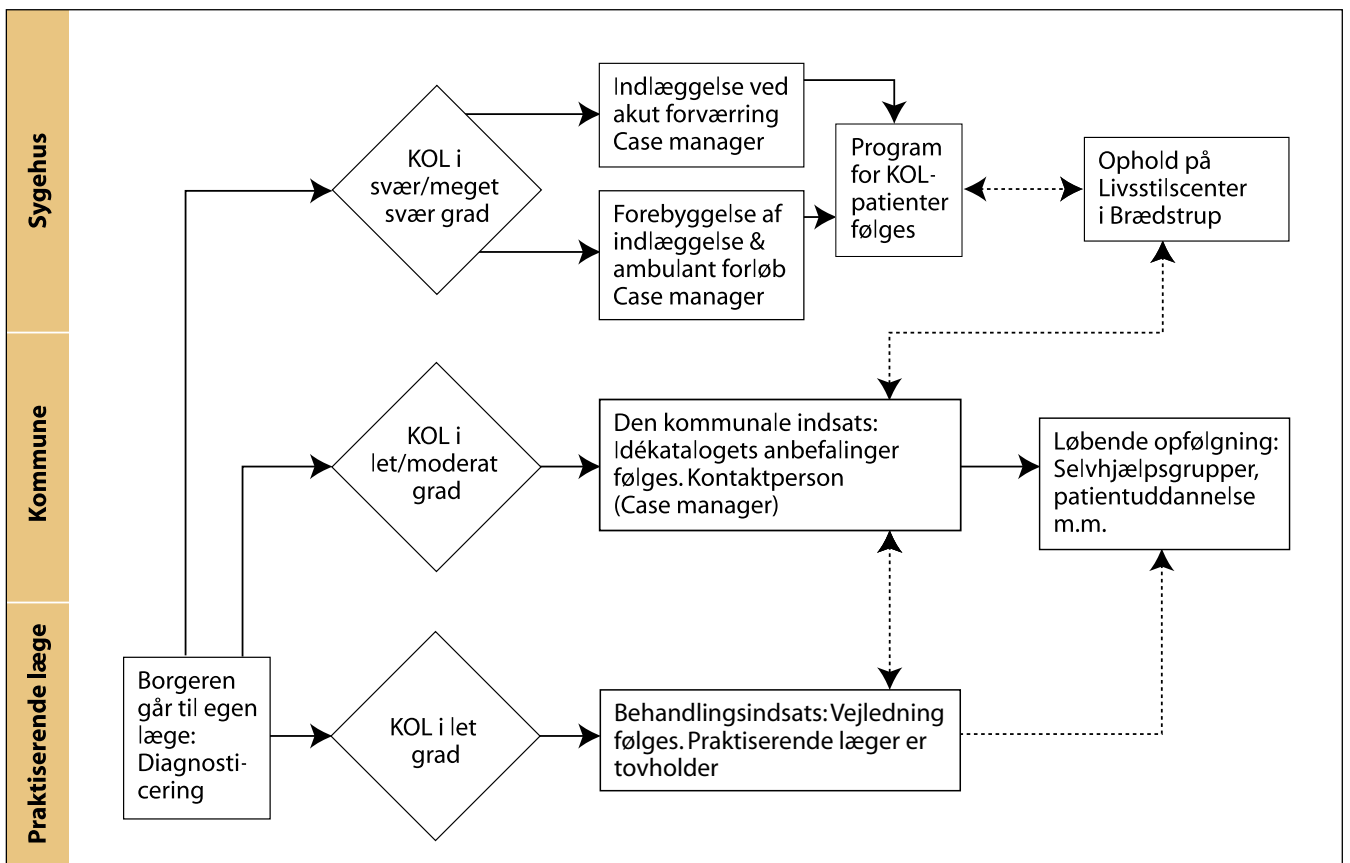
- betydelig koordination og formidling ud fra evidente retningslinjer
- effektive informationssystemer
- fagprofessionelles kompetencer det rette sted

- tydelig ansvars- og opgaveplacering
- støtte til egenomsorg.

Men kun ved tæt samarbejde mellem aktørerne i sundhedsvæsenet kan det lykkes at gennemføre forbedring af behandlingen af KOL.

Håndtering af hele patientforløbet for KOL er dækket af anbefalingerne i *figur 2*.

Figur 2: Patientforløb KOL, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom



Implementering af KOL-Programledelsens anbefalinger

Den ændrede rollefordeling mellem aktørerne som følge af strukturreformen giver nye muligheder for at igangsætte aktiviteter, der styrker indsatsen over for borgere med KOL.

Programledelsen anbefaler, at der regionalt støttes op om implementeringen bl.a. ved at hjælpe med at sikre udbredelse og anvendelse af vejledningen til de praktiserende læger og ved at skabe rammer for, at *Idékataloget* til kommunerne indgår i sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner. Programledelsen anbefaler også, at regionerne støtter op om sygehusledelsernes implementering af programmet på sygehuse. En grundig tværsektoriel implementering vil medføre et væsentligt kvalitetsløft i forhold til opsporing, diagnosticering, behandling og rehabilitering af KOL. På nuværende tidspunkt er KOL-forløbsprogrammets anbefalinger for hospitalsindsatsen implementeret på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, og *Idékataloget* med anbefalinger indarbejdet i sundhedsaftaler for klyngen af kommuner: Horsens, Hedensted, Odder og Ikast-Brande. ■

REFERENCER

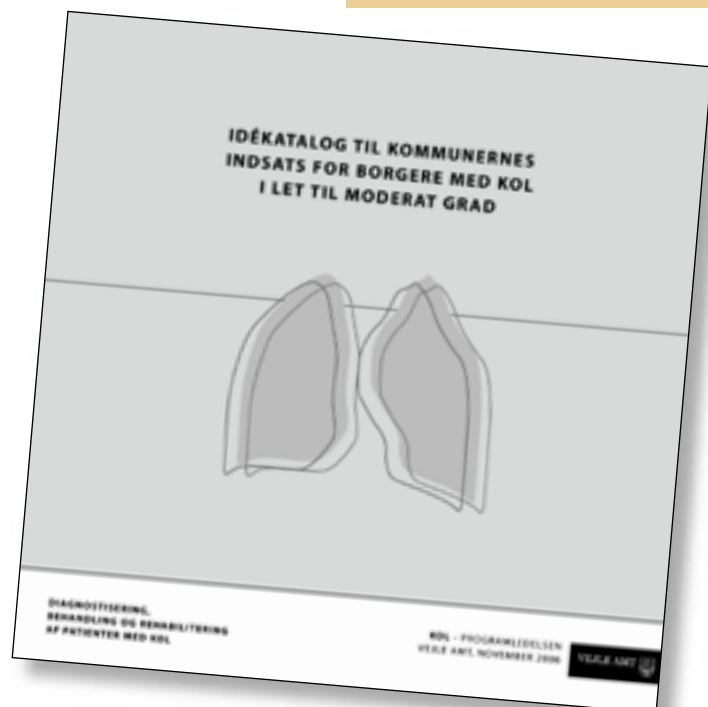
- 1) *Rehabilitering af patienter med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse*, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2004.
- 2) *Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)*, Bilde L & Svenning Rud A, DSI - Institut for Sundhedsvæsen, juni 2004.
- 3) "Rehabilitering ved kroniske sygdomme", *Ugeskrift for Læger*, 2005;167(3):263-266.
- 4) *Guidet Egen-Beslutning*, Zoffmann V, phd.-afhandling 2005.
- 5) *Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund*, red: Jørgensen Juul S, Sundhedsstyrelsen 2005.

LINK

GOLD Summary 2003: www.goldcopd.dk, www.goldcopd.com

Netværk af forebyggende Sygehuse:
www.forebyggendesygehuse.dk

Om ED Wagner, udvikler af Kronikermodellen:
www.centerforhealthstudies.org/ctrstaff/wagner.html



På www.kol-programledelse.dk findes samtlige materialer udgivet af KOL-Programledelsen. Se endvidere litteraturreferencerne ved de enkelte kliniske retningslinjer.

Anvendelse og resultater af forløbsprogrammet for KOL ved Regionshospitalet i Horsens

■ Tina Brandt Sørensen, overlæge, lungemedicinsk afdeling, Regionshospitalet Horsens

KOL-behandling og program

Ved Regionshospitalet Horsens er forløbsbeskrivelser ikke en ny tanke. Vi har igennem flere år gennemført den akutte KOL-behandling efter evidensbaserede anbefalinger. Anbefalingerne har været beskrevet i et såkaldt "Bør-forløb", der har fungeret som klinisk retningslinje for håndteringen af patienten med akut forværring. Udvikling af forløbsprogrammet til også at omfatte samarbejde med primærsektoren, både med det kommunale team og med praktiserende læger, har således været en vigtig medvirkende faktor til at forbedre KOL-patienternes forhold yderligere.

KOL-Programledelsens anbefalinger består, som beskrevet i foregående artikel, af:

- anbefalinger til den praktiserende læge med nøje beskrivelse af opsporing, diagnostik, behandling samt stratificering af KOL-patienten
- et idékatalog til kommunerne
- den akutte KOL-patient under indlæggelse samt forebyggelse af indlæggelse.

Fælles for samtlige udgivelser er, at de indeholder en organisationsplan med beskrivelse af den faglige ansvars- og opgavefordeling, som er medvirkende til hurtigt og enkelt at kunne stratificere patienten, og derved sikre at patienten tilbydes den rette behandling og indsats.

Tværfagligt lungeteam

Ved Regionshospitalet Horsens varetages KOL-udredning, behandling og opfølgning af et tværfagligt, veletableret og entusiastisk lungeteam. Lungeteamet udgøres af lungesygeplejersker, iltsygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, rygestopinstruktør, socialrådgiver, ernæringssygeplejerske og speciallæge i lungesygdomme. Patienternes vej til kontakt med lungeteamet er enten via akut indlæggelse eller via henvisning til ambulans undersøgelse. Fælles er dog, at alle kommer i kontakt med teamet, og hurtigt stratificeres til behandling og opfølgning, enten ambulans i sygehusregi eller i kommunen.

Langt størsteparten af de patienter der indlægges med en akut forværring, er patienter med svær eller meget svær KOL, og som sådan stratificeres disse patienter til opfølgning i lungeambulatoriet, idet de kræver specialiseret træning og kontrol, i hvert fald indtil de er stabile. Alle KOL-patienter flyttes efter maksimalt ét døgn fra visitationsafsnittet til lungeafsnittet, med mindre de kan udskrives direkte til ambulans opfølgning.

I lungemedicinsk afsnit varetages både pleje og behandling af lungeteamet, der er specialuddannet til denne funktion. Alle patienter får foretaget lungefunktionsmåling, ernæringsscreening, fysio- og ergoterapeutvurdering. Herved kan såvel

graden af forværring, som graden af deres sygdom fastlægges, ligesom specialiseret træning og ernæringsterapi begynder straks ved indlæggelsen. Der tales grundig tobaksanamnese med patienten, og muligheden for straks at kunne tilbyde samtale med rygestopinstruktør virker motiverende på mange patienter.

Det undersøges, om patienterne har andre sygdomme, og der er nødvendige undersøgelser, som fx knoglemineralscanning for knogleskørhed, ekko-kardiografi (= ultralydsscanning af hjertet) for hjertepåvirkning pga. lungesygdommen eller anden hjertesygdom, røntgenundersøgelse til afklaring af for store lunger, udvidelse af bronkierne eller andet, som ordineres under indlæggelsen. Undersøgelserne bliver som regel udført efter udskrivningen, og resultaterne vil så kunne foreligge ved næste ambulante kontrol. Her vil de blive vurderet sammen med de øvrige forhold og undersøgelser og således medvirke til, at patienten – også med hensyn til de vigtige og til tider invaliderende følgesygdomme – får behandling tidligst muligt.



Caremanager - kommunen

Under indlæggelsen sikres patienterne den optimale medicinske behandling, som er en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringen planlægges under indlæggelsen, og patienterne henvises inden udskrivningen. De patienter, der har lungefunktion over 50%, stratificeres til rehabilitering og opfølgning i det kommunale team, med praktiserende læge som tovholder, men med mulighed for en *caremanager* i kommunen hos de patienter, der har et sådant behov.

De patienter, der er kendt med en lungefunktion under 50% i stabil fase, stratificeres til specialiseret rehabilitering i sygehusregi og ambulant opfølgning i lungeambulatoriet. Efterfølgende vedligeholdelsestræning vil foregå i kommunalt regi. Patienter med lungefunktion under 50%, og som ikke kender værdien i stabil fase, får tid til ambulant opfølgning efter 6 uger, hvor de så stratificeres. Alle patienter får udarbejdet genoptræningsplaner under indlæggelsen. Patienterne har hidtil fået tilbud om to besøg af teamets ernærings- og sygeplejerske, henholdsvis tre uger og tre måneder efter udskrivningen. Denne funktion har vist særdeles gode resultater med henblik på intenderet vægtændring, hvor næsten 87% har opnået ønskede resultater, de fleste vægtøgning. Funktionen er nu ved at blive udbygget til også at kunne omfatte decideret KOL-kontrol i hjemmet efter udskrivning.

Casemanager - på hospitalet

De patienter, som har behov for en forløbsansvarlig sygeplejerske, som kan være med til at forebygge en akut indlæggelse, tilknyttes en *casemanager*. Casemanageren har ansvaret for patientens samlede behov for sygepleje og behandling, koordinerer på tværs af sektorerne, underviser patienten, guider i egenomsorg og tager sig i øvrigt også af at supervisere, undervise og vejlede sundhedspersonale i håndteringen af kronisk syge patienter.



Forebyggelse af indlæggelse

I lungeambulatoriet er fast tilknyttet to lungesygeplejersker, der er specialuddannede, den ene også som iltsygeplejerske som derfor har udadgående funktion to dage ugentligt. Speciallægen har, sammen med en yngre læge, én ugentlig dag i lungeambulatoriet.

Før patienterne kommer til første besøg er der:

- foretaget blodprøvescreening
- foretaget EKG og røntgen af brystkassen. Disse ordinationer er udført af den visitende speciallæge i lungemedicin.

Lungesygeplejerskerne har selvstændige ambulatoriedage. Ved første besøg optages grundig anamnese, både med hensyn til symptomer, varigheden, hidtidig behand-

ling, tobak, forværringer samt nuværende eller tidligere sygdomme og allergi:

- Patienterne udspørges om, i hvilke situationer de får åndenød, og graden af åndenød vurderes.
- Der foretages lungefunktionsundersøgelse (spirometri) mhp. både stratificering og behandling, måling af iltmætningen og evt. blodprøve i arterien, hvor indholdet af ilt og kultveilt kan bestemmes, hvis iltmætningen er <90%.
- Patienterne får målt højde og vægt, og BMI udregnes. Evt. iværksættes ernæringsterapi.
- Rygere motiveres for og tilbydes henvisning til ryggestopinstruktør.
- Patienter med betydelig åndenød henvises til rehabilitering.
- Patienterne får grundig mundtlig information om deres sygdom, der udleveres pjece med skriftlig information, ligesom

patienterne får udleveret en *Lungebog*, indeholdende værdier fra undersøgelserne, behandlingsplan samt navn og telefonnummer på sygeplejersken, der fremover fungerer som kontaktperson eller tilknyttes en casemanager. Casemanageren er således en vigtig brik i uddannelsen af patienten til gennem guidet egenbeslutning at kunne varetage egenomsorg og sikre, at sygdommen bremses og nødvendig behandling iværksættes og følges.

- Sluttelig sættes patienter i medicinsk behandling (sygeplejerskerne har ordinationsret), og der aftales tid til næste kontrol. I forbindelse med iværksættelse af inhalationsbehandling foretages altid kontrol af inhalationsteknik og grundig undervisning i den inhalator, der ordineres. Herefter kontrolleres inhalationsteknikken én gang årligt.



Alle oplysninger føres ind i et struktureret skema, der ligger i den elektroniske patientjournal EPJ, ligesom der dikteres et kort notat til journalen. Patienterne kan – ved spørgsmål – til enhver tid kontakte deres casemanager i den daglige telefontid. Stratificeres patienterne til opfølgning i det kommunale team, varetager sygeplejerskerne denne henvisning, ligesom de afslutter patienten til praktiserende læge. Ved tvivlstilfælde har de altid muligheden for at tale med eller tilkalde en læge.

Lungeambulatoriet ved Regionshospitalet Horsens har således været i stand til at behandle flere patienter samtidig med en forbedret behandlingskvalitet. Ambulatoriet har mellem 2.200 og 2.500 kontakter årligt, og der er planer om yderligere oprustning.

Tilbud om subakutte tider/speciallægerådgivning

Patienter, der fortsætter kontrol i sygehusregi, kontrolleres to gange årligt – oftest skiftevis mellem læge og sygeplejerske – indtil de vurderes stabile og kan afsluttes. Praktiserende læger har mulighed for at kontakte lungemedicinsk speciallæge telefonisk, via mail eller brev ved brug for råd og vejledning, ligesom der er indført mulighed for at få en hurtig tid i ambulatoriet ved forværring. Herved kan tilbydes vurdering inden for 48 timer på hverdage, og en eventuel akut indlæggelse vil kunne undgås.

Forløbsprogram fører til flotte resultater

Afdelingen har deltaget i det netop afsluttede nationale kvalitetssikringsprojekt, KOLibri, hvor vi både i første og anden tværsnitsundersøgelse opnåede en særdeles flot vurdering og levede op til de stillede standarder. Ved årsskiftet indføres

det Nationale Indikator Projekt (NIP) med NIP-registrering af KOL-patienter, og i den forbindelse har afdelingen deltaget i testfasen af de kommende NIP-indikatorer. Ved samtlige indikatorer lå standarden over de fastsatte 90%, uden tvivl som følge af de ved afdelingen indførte standardiserede programmer og skemaer.

For at hospitalets indsats kan fungere optimalt, og med størst muligt udbytte for patienterne, er det nødvendigt med en permanent sparring med samarbejdspartnerne uden for sekundærsektoren. Vi har et tæt samarbejde med det kommunale team, både med hensyn til primær behandling af patienter der har let eller moderat KOL, patienter med svær og meget svær KOL der skal have vedligeholdelsestræning og til konference af eventuelle 'problem'-patienter. Samarbejdet udbygges nu yderligere ved et projekt, der aktuelt er igangsat i Horsens og Kolding kommuner. Her er udarbejdet program for undervisning af praksispersonale og kommunalt ansatte med henblik på tidlig opsporing og behandling af patienter med let til moderat KOL. Herved kan vi sikre endnu større bevågenhed omkring KOL, og medvirke til at sygdommen diagnosticeres tidligere.

Der er dog endnu et stykke før vi når i mål, men vi er på vej – godt hjulpet af forløbsprogrammet, der gør det let for de implicerede parter. Ganske vist er det, at den optimale diagnostik og behandling af KOL-patienten kun opnås gennem et fortsat samarbejde på tværs af både fag og sektorer. ■



Det Nationale Indikator Projekt (NIP) går ud på at udvikle, afprøve og implementere indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den faglige kvalitet). NIP dækker 6 sygdoms-områder: apopleksi, hoftenære frakturer, lungecancer, akut mave-tarm kirurgi, skizofreni og hjerteinsufficiens. Standarder og indikatorer er udarbejdet på evidensbaseret grundlag og er diagnose- og sygdomsspecifikke (www.sst.dk/Forebyggelse/Mad_og_motion/Underernaering/Idekatalog/Standarder_og_indikatorer). Det Nationale Indikatorprojekt, NIP: www.nip.dk

Patient – eller menneske med en gigtsygdom?

Når man henvender sig til sundhedsvæsenet, forvandler man sig fra at være en helt almindelig dansker med rettigheder og pligter som alle andre til at være patient. Jeg kan se i mine lægepapirer, at jeg fra at være Mette er blevet til henholdsvis klienten og patienten eller forkortet pt.

■ Annemette Hunger, førtidspensionist

I april 2007 blev jeg bedt om at lave et oplæg til *Uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse* i Region Midtjylland. Jeg skulle fortælle om mine erfaringer som patient. Jeg har gigtsygdom med funktionshæmning og kroniske smerter til følge. Denne artikel er en lettere omarbejdet udgave af mit oplæg.

Hvordan har pt. det så?

Noget af det mest ødelæggende og ubehagelige, der kan ske for os alle, er ikke at blive set som det menneske, vi er, og det er en fornemmelse, jeg meget ofte har haft som patient. Jeg bliver ikke set, men det gør mine symptomer og min sygdom. Når jeg henvender mig til min læge, til speciallæge, fysioterapeut eller hvem, det nu kan være, bliver jeg forvandlet til patient for en kortere periode; men når jeg bliver indlagt, så er jeg pludselig patient døgnet rundt. Den længste periode, jeg har været indlagt som gigtpatient, er tre uger, og i de tre uger havde jeg god tid til at spekulere over, hvordan jeg bedst kunne leve op til den tildelte rolle i systemet – nemlig rollen som patient.

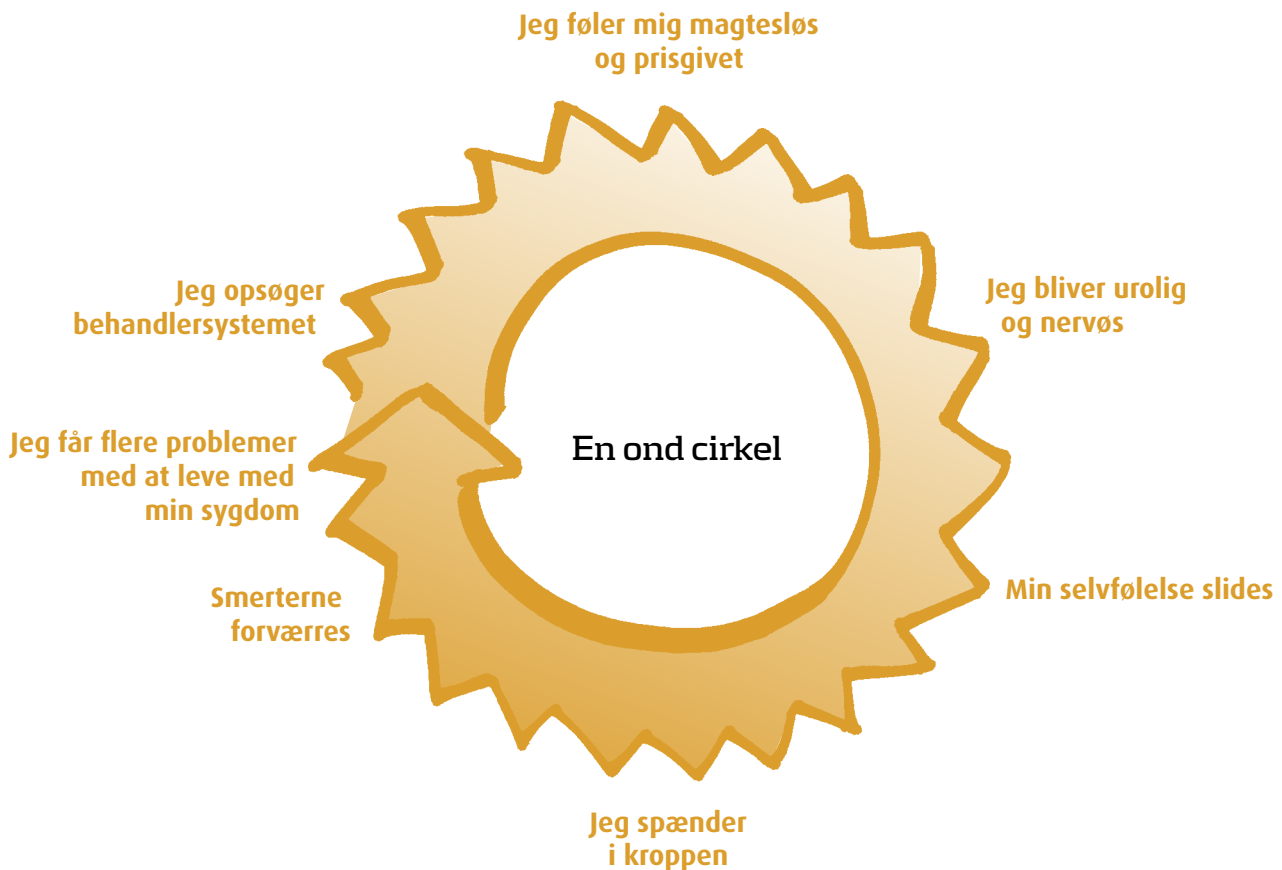
Samarbejde for enhver pris

Som pt. gælder det om at være i et friskt, godt humør, ikke pibe for meget og ikke se for sort på det; det er sikkert trættende at høre på patienter, der græder og klager sig hele dagen. Det gælder om at samarbejde; nogle spørgsmål til behandlingen er o.k. – men ikke for mange og ikke for kritiske. Det er ikke godt at irritere personalet. Min mand har været med til mange samtaler hos behandlere, og vi har mere end én gang oplevet, at han er blevet bedt om at verificere mine oplysninger. Under en indlæggelse oplevede jeg at blive skældt ud på gangen i fuld offentlighed, fordi sygeplejer-

sken mente, jeg ikke var kommet til tiden: ”Jeg har en høne at plukke med dig ...”, som hun indledende sagde. For fuldstændighedens skyld vil jeg nævne, at jeg selvfølgelig har mødt sundhedspersonale, der på trods af pressede arbejdsforhold yder en fantastisk indsats, og som jeg husker med taknemlighed.

At miste magt og kontrol

Som patient har jeg ikke ansvar for mig selv længere; jeg er ansvarsfri. Andre har taget over. Mit eneste ansvar er at leve op til patientrollen. Som patient skal jeg være passiv modtager af en behandling, som jeg helst ikke skal stille for mange spørgsmål til. Det slider på selvtilliden at være patient, fordi jeg ikke føler mig ligeværdig med de behandlere, der er omkring mig. Som patient får jeg ofte en følelse af at være prisgivet og i andre menneskers vold. Jeg føler mig hjælpeløs. Det medfører en indre uro og en angst for, om behandlerne nu har forstået, hvad mine problemer er, og en uro og angst for hvad de nu tænker om mig. Det er en meget ubehagelig følelse ikke at have kontrollen og magten over sig selv men at være i et system, der har overtaget kontrollen og magten, og hvor det gælder om at tilpasse sig, hvis man vil have det godt. Konkluderende må jeg desværre sige, at det giver en negativ selvfølelse og selvtillid at være patient. Man ender nemt i en ond cirkel.



Hjælp til selvhjælp

I vores lokale avis læste jeg, at sygeplejerske og terapeut Camilla Vigelsø i samarbejde med Sund By i Horsens havde startet et selvhjælpsprojekt og oprettede selvhjælpsgrupper efter borgernes ønsker. Jeg besluttede at henvende mig i Sund By Butikken for at høre nærmere om muligheden for at oprette en selvhjælpsgruppe for mennesker med gig og fik en aftale med Camilla Vigelsø, som er koordinator for selvhjælpsprojektet.

Jeg kendte Sund By Butikken i forvejen. For en del år siden var jeg på et kommunalt kursus for mennesker på ledighedsydelse; alle deltagere på kurset søgte et fleksjob. Vi var nogle stykker, der fandt sammen og

besluttede at starte en fleksjobforening i Horsens. På det første møde var der slet ingen tvivl om, at vi skulle henvende os i Sund By Butikken, og det skyldes især den hjælp, vi har fået herfra, at vi i dag har en velfungerende forening. Det er almindelig viden i Horsens, at man i Sund By Butikken kan få hjælp, hvis man vil starte en aktivitet, der har et sundhedssigte.

Jeg ved fra nye medlemmer af vores fleksjobforening, at det kan være svært at komme af sted til det første møde i Sund By Butikken. Man har måske siddet hjemme og været ensom og isoleret – og er måske noget nervøs ved at skulle af sted. Vore nye medlemmer fortæller også, at nervøsiteten forsvinder, fordi de får en god modtagelse,

når de træder over dørtærsklen til Butikken; man træder ind i et hyggeligt cafémiljø, en medarbejder rejser sig og går hen til én og spørger, hvad han kan hjælpe med. Er der ventetid, bliver man budt på kaffe eller te og kan så kigge i foldere og brochurer om alle de forskellige foreninger og grupper, der holder til i Butikken.

At blive mødt som menneske

Da jeg ankom til min samtale, blev jeg mødt af koordinatoren for selvhjælp, Camilla Vigelsø; et venligt og imødekomende menneske, der bød mig velkommen. Den efterfølgende samtale foregik på en helt anden måde end en samtale hos lægen:

- Vi sad ikke i et kontor, og hun så ikke ind i sin skærm hvert andet minut. Vi befandt os i et hyggeligt lokale, og der var tændt levende lys.
- Koordinatoren sad ikke på en kontorstol, og jeg sad ikke på en stol, der var mindre end hendes. Vi sad lige over for hinanden på den samme slags stole.
- Der var ikke alt for kort tid. Der var en hel time til rådighed, og min samtalepartner bar ikke præg af at have travlt eller af at være fortravlet.
- Telefonen ringede ikke, og vi blev ikke afbrudt på anden måde.
- Der lå ikke en journal imellem os med teksten drejet væk fra mig; der stod to kaffekopper, og kaffen var lavet klar, før jeg kom.

Denne første samtale varede som nævnt en time, og i løbet af denne time blev jeg

set som Mette og ikke som patient. Det var vidunderligt!

- Jeg blev set som menneske og som person.
- Jeg blev set som en ligeværdig samtalepartner.
- Der blev lyttet til mig uden afbrydelser.
- Tænkepauser blev ikke afbrudt.
- Jeg blev spurgt om, hvad jeg gerne ville – hvad der kunne hjælpe mig.
- Der blev spurgt ind til de ting, jeg sagde, og på den måde fik jeg hjælp til at definere, hvad det var, jeg gerne ville.
- Jeg fik ikke at vide, hvad der var bedst for mig – jeg definerede det selv.

Bare den ene times oplevelse af, at et andet menneske gav sig tid til at lytte til mig, gav mig værdi, og det var balsam for sjælen og for min selvfølelse.

Jeg blev hurtigt enig med Camilla Vigelsø om at starte en selvhjælpsgruppe for mennesker med gig og kroniske smerter. Jeg fik hjælp til at fastlægge rammerne for gruppen, og jeg fik hjælp til at skrive en folder om gruppen og udsende den til sygehuse, læger og psykologer m.fl. Desuden fik vi en lille artikel i den lokale ugeavis. Koordinatoren for selvhjælp afholdt indledende samtaler med de mennesker, der efterfølgende henvendte sig vedrørende gruppen, og hun klarede alt med hensyn til organisering af gruppens møder efterfølgende. Jeg fik megen og god hjælp, men ud fra mine behov definerede jeg selv formålet med selvhjælpsgruppen, deltagerkredsen og de emner, der skulle diskuteres i gruppen. Jeg oplevede at komme ind i en god cirkel.



Styrket selvfølelse og selvtillid

Det er mit indtryk at den måde, jeg bliver mødt på i Sund By Butikken, bygger på en fast tro på, at det enkelte menneske i sig bærer de ressourcer, der kan skabe udvikling og forandring. Sund By ser det som sin opgave at skabe de bedste rammer og yde den menneskelige kontakt og opmuntring, der kan give den enkelte mod og styrke til at udvikle sig og komme videre. I selvhjælpsprojektet er jeg ikke længere en passiv, hjælpeløs patient men derimod

et menneske med ressourcer, som jeg i selvhjælpsgruppen kan bruge både til at hjælpe mig selv og andre. Det giver mig værdi, at andre mennesker lytter til mig og hjælper mig, og det giver mig værdi, at jeg lytter til og hjælper andre mennesker. For mig betyder selvhjælpsgruppen mulighed for udvikling i et ligeværdigt fællesskab. Konkluderende kan jeg sige, at mit møde med Sund By i Horsens og med selvhjælpsprojektet har styrket min selvfølelse og min selvtillid. ■

Horsens Kommune har deltaget i WHO's Sund By-projekt siden 1987. Sund By Butikken i Horsens har således eksisteret siden 1988 - og den var den første af sin slags i Europa. Butikken er et aktivt sted, hvor borgere og ansatte i kommunen samarbejder på tværs med projekter inden for sundheds- og miljøområdet. Butikken har til huse på Nørretorv 2 i Horsens. KILDE: www.sundbyhorsens.dk

LINK

www.sundbyhorsens.dk

www.selvhjaelp.dk

Uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse tæt på borgerne i kommunerne

Center for Folkesundhed - Sundhedsfremme og forebygge/Regionshuset Holstebro - tilbyder i 2007 et uddannelsesforløb over 5 moduler til kommunale ledere og medarbejdere i Region Midtjylland samt 1 ekstra modul til kommunale nøglepersoner og koordinators inden for sundhedsfremme og forebyggelse. I uddannelsesforløbet vil deltagerne opleve, at der bygges bro mellem den eksisterende viden inden for sundhedsfremme og forebyggelse og deltagerens egen daglige praksis.

For yderligere informationer: fuldmægtig Lizzie Vedam tlf. 8728 4761, e-mail: lizzie.vedam@stab.rm.dk

Pjecen kan ses i sin fulde længde på: www.sundhed.dk/Images/alle/amt_aarhus/pdf/Aarhus_Amt/afd_f_folkesundhed/sundfrem/suf_holstebro/SF_H_udd_program_2007.pdf



Patientforeninger og mennesker med kroniske lidelser

■ Birgit Hagen, formand for De Samvirkende Invalideorganisationer og Handicaprådet i Herning



At blive ramt af en kronisk sygdom er svært at takle ikke kun for den ramte person, men for hele familien og omgangskredsen. Mennesker med en kronisk sygdom skal ikke kun håndtere selve sygdommen, men også de konsekvenser sygdommen har for deres liv og følelser. Dagligdagen bliver forandret, der bliver vendt op og ned på rollerne i familien, arbejdssituationen bliver måske forandret, man kan ikke klare de opgaver, man kunne før. Man plages af tanker om utilstrækkelighed, man føler sig svigtet af personer i sundhedsvæsenet, som man oplever ikke yder den hjælp eller forståelse, man har behov for. Det er helt afgørende at sikre, at patienter med en kronisk sygdom eller en varig funktionsnedsættelse får den rette behandling af højeste faglige kvalitet, men det er samtidig vigtigt, at sundhedsvæsenet møder den kro-

nisk syge patient som en individuel person med egne behov, ønsker og forventninger. Det handler også om at give personen livskvalitet, og her kan de ansatte i sundhedsvæsenet gøre opmærksom på og henvise patienten til en relevant patientforening, som kan træde til med netop den ekspertise, foreningerne hver især har på deres område.

Klar med råd og vejledning

Patientforeninger og handicaporganisationer kan med deres viden og erfaring gøre en stor indsats. Som samarbejdspartnere kan de støtte patienter, der debuterer med en kronisk lidelse. Man kan møde mennesker, der har været igennem de samme ting som én selv, og som har lært sig at takle de problemer, der følger med en kronisk og ofte smertende sygdom. De erfarne patienter kan give råd og vejledning om livet med en kronisk sygdom, og hvordan de mestrer det. Disse patienter til patient-forløb skal naturligt indeholde elementer af både psykisk og social vejledning og vejledning om, hvordan man kan mestre de forandrede livsvilkår, sygdommen indebærer. Det er vigtigt at de patienter, der fungerer som instruktører og som selv har en kronisk lidelse eller funktionsnedsættelse, har gennemført en systematisk uddannelse der sikrer, at patienterne vejledes i at takle den situation sygdommen har sat dem i, og giver dem redskaber til bedre at kunne mestre problemer i hverdagen.

Frugtbart samarbejde gavner alle parter

Et udbredt samarbejde mellem de forskellige patientforeninger, handicaporganisationer og sundhedsvæsenet vil kunne føre til oprettelse af flere kurser til glæde for flere patienter. Mennesker med forskellige kroniske sygdomme har mange fælles bekymringer og problemer. Ved at bringe disse mennesker sammen kan man lære at se sine egne problemer i et andet perspektiv. Økonomisk vil det være en stor fordel for sundhedsvæsenet, at patienter gennem en bedre indsigt i deres livssituation lærer at tage ansvar for eget liv, lever sundere og får færre komplikationer. For patienten vil det betyde bedre livskvalitet, hvilket kan føre til færre lægebesøg, færre indlæggelser og mindre medicin. Som samarbejdspartnere kan vi i patientforeninger og handicaporganisationer være med til at støtte op om de forebyggelsesinitiativer, der er sat i gang i kommunerne, og vi vil meget gerne inviteres med i de lokale sundhedscentre for at bidrage til forebyggelsesarbejdet. Konklusionen må blive, at et frugtbart samarbejde mellem organisationer/foreninger og sundhedsvæsenet vil gavne alle parter.

Så brug os til det, vi er allerbedst til. Næmlig kontakten til vore medlemmer og formidling af informationer vedrørende de kroniske sygdomme, vi repræsenterer. ■

Egenomsorg og hverdagsliv

■ Lone Grøn, antropolog, projektleder Dansk Sundhedsinstitut

I de senere år har der været en stigende opmærksomhed på den udfordring en indsats for mennesker med kroniske lidelser er for fremtidens sundhedsvæsen, et væsen som ifølge en central publikation fra Sundhedsstyrelsen¹ skal omstille sig fra et fokus på akut sygdom til i højere grad at beskæftige sig med *kronisk* sygdom.

Dette skift har mange og forskelligartede implikationer, hvoraf en central del omhandler nye arbejdsdelinger i sundhedsvæsenet: mellem sektorer, mellem forskellige faggrupper, men også mellem det sundhedsfaglige personale og patienterne. Det handler om at flytte plejeopgaver til mindre uddannet og billigere personale ("downwards substitution")² og om at styrke patienternes egenomsorg¹. Formålene er mange: et forsøg på at håndtere en stigende mangel på personale, en bedre udnyttelse af ressourcer, økonomiske besparelser og at menneskeliggøre og dermed forbedre kvaliteten i det sundhedsfaglige arbejde. Nogle gange – som i ovennævnte rapport fra Sundhedsstyrelsen – fremstilles det som en vind-vind-situation: Man får på samme tid bedre og billigere pleje. Andre der har beskæftiget sig med området forholder sig mere åbent og kritisk til dette spørgsmål.

Egenomsorg – et diffust begreb

Begrebet *egenomsorg* fremhæves som en central del af en indsats for kroniske patienter, hvor der fokuseres på at patienten og patientens familie samt nærmiljø gøres ansvarlig for dele af sundhedsindsatsen.

Egenomsorg er imidlertid et diffust begreb, der ikke har en entydig eller konsistent definition, og som anvendes og forstås forskelligt i sundhedsfaglige og sundhedspolitiske sammenhænge^{3,4}.

På hverdagens og kroppens præmisser

Min ph.d.-afhandling fra 2005^{5,6} omhandler livsstilsforandringer blandt patienter, der modtager et ophold på en patientskole på henholdsvis diabetes-, hjertekar-, lunge- og overvægtshold, og som derefter forsøger at gennemføre forandringer i deres hverdagsliv. I mit studie indebærer egenomsorg i hvert fald tre forskellige aspekter:

1. overvågning og medicinering af egen sygdom
2. forandring af egen sundhedsadfærd – særligt i forhold til KRAM- (kost, alkohol, rygning og motion) faktorerne
3. en særlig holdning til sig selv – 'at tage vare på sig selv og sin krop'.

Jeg har særligt beskæftiget mig med dilemmaer, patienterne oplever i forbindelse med forsøg på adfærdsændringer, og jeg har argumenteret for betydningen af den kontekst, det sker i. Sundhed og sundhedsarbejde er én ting i en klinisk kontekst, en anden i hjemmet og hverdagslivet. Ikke forstået som en forskel i sundhedsforståelse og praksis blandt professionelle og patienter, men netop som *en forskel i kontekst*.

En ting er at udføre sundhedsarbejde, når du som patient deltager i et forløb på en patientskole, noget andet er at gøre det hjemme. Når patienterne efter et institutionsophold træder over dørtærsklen, skifter sundhedsarbejdet karakter.

Jeg har skildret patienternes forsøg på livsstilsforandringer som en forandring, der sker *på hverdagens og kroppens præmisser*. Jeg vil her særligt fremhæve fire aspekter, der kan være væsentlige at udforske yderligere og tage højde for både i planlægningen af forebyggelsesindsatser og i udviklingen af tilbud til kroniske patienter:

1 de mange forskellige projekter og roller der tilsammen udgør et hverdagsliv, og som et eventuelt livsstilsprojekt skal indpasses og samordnes med

Jeg anskueliggør, 'alt det der fylder' i et hverdagsliv, gennem tre eksempler: *Bodil*, der er optaget af relationen til sin mand; *Karen*, der i løbet af det halvandet år jeg



fulgte patienterne, skifter arbejde tre gange og *Kim*, der pludselig oplever at blive alvorligt syg. Især disse tre temaer går igen i materialet: de intime relationer, arbejdslivet og sygdom.

2 de mange forskellige sociale forpligtelser i og betydninger af hverdagens vaner

Jeg har særligt fokuseret på de sociale betydninger af hverdagsrutiner og familietraditioner ved at introducere begrebet 'signifikante rutiner'. Med disse hverdagsrutiner skaber man familie- og tilhørsforhold over tid, og man kærer sig om sig selv og andre. Mange patienter vælger på samme tid at forandre vaner for at opnå bedre sundhed og at fastholde vaner, for at fastholde de sociale oplevelser og betydninger. Det kan handle om at ændre nogle vaner og fastholde andre, eller om at udvælge afgrænsede perioder: I disse perioder lever jeg sundt (for eksempel i hverdagene), i andre lever jeg 'socialt' (for eksempel week-ender).

3 den kropslige oplevelse og fundering af hverdagsrutiner

Hverdagsvanerne er indlagt i kroppen og sansningen gennem et helt liv og er betinget af lyst og ulyst. Når man skal omlægge hverdagsrutinerne, handler det om at opnå en praktisk og kropslig læring, som fungerer på andre præmisser end en teoretisk viden. Den teoretiske viden om hvad der er sundt og usundt, kan patienterne forholdsvis hurtigt tilegne sig. Den praktiske og kropslige læring er erfaringsbaseret og opnås gennem gentagelser, gennem træning og over længere tidsperioder.

4 det tidlige aspekt der er særligt vigtigt i forhold til kronisk sygdom: hverdagslivet skifter over tid, og dermed forandres både betingelser for og håb forbundet med livsstilsforandringer

Netop fordi sygdommen er kronisk, foregår egenomsorg i hverdagslivet under konstant skiftende omstændigheder. Men også måden, man udfører egenomsorg på, skifter over tid. Som en af patienterne i min undersøgelse udtrykte det, så fungerede det hun lykkedes med for et år siden ikke længere (at skrive sine måltider og sine gåture ind i en lille sort kinabog). Dengang følte det som en hjælp, nu som en kontrol. Det samme gælder motivation og mål for forandringsprojekterne: de skifter over tid, fordi man som menneske forandrer sig.

Nærbilleder af livet med kronisk sygdom

Egenomsorg og hverdagslivet med kronisk sygdom er også fokus i et nyt forskningsprojekt: *Den kroniske patient – nærbilleder af livet med kronisk sygdom*. Herunder hvordan de kroniske patienter oplever mødet med



sundhedssystemet. I et samarbejde mellem Dansk Sundhedsinstitut, Center for Folkesundhed, Regionale Sundhedssamarbejde Region Midtjylland og den såkaldte Horsens-klynge planlægges et forsknings-samarbejde, der netop tager udgangspunkt i kroniske patienters hverdagsliv. Horsens-klyngen er et samarbejde om sundhedsaftaler mellem Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt Horsens, Odder, Hedensted og Ikast-Brande kommuner.

Alle aftaler er endnu ikke faldet på plads, men projektet forventes at starte op i løbet af efteråret 2007. Formålet er at

undersøge:

- håb og sårbarheder i livet med kronisk sygdom
- patienternes veje og oplevelser i sundhedssystemet,

med henblik på at kunne tilrettelægge indsatsen for kroniske patienter med udgangspunkt i en nuanceret viden om livet med kronisk sygdom *på hverdagens og kroppens præmisser*.

Kroniske patienters hverdagsliv er i centrum, og de institutionelle rammer beskrives og analyseres, sådan som de

opleves gennem patienternes møde med de konkrete aktører og institutioner i sundhedssektoren. Planen er at følge et mindre antal patienter i deres hverdagsliv og i deres gang gennem forskellige institutioner og sundhedsudbydere: praktiserende læge, hospital, patientskole, kommunale sundhedstilbud, patientforeninger, alternative terapiudbydere og andre, som patienterne kommer i kontakt med og møder i livet med en kronisk lidelse. ■

REFERENCER

- 1) Sundhedsstyrelsen 2005, *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*, København: Sundhedsstyrelsen.
- 2) Mur-Veeman I, Eijkelberg I & Spreuwenberg C 2001, "How to manage the implementation of shared care: a discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements", *J.Manag.Med.*, 15(2), s. 142-155.
- 3) Dørfler & Hansen 2005, *Egenomsorg - en litteraturbaseret udredning af begrebet*, København: Sundhedsstyrelsen.
- 4) Willeman & Hanak 2006, *Egenomsorg - et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme*, København: Sundhedsstyrelsen.
- 5) Grøn L 2005, *Winds of change, bodies of persistence. Health promotion and lifestyle change in institutional and everyday contexts*, Phd. thesis: Department of Anthropology and Ethnography, University of Aarhus and Department of Health, Vejle County.
- 6) Grøn L 2005, *Krop og hverdag i forandring. Forebyggelse og sundhedsfremme i institution og hverdagsliv*, Vejle: Vejle Amts sundhedsforvaltning.



Krop og hverdag i forandring

I bogen *Krop og hverdag i forandring - sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv* viser Lone Grøn, hvordan vore vaner er komplekse og sårbare størrelser: igennem dem skaber vi tilhørsforhold og mening, og igennem dem kerer vi os om os selv og andre. Bogen, der er en udforskning af de menneskelige og sociale aspekter af forebyggelse og sundhedsfremme, henvender sig til alle med interesse for livsstil og sundhedsfremme.



DANSK SUNDHEDSINSTITUT er et selvejende analyseinstitut, der driver forsknings-, formidlings- og rådgivningsvirksomhed for og med det danske sundhedsvæsen. Institutet har over 30 års erfaring i varetagelse af opgaver for de planlæggende og styrende organer i statslige, regionale og lokale myndigheder samt for forskningsmiljøer, lægemiddelindustri og diverse andre faggrupper i sundhedssektoren. KILDE: www.dsi.dk

Hospitaler, almen praksis og kommuner spiller alle en væsentlig rolle i indsatsen for mennesker med en kronisk lidelse – hver for sig og sammen

INTERVIEW:

Nedenfor følger et interview med ældrechef Inge Bank og fællesinterview med praktiserende læge Lene Agersnap og overlæge Ulrich Fredberg. Alle med arbejdsfelt i Silkeborg-området.

Håbløsheden skal udfordres

Et tæt samarbejde mellem kommune, hospital og praktiserende læge og meget mere fokus på forebyggelse og tidlig opsporing vil give kronisk syge et bedre liv, siger ældrechefen i Silkeborg

■ Karl Jack, journalist

Håbløsheden hos de kronisk syge skal fylde mindre. Det er en drøm for Inge Bank, ældrechef i Silkeborg Kommune. Men en drøm af den slags, der kan blive til virkelighed – på den gode måde. Hun siger: – Gennem forebyggelse og tidlig opsporing kan vi afkorte den periode kraftigt, hvor kronikerne er svært syge. Den tid de er indlagt bliver kortere, og de får en bedre livskvalitet. Den praktiserende læge har en hovedrolle her. Når han eller hun arbejder tæt sammen med kommunen og regionshospitalet samt naturligvis med patienten selv, vil det give et godt løft i sundhedsvæsenet.

Inge Bank har kun været leder af ældreafdelingen i Silkeborg Kommune siden maj. Og hun er blevet kastet brutalt ud i at give kommunens nye ansvar (siden kommunalreformen) for forebyggelse og sundhedsfremme et konkret indhold, når det gælder

bl.a. kronisk syge ældre borgere. Hendes kommune er som udgangspunkt meget fokuseret på et tæt samarbejde med netop sygehuset og de praktiserende læger. I den sundhedsaftale, der fra 1. april 2007 gælder mellem kommunen og Regionshospitalet Silkeborg, lover man borgerne et sammenhængende forløb af høj patientkvalitet, men også med plads til menneskelig kontakt og god kommunikation.

Tre kerneværdier

Samarbejdet har tre kerneværdier:

- Respekt for hinandens værdier og for borgeren/patienten
- Tillid til, at alle parter vil borgeren/patienten det bedste
- Ansvarlighed over for hinanden og i opgavevaretagelsen.

– Vi skal i vor indsats så at sige flette os ind i hinanden. Så opnår vi det bedste resultat, siger Inge Bank.

Gennem alt for mange år har man i ældresektoren brugt ressourcer på at lappe, når skaderne var sket, fastslår ældrechefen. Også personalet er i dag meget interesseret i forebyggelse og på at reagere langt tidligere over for noget, der kan udvikle sig til en kronisk lidelse. Det kan typisk være diabetes 2, 'gammelmandssukkersyge', hvor symptomerne i starten kan være noget utydelige. Hvis hjemmeplejen kan se, at den lidelse er på vej, skal den praktiserende læge på banen.

Samtidigt skal de kronisk syge blive mere selvhjulpne og bedre informerede. – Når folk kan mærke, at der er noget at gøre, bliver de langt mere motiveret for selv at skubbe på og måske ændre livsstil. De

får håb om et bedre liv med deres kroniske sygdom, og det har en god effekt, konstaterer Inge Bank på baggrund af friske erfaringer fra Ny Hedensted Kommune, hendes tidligere arbejdsplads.

Det tager tid

Det vil tage tid, inden den brede vifte af tilbud til kronikerne er foldet helt ud. Og man skal ikke gå hurtigere frem, end at man undervejs kan nå at måle, hvad der virker godt, og hvad der virker mindre godt. Inge Bank:

– Vi bliver nødt til at prioritere. I første omgang skal vi satse på to områder, patientskoler og patientuddannelse samt på kompetenceudvikling hos personalet.

I en patientskole samler man mennesker, som har en bestemt ofte kronisk lidelse. Sundhedsfagligt personale orienterer om sygdommen og om, hvad den syge selv kan gøre.

På patientuddannelsen kommer mennesker med forskellige kroniske sygdomme. Mennesker, der allerede har en kronisk sygdom,

underviser og giver gode råd. Og det vil ofte være noget med at få hverdagen til at fungere med sygdommen og komme videre i livet på en positiv måde.

Både patientskole og patientuddannelse forudsætter, at deltagerne er motiverede for at gøre en aktiv indsats. De skal med andre ord ville lære at mestre den nye situation, sygdommen har tvunget dem ud i.

Efteruddannelsen af personalet, ikke mindst hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, drejer sig om tidlig opsporing af kroniske sygdomme. Men også om sunde livsvaner og om, at man træner patienterne samtidigt med, at man hjælper dem.

– De praktiserende læger skal være indstillet på denne brede tilgang, hvor kommunens personale bevæger sig ind på deres traditionelle enemærker, siger Inge Bank. Og hun peger på to gode sidegevinster. For det første spares der masser af skatte kroner, når kronisk syge ikke længere indlægges så meget og ikke længere bruger så store mængder medicin. For det andet gør det plejepersonalets

arbejde langt mere spændende og givende, når man kan være med til at forebygge og give folk et bedre liv. ■



Foto: Silkeborg Kommune/Kommunikation

Bedre kontakt til kronikerne

Praktiserende læge og overlæge helt enige om, at en tværfaglig indsats kan hjælpe kronisk syge, så de løftes mere gelinde gennem systemet, bliver mere selvhjulpne og ikke ender i en speciale-blindgyde

■ Karl Jack, journalist

Kronikerne i Region Midt får en 'glimrende behandling'. Men den kan blive bedre – mere sammenhængende, mere fokuseret og med større vægt på forebyggelse, tidlig opsporing og patientuddannelse. Det er to læger, som følger området nøje, enige om. Den ene er Lene Agersnap. Ud over at være praktiserende læge i Ry er hun praksiskonulent ved Regionshospitalet Silkeborg. Det betyder, at hun hjælper patienter, også kronikere, med at få et optimalt behandlingsforløb. Hun

ser den praktiserende læge som initiativtager og tovholder i forhold til mennesker med kroniske lidelser.

Den anden læge er Ulrich Fredberg. En stor og voksende del af hans patienter på medicinsk afdeling ved regionshospitalet har en kronisk sygdom. Både han og Lene Agersnap er med i styregruppen for det samarbejde, som hospitalet og regionen har indgået med Silkeborg og Skanderborg kommuner fra 1. april 2007 (se artiklen, side 30).

Det hele menneske

Hvor er de svage punkter i det nuværende system for behandling af kronikere?

Ulrich Fredberg: – Umiddelbart er der ikke tale om mangel på kvalitet. Disse mennesker får en glimrende behandling på linje med alle andre patienter. Men der kan givet gøres yderligere, hvis man havde mulighed for det. Det kunne fx være halvåbne ambulatorier, så patienterne kan komme hurtigere ind.

Lene Agersnap: – Helt enig. Men der er



Foto: Jens Hasse/Chili foto & arkiv

mange kronikere, som har flere lidelser på én gang. Det er ofte dem, jeg sidder med. Og det er det hele menneske, der skal behandles hver gang. Man kunne derfor ønske sig tværfaglige udredninger mellem de forskellige specialer indbyrdes, så man kan løfte hver enkelt patient mere gelinde igennem. Ulrich Fredberg: – Her har vi en af de større udfordringer for den fremtidige behandling af kronikerne. De af dem som fejler én bestemt ting ved vi præcis, hvor vi skal sende hen. Og de får en rigtig god behandling. Men de patienter, som er ramt af flere ting på én gang, kan lande mellem to stole. Det bedste ville være, om den super-specialisering blandt lægerne, vi oplever i disse år, kunne være lidt mere tværfaglig, og at der blev skudt et mellemlid ind mellem specialisterne og de praktiserende læger. Det har været en af de gamle centralsygehuses store forcer, at man har denne tværfaglige specialisering med mange forskellige specialister ansat i samme afdeling. Man kan derfor frygte, at større og større sygehuse med mere og mere monofaglig

specialisering med mange specialister af samme slags i afdelingen gør det endnu mere problematisk at fejle flere ting. Man risikerer at fokusere på den ene 'specialesygdom' på bekostning af overblikket over patientens samlede lidelser.

Lene Agersnap: – Vi i praksis oplever, at nogle kroniske patienter kommer lidt forvirrede tilbage til os. De kan ikke rigtig forstå, at man det enkelte sted ikke kan forholde sig til det samlede billede af sygdomme.

Bedre opsporing

Hvad er målet i forhold til kronikerne?

Ulrich Fredberg: – Målet er selvfølgelig, at de skal have den ultimativt bedste behandling, når de har behov for det – altså uden al for lang ventetid. Det vil også være vigtigt, at man de steder, hvor man ikke allerede har det, får nogle mere målrettede steder at henvise patienterne til. Og så er der et stort potentiale i at etablere nogle mere tværfaglige klinikker, hvor man kan komme hen og få et overblik, hvis man fejler mere end én ting.

Lene Agersnap: – Der er også perspektiv i de nye uddannelser af patienter, hvor man kan komme hen og lære at takle en kronisk sygdom.

Ulrich Fredberg: – Hvis man skulle gøre noget visionært, så handler det måske om at 'fange' patienterne noget før. Man kunne gå ud og opspore dem, som eksempelvis har en nedsat lungefunktion eller har et lidt forhøjet blodtryk uden helt at være klar over det. Man kunne nemt forestille sig, at alle 60-årige blev indkaldt til en helbredsundersøgelse.

Lene Agersnap: – Blandt mine patienter er der mennesker, som får en masse at vide om risici, men ikke rigtig magter eller prioriterer at gøre noget ved det. Vi skal heller ikke tage tingene ud af hænderne på folk. Det er vores pligt at oplyse dem om deres muligheder og stille os til rådighed. Omvendt skal vi passe på, at vi ikke i en smuk og idealistisk proces skaber nye problemer for patienterne.

Jeg oplever i min klinik, at jeg står med en viden, som den enkelte patient ikke evner at gøre noget ved. Vi skubber så bare til en samvittighed, der i forvejen er dårlig. Vores opgave som praktiserende læger er derimod at skabe lidt orden i bunkerne og komme med et bud på, hvor der skal sættes ind lige nu. Det er en vigtig rolle for os, fordi vi er specialister i vore egne patienter, ikke i enkelte sygdomme.

På samme tid handler det også om ressourcer. Vi praktiserende læger vil frygteligt gerne være med til at forebygge. Men døgnet har jo kun 24 timer, og vi kan måske ikke nå alt det, vi burde. Her skal vi trække på sygeplejersker og andre, som kan blive gearret til at løfte nogle af disse opgaver i forebyggelse og sundhedsfremme.

Patienterne skal i lære

Hvor vigtigt er det, at man lærer kroniske patienter om egenomsorg, om selv at være godt informeret, selvhjulpne og aktive?

Ulrich Fredberg: – Det er klart, at hvis man

er godt informeret om sin egen sygdom, så går det bedre. Erfaringen fra en gigtskole viser at de, der blev undervist i deres egen sygdom, på lang sigt udviklede betydelig mindre invaliditet. Undervisningen af patienter er en væsentlig del af behandlingen mange steder. Læger og sygeplejersker informerer på en næsten skemalagt måde, og man har fået gigtskoler, diabetesskoler m.v.

Lene Agersnap: – Den undervisning er på vej også her. Der gennemføres efteruddannelse efter Stanford-modellen. I den amerikanske model ligger, at der er bestemte moduler, man skal igennem. Det hele skal være fagligt velfunderet, og det finder jeg er meget betryggende. Regionshospitalet i Silkeborg vil dels tilbyde patientskoler, hvor man lærer specifikt om den enkelte sygdom, og dels noget mere mestringsorienteret, hvor man lærer at leve med sin kroniske sygdom. Men kommunerne har også en vigtig rolle i den her proces.

Den store gevinst

Hvor ligger de store gevinster i forebyggelsen?

Ulrich Fredberg: – Tobaksrygning har en forfærdelig stor betydning for kroniske sygdomme. Det gælder langt fra kun rygerlunger. Sådan noget som leddegigt er også en af de store risici ved at ryge. Så der er meget at gå efter.

Lene Agersnap: – Motion er det andet store indsatsområde. Hvis man kan få folk til at holde op med at ryge og til at dyrke mere motion, har man virkelig nået meget. Det handler om at være inspirator for den enkelte patient til at træffe nogle fornuftige valg. Nogle vil bare løbe skrigende bort fra et motionscenter. Men så kan man jo placere bilen længst muligt borte på parkeringspladsen i forhold til kvicklys hovedindgang eller tage trappen i stedet for elevatoren. Den naturlige dovenskab skal vendes til at sige – kom i gang.

Med hensyn til rygning, så er Skanderborg og Silkeborg kommuner gået sammen om forebyggelsesprojektet "Sluk smøgen". Vi praktiserende læger, sygehuset, kommunen og apotekerne kan så informere om, at vi har det tilbud til rygerne. Som praktiserende læger har vi det forspring, at vi kan motivere folk til at stoppe, hvis de kommer til os og er rigtig bange for, at de er syge. Men kunsten er hele tiden at få det sagt på en måde, så man ikke står der som en stor, hellig spejderfører, men orienterer patienten om, hvordan vedkommende selv kan flytte noget i sit liv.

Tobak en god start

Hvor relevant er forebyggelse, i modsætning til ændring af livsstil, hvis man helt vil undgå kroniske sygdomme?

Ulrich Fredberg: – Tobak og motion er de to vigtigste faktorer. Tager vi fx KOL og hjertesygdomme, men også mange andre sygdomme, så er tobak en meget væsentlig faktor. Hvis man har 'forkerte' gener, er rygere meget mere udsatte end ikke-rygere for bl.a. leddegigt. Og mange med diabetes ville slet ikke have fået sygdommen, hvis de motionerede regelmæssigt.

Hvordan kan den enkelte kroniker komme til at opleve bedre sammenhæng mellem de forskellige dele af behandlersystemet?

Lene Agersnap: – Det kan man bl.a. gennem praksiskonsulentordningen. Nu er der også kommunale praksiskonsulenter på vej de fleste steder. De er med til at sikre forbindelsen inden for trekanten mellem praktiserende læge, sygehus og kommune. Det må endelig ikke blive en Bermuda-trekant, patienten forsvinder i. Vi må lære at snakke med hinanden og hele tiden holde en åben dialog i gang. Det fungerer allerede udmærket mellem lægerne, men kommunen skal bedre med i denne ping-pong.

Hvad skal prioriteres højest i denne lange proces med bedre sammenhæng og mere forebyggelse?

Lene Agersnap: – Rygning er et rigtig godt sted at starte. Det er dejligt, at Silkeborg og Skanderborg kommuner har taget tobaksprojektet op. Det projekt kan vi også bruge til at øve os i at arbejde sammen på andre områder, også i forhold til praksiskonsulenterne. Vi skal lære at tale samme sprog og vide, hvem der gør hvad. Den borgerrettede indsats, som kommunerne står for, og den individuelle, hvor vi som praktiserende læger skubber på, skal trække samme vej.

Det danske system

Det amerikanske behandlingssystem Kaiser Permanente lægger netop vægt på sammenhæng og forebyggelse. Det bruges også i Danmark. Men hvor interessant er det?

Lene Agersnap: – Det system bliver hele tiden trukket frem som det store dyr i åbenbaringen. Men det danske praksissystem er meget mere centralt placeret i forhold til den enkelte patient, end det er i USA, så man skal virkelig tænke sig godt om. Vi praktiserende læger har en rolle som tovholdere i forhold til de kronisk syge og skal være dem, de altid kan henvende sig til. Den ordning må vi ikke pille ved.

Ulrich Fredberg: – Sådan ser jeg også på det. Vort system med praktiserende læger er med rette verdensberømt. Det virker godt i forhold til de kronisk syge, og sådan skal det fortsat være. ■

Indsatser over for borgere med kroniske lidelser - eksempler fra regionen

Der er mange forskellige tilbud til borgere med kroniske lidelser i den nye struktur. I nogle kommuner er der etableret sundhedsskoler. Der samarbejdes på tværs af fag, kommuner og sektorer, og nye pædagogiske tilgange afprøves. Vi giver et par smagsprøver.

Sundhedsskoler på tværs af kommunegrænser i Øst

I forbindelse med indgåelsen af sundhedsaftaler mellem regionen og de enkelte kommuner har Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland samt Skanderborg og Silkeborg Kommune besluttet at gennemføre et toårigt projekt for tobaksafvænning og i samarbejde med Favrskov Kommune et treårigt for uddannelse af patienter. Begge er i gang – og meget relevante for mennesker med kroniske lidelser.

Rygeafvænning i Silkeborg og Skanderborg Kommune

Ved delt koordinatorindsats er der blevet uddannet et større antal rygestopinstruktører, og de første rygestopkurser er gennemført. Hospitalet tilbyder patienterne rygestopkursus. Og man sætter speciel fokus på patienter med kroniske sygdomme og andre i særlige risikogrupper. Den indsats, der begynder på sygehuset, følges op i kommunerne og hos de praktiserende læger. Men tobaksprojektet tilbyder også rygestop til borgere og kommunale medarbejdere, og man vil gøre en særlig tobaksforebyggende indsats i folkeskolerne.

Patientskoler, diagnosespecifikke

Projektet vedrørende patientuddannelse og patientskoler sigter på borgere med kroniske lidelser. Her er Silkeborg, Skanderborg og Favrskov Kommune samarbejdspartnere. Det fælles mål er at hjælpe borgere med kroniske lidelser til at leve bedre med deres sygdom og til at få et godt liv på de nye vilkår.

Den ene del af projektet omhandler *patientskoler*, som er tidsbegrænsede og diagnosespecifikke undervisningsforløb, hvor formålet er, at patienten genopretter eller vedligehol-



der fysiske, psykiske og sociale funktioner. Her underviser sundhedspersonale patienterne om netop deres sygdom og om, hvordan de kan få det bedre bl.a. ved at ændre livsstil.

Patientuddannelse

Den anden del er patientuddannelse efter programmet *Lær at leve med kronisk sygdom*. Programmet er udviklet ved Stanford University i USA, og Sundhedsstyrelsen har tegnet licens om at benytte det i Danmark. Der bliver, når det kommer i gang i begyndelsen af 2008, tale om forløb på seks gange to en halv time. Her samles borgere med forskellige kroniske sygdomme, og instruktørerne er mennesker, der selv har en kronisk lidelse. De vil støtte og inspirere den enkelte deltager – som kan være henvist fra sygehuset, hjemmeplejen eller den praktiserende læge – til at komme videre. Målet er at gøre deltagerne bedre til at finde svar på de spørgsmål, de har omkring deres sygdom, og fatte nyt mod. Patientuddannelsen er også målrettet pårørende til de kronisk syge.

De to typer uddannelse supplerer hinanden, og vil være værdifulde og nødvendige led i den tværsektorielle indsats i forhold til borgere med kroniske lidelser.

Karl Jack/Red.

Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet

I arbejdet med at fremme etniske minoritetspatienters muligheder for at leve sundt med kronisk sygdom, skal der skabes forandring både i patienternes måder at håndtere deres sygdom på, men også i sundhedsvæsenets tilbud til målgruppen. Et interkulturelt perspektiv har vist sig yderst effektivt i arbejdet med at fremme dette møde.

Målgruppe

De tyrkiske og arabiske diabetespatienter, som har deltaget i pilotprojektet *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet*, er enige om, at de har lært meget nyt, at de har brug for at udveksle erfaringer med andre type 2 diabetikere, og at de har brug for fortsat at få tilført viden og deltage i erfaringsudveksling.

Rekruttering og rammer tilpasset etniske minoriteter

Deltagerne til diabetesskolen fik en skriftlig invitation, suppleret med plakater og mund til mund-metoden. De blev rekrutteret til to kvindehold og to mandehold. Diabetesskolen var placeret i Lokalcetret Gellerup i Århus Kommune, hvilket især tiltrak de ældre tyrkere og arabere bosat i Brand. Undervisningen foregik over seks uger á tre timers varighed med en opfølgningssgang efter seks måneder.

Samarbejde på tværs

Projektet var et samarbejdsprojekt mellem Aarhus Universitet, Region Midtjylland, Århus Sygehus, praksissektoren og Århus Kommune med projektledelsen forankret i Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Almen Medicin, Aarhus Universitet, som også i fællesskab står for evalueringen.

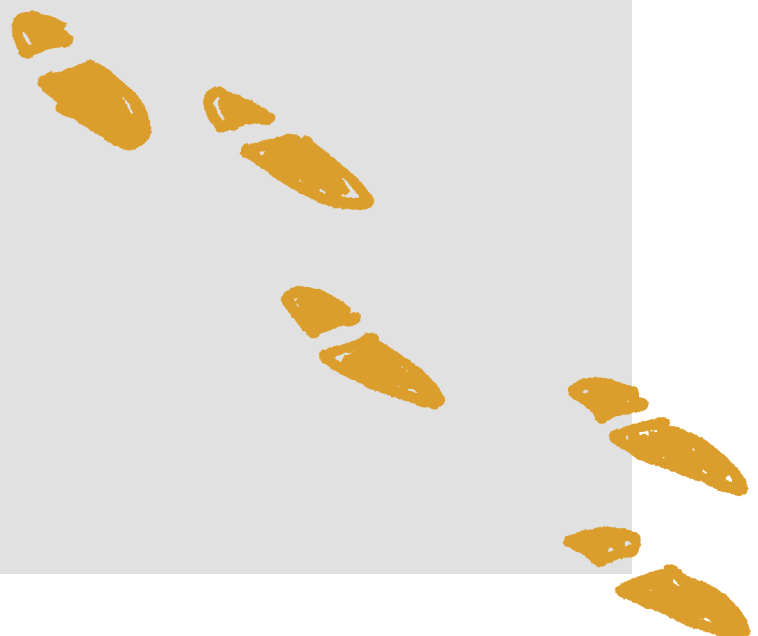
Pædagogik og interkulturel kommunikation

Projektets eksplorative karakter kom især til udtryk i den pædagogiske tilgang. Undervisningsteamet bestående af diabetessygeplejersker, tokulturelle sundhedsprofessionelle, diætist og fysioterapeut planlagde i samarbejde med projektledelsen undervisningsforløbets indhold og metode. Teamet foretog løbende refleksioner og korrektioner af både indhold og metode:



Fra at være nøje planlagt og vidensorienteret, tog undervisningens indhold mere og mere udgangspunkt i en dialog med deltagerne. Fra at være fokuseret på at forstå deltagerens kulturelle baggrund, blev der gradvist åbnet op for at møde den enkelte, der hvor han eller hun var. Fra at bruge overheads og andet skriftligt materiale, blev der i stigende grad fokuseret på lavteknologisk kommunikation, som slog enkelte centrale budskaber fast. - På den måde blev der udviklet en form for interkulturel kommunikation, som i praksis forbedrede deltagerens handlekompetencer og egenomsorg.

Inge Wittrup/Red.





Sundheds- og Patientskolen ved Grenaa Sygehus*

Sundheds- og Patientskolen er et modelprojekt placeret i et udkantsområde, der er karakteriseret ved et lavere uddannelsesniveau, større forekomst af langvarig sygdom, større forekomst af helbredsmæssige risikofaktorer og større sygelighed end i andre dele af Region Midtjylland. Der har fra start været tale om at samarbejde og skabe sammenhæng mellem tilgang til kroniske patienter på hospitalet, i almen praksis og tilhørende kommuner på Djursland.

Målgruppe

I forsøgsperioden fra januar 2005 til april 2007 har skolen tilbudt undervisning for *diabetikere, KOL- og hjertepatienter* på Djursland. Patienterne var henvist fra Randers Centralsygehus (nu: Regionshospitalet Randers) samt fra praktiserende læger på Norddjursland. Overvægtige patienter med risiko for udvikling af kroniske sygdomme er henvist fra de praktiserende læger.

Kursusindhold

Patienterne modtager rådgivning og undervisning i diabetes, KOL og hjerte-specifikke emner. Men den største del af undervisningen om *Lær at leve med kronisk sygdom*, mad, motion og rygestop er tilbudt hold på tværs af henvisningsgrunde. Disse emner er relevante for borgerne uanset lidelse, men er udvidet med en eller to supplerende kursusgange, for fx hjertepatienter og diabetespatienter om mad. Et kursusforløb med flere delkurser kan strække sig over flere måneder. Og deltagerne kan sammenstykke kurser efter hvilke emner, de selv finder relevante.

Pædagogik

Kurserne har fungeret som holdaktivitet med særlig vægt på deltagerinvolvering, definering af egne mål og planer samt motivation til at vedligeholde de livsstilsændringer, som er relevante for deltagerens mål for at komme videre i hverdagen. Der har været afholdt fælles kurser om deltagerinvolverende pædagogik for kursusledere fra Grenaa



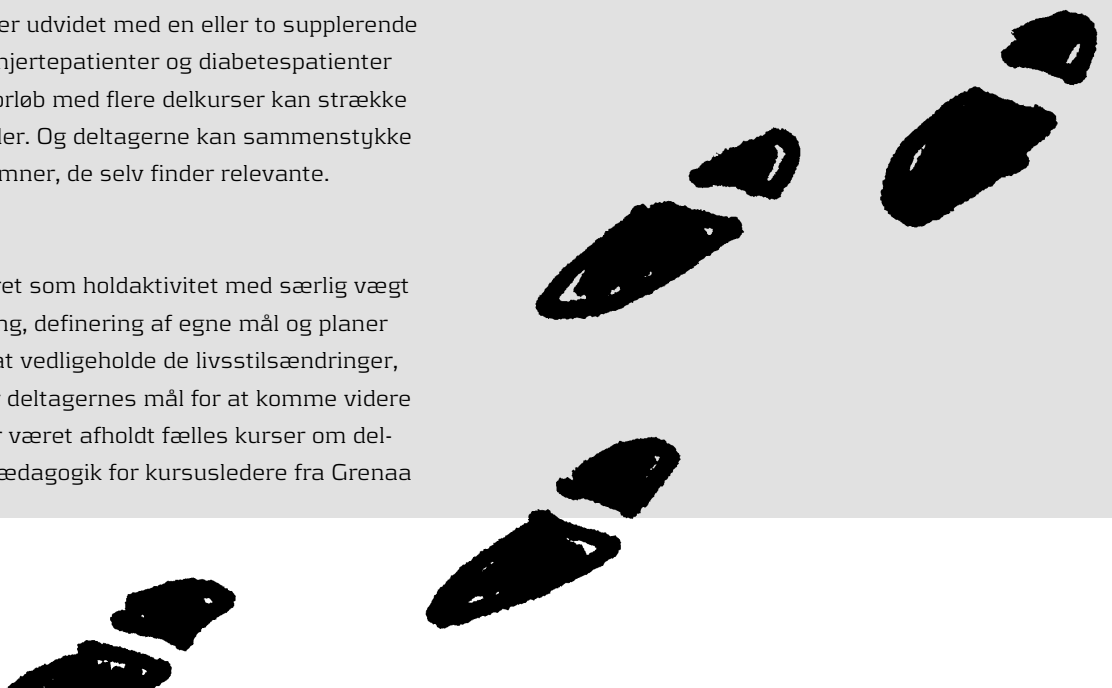
Sundheds- og Patientskole, Regionshospitalet Randers og kommunale behandlere, så der over sektorgrænser er en fælles forståelse af formen.

Forlænget og udvidet aktivitet

Sundheds- og Patientskolen fortsætter efter samme model i fire år fra 2007 med delt kommunal og regional finansiering og ansvar. Skolen udvides endvidere med et kræftrehabiliteringstilbud for borgere i Norddjurs Kommune. Skolens ønske er i fremtiden at udvide med andre sundhedsmæssige aktiviteter for borgerne i lokalområdet.

Lucette Meillier/Red.

*Grenaa Sygehus og Randers Centralsygehus fusionerede pr. 1. november 2003 til ét hospital. Regionshospitalet Grenaa hører således i dag organisatorisk under Regionshospitalet Randers, hvor hospitalsledelsen til dagligt er placeret.





Uddannelse til mennesker med kroniske lidelser i den vestlige del af Region Midtjylland

Kommuner, Hospitalsenhed Vest**, de praktiserende læger og patientforeningerne samarbejder om at etablere uddannelsesstilbud til mennesker med kroniske sygdomme.

Målgruppe

Uddannelses tilbuddene henvender sig til mennesker, som har diabetes 2, hjertesygdom eller kronisk lungelidelse.

Rammer for uddannelsen

Der er uddannelses tilbud i hospitalsregi for indlagte og ambulante patienter. Hospitalernes uddannelses tilbud følges op i kommunen af tilbud, hvor der er mere fokus på, hvordan det er at leve et dagligliv med en kronisk sygdom. I kommunerne tilbydes der endvidere uddannelse til mennesker med kroniske sygdomme på tværs af diagnoser, hvor fokus er en kombination af faglig viden og viden om, hvordan man kan lære at leve med en kronisk lidelse.

Lærings- og mestringspædagogik

Uddannelserne tilrettelægges ud fra et lærings- og mestringskoncept, udviklet og afprøvet i Norge. Der er to centrale principper i læring og mestring:

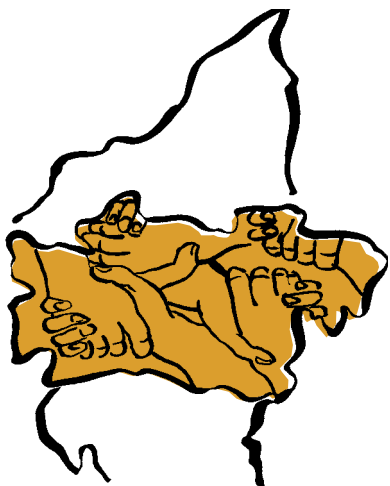


- Uddannelse af mennesker med kroniske lidelser
- Kompetenceudvikling af underviserne

En sundhedsfaglig person tilrettelægger og gennemfører uddannelsesforløbet sammen med en erfaren patient, hvilket indebærer, at faglig viden og erfaringsviden indgår på lige fod i uddannelsen – med udgangspunkt i deltagerens behov. I uddannelsen lægges der vægt på at styrke deltagerens evne til at mestre livet med kronisk sygdom og styrke deltagerens handlekraft.

Doris Nørgaard/Red.

**De fem regionshospitaller i Herning, Holstebro, Ringkøbing, Tarm og Lemvig.



Sundhedsaftalerne - erfaringer og fremtid

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde/
Kommunesamarbejde og Sundhedsaftaler, Region Midtjylland

Den 30. marts 2007 blev alle sundhedsaftaler mellem kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland indsendt til Sundhedsstyrelsen. Det skete via styrelsens hjemmeside på en særlig udviklet 'elektronisk blanket'. Indberetningsmetoden udtrykker meget godt den metodik, Sundhedsstyrelsen efterfølgende foretager vurderingerne af de indsendte sundhedsaftaler på: minutøst, grundigt – og meget bureaukratisk. Der er knyttet et sæt af forventninger til sundhedsaftalerne, fordi de indgås med mindst tre formål:

1. Et politisk dokument mellem kommuner og region
2. Et praktisk arbejdsredskab mellem sundhedspersonale i kommuner, regioner og praksissektor
3. Et lovpligtigt dokument, der skal opfylde visse formkrav formuleret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og administreret af Sundhedsstyrelsen.

Med så mange involverede dannes der tilsvarende mange sæt af forventninger – og så risikerer man, at det går galt. Det *gik* ikke galt i denne vurderingsproces – men det skyldes smidighed i allersidste øjeblik, og måske en vis portion stædighed fra regionens og kommunernes side. Der er meget at lære af denne sidste bureaukratiske øvelse, og det er den, der kan danne grundlag for et fremtidigt frugtbart samarbejde mellem kommuner, region og Sundhedsstyrelse.

Sundhedsstyrelsens behandling af sundhedsaftalerne

Allerede da bekendtgørelsen blev udsendt, lå skabelonen for sundhedsaftalerne klar: seks

kapitler med et bestemt indhold, der kommer i en bestemt rækkefølge. Der er vist ræson i, at Sundhedsstyrelsen gerne ser, at sundhedsaftalerne i deres grundstruktur ser ens ud. Det gør deres vurderingsarbejde og sammenligninger i øvrigt noget lettere.

Ingen, heller ikke Sundhedsstyrelsen, havde dog på forhånd gjort sig klart, hvordan det egentlige vurderingsarbejde i praksis skulle foretages. Da aftalerne ankommer i Sundhedsstyrelsens elektroniske postkasser, går man i gang. Først udarbejder man et egentlig tjekskema til brug for vurderingsarbejdet. Dernæst danner man grupper af medarbejdere, der skal vurdere sundhedsaftalerne fra de enkelte regioner. For at sikre, at vurderingerne bliver nogenlunde ens på tværs af landet, indgår medarbejderne i flere grupper. Tilsvarende vurderer medarbejderne også emnemæssigt på tværs af samtlige sundhedsaftaler, så vurderingen også på den led bliver ensartet. Efter således at have garderet sig begynder Sundhedsstyrelsen vurderingsproceduren. Resultatet er kendt i kommuner og regioner. Sundhedsaftalerne bliver godkendt, men under forudsætning af at en række ændringer foretages, og at de reviderede aftaler indsendes 1. april 2008. Tre overordnede forhold skal tages med i betragtning ved revisionen:

1. Informationsstrategi må ikke udelukkende baseres på internettet
2. Sikring af koordinering og styring af kapaciteten mellem kommuner og region skal tilføjes
3. Parterne skal mere præcist beskrive, hvordan der følges op på aftalen.

Sundhedsstyrelsen har derefter en meget detaljeret gennemgang af sundhedsaftalerne. Over ca. seks sider beskrives, hvilke ændringer Sundhedsstyrelsen finder nødvendige for at kunne godkende aftalerne uden forbehold.

Men her 'kortsletter' bureaukratiet. Sundhedsaftalerne består af seks obligatoriske kapitler:

1. Udskrivningsforløb
2. Indlæggelsesforløb
3. Træningsforløb
4. Hjælpeområdeområdet
5. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
6. Indsats for mennesker med sindslidelser.

Sundhedsstyrelsen koncentrerer vurderingen om disse obligatoriske områder og forholder sig ikke til de frivillige kapitler, der er udarbejdet i Region Midtjylland: *Økonomi og Forskning & Udvikling*. I blandt andet kapitlet om økonomi kunne Sundhedsstyrelsen have hentet nogle af de nødvendige informationer om opfølgning på aftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget reagerer

To forhold er afgørende for, at Sundhedsstyrelsens vurderingskrivelse afstedkommer en reaktion. For det første fordi resultatet ikke stemmer overens med forventninger hos regionale og lokale politikere. For det andet fordi den måde, Sundhedsstyrelsen vurderer sundhedsaftalerne ikke falder i god jord hos politikere og embedsmænd lokalt og regionalt. I skrivelsen fra Sundhedskoordinationsudvalget for Region Midtjylland påpeges det bl.a.:

1 At kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland vil gå i gang med den planlagte revision af sundhedsaftalerne i 2007/2008 af de spor, der er aftalt, og vi vil i den forbindelse skele til Sundhedsstyrelsens tilbagemeldinger.

2 At overholdelse af tidsfristen for indsendelse af de reviderede aftaler ikke må stå i vejen for en god proces imellem kommunerne og Region Midtjylland. Det er således ikke sikkert, at kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland er klar til at indsende reviderede aftaler allerede 1. april 2008. I forlængelse heraf foreslår kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland, at fristen sættes til 1. april 2009.

3 At det er betænkeligt at en aftale, der er godkendt af to demokratisk valgte politiske organer, ændres af statslige embedsmænd. I forlængelse heraf kan det anføres, at det er i strid med bilaget ("Principper for decentral styring") til kommunernes økonomiaftale fra juni måned i år.

Hvordan kunne det nu komme så vidt? Skal der nu også føres 'krig' mod Sundhedsstyrelsen ved siden af at få det gode samarbejde mellem kommuner og region til at fungere? Nej, heldigvis.

Sundhedsstyrelsen svarer

Sundhedsstyrelsen skriver til samtlige kommuner og regioner i begyndelsen af juli, at fristen for at indsende de reviderede sundhedsaftaler flyttes til 1. oktober 2008. Samtidig er tonen i brevet ændret. Der tales således ikke om at omskrive sundhedsaftalerne, men at: "Det vil [...] være tilstrækkeligt at indsende sundhedsaftalen med markering af tilføjelserne."

Nedtoningen af Sundhedsstyrelsens ambitionsniveau for de reviderede aftaler – især til

den del, der handler om tidsfristen for indsendelse – er den administrative redning for, at der kan gennemføres en fornuftig revidering. Havde Sundhedsstyrelsen fastholdt den oprindelige deadline, ville man udløse det samme hastværk, der var gældende for gennemførelsen af den første sundhedsaftale.

Symptomer og behandling: Sundhedsaftalerne indlagt til observation

Sundhedsaftalerne skal – som tidligere nævnt – kunne det hele. Det er en indbygget styrke og svaghed ved aftalesystemet. En styrke fordi man får alle aftaler på sundhedsområdet mellem lokale/regionale sundhedsmyndigheder samlet og aftalt ét sted. En svaghed af den grund der lige er skitseret: Sundhedsstyrelsen fik ikke det, de regnede med/havde håbet på, fordi kommuner og regioner i første omgang tænkte på sundhedsaftalerne som et dialog- og arbejdsredskab mellem de to myndigheder. På det lokale og regionale politiske niveau er der stor begejstring for sundhedsaftalerne. Til trods for at der er tale om 1. generationsaftaler. Rammerne for sundhedsaftalerne er således ikke nær udnyttet, og det erkendes politisk og administrativt over en bred kam. Pointen er efterfølgende, at hvis sundhedsaftalerne skal anvendes offensivt og konstruktivt mellem kommuner/region og Sundhedsstyrelse, så må Sundhedsstyrelsen også indgå i en fremtidig dialog om, hvordan vurderingerne af sundhedsaftalerne skal foregå. Sundhedsstyrelsen må altså 'sats' lidt på det regionale/lokale samarbejde, og så holde eventuelle 'ulve' fra Slotsholmen stangen så længe. Fra regional/lokal side er vi til gengæld nødt til at anerkende, at Sundhedsstyrelsen er underlagt et statsligt bureaukati, 'vi' ikke interesserer os synderligt for. Det kan godt være, at vi bliver nødt til det fremover.

Kronikerindsats som lakmusprøve

Indsatsen over for borgere med kroniske lidelser bliver på mange måder udfordringen for det samlede sundhedsvæsen. Det kan også blive en udfordring for sundheds-

aftalesystemet – og den bureaukratiske vurderingsprocedure. Det vil vise sig, når Sundhedsstyrelsen skal tage stilling til, hvorvidt en regional/lokal samlet indsats på kronikerområdet kan indskrives i et nyt kapitel, eller det skal indskrives i de eksisterende obligatoriske kapitler. Fra regional/lokal side vil der være et ønske om at fremhæve indsatsen, men det vil betyde en ændret vurderingsprocedure i Sundhedsstyrelsen.

Fremtidens sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne er kommet for at blive. Men de har ikke fundet deres endelige form (og det behøver de vel strengt taget heller ikke at gøre). Spørgsmålet er, om landet ikke er stort nok til at have fem sæt sundhedsaftaler opbygget efter tilpassede regionale/lokale behov, som Sundhedsstyrelsen så efterfølgende må vurdere? Det skulle jeg mene. Et yderligere argument er nemlig, at sundhedsaftalerne så efterfølgende lettere vil kunne opfylde de tre formål, denne artikel blev indledt med at beskrive. ■



LINK

Der kan læses mere om sundhedsaftalerne på Region Midtjyllands hjemmeside:
www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne

LÆS MERE

Sidste nummer af *Liv* i regi Århus Amt (nr. 3, 2006) havde "Sundhedsaftaler i Region Midtjylland" som tema. Magasinet kan ses på Center for Folkesundheds hjemmeside:
www.folkesundhed-midt.dk (under *Genveje* nederst på siden), eller rekvireres ved henvendelse til redaktionen.

Nyhedsbrevet som udviklede sig til at være et blad

mi(d)t Liv har en lang forhistorie og begyndte som et *Nyhedsbrev Liv* i 1994 i regi af Århus Amt, et nyhedsbrev som siden udviklede sig til at være et blad med tematiserede emner om sundhedsfremme og forebyggelse.

Gamle numre af bladet *Liv* kan rekvireres fra *mi(d)t Liv*-redaktionen, så længe lager haves.

2006	Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Sundhedsaftaler i Region Midtjylland Tema: Uddannelser i Folkesundhed Tema: Krop, mad og bevægelse – udvikling og strategi
2005	Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Tobaksforebyggelse og indsats. Udvikling og strategi Tema: Diætister – Aktører i det forebyggende arbejde Tema: Samarbejde mellem praktikere og forskere
2004	Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	<i>Hvordan har du det?</i> Tema: Sociale netværk og sundhed Tema: Sundheds- og patientskoler <i>Hvordan har du det?</i> Tema: Alkoholvaner
2003	Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Prostitution <i>Hvordan har du det?</i> Tema: Krop, mad og bevægelse Tema: Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet
2002	Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	<i>Hvordan har du det?</i> Tema: Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed <i>Hvordan har du det?</i> Tema: Rygevaner og rygeophør Tema: Forebyggelse af ulykker
2001	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Forebyggelse på sygehuse Tema: Diskrimination i Sundhedsvæsenet Tema: Ældreliv Tema: Arbejde, trivsel og sundhed – nye tendenser
2000	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Børns psykiske trivsel Tema: Unge, sex og sundhed Tema: Folkesundhed – strategi og udvikling Tema: Dansk Alkoholkultur. Nydelse eller afhængighed
1999	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Skolebørns trivsel og vilkår Tema: Selvmordsforebyggelse Tema: Sundhedsfremme og forebyggelse: Nye tendenser Tema: Det sundhedsfremmende sygehus
1998	Nr. 4 Nr. 2/3 Nr. 1	Tema: Graviditet, fødsel og barselsperiode Tema: Tobak og sundhed Tema: Mad og kultur
1997	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Arbejdsfastholdelse og sygefravær Tema: Hjerneåret med fokus på ældre (Uden særskilt tema) Tema: Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge
1996	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Sundhedsplanlægning Tema: Sundhedsprofiler som redskab i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde Tema: Sundhedsfremme, forebyggelse og lokalsamfundet Tema: Sociale netværk forebygger og helbreder
1995	Nr. 4 Nr. 3 Nr. 2 Nr. 1	Tema: Sundhedsfremme og forebyggelse – Indsats, målgruppe og metode Tema: Ældre og forebyggelse Tema: Sundhedsplanlægningen Tema: Børns og børnefamiliers sundhed
1994	Nr. 2 Nr. 1	Tema: Forebyggelse af Muskel- og skeletsygdomme (Uden særskilt tema) – 1. udgivelse