



**FREDENSBORG**  
KOMMUNE

# **Kortlægning af tilbud til kronisk syge i Fredensborg Kommune, januar 2017.**



## Baggrund

Forebyggelsesrådet i Fredensborg Kommune har på mødet den 25. oktober 2016 anmodet administrationen om at tilvejebringe en kortlægning af, hvordan de eksisterende kommunale tilbud på kronikerområdet anvendes i kommunen.

Kortlægningen er udarbejdet af udviklingskonsulent Pia Sølbeck-Nielsen i samarbejde med forløbskoordinator Gitte Andersen, Centerleder Kirsten Almdal samt demenskoordinatorerne Lisbeth Bøgeholdt og Anne Sejer.

Det er planlagt, at kortlægningen forelægges Forebyggelsesrådet på det første møde i 2017.

## Forløbsprogrammer i Fredensborg Kommune

I Fredensborg Kommune findes der forløbsprogrammer inden for følgende områder jf. Sundhedsaftale 2015-2018 i Region Hovedstaden og kommunerne i Regionen:

- KOL
- Type2diabetes
- Hjerte-karsygdomme
- Lænde-ryg
- Kræft
- Demens

## Forankring

For de 5 førstnævnte forløbsprogrammer gælder, at de er forankret i Træning og Rehabilitering under ledelse af Benedicte Fenger.

Forløbsprogrammet for borgere med demens bosiddende på plejecenter er forankret på Pleje- og Aktivitetscenter Benediktehjemmet i Fredensborg under ledelse af Kirsten Almdal mens borgere i eget hjem varetages af demenskoordinatorerne Anne Sejer og Lisbeth Bøgeholdt.

Forløbsprogrammerne for KOL og Type2diabetes i Fredensborg Kommune blev evalueret i 2013. I denne evaluering blev der peget på en del områder, der med fordel kunne udvikles. Dette har afstedkommet flere organisatoriske ændringer. Blandt andet betød det, at der i Træning og Rehabilitering blev ansat en fysioterapeut som forløbskoordinator i november 2014. Denne organisering har betydet en positiv udvikling for det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde og at udvikling af nyere tiltag er hurtigere bliver forankret i Træning og Rehabilitering.

## Tilbuddet

- Forløbet bliver individuelt tilrettelagt og er ikke diagnosespecifikt men opdelt efter borgernes funktionsniveau. Alle borgere, der er fyldt 18 år, og har en kronisk sygdom kan henvises til forløbet.



- Forløbsprogrammene for KOL, Type2diabetes, Hjerte-karsygdomme, Lænde-ryg og kræft er implementeret således, at borgeren bliver tilbudt et træningsforløb på op til 12 uger, hvor der er løbende optag. Borgeren tilbydes træning 2 gange om ugen af én times varighed samt diagnosespecifik undervisning og patientuddannelse i forhold til at leve med en kronisk sygdom.
- Udover træning og undervisning tilbydes borgerne praktisk madlavning og samtale med en diætist som en del af tilbuddet, hvis der vurderes at der behov for det. Herudover er det muligt for borgeren at deltage i f.eks. rygestopkursus.
- Når borgeren henvises fra hospital eller praktiserende læge inviteres borgeren til en individuel afklarende samtale. Borgerens forløb planlægges herefter ud fra borgerens individuelle behov.
- Borgere som ikke er holdegnede tilbydes et individuelt forløb i hjemmet med fokus på at klare sig bedst i hverdagen. Et forløb kan også bestå af et kort individuelt forløb efterfulgt af et holdtilbud.
- Afhængig af funktionsniveauet starter borgeren på et Guld, Sølv, Bronze eller Platinhold, hvor Guldholdet repræsenterer borgere med højst funktionsniveau - både fysik og psykisk. Platinholdet fungerer både som et indslusningstilbud til borgere, som har brug for meget støtte og som et bufferhold, hvis kapaciteten på et af de andre hold er for lille i en periode. På Guld, Sølv og Bronzeholdene er deltagerantallet op til 12 deltagere, hvorimod der er langt færre deltagere på platinholdet.
- Herudover er der i tilbuddet tilknyttet to ergoterapeuter til at støtte de ressourcetsvage borgere og til at varetage træningen til borgere med hoved-hals cancer, som har med synke- og spiseproblemer. Ergoterapeuterne og fysioterapeuterne har blandt andet mulighed for at tage på hjemmebesøg, tilbyde støtte til hverdagsrehabilitering samt "tablet understøttende" træning.
- Typisk er borgerne med Type2diabetes 55-60 år, hjerte-kar 50-70 år og KOL 60+ år, når de tilbydes et forløbsprogram. For kræft gælder det, at aldersgruppen er meget bred, der ses dog en stor gruppe af erhvervsaktive omkring 45 år og især en del mænd 65+ årige med tarm, prostata eller lungekræft. I forhold til lænde-ryg er der ligeledes stor aldersspredning. Også her er der mange i den erhvervsaktive alder samt mange 65+ årige, som på grund af mange års rygproblematikker er stærkt funktionsbegrænsede eller nedslidte.

### **Minimums standarder**

Fredensborg Kommune opfylder minimumsstandarderne for forløbsprogrammerne med undtagelse af forløbsprogrammet for Kræft.



I forhold til forløbsprogrammerne omkring kræft arbejdes der på at få formaliseret tilbuddet omkring information og psykosocial og eksistentielle/åndelige støttetilbud samt sociale interventioner i henhold til kræftpatientens arbejde. Hertil kommer at det er sygeplejersken, som deltager i tværfaglige konferencer og koordineringsmøder mens forløbskoordinatoren ikke deltager.

### **Deltagelse**

- Borgerne henvises enten fra hospitalet eller praktiserende læge via Sundhedsloven §119 til forløbsprogram (også kaldet en ref01). Herudover henvises borgere, der har været indlagt med KOL i exacerbation via en §140 (genoptræningsplan) og trænes via forløbsprogrammet.
- Borgere der udebliver til den indledende afklarende samtale, bliver kontaktet af Træning og Rehabilitering mhp. på ny samtale.
- Der er stor forskel i forklaringen på, hvorfor borgeren ikke ønsker at blive henvist til tilbuddet. Som årsag bliver blandt andet fremhævet, at tilbuddet ligger i dagtiden, på plejecentre, det er ikke lokalt, der er ikke tilskud til transport, der er ikke et tilbud til ikke etniske danske kvinder.
- Kommunen tilbyder borgere i den erhvervsaktive alder, der ikke kan deltage i holdtræning, at de instrueres til selvtræning, så de kan træne uden for arbejdstiden. Herudover tilbydes de opfølgning med fysioterapeut og deltagelse i diagnosespecifik undervisning. Der er dog kun få borgere, der har taget imod dette tilbud.

### **Antal henviste 2016**

- KOL – 30 borgere
- Type2diabetes – 50 borgere
- Hjerte-karsygdomme – 55 borgere
- Lænde-ryg – 191 borgere
- Kræft – 97 borgere

### **Antal gennemførte 2016**

- KOL – 26 borgere (herudover har 2 ikke gennemført tilbuddet)
- Type2diabetes – 42 borgere (herudover har 8 ikke gennemført tilbuddet)
- Hjerte-karsygdomme – 43 borgere (herudover er 8 faldet fra i forløbet)
- Lænde-ryg, 121 gennemførte (herudover har 22 ikke gennemført og 6 udeblevet).
- Kræft – 61 (herudover er 14 døde i forløbet og 8 har ikke gennemført af andre årsager).

### **Demens**

Fredensborg Kommune har ét demenscenter Pleje- og Aktivitetscenter Benediktehemmet i Fredensborg, hvor borgere med demens kan visiteres til



plejebolig. Der er 56 pladser på Benediktehjemmet, hvoraf de 8 pladser er til borgere med særlig svær demens. Udover at borgerne visiteres fra eget hjem, overføres borgerne også en gang i mellem fra kommunens øvrige centre pga. af særlige behov. I 2016 fik Benediktehjemmet 11 nye beboere.

Benediktehjemmet arbejder blandt andet med blomstringsuniverset, Marte Meo og har meget fokus på den rette stimulering, livshistorie og døgnrytmeplan. Benediktehjemmet har ansat pædagoger, sygeplejersker og sosu-medarbejdere. Herudover er der et frivillignetværk på 12 friville, som også driver samværsgrupper og aktiviteter på plejecentret. Benediktehjemmet har fået tildelt satspuljemidler og skal i sommeren 2017 have opført en sansehøve. Kommunens øvrige plejecentre har også borgere med demens boende – Ca. halvdelen af borgerne på kommunens øvrige plejecentre er demente.

I forhold til borgere med demens i eget hjem er der følgende indsatser/tilbud:

- Besøg af demenskoordinator pr. ½ år eller efter behov.
- Tirsdags café hver anden tirsdag for demente og pårørende.
- Aflastning i hjemmet.
- Aflastning på Pilebo, Pleje- og Aktivitetscenter Lystholm, Fredensborg (1 plads siden 1. maj 2016 – fuldt booket).
- Temaaftener omkring demens
- Daghem på Pleje- og Aktivitetscenter Øresundshjemmet i Humlebæk (18 borgere om ugen fordelt på forskellige ugedage) og på Pleje- og Aktivitetscenter Benediktehjemmet i Fredensborg (10 pladser pr. dag). Birkeholm (daghem) på Pleje- og Aktivitetscenter Egelunden i Kokkedal for borgere med demens bosiddende i Nivå og Kokkedal (Birkeholm har 2 enheder med 6-8 pladser i hver). Borgere til daghem visiteres fra visitationen.

Demenskoordinatorerne har ca. 320-350 borgere med demens, som de besøger. Demenskoordinatorerne har ligeledes pårørendegrupper, individuelle samtaler, supervision/rådgivning/vejledning til pårørende og medarbejdere samt Marte Meo forløb.

Demenskoordinatorerne kan kontaktes af både borger, pårørende, praktiserende læge, personale, visitationen mm.