



Det Gode Liv med kronisk sygdom

Aabenraa Kommunes handleplan
for forebyggelsestilbud til borgere
med kronisk sygdom



**”Borgere, der kan selv, skal selv.
Aabenraa Kommune vil støtte denne gruppe
af borgere med hjælp til selvhjælp, så borgeren
lykkes med at tage ansvar for egen sundhed
og også gerne medansvar for andres sundhed”**

Politisk forord

Det er Aabenraa Kommunes mission at medvirke til at skabe Det Gode Liv for og med kommunens borgere.

En stigende andel af borgerne i kommunen lever med en eller flere kroniske sygdomme, og det kan påvirke muligheden for at leve et godt liv.

For de fleste medfører en kronisk sygdom nedsat livskvalitet i form af begrænsninger i hverdagen, funktionstab og risiko for social isolation. For nogle kan sygdommen endda være livstruende.

Der er derfor behov for en styrket indsats for at sikre, at kommunen kan understøtte, at også borgere med kronisk sygdom får de bedste betingelser for at leve gode liv.

Denne handleplan har til formål at sikre, at kommunens borgere med kronisk sygdom har adgang til fleksible og målrettede tilbud, der tager højde for den enkeltes persons livssituation, ressourcer og behov.

Handleplanen tager udgangspunkt i gældende kvalitetsstandarder og forløbsprogrammer, men sætter samtidig også rammen for den fremtidige udbygning, prioritering og udvikling af de kommunale indsatser og tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget har i arbejdet med handleplanen hentet inspiration fra andre kommuner og fra eksperter på området, f.eks. Steno Diabetes Center Odense.

På et dialogmøde med repræsentanter fra de lokale patientforeninger, Aabenraa Kommunes seniorråd, Sygehus Sønderjylland og praktiserende læger kom der desuden mange gode input, som har været med til at forme handleplanen.

Udvalget tror på, at handleplanen i de kommende år kan understøtte samspillet mellem borgerne i risiko for eller med kronisk sygdom og de aktører, der kan støtte borgeren til Det Gode Liv med kronisk sygdom.

**Jan Kørpe Christensen, formand for
Sundheds- og Forebyggelsesudvalget**

Det Gode Liv

for borgere med kronisk sygdom

Ambition

Det vil vi:

Borgere med kronisk sygdom har adgang til fleksible og målrettede forebyggelsestilbud, der tager højde for den enkelte persons livssituation, ressourcer og behov

Situation

Det ser vi:

Flere borgere lever med kronisk sygdom

Indsats

Det gør vi:

Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser

Fokusområder

Det styrker vi:

Indsatsen forstærkes på disse områder:

Støtte forskellige borgere på forskellig vis

Støtte flere borgere med kronisk sygdom

Udnytte velfærds-teknologiske og digitale muligheder

Gøre brug af naturen

Samarbejde på tværs af aktører

Støtte borgeren i at komme godt videre

Handleplanens indhold

Det Gode Liv for borgere med kronisk sygdom er det overordnede formål og styrende for handleplanen.

Det vil vi:

I afsnittet **Det vil vi** beskriver vi vores ambition for området, nemlig at borgere med kronisk sygdom har adgang til fleksible og målrettede forebyggelsestilbud, der tager højde for den enkelte persons livssituation, ressourcer og behov.

Det ser vi:

I afsnittet **Det ser vi** beskriver vi den væsentligste udfordring, som udgør bagtæppet for handleplanens fokusområder, nemlig at stadigt flere borgere lever med kronisk sygdom. Det er en udvikling, vi har kunnet se i et stykke tid, og som vi forventer fortsætter.

Det gør vi:

I afsnittet **Det gør vi** beskriver vi den nuværende indsats i form af Aabenraa Kommunes sundhedscenters tilbud om patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser.

Det styrker vi:

I afsnittet **Det styrker vi** angiver vi, hvordan vi inden for de seks fokusområder ønsker at videreudvikle og styrke de forebyggende indsatser for borgere med kronisk sygdom.



Det vil vi

Borgere med kronisk sygdom har adgang til fleksible og målrettede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, der tager højde for den enkelte persons livssituation, ressourcer og behov.

Borgerne har ansvaret for deres egen sundhed, men når borgeren rammes af kronisk sygdom, vil Aabenraa Kommune støtte og hjælpe borgeren og deres pårørende til at håndtere de udfordringer, en kronisk sygdom kan føre med sig.

Aabenraa Kommune vil være tilgængelig for alle borgere med kronisk sygdom. Kommunen vil tilbyde forskellige indsatser, der er tilpasset borgerens livssituation, behov og sundhedskompetencer.

I den kommunale indsats er hensigten at handle kompetent og rettidigt med respekt og værdighed for borgeren. Ud fra den rehabiliterende tilgang vil kommunen styrke og bevare borgerens sundhedskompetence og egne ressourcer til at mestre egen livssituation og hverdag.

Kommunens indsats skal være fleksibel i mødet med borgeren, så flest mulige borgere i Aabenraa Kommune formår at skabe "Det gode liv".

Definition af kronisk sygdom:

Vedvarende sygdom med blivende følger, hvor der er forandringer, som ikke kan forbedres, og hvor der er behov for rehabilitering og langvarig behandling eller pleje.

Det ser vi

Flere borgere lever med kronisk sygdom.

I Aabenraa Kommune oplever vi ligesom i resten af Danmark, at antallet og andelen af borgere med kronisk sygdom stiger. Det skyldes bl.a., at risikoen for at udvikle kronisk sygdom er højere, jo ældre man er, og at vi i gennemsnit lever længere og andelen af ældre i befolkningen stiger.

Samtidig medfører de forbedrede behandlingsmuligheder, at flere lever længere med kronisk sygdom.

Ser vi på fire udbredte kroniske sygdomme, viser tallene højere forekomster af sygdommene i Aabenraa Kommune sammenlignet med nationale tal. Nationalt ser man en stigning i forekomsten af Type-2 diabetes, hjertekarsygdom og kræft, og et lille fald i forekomsten af KOL.

	Aabenraa Kommune
Type-2 diabetes	4.220 borgere i 2023 8,9% af voksne 43% kvinder – 57% mænd
KOL – (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)	2.125 borgere i 2022 4,6% af voksne 51% kvinder – 49% mænd
Hjertekarsygdom	5.888 borgere i 2018 12,8 af voksne 44% kvinder – 56% mænd
Kræft	3.704 borgere i 2021 8% af voksne

Figur 1: Forekomst og kønsfordeling af udvalgte kroniske sygdomme i Aabenraa Kommune. Kilder: Diabetesforeningen, Sundhedsdatastyrelsen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse.



Det gør vi

Patientrettet forebyggelse samt forebyggende og sundhedsfremmende indsatser

Det er kommunens opgave at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Disse opgaver løses i Aabenraa Kommune primært i kommunens sundhedscenter.

Sundhedscentret tilbyder indledningsvis en afklarende samtale, hvor borgeren i samråd med medarbejderen finder frem til, hvilke tilbud borgeren har behov for, og hvad kommunen kan tilbyde. Mulighederne er bl.a.:

- Kom godt videre-forløb for borgere over 18 år med KOL, Type 2 diabetes, hjertekarsygdom og claudicatio intermittens ('vindueskigger-syndrom').
- Kræftrehabilitering
- Ryge- og nikotinstop (individuel, i gruppe, pr. telefon og digitalt)
- Diætvejledning
- Vægtvejledning
- Vejledning vedr. tvangsoverspisning (BED)
- 'Lær at tackle kurser':
 - Lær at tackle kroniske smerter
 - Lær at tackle angst og depression
 - Lær at tackle hverdagen som pårørende

- Lev et godt liv med leddegigt
- Depressionsforløb
- Digital vejledning.

Fælles for forebyggelsestilbuddene er, at de formidles med sundhedspædagogisk indsigt, og at borgeren inddrages på en aktiv måde.

Sundhedscentret har igennem de senere år oplevet en øget tilgang af borgere med kronisk sygdom. Borgerne henvises til de forebyggende, kommunale indsatser både fra sygehuset og fra de praktiserende læger.

Afklarende samtaler	2015	2022	Stigning
Diabetes	77	162	110%
Hjerte	44	130	195%
KOL	46	80	74%
Kræft	41	92	124%

Figur 2: Udvikling fra 2015 til 2022 vedr. afholdte indledende samtaler af kroniske sygdomme i Aabenraa Kommunes Sundhedscenter

Da forekomsten af kronisk sygdom stiger med alderen og antal og andel af ældre borgere i kommunen stiger, forventer vi, at udviklingen vil fortsætte.



”Borgere, der i mindre grad kan mestre livet med kronisk sygdom, støttes, vejledes og hjælpes på vej”

Det styrker vi

Indsatsen forstærkes på disse områder:

Vi støtter forskellige borgere på forskellig vis

Borgere, der kan selv, skal selv.

Aabenraa Kommune vil støtte denne gruppe af borgere med hjælp til selvhjælp, så borgeren lykkes med at tage ansvar for egen sundhed og også gerne medansvar for andres sundhed.

Borgere, der i mindre grad kan mestre livet med kronisk sygdom, skal støttes, vejledes og hjælpes på vej.

I tilfælde af at borgeren har svært ved at møde frem til kommunens tilbud af fysiske eller mentale årsager, imødekommes borgeren så vidt muligt ved at tilbuddet "kommer til dem".

Ved udeblivelser er kommunen som udgangspunkt opsøgende på at opnå kontakt til borgeren og forstå, om der er særligt behov for at understøtte borgerens sundhedskompetencer.

På den måde skabes et differentieret tilbud, der er tilpasset borgerens livssituation og sundhedskompetencer.

Vi støtter flere borgere

Vi skal være klar til at støtte flere borgere, ikke kun fordi der bliver flere borgere i de målgrupper, vi allerede hjælper, men også fordi støtten udvides til flere målgrupper.

Over årene er der kommet nye diagnoser til som kommunen har skulle udvikle forebyggelsestilbud til bl.a. pga. de ændrede

arbejdsdelinger formaliseret i forløbsprogrammerne mellem region og kommuner.

F.eks. overgik hjerterehabilitering fra regionen til kommunen i 2020, hvor det blev kommunens opgave at give borgerne træning og undervisning i mestring af egen sygdom.

Det forventes, at denne tendens vil fortsætte fremover i takt med omstillingen til det nære sundhedsvæsen.

Vi udnytter velfærdsteknologiske og digitale muligheder

I takt med øget digitalisering og velfærdsteknologi vil Aabenraa Kommune anvende dette som redskab til at kunne imødekomme den forventede øgede efterspørgsel på sundhedstilbud.

Selvhjælpsløsninger inddrages til de borgere, der har gavn af at bruge dem, og som i udgangspunktet kan og gerne vil håndtere mest muligt selv. Det gælder bl.a. digitale sundhedsløsninger og velfærdsteknologi, der kan understøtte borgerens gode liv.

Udgangspunktet for brugen er den enkeltes borgers digitale sundhedskompetence.

Vi gør brug af naturen

Aabenraa Kommunes natur er en særlig ressource, der kan udnyttes endnu mere i kommunens forebyggelsestilbud.

Naturen inddrages allerede i den fysiske træning og i depressionsforløb.

Naturen og aktiviteter i naturen skal inddrages i flere forløb og overfor flere borgere. Dels for at opnå flere af de effekter, som naturoplevelser kan have for borgere med kronisk sygdom, men også for at styrke brobygningen til de mange frivillige tilbud omkring aktivitet i naturen, der findes i kommunen.

Vi samarbejder på tværs af aktører

Aabenraa Kommune kan ikke skabe gode rammer for sundheden alene, så samarbejde mellem en række forskellige aktører er afgørende for, at kunne lykkes.

Aabenraa Kommune vil styrke borgerens oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samarbejde på tværs af kommunale områder og på tværs af sektorer og aktører. Kommunen vil samarbejde med og bygge bro til frivillige fællesskaber og foreninger, der understøtter det gode liv med en kronisk sygdom.

De redskaber og handlekompetencer, som borgeren opnår i det kommunale forløb, fastholdes bedst, når borgeren støttes af pårørende, netværk og/eller nogle af de mange frivillige netværk og tilbud, der findes i kommunen.

Aabenraa Kommune har som ambition, at flest mulige samarbejdspartnere kender til forebyggelsestilbuddene og derved har mulighed for at henvise til Aabenraa Kommunes Sundhedscenter.

Vi støtter borgeren til at komme godt videre

Fastholdelse af nye vaner er nemmest, når det sker sammen med andre, der kan hjælpe med at holde fast – også når det bliver svært.

Fremadrettet vil kommunen i endnu højere grad foretage en individuel og håndholdt opfølgning i slutningen af forløbet ved de borgere, der har behov for det. Denne form for brobygning skal skabe de bedste forudsætninger for, at borgeren kan fortætte i andre tilbud i f.eks. patientforeninger, privat regi, frivillige fællesskaber eller andre kommunale tilbud.

Det er afgørende for succes af de kommunale forebyggelsestilbud, at borgeren ikke oplever, at den samlede indsats stopper, når tilbuddet er gennemført, men at nye fællesskaber kan hjælpe med at sikre det gode liv med kronisk sygdom.



