

# Strategi for borgere med kronisk sygdom i Assens Kommune



ASSENS  
KOMMUNE

# Borgere som er i risiko for eller lever med en kronisk sygdom

- Ifølge Sundhedsstyrelsen lever ca. 33 % af den danske befolkning med en kronisk sygdom. Det betyder, at der i 2018 er ca. 13.000 borgere i Assens Kommune, der lider af en kronisk sygdom.
- Mennesker med kronisk sygdom er i meget forskellig grad belastet af deres sygdom. Fælles for mange er, at de på grund af deres sygdom lever med nedsat livskvalitet og risiko for forværring af deres sundhedstilstand generelt. Det betyder også, at risiko for at være på kanten af eller uden for arbejdsmarkedet er forhøjet blandt borgere med en kronisk sygdom.
- Kronisk sygdom medfører både forringet livskvalitet for de pågældende borgere og øgede udgifter for kommunen til medfinansiering af sygehusydelse, øgede udgifter til overførselsindkomster og til kommunale sundheds- og omsorgsydelse. Udviklingen i kronisk sygdom kan forebygges og forsinkes ved en proaktiv og tidlig indsats.
- Indsatsen kan opdeles i en borgerrettet generelt forebyggende indsats, hvor formålet er at undgå borgerne udvikle en kronisk sygdom. Den anden del handler om den sygdomsrettede forebyggende indsats. Her er fokus indsats til de borgere, som har en kronisk sygdom, således at de får de bedste betingelser og muligheder for at leve med sygdommen, og at forværring af sygdommen forsinkes eller undgås.



Kroniske sygdomme	Antal borgere i Assens Kommune med sygdommen i 2016
– KOL	1625
– Leddegigt	425
– Knogleskørhed	1625
– Diabetes (type 1 og 2)	1925 (heraf 200 med type 1)
– Hjerte/Kar sygdomme	
– Astma	3450

Kilde : RUKS pr. 25.09.2017

# Den gennemsnitlige levetid øges i Danmark

I Danmark bliver den gennemsnitlige levetid længere, og der bliver derfor flere ældre borgere. Det betyder samtidig, at flere og flere skal leve længere med en kronisk sygdom. Tabellen viser den forventede udvikling af aldersfordelingen blandt borgere i Assens Kommune.

## Udviklingen af antal indbyggere i Assens Kommune

Aldersgruppe	Antal indbyggere pr. 01.01.2017 (Danmarks Statistik)	Forventede antal indbyggere pr. 01.01.2027 (Assens Kommunes befolkningsprognose 2017)	Forventede antal indbyggere pr. 01.01.2045 (Danmarks Statistik – befolkningsfremskrivning 2017)
0 -64 år	32.200	30.632	28.662
65 – 69 år	2.860	2.839	2.435
70 – 79 år	4.163	4.719	5.274
80 – 89 år	1.814	2.410	3.581
90+ år	353	472	1.030
I alt	41.390	41.072	40.982



# Borgere i risiko for at udvikle kroniske sygdomme

## Den borgerrettede generelt forebyggende indsats i Assens Kommune

- Formålet med denne indsats er at undgå at borgerne udvikler en kronisk sygdom.
- Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker.
- En vigtig del af denne indsats handler om at sætte ind tidligt i borgerens liv i forhold til at skabe sunde vaner. Derfor skal der ske tidlig indsats i forhold til børn og unge.
- Nationale undersøgelser viser, at der er stor ulighed i sundheden. Borgere med lavt uddannelsesnivea, uden tilknytning til arbejdsmarkedet, psykiske sårbare m.fl. lever mere usundt i forhold til risikofaktorerne rygning, alkohol, kost og motion. Disse borgere har derfor forhøjet risiko for at udvikle en kronisk sygdom, hvilket indsatsen skal tage særligt hensyn til.



# Borgere med en kronisk sygdom

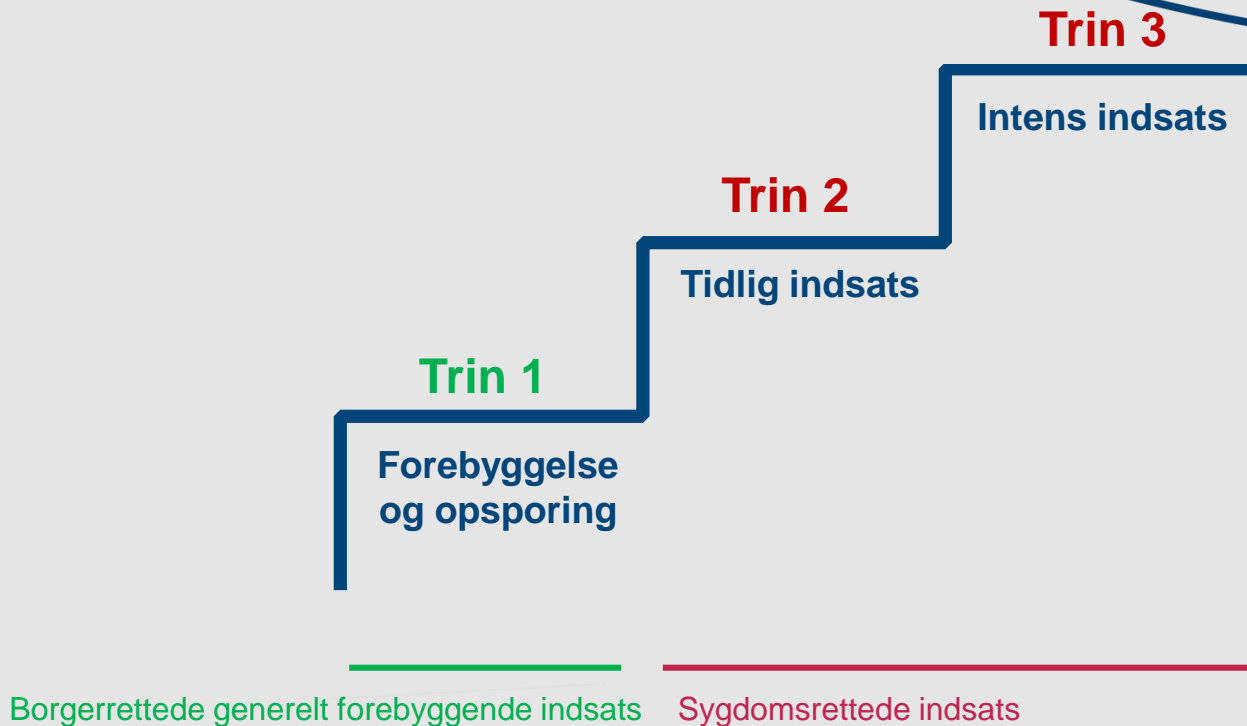
## Den sygdomsrettede indsats i Assens Kommune

- Formålet med denne indsats er, at borgere, der lider af en kronisk sygdom, får de bedste betingelser og muligheder for at leve med sygdommen, og at forværring af sygdommen forsinkes eller undgås.
- Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom samt Region Syddanmarks tværsektorielle Forløbsprogrammer danner rammen om denne indsats.
- En vigtig del af denne indsats handler om tidlig opsporing og at øge antallet af borgere, som lærer at håndtere deres sygdom selv med mindst mulig hjælp fra sundhedsvæsenet.
- Nationale undersøgelser viser, at der er stor ulighed i sundheden. Borgere med lavt uddannelsesniveau, uden tilknytning til arbejdsmarkedet, psykiske sårbare m.fl. lever mere usundt i forhold til risikofaktorerne rygning, alkohol, kost og motion. Disse borgere har derfor øget risiko for, at deres kroniske sygdom forværres, hvilket indsatsen skal tage særligt hensyn til.
- Øget samarbejde mellem kommunen, sygehus, praktiserende læger, patientforeninger og andre foreninger er helt afgørende i den patientrettede indsats.



# Indsatstrappen som strategiens omdrejningspunkt

Vi arbejder for, at borgere med en kronisk sygdom understøttes i at leve et så normalt liv så længe som muligt. Trappen illustrerer ønsket om at støtte borgeren i at blive på de laveste trin længst muligt med den mindst indgribende indsats. Dette giver borgeren størst livskvalitet og er samtidig økonomisk mest hensigtsmæssig for kommunen.



# Assens Kommune fremtidssikrer indsatsen over for borgere med kroniske sygdomme

Strategien sætter retningen for vores arbejde på området i Assens Kommune – også når der i fremtiden bliver flere borgere med en kronisk sygdom.

## Vision

I Assens Kommune vil vi mindske antallet af kronikere generelt og sikre en bedre sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme.

## Mål

– ASSENS KOMMUNE...

- Forebygger at borgere med risiko for at få en kronisk sygdom bliver syge.
- Tilpasser tilbud i forhold til borgerens ressourcer for at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed.
- Støtter borgeren i at blive så uafhængig af sundhedsvæsenet som muligt.
- Støtter borgeren i at blive på de laveste trin i indsatsrampen længst muligt med den mindst indgribende indsats.
- Arbejde mod at 9 af ud af 10 borgere med kronisk sygdom oplever, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset.



**ASSENS**  
KOMMUNE



# Strategien bygger på 4 gennemgående spor

For at lykkes med at indfri målene i denne strategi skal vi arbejde med fire spor

- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Samarbejde med borger og dennes netværk
- Samarbejde med øvrigt sundhedsvæsen herunder de praktiserende læger og andre kommuner
- Samarbejde med foreninger

Strategien udfolder de fire spor og angiver, hvilke indsatser vi skal arbejde med for at nå vores mål. For hver indsats er det beskrevet, hvad der konkret arbejdes med – og hvilke tegn vi ønsker at se, for at vi lykkes med strategien.



# Struktur for Strategien

## Visionen

Mindske antallet af kronikere generelt og sikre en bedre sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme.

ASSENS KOMMUNE...

- Forebygger at borgere med risiko for at få en kronisk sygdom bliver syge.
- Tilpasser tilbud i forhold til borgerens ressourcer for at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed.
- Støtter borgeren i at blive så uafhængig af sundhedsvæsenet som muligt.
- Støtter borgeren i at blive på de laveste indsatsstrin længst muligt.
- Arbejder mod at 9 af ud af 10 borgere med kronisk sygdom oplever, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset.

## Mål

## Strategiske spor

Forebyggelse og  
tidlig opsporing

Samarbejde  
med bøger og  
dennes netværk

Samarbejde  
Med øvrigt  
sundhedsvæsen

Samarbejde med  
foreninger

# 1

# 4

# 8

# 11

# 2

# 5

# 9

# 12

# 3

# 6

# 10

# 13

# 7

## Indsatser og konkrete handlinger/tilbud

(Uddybes på de følgende sider)

## Spør 1 – Forebyggelse og tidlig opsporing

Vi ønsker, at borgerne via tidlig sundhedsfremmende indsatser, undgår at få en kronisk sygdom, samt at opspore borgere med kronisk sygdom så tidligt, at borgeren via forebyggende tilbud kan få de bedste betingelser for at leve med sygdommen.

### # Indsats 1

Ud til borgerne  
med tilbud

### # Indsats 2

Fælles ansvar og  
øget fokus på  
sundhed

### # Indsats 3

Tilpasning af tilbud  
i forhold til  
borgerens  
ressourcer



# Spor 1 - Forebyggelse og tidlig opsporing

## Indsats #1 – ”Ud til borgerne med tilbud”

Vi sikrer, at borgerne kan få forebyggelsestilbud i nærmiljøet (der hvor de er i forvejen), fordi det styrker fremmødet og motivation for deltagelse og giver lettere adgang til, at borger efterfølgende fortsætter i et lokalt tilbud.

### Derfor arbejder vi med...

Øget rekruttering af borgere i risiko for at udvikle en kronisk sygdom til forebyggelsestilbud samt afholdelse af arrangementer om sundhedsadfærd (KRAM) og livsstilsændringer ”ude hos”:

- Sundhedsplejen (gravide og barslende)
- Institutioner og skoler
- Ungdomsuddannelser
- Produktionsskoler
- Jobcenteret
- Lægehuse og på apoteker
- Udvalgte virksomheder (flere ansatte med lavt uddannelsesniveau)
- Udsatte boligområder
- Lokalsamfund
- Via Ældreråd og Handicapråd
- Botilbud og Aktivitetstilbud for fysisk og psykisk handicappede
- Plejeboliger og Daghjem
- Myndighed Sundhed og Myndighed Social

Deltager i landsdækkende oplysningskampagner med lokal forankring (digitalt + i lokalområderne).

### Vi lykkes når...

Der ses en øget gennemførelse af arrangementer om sundhedsadfærd (KRAM) og livsstilsændringer ”ude hos” borgerne i forhold til 2017.

Flere borgere undgår at udvikle en kronisk sygdom.

Der sker en tidligere opsporing af flere borgere med en kronisk sygdom eller i risiko for at udvikle en via en øget rekruttering til kommunale tilbud i forhold til 2017.

*Antallet af børn og unge, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM faktorerne er reduceret med 50 % i 2025 (KKR-mål)*



# Spor 1 - Forebyggelse og tidlig opsporing

## Indsats #2 – ”Fælles ansvar og øget fokus på sundhed”

Vi møder borgere i risiko for at udvikle en kronisk sygdom mange steder i kommunen – den nærhed giver gode forudsætninger for forebyggelse. Jo tidligere vi sætter ind – jo større positiv effekt.

### Derfor arbejder vi for...

At etablere en fælles ”Administrativ Kontakthenvi sning” for Sundhed og Forebyggelse”, ”Børnesundhed” og Træning.

At medarbejdere, der møder borgere med risiko for at udvikle en kronisk sygdom eller som lever med en kronisk sygdom, har de rette kompetencer til at gennemføre en kort opsporende samtale. Ved behov rettes henvendelse til den ”Administrative Kontakthenvi sning”, som sørger for kontakt til borger med henblik på en ”Afklarende samtale”.

Det handler især om medarbejdere i Sundhedsplejen, Daginstitutioner, Skoler, PPR, Ungeenheden, Jobcenteret, Integration, Socialpsykiatrien, Misbrugscenteret, Bosteder for fysisk og psykisk handicappede, Daghjem, Hjemmeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg (+65 år) samt i Myndighed Sundhed og Myndighed Social.

### Vi lykkes når...

Når borger med risiko for at udvikle en kronisk sygdom eller med en kronisk sygdom oplever, at medarbejdere i Assens Kommune gennemfører en opsporende samtale. At de bliver kontaktet af en Sundhedscoach med henblik på en afklarende samtale via den ”Administrative Kontakthenvi sning”.



# Spør 1 - Forebyggelse og tidlig opsporing

## Indsats #3 – ”Tilpasning af tilbud i forhold til borgerens ressourcer”

Vi sikrer, at borgere med udfordringer udover sundhed og sygdom får særlig støtte til at kunne tage ansvar og aktiv del i egen sundhed.

### Derfor arbejder vi med...

#### At tilpasse tilbud med hensyn til:

- **Målgrupper**  
Sårbare borgere skal have særlig opmærksomhed og støtte
- **Metode**  
Individuelle/gruppe/flexhold/sprog/digitale løsninger mm og ”borger til borger” undervisning
- **Geografi**  
Tæt på borger herunder i eget hjem ved særlige behov, undersøge muligheder for ”Mobilklinik”
- **Tidspunkter**  
Der tages hensyn til, at det er muligt for borgere i job at deltage

**At inddrage pårørende** (Forældre, Bedsteforældre og andre ressourcepersoner).

### Vi lykkes når...

Når borgerne oplever, at tilbuddet er tilgængeligt, relevant og ”nyttigt” .



## Spor 2 – Samarbejde med borger og dennes netværk

Vi samarbejder med borger og dennes netværk for at understøtte de bedste betingelser og muligheder for at leve med en kronisk sygdom.

### # Indsats 4

Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør

### # Indsats 5

Pårørende som medspiller

### # Indsats 6

Udnytte velfærds teknologi

### # Indsats 7

Fælles ansvar og øget fokus på sundhed



## Spør 2 - Samarbejde med borger og dennes netværk

### Indsats #4 – ”Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør”

Borgere har forskellige ressourcer i forhold til at tage ansvar og aktiv del i at mestre egen sygdom. Vi samarbejder med borger i lyset af borgerens samlede situation med henblik på, at gøre borgere med kronisk sygdom så uafhængig af sundhedsvæsenet som muligt.

#### Derfor arbejder vi for...

En klar forventningsafstemning med borger og evt. dennes netværk i forhold til at få afdækket, hvilke behov der er vigtigst. (Afklaende samtale). Både ved selvhenvielse samt henvisning fra læge og sygehus.

At skabe overblik for borger og evt. dennes netværk om, hvilke muligheder og tilbud, der er relevante.

At udvikle og etablere sundhedspædagogiske tilbud, der genopretter og vedligeholder borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. (Sygdomsmestring, Tobaksafvænning, Fysisk træning, Ernæringsindsats, Forebyggende samtale om alkohol).

At udvise flexibilitet i tilbud i forhold til målgruppe, metode, geografi og tidspunkt – (se uddybning #3).

Genoptræning til borgere med diabetes og KOL i forbindelse med udskrivning fra sygehus med GOP eller efter individuel vurdering inden 14 dage.

#### Vi lykkes når...

Positiv udvikling i borgeroplevet inddragelse og borgeroplevet livskvalitet blandt borgere med kronisk sygdom i Assens Kommune. Herunder:

- Føle sig inddraget i fastsættelse af mål omkring egen sundhed,
- Have overblik over muligheder og tilbud
- Få relevant og tilstrækkelig vejledning
- Føle at det kommunale tilbud har øget livskvaliteten ifht at leve med sygdommen

*Øget fastholdelse af borgere med kronisk sygdom på arbejdsmarkedet ifht 2017. (national indikator)*

*Nedgang i antal daglige rygere blandt borgere med kronisk sygdom i Assens Kommune. (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient og pr. diabetespatient ifht 2017 (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal ambulante besøg på sygehuse for borgere med kronisk sygdom (national indikator)*





## Spør 2 - Samarbejde med borger og dennes netværk

### Indsats #5 – ”Pårørende som medspiller”

Det kræver viden, beslutning, energi og motivation hos borgeren, derfor er det vigtigt at inddrage evt. pårørende til at understøtte borgeren igennem hele forløbet – også efter afslutning af tilbud.

#### Derfor arbejder vi for...

I samarbejde med borger at inddrage pårørende som en ressource for borger i ønsket omfang (Forventningsafstemning både ifht borger og pårørende).

At understøtte skabelse af netværk for pårørende.

#### Vi lykkes når...

Borger og pårørende oplever at samarbejdet fungerer i ønsket omfang (mht både borger og pårørendes ressourcer)

Pårørende til borgere med kronisk sygdom oplever at få kontakt til andre pårørende i lignende situation.



## Spør 2 - Samarbejde med borger og dennes netværk

### Indsats #6 – ”Udnytte velfærdsteknologi”

Velfærdsteknologi kan medvirke til at underbygge effektiv behandling og forebyggelse borgernært. Særligt i forhold til at give større flexibilitet for de ressourcestærke borgere med kronisk sygdom.

#### Derfor arbejder vi for...

At øge brug af velfærdsteknologi til at understøtte kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdomme.

At understøtte borgers udnyttelse af velfærdsteknologi til at erstatte besøg på sygehus og praktiserende læger med behandling, pleje og monitorering i borgers hjem.

At underbygge effektiv behandling og forebyggelse ved brug af effektiv og sikker deling af relevante data.

At implementere telemedicinsk hjemmemonitorering til relevante borgere med KOL inden udgangen af 2019.

#### Vi lykkes når...

Når borger oplever en styrket følelse af nærhed og indflydelse på egen livssituation pga. velfærdsteknologi.

Når der ses en stigning i brug af velfærdsteknologi til borgere med kronisk sygdom i forhold til 2017.



## **Spor 2 - Samarbejde med borger og dennes netværk**

### **Indsats #7 – ”Fælles ansvar og øget fokus på sundhed”**

Vi møder borgere med kronisk sygdom mange steder i kommunen – den nærhed giver gode forudsætninger for at henvise videre til rette tilbud.

#### **Derfor arbejder vi for...**

At medarbejdere i Assens Kommune har de rette kompetencer til at gennemføre en kort opsporende samtale. Ved behov rettes henvendelse til den ”Administrative Kontakthenvisning”, som sørger for kontakt til borger med henblik på en ”Afklarende samtale”.

Det handler især om medarbejdere i Jobcenteret, Integration, Socialpsykiatrien, Misbrugscenteret, Bosteder for fysisk og psykisk handicappede, Daghem, Hjemmeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg (+65 år) samt Myndighed Sundhed og Myndighed Social.

Sygeplejeklinikker, Akutsygepleje, Hjemmesygepleje og Hjemmepleje er med til at forebygge akutte indlæggelser.

Med accept fra borger at dele de relevante oplysninger til gavn for borger.

#### **Vi lykkes når...**

At der er en ”Administrative Kontakthenvisning” som der let kan henvises til, som sikrer, at der rettes kontakt til borger. (Alle skal ikke have overblik over tilbud).

At borgere med en kronisk sygdom, der i anden sammenhæng end den kroniske sygdom er i kontakt med Assens Kommune, oplever at blive kontaktet af af en Sundhedscoach via den ”Administrative Kontakthenvisning”, og at det fører til en afklarende samtale.



## Spor 3 – Samarbejde med øvrigt sundhedsvæsen herunder de praktiserende læger og andre kommuner

Vi ønsker at sikre et sammenhængende forløb med høj kvalitet af den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats på tværs af kommune, region og praktiserende læger.

### # Indsats 8

Sygehusene skal have kendskab til og henvise til tilbud i Assens Kommune

### # Indsats 9

De praktiserende læger skal have kendskab til og henvise til tilbud i Assens Kommune

### # Indsats 10

Udvikle samarbejdet med andre kommuner



## Spor 3 – Samarbejde med øvrigt sundhedsvæsen – sygehus, de praktiserende læger og andre kommuner

### Indsats #8 – ”Sygehusene skal have kendskab til og henvise til tilbud i Assens Kommune”

–Sygehusene skal i højere grad end i dag henvise borgere med kronisk sygdom til kommunale tilbud. Ved udskrivelse fra sygehus er motivationen for at tage imod tilbud hos borger høj.

#### Derfor arbejder vi for...

At der ved udskrivelse er en ”Administrative Kontakthenvi sning” i Assens Kommune, som sygehuset let kan henvise til. Denne sikrer, at en Sundhedscoach retter kontakt til borger med henblik på en afklarende samtale. (Sygehusafdelinger skal ikke have overblik over hvilke tilbud Assens Kommune har).

Hvis muligt mødes/kontaktes borger allerede på sygehus ved udskrivelse. (Gerne sammen med pårørende).

At prioritere deltagelse i samarbejdsfora mellem kommuner og regionen.

#### Vi lykkes når...

Der opleves en stigning i antal henvisninger fra sygehuset til tilbud i kommunen i forhold til 2017.

Der er flere borgere, der deltager i kommunale tilbud i forhold til i 2017.

*Der ses en nedgang i antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient ifht 2017 (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal akutte indlæggelser pr. diabetes-patient ifht 2017 (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal ambulante besøg på sygehuse for borgere med kronisk sygdom (national indikator)*

*I 2025 vil 9 af ud af 10 borgere med kronisk sygdom opleve, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset . (KKR-mål)*



## Spør 3 – Samarbejde med øvrigt sundhedsvæsen herunder de praktiserende læger og andre kommuner

### Indsats #9 – ”De praktiserende læger skal have kendskab til og henvise til tilbud i Assens Kommune”

De praktiserende læger har et stort kendskab til borgernes sundhedstilstand. Et formaliseret samarbejde med de praktiserende læger er afgørende i forhold til, at borgere med kronisk sygdom deltager i kommunens tilbud.

#### Derfor arbejder vi for...

At alle lægehuse i Assens Kommune besøges mindst 1 gang pr. år, hvor der gives information og vejledning omkring tilbud og henvisning til disse.

At der er en ”Administrative Kontakthenviisning” i AK, som lægehuset let kan henvise til. Denne sikrer, at en Sundhedscoach retter kontakt til borger med henblik på en afklarende samtale. (Lægerne skal ikke have overblik over hvilke tilbud kommune har).

At der afslutningsvis ved et forløb i kommunens tilbud sendes besked til læge.

Assens Kommune kan afholde gruppe tilbud/arrangementer i lægehusene for både borgere med kronisk sygdom og evt. pårørende.

#### Vi lykkes når...

Der opleves en stigning i antal henvisninger fra de praktiserende læger til tilbud i kommunen i forhold til 2017

*Der ses en nedgang i antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient ifht 2017 (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal akutte indlæggelser pr. diabetes-patient ifht 2017 (national indikator)*

*Der ses en nedgang i antal ambulante besøg på sygehus for borgere med kronisk sygdom (national indikator)*



## Spør 3 – Samarbejde med øvrigt sundhedsvæsen herunder de praktiserende læger og andre kommuner

**Indsats #10 – ”Udvikle samarbejdet med andre kommuner”** – Kommunerne kan samarbejde om forebyggelsestilbud, således at alle borgere har mulighed for tilbud – uden at alle kommuner skal drive alle tilbud.

### Derfor arbejder vi for...

Minimum 1-2 gange årligt at mødes med andre fynske kommuner og drøfte behov og mulighed for samarbejde om tilbud .

### Vi lykkes når...

Vi videndeler med andre kommuner og samarbejder, når dette er relevant.



## Spor 4 – Samarbejde med Foreninger

Kommunen skal understøtte, at borgeren med kronisk sygdom deltager i tilbud hos foreninger eller frivillige tilbud. Via patientforeninger kan borgerinddragelse sikres, så de kommunale indsatser og tilbud er afstemt i forhold til målgruppens behov og forventninger.

### # Indsats 11

Øget samarbejde  
med  
Patientforeninger

### # Indsats 12

Øget samarbejde  
med foreninger

### # Indsats 13

Øget samarbejde  
med frivillige





## Spør 4 – Samarbejde med foreninger

### Indsats #11 – ”Øget samarbejde med Patientforeninger”

Patientforeninger har meget viden og mange tilbud til borgere med kronisk sygdom og deres pårørende. Det skal borgere med kronisk sygdom og deres pårørende i Assens Kommune have maximal mulighed for at gøre brug af. Samtidig er patientforeningerne i kontakt med målgruppen for kommunens tilbud .

#### Derfor arbejder vi for...

At understøtte, at de lokale Patientforeninger bliver mere synlige. Herunder arbejde med fælles annoncering omkring tilbud og arrangementer.

At henvise borgere med kronisk sygdom og deres pårørende til patientforeningerne bl.a. i efterforløbet.

At være facilitator og understøtte patientforeningernes arbejde bl.a. ved at mødes med minimum 1 gang årligt for at drøfte behov og muligheder for samarbejde om fælles arrangementer samt sikre borgerinddragelse i forhold til de kommunale tilbud mm.

At opfordre patientforeningerne til at henvise borgere i kommunen via én ”Administrativ Kontakthenviisning”, som sikrer, at der rettes kontakt til borger. (Alle skal ikke have overblik over tilbud).

#### Vi lykkes når...

Når både patientforeningerne og Assens Kommune oplever et konstruktivt samarbejde



## Spør 4 – Samarbejde med foreninger

### Indsats #12 – ”Øget samarbejde med foreninger”

Foreninger kan have flere tilbud til borgere med kronisk sygdom og deres pårørende.

#### Derfor arbejder vi for...

At understøtte at borger med en kronisk sygdom (eller i risiko for at udvikle den) deltager i relevante tilbud i foreninger.

At gå i dialog med udvalgte foreningerne minimum 1 gang årligt for at drøfte behov og muligheder for samarbejde om tilbud (evt. via et fælles arrangementer, hvor foreningerne inviteres til dialog).

At understøtte foreningerne og samarbejde fx omkring at kommunale medarbejdere uddanner instruktører i foreninger.

#### Vi lykkes når...

Når både foreningerne og Assens Kommune oplever et konstruktivt samarbejde.

En stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom deltager i tilbud hos foreningerne.



## Spør 4 – Samarbejde med foreninger

### Indsats #13 – ”Øget samarbejde med frivillige”

Frivillige kan gøre en stor forskel for borgere med kronisk sygdom og deres pårørende.

#### Derfor arbejder vi for...

At understøtte frivillige initiativer og henvise borgere med kronisk sygdom og deres pårørende til disse.

At opfordre borgere med kronisk sygdom og deres pårørende til selv at være frivillige og igangsætte aktiviteter mm.

At understøtte frivillige initiativer fx kan kommunale medarbejdere uddanne instruktører/ambassadører ala ”demensvenner”.

#### Vi lykkes når...



Kronikerstrategi for Assens Kommune 2018-2022			
Strategiske spor			
Forebyggelse og tidlig opsporing	Samarbejde med borger og dennes netværk	Samarbejde med øvrigt sundheds-væsen, praktiserende læger og andre kommuner	Samarbejde med foreninger
Ambition			
Tidlige sundheds-fremmende indsatser og tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom.	Samarbejde med borger i lyset af borgerens samlede situation.	Sikre et sammen-hængende forløb med høj kvalitet af den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats på tværs af kommune, region og praktiserende læger	Understøtte, at borgeren med kronisk sygdom deltager i tilbud hos foreninger eller frivillige tilbud. Via patientforeninger sikre borgerinddragelse, så indsatser og tilbud er afstemt i forhold til målgruppens behov og forventninger
Indsatser			
#1 Ud til borgerne med tilbud  #2 Fælles ansvar og øget fokus på sundhed  #3 Tilpasning af tilbud i forhold til borgers ressourcer	#4 Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør  #5 Pårørende som medspiller  #6 Udnytte velfærdsteknologi  #7 Fælles ansvar og øget fokus på sundhed	#8 Sygehuse skal have kendskab til og henvise til tilbud i AK  #9 Praktiserende læger skal have kendskab til og henvise til tilbud i AK  #10 Udvikle samarbejdet med andre kommuner	#11 Øget samarbejde med Patientforeninger  #12 Øget samarbejde med foreninger  #13 Øget samarbejde med frivillige
Effekt			
Antallet af børn og unge, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM faktorerne er reduceret med 50 pct. i 2025  Flere arrangementer vedr KRAM og livsstilsændringer ude hos borgerne.  Færre borgere udvikler en kronisk sygdom.  Flere borgere deltager i kommunale tilbud.  Flere borgere oplever en opsporende samtale og at blive kontaktede af en Sundhedscoach via den administrative Kontakthenviisning.	Nedgang i antal daglige rygere blandt borgere med kronisk sygdom i AK.  Øget fastholdelse af borgere med kronisk sygdom på arbejdsmarkedet ifht 2017  Nedgang i antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient ifht 2017  Nedgang i antal akutte indlæggelser pr. diabetes-patient ifht 2017  Nedgang i antal ambulante besøg på sygehuse for borgere med kronisk sygdom	Stigning i antal henvisninger til tilbud i AK ifht 2017 fra sygehuse og praktiserende læger  Flere borgere deltager i kommunale tilbud ifht 2017  Bevægelse mod at 9 ud af 10 borgere med kronisk sygdom oplever, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset i 2025.  Nedgang i antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient ifht 2017  Nedgang i antal akutte indlæggelser pr. diabetes-patient ifht 2017	Patientforeningerne og AK oplever et konstruktivt samarbejde.  Foreningerne og AK oplever et konstruktivt samarbejde.  En stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom deltager i tilbud hos foreningerne.



Effekt			
Borger oplever at tilbud er tilgængelige, relevante og nyttige.	<p>Positiv udvikling i borgeroplevet inddragelse og i oplevelse af øget livskvalitet.</p> <p>Borger og pårørende oplever at samarbejdet fungerer i ønsket omfang</p> <p>Pårørende oplever at få kontakt til andre pårørende.</p> <p>Stigning i brug af velfærdsteknologi ifht 2017.</p> <p>Flere interne henvisninger til via den administrative Kontakthenvi</p>	<p>Nedgang i antal ambulante besøg på sygehuse for borgere med kronisk sygdom</p> <p>Videndeling og samarbejde med andre kommuner.</p>	

