

Guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom

Udviklet af Esbjerg Kommune 2011



Forord

Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune, anvender ICF - "International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand" - som fælles sprog/referenceramme i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde med borgeren.

ICF anvendes overordnet indenfor områderne:

- En helhedsorienteret tilgang med borgeren i centrum
- Afdækning af relevant rehabiliteringsbehov ved visitation
- Dokumentation

I forbindelse med implementering af brugen af ICF i organisationen, er der i det seneste år arbejdet med at udvikle forskellige redskaber til brug i det daglige arbejde med borgerne. I den forbindelse er denne "Guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom" udarbejdet. Guiden og den tilhørende klassifikationsmodel er udviklet med henblik på anvendelse i Esbjerg Kommunes visitationspraksis.

Guiden afprøves i forbindelse med det regionale/kommunale projekt "Patientuddannelse på tværs af diagnoser". En evaluering af guiden forventes at foreligge foråret 2013.

Arne Nikolajsen
Direktør Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune

Konceptet og modellen er udviklet af fysioterapeut og faglig konsulent Susanne Terkelsen fra Esbjerg Kommune.

For yderligere oplysninger om materialet, kontakt Esbjerg Kommune, sundhedsstrategisk team eller Region Syddanmark, Afdelingen for Kommunesamarbejde.

Indhold

1.0	Indledning	4
1.1	Formål	4
1.2	Læsevejledning	4
2.0	Udvikling af et kommunalt startsamtaleskoncept	5
3.0	Sundhedspædagogisk model og komponenter i ICF	7
4.0	Vejledning til startsamtale	8
4.1	Brug af startsamtaleskemaet	8
4.2	Tema 1: Kropsfunktion og kropslig skavank	8
4.3	Tema 2: Aktivitet, deltagelse og sænket overligger	9
4.4	Tema 3 Omgivelser og udfordrende forhold	9
4.5	Tema 4 Personlige faktorer og vibrerende sind	10
4.6	Tema 5 Borgerens ønsker og forventninger til rehabiliteringsforløbet	11
4.7	Faglig vurdering	11
4.8	Identifikation af indsats/er	11
5.0	Udarbejdelse af forløbsplan og målsætning	12
5.1	Vejledning: Målsætning	12
Bilag 1:	Skema til startsamtale	14
Bilag 2:	Skema til forløbsplan	19
Bilag 3:	Generic Brief Core Set 2011 (GBCS 2011) - en teknisk gennemgang	21
Bilag 4:	Oversættelse af WHO's definitioner på ICF-koder i GBCS 2011	23
Bilag 5:	Kronikerklassifikationsmodellen	25
Bilag 6:	Inklusionskriterier for patientuddannelseskonceptet Vejen Videre	26

1.0 Indledning

Dette er en guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom. Startsamtalekonceptet kan anvendes som led i kommuners visitation til egne sundheds- og forebyggelsestilbud og er tilrettelagt, så start samtalen tager afsæt i borgernes individuelle behov.

Denne guide beskriver således et startstartsamtalekoncept med to konkrete værktøjer; nemlig et skema til startsamtale og et skema til udarbejdelse af en forløbsplan.

Derudover er der som led i arbejdet med udvikling af startsamtalekonceptet udviklet en kronikerklassifikationsmodel, som dog ikke omtales yderligere i nærværende guide. For yderligere oplysninger, se bilag 5.

Startsamtalekonceptet afprøves første gang i forbindelse med visitationen af 200 borgere til den nye patientuddannelse Vejen Videre i fire syddanske kommuner.

1.1 Formål

Formålet med startsamtalekonceptet er

- at understøtte afdækningen af borgerens behov for rehabilitering, herunder motivation og behov for forløbskoordination
- at understøtte en visitationspraksis, der tager afsæt i borgernes behov og samtidig medvirker til en effektiv ressourceudnyttelse
- at opstille mål og planlægge borgerens rehabiliteringsforløb

Start samtalen bygger på følgende præmisser:

- Start samtalen varer ca. 1 time
- Skemaerne er rettet mod en sundhedsprofessionel med en vis erfaring med borgerkontakt og med at agere i det kommunale system
- Udgangspunktet er det hele menneske
- Der tages afsæt i henvisningsbegrundelsen
- Start samtalen foregår i kommunen og kan også foregå i borgerens eget hjem

1.2 Læsevejledning

Denne guide består af fem afsnit samt bilagsmateriale.

Afsnit 2 indeholder en ganske kort forklaring på, hvordan startsamtalekonceptet er blevet til. Udgangspunktet er ICF - "International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand". Herudfra er der udledt 18 koder, som er særligt relevante hos mennesker med kronisk sygdom. I bilag 3 kan man læse mere om, hvordan konceptet er udviklet.

Afsnit 3 indeholder en overordnet oversigt over startsamtalekonceptets fem temaer.

De fem temaer bliver udfoldet i afsnit 4, som udgør en vejledning til anvendelse af værktøjet "Skema til startsamtale". Afsnittet indeholder en lang række spørgsmål, som sundhedsprofessionelle kan anvende i start samtalen med mennesker med kronisk sygdom - og udgør dermed baggrunden for selve startsamtaleskemaet, som findes i bilag 1.

Afsnit 5 er en vejledning til anvendelse af det andet centrale værktøj i konceptet, nemlig "Skema til forløbsplan", som findes i bilag 2.

Bilag 4 er en oversigt over de 18 ICF-koder, som indgår i startsamtalekonceptet oversat til dansk.

Bilag 5 indeholder en omtale af en kronikerklassifikationsmodel, som er udviklet af Esbjerg Kommune i forbindelse med udviklingen af startsamtalekonceptet.

Bilag 6 relaterer sig direkte til patientuddannelseskonceptet Vejen Videre, idet man her finder oplysninger om målgruppe og inklusionskriterier for patientuddannelsen.

2.0 Udvikling af et kommunalt startsamtalekoncept

ICF "International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand" er en referenceramme, som medvirker til at udvikle et fælles sprog for at styrke en tværfaglig vurdering af et menneskes funktionsevne - både på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau - samt i forhold til personlige faktorer.

Anvendelse af ICF kommer især til sin ret ved komplekse problemstillinger, hvor flere forskellige faggrupper er involveret i et rehabiliteringsforløb.

ICF kan med fordel anvendes på sundhedsområdet, fordi ICF

- integrerer de medicinske, naturvidenskabelige, psykosociale og humanistiske menneskesyn,
- holder sig inden for rammerne af et bredt sundhedsbegreb
- flytter fokus fra sygdom til sundhed - dvs. det der har betydning for borgerens hverdagsliv sammen med andre og i samfundet.
- kan benyttes tværfagligt og tværsektorielt
- er internationalt anerkendt

I bilag 3 findes en nærmere redegørelse for, hvordan startsamtalekonceptet er udviklet. For overskuelighedens skyld skal der her blot nævnes, at det er udviklet på baggrund af ICF og dens fire "komponenter":

- 1) kropsfunktion,
- 2) aktivitet og deltagelse,
- 3) omgivelsesfaktorer og
- 4) personlige faktorer.

Startsamtalekonceptet består således af 18 koder, som er fundet særligt relevante at afdække i forhold til planlægningen af indsatser over for mennesker med kronisk sygdom.

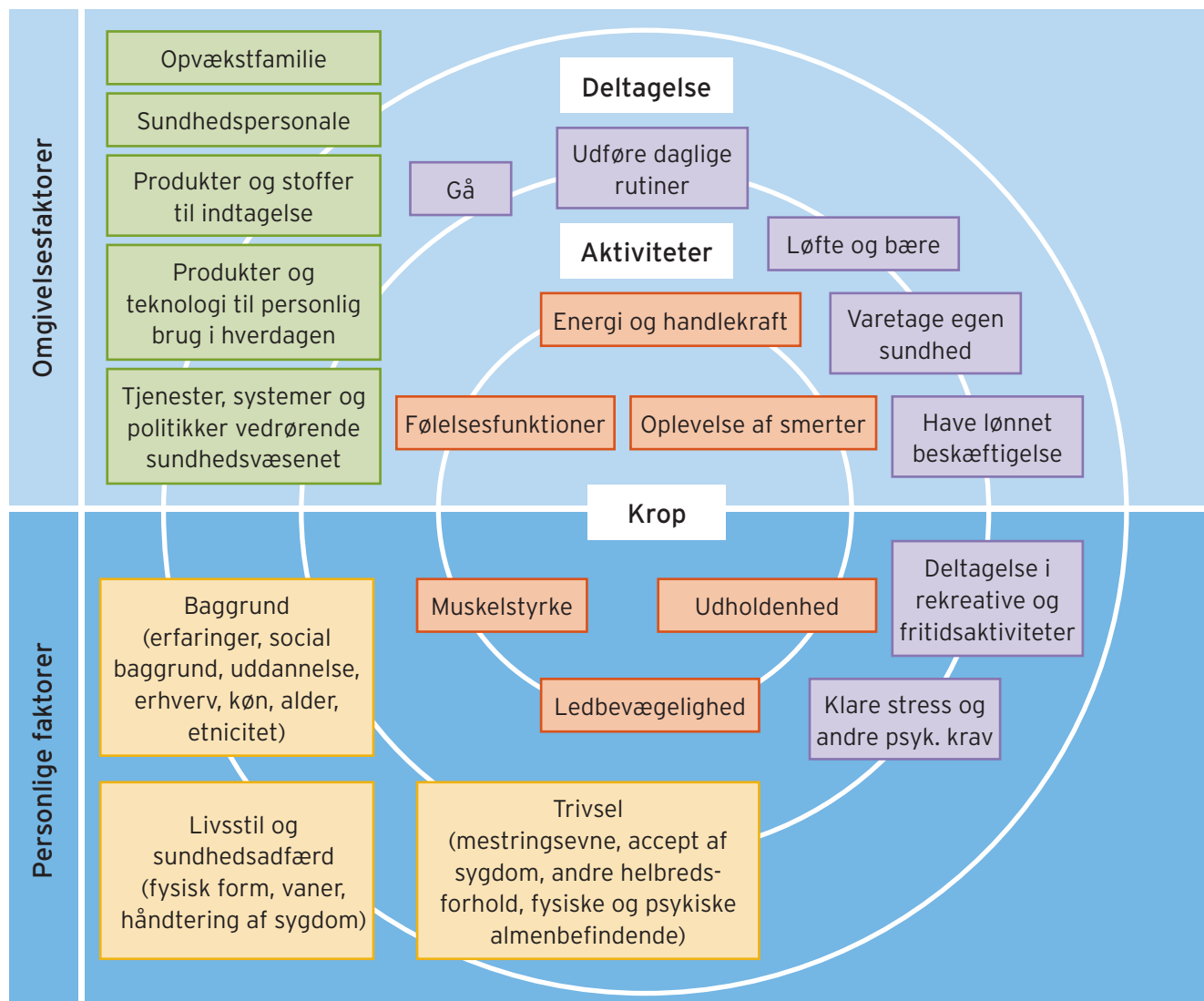
Afsættet for startsamtalekonceptet er Region Syddanmarks patientforløbsprogrammer for KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom, og den såkaldte kronikerstratificeringsfirkant, som findes i alle tre programmer. Her inddrages mennesker med kronisk sygdom i fire grupper afhængig af egenomsorgsevne og sygdomskompleksitet.

Gruppe 1: God egenomsorgsevne, lav sygdoms- kompleksitet	Gruppe 2: God egenomsorgsevne, høj sygdoms- kompleksitet
Gruppe 3: Ringe egenomsorgsevne, lav sygdoms- kompleksitet	Gruppe 4: Ringe egenomsorgsevne, høj sygdoms- kompleksitet

Patientforløbsprogrammerne indeholder en ganske kort beskrivelse af, hvilke faktorer der bør indgå som grundlag for stratificeringen. Med dette startsamtalekoncept er der bygget ovenpå beskrivelserne i patientforløbsprogrammerne vha. de fire ICF-komponenter med henblik på at omsætte den regionale stratificeringsmodel til kommunale forhold. De 18 koder, som er fundet at være særligt relevante at afdække i forhold til mennesker med kronisk sygdom, supplerer således den regionale stratificeringsmodel og danner grundlag for de spørgsmål, som indgår i startsamtalekonceptet, som uddybes i afsnit 4.

2.0 Udvikling af et kommunalt startsamtaleskoncept

Figur 1: Model over startsamtaleskonceptet



Figuren viser de 18 koder sat ind i en model, som illustrerer, om den enkelte kode relaterer sig til hhv. kropsfunktion, aktivitet eller deltagelse, og om der er tale om en omgivelsesfaktor eller en personlig faktor.

Startsamtaleskonceptet kan

- give guideline til hvilke områder, borgeren behøver redskaber til
- anvendes til at udpege hvilke indsatser, den enkelte borger har behov for
- understøtte opstilling af mål for indsatsen
- anvendes til at udpege effektmål i forhold til dokumentation af indsatsen

De 18 koders betydning og anvendelse i startsamtaleskonceptet uddybes i den resterende del af denne guide.

3.0 Sundhedspædagogisk model og komponenter i ICF

De fire komponenter i ICF, som indgår i startsam-
talekonceptet er:

- kropsfunktion,
- aktivitet og deltagelse
- omgivelsesfaktorer
- de personlige faktorer

Steno Center for Sundhedsfremme har i projektet
"Patientuddannelse på tværs af diagnoser" udvik-
let en sundhedspædagogisk model, der består af
hovedindsigten: det balancerende menneske og
fire underindsigter:

- kropslig skavank,
- sænket overligger,
- udfordrende forhold og
- vibrerende sind

Undersigterne kan med fordel kobles de fire kom-
ponenter i startsamtalekonceptet:

ICF komponenter	Indsigter
Kropsfunktion	Kropslig skavank
Aktivitet og deltagelse	Sænket overligger
Omgivelsesfaktorer	Udfordrende forhold
Personlige faktorer	Vibrerende sind

Koblingen danner baggrund for følgende fem
temaer i guiden:

- 1 Kropsfunktion og kropslig skavank
- 2 Aktivitet, deltagelse og sænket overligger
- 3 Omgivelser og udfordrende forhold
- 4 Personlige faktorer og det vibrerende sind
- 5 Borgerens forventninger til indsatsen samt
ønsker, håb og drømme

4.0 Vejledning til startsamtale

I det følgende findes en vejledning til selve start samtalen og anvendelsen af de to værktøjer; skema til start samtale og skema til forløbsplan.

Formålet er som beskrevet tidligere i guiden

- at understøtte afdækningen borgerens behov for rehabilitering, herunder motivation og behov for forløbskoordination
- at understøtte en visitationspraksis, der tager afsæt i borgernes behov og samtidig medvirker til en effektiv ressourceudnyttelse
- at opstille mål og planlægge borgenes rehabiliteringsforløb

Start samtalen bruger ICF som referenceramme. Dermed bliver borgerens oplevelse af funktionsevne, funktionsevnenedsættelser og helbreds tilstand afdækket. I det efterfølgende er der udarbejdet en vejledning til de fem temaer til afdækning af relevant rehabiliteringsbehov/behov for kommunal indsats.

Start samtaleskemaet

- kan anvendes af forskellige faggrupper
- er tematiseret og semistruktureret
- afdækker borgerens egnethed til patientuddannelse - konkret Vejen Videre
- afdækker borgenes rehabiliteringsbehov
- synliggør ressourcer og behov for borgeren og for den sundhedsprofessionelle

Det er essentielt, at den sundhedsprofessionelle har en anerkendende tilgang og er aktivt lyttende.

Hvert tema har indledningsvis 1-4 hovedspørgsmål. Borgeren spørges ind til oplevelse af ressourcer (R) og begrænsninger (B) i forhold til temaet. Den sundhedsprofessionelle afkrydser i enten (R) eller (B). Hvis borgeren ikke oplever begrænsninger ifølge hovedspørgsmål(ene), går den sundhedsprofessionelle videre med næste tema og dykker ikke ned i de enkelte koder. Tilsammen er der 11 hovedspørgsmål, den sundhedsprofessionelle guides til at spørge ind til. Disse fremgår alle af start samtaleskemaet, som findes i bilag 1.

Temaerne i guiden gennemgås efter en bestemt rækkefølge, hvor Tema 1: Kropsfunktion og kropslig

skavank indledningsvis afdækker det mest neutrale og konkrete (ufarlige) emne, hvor de efterfølgende temaer bevæger sig længere og længere ind på mere personlige og følelsesmæssige områder. Derfor anbefales det, at den sundhedsprofessionelle overordnet forsøger at holde sig til guidens opbygning, velvidende at samtalen sagtens kan springe frem og tilbage i temaerne.

4.1 Brug af start samtaleskemaet

Temaerne 1-4 afdækker systematisk alle komponenter i ICF, hvor afkrydsning indikerer, om borgeren oplever sig begrænset (B) eller har ressourcer (R). Udfaldet på de 11 hovedspørgsmål vil være afgørende for den efterfølgende vurdering af rehabiliteringsbehovet. Ved afkrydsning B, kan der være behov for styrkelse af netop dette område. Er der kun 1 - 2 områder, hvor borgeren oplever sig begrænset, er det måske et vilkår borgeren skal lære at leve med eller sagtens selv kan håndtere. Her er det vigtigt, at borgeren har mulighed for selv at prioritere og vægte, hvad der skal være fokus i indsatsen. Igen må det bero på en faglig vurdering i samspil med borgeren, om borgeren har ressourcer til selv at gøre noget ved det, har mulighed for at inddrage pårørende som ressource eller har behov for en kommunal indsats.

4.2 Tema 1: Kropsfunktion og kropslig skavank

Hovedspørgsmål 1: Oplever du kropslige gener/smerter eller nedsat energiniveau i det daglige?

Tema 1 afdækker borgerens oplevelse af kropsfunktionen.

- Opleves energiniveau og motivation, som den altid har været?
- Opleves den anderledes?
- Er det "blot" en skavank, eller tages det meget seriøst.
- Er det et vilkår borgeren har lært/skal lære at leve med?
- Har borgeren handlekompetencer til at gøre noget ved det? F.eks. har borgeren erfaringer med, hvordan han får mere energi og handlekraft? Håndterer smerter? Træner udholdenhed etc.?

4.0 Vejledning til start samtale

- Er borgeren blevet mere kort for hovedet og/eller grådlabil?
- Hvor begrænsende opleves kropsfunktionen?
- Og hvor oplever borgeren at have overskud?

De relevante ICF-koder er:

- b130 Energi og handlekraft
- b152 Følelsesfunktioner
- b280 Opfattelse af smerter
- b455 Udholdenhed
- b710 Ledbevægelighed
- b730 Muskulatur

4.3 Tema 2:

Aktivitet, deltagelse og sænket overfligger

Hovedspørgsmål 2a:

Er der ting i det daglige, som du gerne vil gøre, du ikke får gjort?

Hovedspørgsmål 2b:

Oplever du udfordringer i det daglige i forhold til at passe dit arbejde og/eller fritidsliv?

Hovedspørgsmål 2c:

Hvordan synes du, det er at leve med din sygdom?

Tema 2 afdækker borgerens oplevelse af aktivitet og deltagelse samt borgerens aktivitetsniveau.

- Er borgeren afklaret med sit nuværende aktivitetsniveau?
- Opleves det stressende, at han ikke kan klare/håndtere det, han kunne før?
- Oplever borgeren, at aktivitetsniveauet er noget, der skal/kan ændres på?
- Hvordan opleves det at varetage egen sundhed?
- Har borgeren handlekompetencer til at spise og motionere hensigtsmæssigt?
- Er borgeren til rådighed for arbejdsmarkedet? Hvordan mestrer borgeren dette? Er borgeren sygemeldt? I jobafklaring?
- Har borgeren behov for koordinering i forhold til en anden forvaltning?
- Har borgeren erfaring med motion?
- Har borgeren faste motionsvaner?
- Har borgeren hobbies?
- Og hobbies der inkluderer sociale netværk?

- Oplever borgeren, at han ikke kommer ret meget ud.
- Oplever borgeren ensomhed (social isolation)?

De relevante ICF-koder er:

- d230 Udføre daglige rutiner
- d240 Klare stress og andre psykologiske krav
- d430 Løfte og bære
- d450 Gå
- d570 Varetage egen sundhed
- d850 Have lønnet beskæftigelse
- d920 Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter

4.4 Tema 3:

Omgivelser og udfordrende forhold

Hovedspørgsmål 3a:

Oplever du støtte og forståelse fra dine nærmeste omgivelser og forskellige sundhedspersonaler, du har kontakt til?

Hovedspørgsmål 3b:

Oplever du at have styr på, hvornår og hvordan du skal tage din medicin?

Hovedspørgsmål 3c:

Oplever du et behov for hjælpemidler eller anden offentlig hjælp i det daglige?

Tema 3 afdækker omgivelsernes indflydelse på borgeren, og om disse omgivelser opleves som udfordrende i forhold til at kunne inddrages som ressource eller begrænsning.

- Opleves medicin håndtering som uoverskuelig, eller har borgeren oplevelse af at mestre dette?
- Er der behov for en medicingennemgang hos egen læge?
- Og i forhold til fødevarer og den rette ernæring, er de rette fødevarer inden for rækkevidde?
- Har borgeren handlekompetence til at sikre sig den rette ernæring?
- Er der behov for kostvejledning?
- Oplever borgeren at have behov for hjælpemidler i det daglige?
- Har borgeren de fornødne hjælpemidler?
- Har borgeren behov for et hjælpemiddel?
- Er der støtte og kontakt hos nærmeste pårørende?

4.0 Vejledning til startsamtale

- Kan de inddrages som en understøttende faktor?
- Er der sygdom i nærmeste familie?
- Er der konflikter i nærmeste familie?
- Opleves der begrænsninger i netværket?
- Hvilke erfaringer har borgeren hidtil med sundhedspersonale?
- Hvilke forventninger har borgeren til sundhedspersonalet i dag?
- Evt. behov for eller ændring af kommunale ydelser

De relevante ICF-koder er:

- e110 Produkter og stoffer til indtagelse
- e115 Produkter og teknologi til personligt brug i hverdagen
- e310 Opvækstfamilie (støtte og kontakt)
- e355 Sundhedspersonale (støtte og kontakt)
- e580 Tjenester, systemer og politikker i forhold til sundhedsvæsenet.

4.5 Tema 4:

Personlige faktorer og vibrerende sind

Spørgsmålene, som knytter sig til dette tema, kan ikke afdække borgernes personlighed, men de kan give et øjebliksbillede af personligheden ud fra borgerens baggrund, livsstil, sundhedsadfærd og trivsel.

Hovedspørgsmål 4a:

Oplever du, at dine vaner har indflydelse på hvordan du har det i det daglige?

Hovedspørgsmål 4b:

Overvejer du nogensinde at ændre på dine vaner i forhold til kost, motion, rygning eller alkohol, men har svært ved at komme igang eller opnå de mål, du sætter dig?

Hovedspørgsmål 4c:

Oplever du, at dit humør har ændret sig til at være mere trist, eller at du er mere træt, end du burde være?

Hovedspørgsmål 4d:

Oplever du, at du har svært ved at tale med dine nærmeste om din sygdom?

Baggrund (opdragelse, erfaringer, social baggrund, uddannelse, erhverv, køn, alder, etnicitet)

Afdækning af baggrund skal ses i relation til, hvor borgeren befinder sig nu.

- Hænger borgeren fast i et uhensigtsmæssigt rollemønster?
- Hvor bevidst er borgeren om det levede livs indflydelse på sin nuværende situation?

Livsstil og sundhedsadfærd (fysisk form, vaner, håndtering af sygdom)

Der er allerede givet guidelines på afdækning af livsstil og sundhedsadfærd i forhold til dette i tema 2 "at varetage egen sundhed".

- Er der evt. barrierer for forandring (forsvar og ambivalens)?

Afdækningen kan desuden give en guideline til, om borgeren er forandringsparat eller har behov for refleksionstid.

- Hvor er borgeren i stages of change?
- Skal der eventuelt aftales et møde om 1-2 måneder?
- Er der behov for en afklarende samtale/motivationssamtale?

Trivsel (mestringsevne, accept af sygdom, andre helbredsforhold, fysiske og psykiske almenbefindende, herunder depression og stress)

Afdækning af trivsel er essentiel i forhold til, om borgeren kan profitere af indsatsen. Der er allerede givet guidelines på dette i forhold til tema 1: "energi og handlekraft", tema 2: "klare stress og andre psykologiske krav" samt "have lønnet beskæftigelse" og tema 3 i forhold til "nærmeste pårørende".

- Hvor handlekompetent er borgeren?
- Er der tro på egne evner (self-efficacy)?
- Er der angst forbundet med sygdommen?
- Er borgeren i personlig krise og/eller på vej ind i en depression?
- Er der behov for yderligere udredning hos egen læge?
- Er der behov for forløbskoordination?

Afdækningen af personlige faktorer er afgørende for at kunne vurdere, om borgeren har ressourcer til at kunne profitere af indsatsen og komme styrket gennem forløbet. Og omvendt om borgeren er i besiddelse af ressourcer, der gør det muligt at klare sig uden en kommunal indsats.

4.0 Vejledning til startsamtale

4.6 Tema 5: Borgerens ønsker og forventninger til rehabiliteringsforløbet

Tema 5 afdækker borgerens forventning til indsatsen samt ønsker, håb og drømme. Dette er et vigtigt tema i forhold til at finde meningsfuldheden, lysten og motivationen hos borgeren. Er der ingen forventninger er det vigtigt at afdække, om borgeren har behov, for en tænkepause. Afdækning af tema 1-4 kan også have gjort behovet for rehabilitering eller ressourcer til rådighed tydeligere for borgeren.

4.7 Faglig vurdering

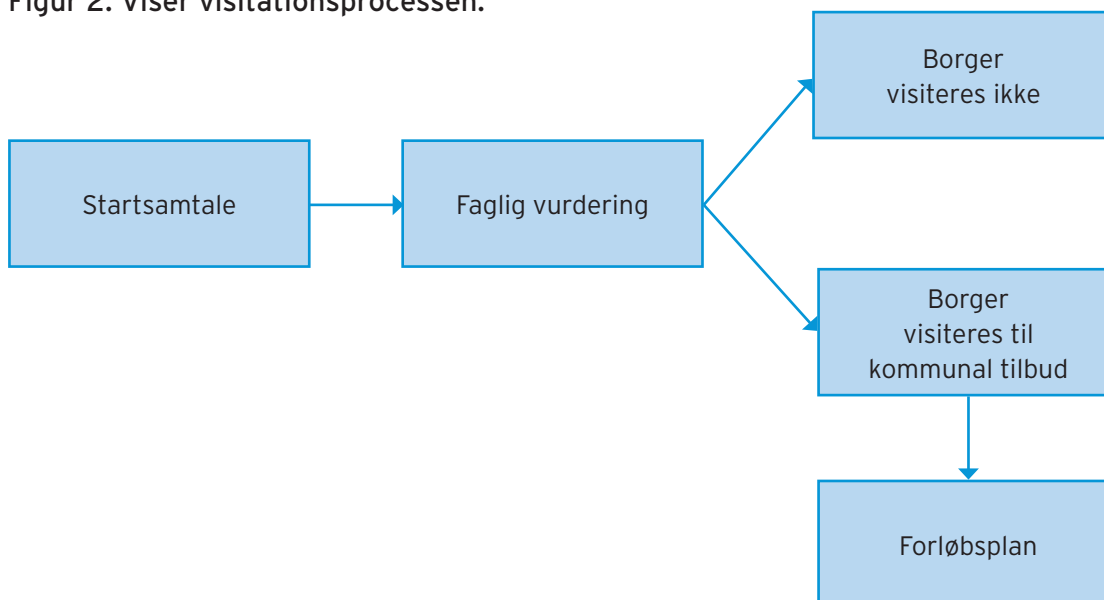
På baggrund af afdækningen laver den sundhedsprofessionelle en mundtlig opsummering sammen med borgeren og tydeliggør derigennem, om den sundhedsprofessionelle vurderer, at borgeren har et relevant rehabiliteringsbehov i forhold til kommunens indsatser. Dette afstemmes med borgerens forventninger og oplevelse af egne ressourcer samt vægtning og prioritering af indsats.

4.8 Identifikation af indsats/er

Er udfaldet at der ikke er et relevant rehabiliteringsbehov, afsluttes borgeren (med mulighed for eventuel genhenvendelse).

Vurderes borgeren at have et relevant behov for rehabilitering og at kunne profitere af indsatsen, forholder den sundhedsprofessionelle sig til hvilken indsats/kronikerforløb, borgeren har brug for. Koderne/områderne, der opleves som begrænsende (B) er guideline for, hvilken indsats der er behov for og bør være omdrejningspunktet.

Figur 2: Viser visitationsprocessen.



5.0 Udarbejdelse af forløbsplan og målsætning

Med udgangspunkt i identificerede indsats er udarbejdes en forløbsplan i samarbejde med borgeren. Skemaet i bilag 2 - forløbsplan anvendes.

Koderne/områderne, der opleves som begrænsende (B) vil være oplagte i opstilling af mål for indsatsen og udarbejdelse af forløbsplan.

Forløbsplanen skal indeholde en kort beskrivelse af indsatsen. Er det en plan om at deltage i konceptet Vejen Videre, bør der i forløbsplanen foreligge en folder omkring indholdet. Desuden bør start- og sluttidspunkt for den fysiske træning og undervisning samt evt. deltagelse i diagnosespecifik modul angives. Desuden skal der oplyses om tid og sted for træning og undervisning, og der skal fremgå navn og telefonnummer på en kontaktperson i forhold til den aftalte indsats. Forløbsplanen må ikke forveksles med Patientens Plan!

Er der andre kommunale ydelser eller indsats, borgeren forventes at modtage såsom; forløbskoordination, rygestopkursus, Lær at leve med kronisk sygdom (Stanford), bør dette også beskrives i forløbsplanen med angivelse af forventet start- og sluttidspunkt samt kontaktoplysninger.

5.1 Vejledning: Målsætning¹

Målet handler om det, personen ønsker at opnå eller undgå: Noget positivt at gå efter, noget værdifuldt at opnå og få glæde af. Det kan være at skaffe sig et eller andet, som de tillægger værdi, fx en rejse. Selvom rejser har mange kvaliteter, handler det i sidste ende om følelser og personlig betydning. Rejsen skaber gode minder, får personen til at lære noget nyt, øge sin selvfølelse og sine muligheder for at dele erfaringer med andre. Noget, der starter materielt - altså med midler og gøremål - ender altså næsten altid med noget meget mere internt, menneskeligt og følelsesmæssigt, følelsen af en tilstand, der giver velvære. Selvom målet kan være at komme til Kathmandu, kan det ultimative mål være at sidde på tempelpladsen med sin veninde, se solnedgangen over Himalaya og føle en dyb og inderlig glæde og samhørighed.

Der arbejdes videre med målsætning og personlig planlægning for forløbet som en naturlig fortsættelse på tema 5.

Hensigten er at:

- Fastlægge mål og værdier
- Prioritere
- Beslutte/vælge midler, tid og ansvar
- Forestille sig i detaljer, hvordan det skal gøres

Et succesmål skal altid være specifikt, målbart, attraktivt, realistisk og tidsbegrænset samt overkommeligt og klart (SMART og OK). Er der her et sammenfald mellem forventninger, håb og drømme i forhold til afdækningen af de 11 hovedspørgsmål og kommunens indsats, vil der være stor sandsynlighed for succes i at opnå mål opstillet på dette grundlag.

Alle mål handler om værdien af at opnå (positiv forstærkning) og værdien af at undgå (negativ forstærkning).

Den sundhedsprofessionelle kan stille følgende spørgsmål:

- Hvad vil du opnå eller undgå?
- Hvad er dit mål?
- Hvad er værdien af at nå dit mål?
- Hvad vil du helst have, der sker?
- Hvad opnår du herigennem?
- Hvad ønsker du mest af alt, at der skal komme ud af det?
- Hvilken værdi giver det dig selv og andre?
- Hvilke fordele er der for dig ved det?

En del mål opgives, netop fordi de egentlig ikke giver mening, og så er det jo en god idé, at man har opdaget det, inden der er brugt en masse ressourcer på ingenting. Vage mål såsom: Jeg vil gerne have det bedre, giver vage resultater og dårlige handlemuligheder. Et præcist mål kan fx være: Jeg vil gerne lære at overholde aftaler og komme til tiden. Men selv præcise mål er uopnåelige, hvis personen ikke brænder for at nå sit mål.

En god tommelfinger regel er at prioritere mål, der af borgeren er skaleret højt på en skala fra 0-10 i forhold til hvor vigtigt, det er for borgeren,

¹ Irene Oestrich 2010: "Kognitiv Coaching", Dansk psykologisk Forlag.

5.0 Udarbejdelse af forløbsplan og målsætning

hvor meget borgeren vil målet, og hvor meget borgeren tror på, han kan opnå målet. Desuden er kortsigtede mål mest realistiske, hvor målsætningen anbefales at indeholde max. tre mål, der løbende kan modificeres undervejs i forløbet, så målene hele tiden er attraktive og inden for rækkevidde.

Det er afgørende, at målene opstilles som et samarbejde mellem borger og den sundhedsprofessionelle. Formår borgeren ikke at opnå, er det ikke borgerens ansvar, men et fælles ansvar mellem borger og den sundhedsprofessionelle. "Det må vi sammen gøre bedre næste gang, vi opstiller mål."

Borgeren får en kopi af forløbsplanen og mål med sig.

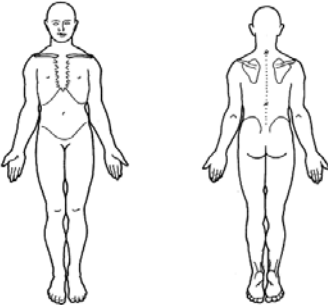
Bilag 1:

Skema til startsamtale

Samtale med _____ Dato: _____ Init.: _____

Borgerens oplevelse af ressourcer (R) og begrænsninger (B) i dagligdagen i forhold til:

Tema 1

Kropsfunktion og kropslig skavank	Noter	R	B
<p>Spørgsmål I: Oplever du kropslige gener/smerter eller nedsat energiniveau i det daglige?</p> <p>Hvis borgeren ikke oplever begrænsninger ifølge Spørgsmål 1 afdækkes tema 2</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b130 Energi og handlekraft (energiniveau, motivation, appetit, trang, impuls kontrol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b152 Følelsesfunktioner (funktioner bestemmende for fyldestgørende følelser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b280 Opfattelse af smerter (generel eller lokaliseret smerte i en eller flere dele af kroppen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b455 Udholdenhed (fysisk udholdenhed, aerob kapacitet, udtrætning)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b710 Ledbevægelighed (bevægelighed i et enkelt eller flere led)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b730 Muskulatur (styrken i specifikke muskler og muskelgrupper)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilag 1:

Skema til startsamtale

Tema 2

Aktivitet, deltagelse og sænket overligger	Noter	R	B
<p>Spørgsmål 2a: Er der ting i det daglige, som du gerne vil gøre, du ikke får gjort?</p> <p>Spørgsmål 2b: Oplever du, udfordringer i det daglige i forhold til at passe dit arbejde og/eller fritidsliv?</p> <p>Spørgsmål 2c: Hvordan synes du, det er at leve med din sygdom?</p> <p>Hvis borgeren ikke oplever begrænsninger ifølge Spørgsmål 2a, 2b eller 2c afdækkes Tema 3</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d230 Udføre daglige rutiner (styre og gennemføre daglige rutiner; styre ens eget aktivitetsniveau)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d240 Klare stress og andre psykologiske krav (klare ansvar; klare stress og kriser f.eks. at køre bil i tæt trafik eller passe mange børn)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d430 Løfte og bære (løfte, bære og sætte ting fra sig, som f.eks. at løfte en kop eller bære et barn fra et rum til et andet)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d450 Gå (gå over korte og lange afstande; gå på forskelligt underlag; gå udenom forhindringer)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d570 Varetage egen sundhed (sikre sit fysiske velvære, have hensigtsmæssige kost- og motionsvaner; tage vare på egen sundhed)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d850 Have lønnet beskæftigelse (Deltage i alle aspekter af et arbejde, som f.eks. at udføre de nødvendige opgaver i jobbet, møde på arbejde til tiden etc.)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d920 Deltage rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter (leg, idræt, kunst og kultur, kunsthåndværk, hobbyer og samvær)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilag 1:

Skema til startsamtale

Tema 3

Omgivelser og udfordrende forhold	Noter	R	B
<p>Spørgsmål 3a: Oplever du støtte og forståelse fra dine nærmeste omgivelser og forskellige sundhedspersonaler du har kontakt til?</p> <p>Spørgsmål 3b: Oplever du at have styr på, hvornår og hvordan du skal tage din medicin?</p> <p>Spørgsmål 3c: Oplever du et behov for hjælpemidler eller anden offentlig hjælp i det daglige?</p> <p>Hvis borgeren ikke oplever begrænsninger ifølge Spørgsmål 3a, 3b og 3c afdækkes Tema 4</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e110 Produkter og stoffer til indtagelse (fødevarer og medicin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e115 Produkter og teknologi til personligt brug (almindelige genstande og hjælpemidler og teknologi til personlig anvendelse)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e310 Opvækstfamilie (Støtte fra og kontakt til nærmeste pårørende)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e355 Sundhedspersonale (Støtte fra og kontakt til egen læge, amb., hjemmepleje, socialrådgiver)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e580 Tjenester, systemer og politikker vedrørende sundhedsvæsenet (tjenester, systemer og politikker til forebyggelse og behandling af helbredsproblemer, ydelser af medicinsk rehabilitering og fremme af sund livsstil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilag 2:

Skema til forløbsplan

Forløbsplan for: _____ Dato: _____ Init.: _____

Indsats	Start	Forventet Slut	Hvor	Kontaktperson

Evt. udlevering af folder/pjece om den enkelte indsats/delindsatser:

Målsætning

Fastlægge mål og ønsker Du skal hjælpe borgeren med at besvare spørgsmålene og ikke regne med, at svarene allerede findes!
Hvad vil du opnå eller undgå? Hvad er dit mål? Hvad vil du helst have, der sker? Hvad ønsker du mest af alt, der skal komme ud af det?
Hvilke fordele opnår du ved at nå dit mål?
Hvilken værdi giver det dig? Hvad er godt ved det? Hvad forventer du, det vil gøre for dig?
Hvilken værdi giver det andre?
Hvor vigtigt er det for dig at nå dit mål? 0 _____ 10
Hvor overbevist er du om, at du opnår det du ønsker? 0 _____ 10
Hvor overbevist er du om, at du kan opnå det du ønsker? 0 _____ 10

Mål	Mål på kort sigt	Mål på lang sigt
1.		
2.		
3.		

Bilag 2: Skema til forløbsplan

Specifik plan

Beslutte og planlægge - vælge midler, tid og ansvar Du skal hjælpe borgeren med at lægge en specifik plan og udvikle færdigheder (handlekompetencer), som borgeren mangler for at kunne gennemføre!
Hvad skal du rent faktisk gøre for at få opfyldt dit ønske/mål?
Hvornår skal du gøre det?
Hvordan skal du gøre det?
Hvem skal du gøre det sammen med?
Hvor overbevist er du om, at du kan gennemføre det? 0 _____ 100%

Forestil dig, hvordan det skal gøres Bed borgeren fortælle om en situation, hvor det går som planlagt

Mål	Mål på kort sigt	Mål på lang sigt
1.		
2.		
3.		

Kopi til borger

Bilag 3:

Generic Brief Core Set 2011 (GBCS 2011)

- en teknisk gennemgang

Startsamtalekonceptet er udviklet på baggrund af ICF og dens fire "komponenter": 1) kropsfunktion, 2) aktivitet og deltagelse, 3) omgivelsesfaktorer og 4) personlige faktorer.

I 2004 udviklede WHO 12 ICF kernesæt (Core Sets) bestående af ICF kategorier, som er udvalgt specifikt for konkrete kroniske helbredsstilstande/diagnosegrupper². Disse kernesæt består af udvalgte ICF-kategorier, hvor det forventes, at personen vil være begrænset i sin funktionsevne på grund af den pågældende diagnose.

Kernesættene består af et omfattende sæt med 100 koder og korte sæt med 30 koder inden for hver helbredsstilstand/diagnosegruppe.

I 2006 udarbejdede WHO et generisk kernesæt (Generic ICF Core Set/GCS 2006) baseret på de omfattende kernesæt med 100 ICF-koder på tværs af helbredsstilstande/diagnosegrupper. Tanken bag var at identificere de områder/ICF-koder, hvor man som kroniker vil være mest begrænset i sin funktionsevne på tværs af diagnoser.

Faglig konsulent på kronikerområdet, Susanne Terkelsen, Esbjerg Kommune, har efterfølgende udarbejdet et "Generic ICF Brief Core Set 2011" (GBCS 2011) baseret på sammenfald i de 12 korte kernesæt fra 2004. Da datamaterialet ikke er det samme som i GCS 2006, er udfaldet ikke helt det samme. Ud af de 15 koder i GCS 2006 er der 12 koder, der går igen i GBCS 2011. Derudover har GBCS 2011 fundet anvendelige koder på omgivelserfaktorerne, som ikke var repræsenteret i GCS 2006.

Med GBCS 2011 er det hermed muligt at lave en ICF-klassifikation.

I artiklen omkring GCS 2006 anbefales det at indtænke yderligere tre ICF-koder, der ikke er med i beregningerne i GCS 2006. Disse koder ranker til gengæld højt i GBCS 2011 og er med her.

De 12 korte kernesæt er stillet op efter hinanden med ICF-komponenter, koder og kategorier under hver. Herefter er der beregnet procentværdier eller prioriteringer (1-10) som giver en Rank ud fra hver kode. Gyldigheden af en kode kræver, at den er repræsenteret over flere diagnoser og helbredsstilstande. Jo flere områder, jo større gyldighed. Fem områder viste sig hurtigt at være det mindste antal, der skulle til for at blive vægтет gyldig som gennemgående. Desuden krævedes et vist antal procentpoint og prioritering for at kunne regnes med. Hvis en kode skulle være gyldig i sig selv skulle den repræsentere mere end 55% - dette giver en minimum rank på 275%. De koder, der i opstillingen er repræsenteret med Rank 275%+, og hvor der er fem eller flere helbredsstilstande/ diagnosegrupper repræsenteret, er vægтет som værende valid som en gennemgående ICF-kode på kronikerområdet. Desuden er der en sidste udvælgelse omkring relevans for området/koden i den kommunale praksis, hvor en kode på aktivitet og deltagelse (d770) og en kode vedr. omgivelsesfaktorer (e570) yderligere er valgt fra.

² Iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus, KOL, depression, low back pain, overvægt, osteoarthritis, osteoporose, brystcancer, reumatoid artrit, stroke og kronisk smerte.

Bilag 3: Startsamtaleskonceptet Generic Brief Core Set 2011 (GBCS 2011) - en teknisk gennemgang

ICF kode	Hjer-te	DM II	KOL	Depr.	R.A.	Os. por.	C. mam.	Stro-ke	LBP	Kr. smer-te	Fed-me	Slid-gigt	ICF Katagoerier	Rank	GSC 2006
d230	100		58	10,1	65		100			100			Udføre daglige rutiner	433,1	anbf. I GCS
d240	100	100		5			100		9	100	100		Klare stress og andre psykologiske krav	514	anbf. I GCS
d430	23				45	71	79		2	66			Løfte og bære	286	
d450	100	100	100		90	100		100	4	86	100	1	Gå	781	
d570	100	100		8			32				89		Varetage egen sundhed	329	
d850	92				90		84		5	100			Have lønnet beskæftigelse	371	
d920	46				30	71	42			86			Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiv	275	
b130	54	100		2,3,8			100		10	66	100		Energi og handlekraft	430	
b152	92			4,7		57	100		2	100			Følelsesfunktioner	355,7	
b280	100				100	100	100		1	100		1	Oplevelse af smerter	502	
b455	100	92	100		70		37		5	100			Udholdenhed	504	anbf. I GCS
b710					100	79	95		4			2	Ledbevægelighed	280	
b730	15	23			85	79	42	82	3	66		3	Muskelstyrke	398	
e110	100	100	100	4		71			7	100	100		Produkter og stoffer til indtagelse	582	ej i GCS
e115		92	75		69	7	74					2	Produkter og teknologi til personlig brug i hverdagen	319	
e310	100	100		1	92	43	100	93	8	100	100	1	Opvækstfamilie	738	ej i GCS
e355	100	100		3	69	64	100	43	3	100			Sundhedspersonale	582	ej i GCS
e580		100		8	92	93	79	29	1			4	Tjenester, systemer og politikker vedr. sundhedsvæsenet	406	

De 18 ICF-koder, som er fundet på tværs af de 12 kroniske sygdomme, er dermed:

Generic ICF Brief Core Set 2011 - GBCS 2011

Krop:
b130, b152, b280, b455, b710, b730

Aktivitet og Deltagelse:
d230, d240, d430, d450, d570, d850, d920

Omgivelsesfaktorer:
e110, e115, e310, e355, e580

Bilag 4:

Oversættelse af WHO's definitioner på ICF-koder i startsamtalekonceptet GBCS

Krop

b130 Energi og handlekraft

Overordnede mentale funktioner af fysiologisk og psykologisk art, som får personen til at opnå tilfredsstillende af specifikke behov og overordnede mål på en vedholdende måde

Inkl.: energiniveau, motivation, appetit, trang og impuls kontrol.

b152 Følelsesfunktioner

Specifikke mentale funktioner forbundet med følelser og affektive komponenter i sindet

Inkl.: funktioner bestemmende for fyldestgørende følelser; affekt, tristhed, lykkefølelse, kærlighed, frygt, vrede, had, anspændthed, angst, glæde, sorg; emotionel labilitet; følelsesaffladning

b280 Opfattelse af smerter

Opfattelse af ubehagelige fornemmelser som tegn på potentiel eller aktuel skade eller tilstand på dele af kroppen.

Inkl.: opfattelse af generel eller lokaliseret smerte i en eller flere dele af kroppen, smerte fra dermatom, jagende smerte, brændende smerte, dump smerte, skærende smerte tilstande som myalgi, analgesi og hyperalgesi

b455 Udholdenhed

Funktioner bestemmende for respiratorisk og kardiovaskulær kapacitet, som er nødvendig ved fysisk anstrengelse

Inkl.: fysisk udholdenhed, aerob kapacitet, udtrætning

b710 Ledbevægelighed

Bevægeudslag og bevægelighed i led

Inkl.: bevægelighed i et enkelt led eller flere led i rygsøjle, skulder, albue, håndled, hofte, knæ, ankel, små led i hænder og fødder, ledmobilitet i almindelighed, hypermobilitet, frosne led, frossen skulder, arthritis

b730 Muskulatur

Kraften som opstår ved kontraktion af en muskel eller en muskelgruppe

Inkl.: styrken i specifikke muskler og muskelgrupper, muskler i én ekstremitet, i den ene halvdel af kroppen, i underkrop, i alle ekstremiteter, i truenkus og i alle muskler i kroppen; tilstande som nedsat kraft i små muskler i fødder og hænder, parese, paralyse, monoplegi, hemiplegi, paraplegi, tetraplegi, akinetisk mutisme

Aktivitet og deltagelse

d230 Udføre daglige rutiner

Udføre simple, komplekse og sammensatte handlinger til planlægning, styring og gennemførelse af dagligt tilbagevendende rutiner eller pligter som f.eks. at overholde tider og lægge planer for særlige aktiviteter i løbet af dagen

Inkl.: styre og gennemføre daglige rutiner; styre ens eget aktivitetsniveau

d240 Klare stress og andre psykologiske krav

Gennemføre enkle, komplekse og sammensatte handlinger til styring af og kontrol over de psykologiske krav, der stilles til udførelse af opgaver, som kræver særligt ansvar, og som involverer stress, distraktion eller kriser som f.eks. at køre bil i tæt trafik eller passe mange børn

Inkl.: klare ansvar; klare stress og kriser

d430 Løfte og bære

Løfte en genstand op og flytte noget fra et sted til et andet som f.eks. at løfte en kop eller bære et barn fra et rum til et andet

Bilag 4:

Oversættelse af WHO's definitioner på ICF-koder i startsamtaleskonceptet GBCS

Inkl.: løfte, bære i hænderne eller på armene, på skuldrene, på hovedet, på ryggen og på hoften; sætte ting fra sig

d450 Gå

Bevæge sig til fods skridt for skridt på et underlag, således at den ene fod hele tiden hviler på underlaget, som når man slentrer, går forlæns, baglæns eller sidelæns

Inkl.: gå over korte og lange afstande; gå på forskelligt underlag; gå udenom forhindringer

d570 Varetage egen sundhed

Sikre sit velvære, helbred og fysiske og psykiske velbefindende ved f.eks. at indtage varieret kost, have passende niveau af fysisk aktivitet, holde sig varm eller afkølet, undgå skader på helbredet, dyrke sikker sex inkl. anvendelse af kondomer, lade sig vaccinere og følge regelmæssige helbredsundersøgelser

Inkl.: sikre sit fysiske velvære, have hensigtsmæssige kost- og motionsvaner; tage vare på egen sundhed

d850 Have lønnet beskæftigelse

Deltage i alle aspekter af et arbejde, erhverv eller anden form for beskæftigelse som ansat på fuldtid eller deltid eller som selvstændig som f.eks. at søge et arbejde og få det, udføre de nødvendige opgaver i jobbet, møde på arbejde til tiden, lede andre arbejdere eller selv blive ledet, udføre de nødvendige opgaver alene eller i en gruppe

Inkl.: deltids- og fuldtidsbeskæftigelse.

d920 Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter

Deltage i enhver form for leg, forlystelses- og fritidsaktivitet som uformelle eller organiserede lege og spil og idræt, motionsprogrammer, afslapning, fornøjelse eller adspredelse, besøge kunstgallerier, museer, biografteatre og teatre; deltagelse i kunsthåndværk og hobbyaktiviteter, underholdningslæsning, spille et musikinstrument; sightseeing, turistture og fritidsrejser

Inkl.: leg, idræt, kunst og kultur, kunsthåndværk, hobbyer og samvær

Omgivelsesfaktorer

e110 Produkter og stoffer til indtagelse

En hver natur- eller menneskeskabt genstand eller et hvert stof indsamlet, forarbejdet eller fabrikeret til menneskelig indtagelse

Inkl.: fødevarer og medicin

e115 Produkter og teknologi til personligt brug i hverdagen

Udstyr, produkter og teknologi, som anvendes af mennesker i daglige aktiviteter, inkl. sådanne som er tilpasset eller særligt fremstillet til, implanteret i, placeret på eller nær personen, som anvender dem

Inkl. almindelige genstande og hjælpemidler og teknologi til personlig anvendelse

e310 Opvækstfamilie (støtte og kontakt)

Personer knyttet sammen ved fødsel, ægteskab eller anden relation, og som kulturelt opfattes som nærmeste pårørende f.eks. samlever, forældre, søskende, børn, plejeforældre, adoptivforældre og bedsteforældre

e355 Sundhedspersonale (støtte og kontakt)

Personer, som arbejder indenfor sundhedsvæsenet som f.eks. læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, audiologopæder, bandagister og socialrådgivere

e580 Tjenester, systemer og politikker vedrørende sundhedsvæsenet

Bilag 5:

Kronikerklassifikationsmodellen

GBCS 2011 er et udvalg af ICF koder, der kan anvendes som klassifikation på kronikerområdet. Susanne Terkelsen fra Esbjerg Kommune har med udgangspunkt i GBCS 2011 udarbejdet tre modeller til klassifikation på kronikerområdet. Der er således opstillet en klassifikationsmodel med brug af ICF gradienter en klassifikationsmodel med brug af VAS 0-100 % en klassifikationsmodel med 10 cm. bjælker fra 0-100.

Disse modeller kan rekvireres hos Esbjerg Kommune, sundhedsstrategisk team.

Desuden er der opstillet fire underkategorier under de personlige faktorer, hvor der forsøgsvis kan gives et bud på ressourcer og begrænsninger. I denne klassifikation er det borgerens egen vurdering af begrænsning i samarbejde med/under guidning af den sundhedsprofessionelle, der er udgangspunktet i dokumentationen.

MarselisborgCentret anbefaler desuden en model, hvor borgeren selv udfylder samtidig med den sundhedsprofessionelle udfylder, og så sammenligner man efterfølgende. Dette kræver dog, at borgeren er godt klædt på til opgaven. På denne baggrund fastholdes, at guide borgeren igennem scoringen.

MarselisborgCentret kender ikke til nogen indikatorer i scoringen, der giver udslag i bevillinger eller afgørelser i forhold til indsatser. Det vil være en subjektiv vurdering, der er svært målbar. Det er sammenhængen og kompleksiteten i de udfordringer og begrænsninger, borgeren oplever koblet med borgerens egen vægtning af fokus i indsatsen, der må danne baggrund for den faglige vurdering af indsatsen.

Overvejelser over visitation og dokumentation samtidig

At afdække efter guiden og samtidig have borgeren til at score sig selv i klassifikationsmodellen kan være en udfordring. Det kan opleves som to forskellige samtaler. Den semistrukturerede tilgang bliver mere fragmenteret og tjekliste-agtig. Til gengæld har man en unik mulighed for at dokumentere effekten af indsatsen koblet direkte op på borgerens oplevelse af begrænsninger.

Bilag 6:

Inklusionskriterier for patientuddannelseskonceptet Vejen Videre

Målgruppen for patientuddannelsen Vejen Videre er borgere med diagnosticeret KOL, kronisk hjertesygdom og/eller type 2-diabetes, som kan stratificeres til gruppe 3, jf. Region Syddanmarks kronikerfirkant. Dog kan borgere, som stratificeres til gruppe 2 og 4 også henvises til patientuddannelsen, såfremt det skønnes relevant.

Deltagerne i patientuddannelsen skal:

- være over 18 år
- være diagnosticeret med KOL, kronisk hjertesygdom og/eller type 2-diabetes
- forstå dansk
- kunne indgå i en gruppe og have gavn heraf
- kunne deltage i et undervisningsforløb af mindst seks ugers varighed med fremmøde 3 1/2 timer om ugen
- have et ønske om at deltage i patientuddannelsen efter at være blevet informeret om dens indhold
- kunne deltage i fysisk træning mindst én gang om ugen af mindst én times varighed i 6-12 uger
- have et rehabiliteringsbehov

