

Kapacitetsplan i regi af de horisontale samarbejdsaftaler

For at understøtte en systematisk planlægning og styring af den patientrettede forebyggelsesindsats fremgår det af de horisontale samarbejdsaftaler, at kommunerne årligt skal udarbejde en kapacitetsplan, som godkendes i sundhedsrådene.

Kapacitetsplanen tager udgangspunkt i nærværende skabelon og har til formål at skabe et samlet overblik over ressourcer (medarbejdere), aktivitet, kapacitet, lokationer samt udviklingsbehov.

Jf. de horisontale samarbejdsaftaler er målgruppen for den patientrettede forebyggelse omfatter voksne borgere (18+) med kronisk eller langvarig sygdom, som kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Målgruppen omfatter blandt andet borgere med en eller flere sygdomme, herunder eksempelvis diabetes, hjerte-karsygdomme, KOL, kræft, knogleskørhed samt muskel- og skeletsygdomme, herunder lænd- og rygsmerter¹.

¹ Oplistningen er ikke udtømmende og indebærer hverken, at indsatser skal begrænses til de nævnte sygdomme, eller at der skal etableres sygdomsspecifikke tilbud til de enkelte grupper.

1. Antal medarbejdere som indgår i løsningen af patientrettet forebyggelse

Forklaring til nedenstående tabel 1:

Nedenstående tabel beskriver ressourcerne i indsatsen til patientrettet forebyggelse i 2025 og 2027. Aarhus Kommune anvendte i 2025 21,6 mio. kr. til patientrettet forebyggelse, og den horisontale aftale er indgået med et rammebudget på 20,4 mio. kr. Derfor er antal årsværk nedjusteret fra 2025 til 2027 fra 28 årsværk til 26,5 årsværk (inkl. ledelse og understøttende funktioner).

Tabel 1: Antal personer, årsværk, faggrupper og lønudgifter for 2025 og forventet 2027

	2025	Forventet 2027
<i>Medarbejdere beskæftiget med patientrettet forebyggelse</i>		
Antal personer	Ressourcerne bruges fleksibelt	Ressourcerne bruges fleksibelt
Antal årsværk	24	22,5
Faggrupper (angiv antal personer og årsværk fordelt på faggrupper)	Ressourcerne bruges fleksibelt. Faggrupperne er: - Sygeplejerske - Fysioterapeut - Klinisk diætist/bachelor i ernæring og sundhed	Ressourcerne bruges fleksibelt. Faggrupperne er: - Sygeplejerske - Fysioterapeut - Klinisk diætist/bachelor i ernæring og sundhed
<i>Ledere og medarbejdere i understøttende funktioner (f.eks. administration, konsulentunderstøttelse mv.)</i>		
Antal personer	Ressourcerne bruges fleksibelt	Ressourcerne bruges fleksibelt
Antal årsværk	4	4
Faggrupper (angiv antal personer og årsværk fordelt på faggrupper)	- Administrativ medarbejder (HK) - Sundhedsfagligt personale til fordeling af henvisninger samt kvalitetsarbejde (herunder sikring af ensartet dokumentation) - Leder	- Administrativ medarbejder (HK) - Sundhedsfagligt personale til fordeling af henvisninger samt kvalitetsarbejde (herunder sikring af ensartet dokumentation)

		- Leder
<i>Udgifter (fordelt på løn og øvrige herunder husleje, rengøring, hjælpemidler, træningsudstyr mm.)</i>		
Løn	15.792.000	14.946.000
Øvrige	5.773.414	5.454.000

2. Aktivitet og kapacitet

Kapacitetsplanen for 2027 rummer nogle udfordringer i forhold til den nuværende registreringspraksis i Aarhus Kommune. Der pågår et arbejde på tværs af alle kommuner i regionen samt Region Midtjylland om at skabe en fælles model for monitorering, når aftalen træder i kraft ved årsskiftet, og myndighedsansvaret overgår til regionen. Der er derfor en forventning om, at der i forbindelse med den næste kapacitetsplan vil være større overensstemmelse mellem monitorering og kapacitetsplan.

a. Aktivitet

Henvisninger – til hele Folkesundhed Aarhus (dvs. både borger- og patientrettet forebyggelse)			
Antal henvisninger		2025	Forventet 2027
Forklaring til data: Antal henvisninger til alle tilbud og forløb til Folkesundhed Aarhus	De almenmedicinske tilbud (almen praksis)	1.177 henvisninger	-
	Praktiserende speciallæger	1 henvisning.	-
	Sygehus Forklaring: kirurgisk, medicinsk, akut og psykiatrisk afdeling	2.255 henvisninger.	-
	Andre kommunale enheder Forklaring: hjemmeplejen, sagsbehandler, anden forvaltning	280 henvisninger.	-
	Selvhenvendere Forklaring: borger eller pårørende	1.684 henvisninger.	-
	Uoplyst	22 henvisninger.	-

	Forklaring: Anden kommune eller Andre		
	I alt	5.419 henvisninger.	Vi har oplevet en generel stigning de seneste år, hvorfor vi også forventer at det samlede antal henvisninger vil stige i 2027. Forventeligt omkring 6000-6500 henvisninger i 2027.

Forklaring til tabel 2:

Vedr. henvisninger

Det er ikke muligt på en meningsfuld måde at opgøre henvisninger til de enkelte forløb, da det er i forbindelse med den afklarende samtale, at borgerne tildeles et relevant tilbud. Derfor er der indsat en ny tabel ovenfor, som samlet set opgør, hvor mange henvisninger, der er kommet fra de forskellige aktører. Henvisningspraksis og mere viden herom foreslås som et fælles udviklingstema i samarbejdet mellem AUH og Aarhus Kommune – se nederst i kapacitetsplanen.

Vedr. hold/individuelle forløb

Tilbuddene i Folkesundhed Aarhus bygger på et princip om differentiering – med henvisning til kvalitetsstandarden for patientrettet forebyggelse. Langt de fleste borgere vil derfor have et forløb, der er sammensat af individuelle og holdbaserede elementer. Derfor opgøres kun ét tal for antal forløb.

Vedr. afsluttede forløb

Med samme udgangspunkt som ovenfor er der ikke en fast defineret forløbslængde. Som udgangspunkt har forløbene en max-længde, men hvis borgerne kan klare sig med mindre, afsluttes de tidligere eller brobygges videre. Med denne begrundelse kan afsluttet ikke sammenlignes med "gennemført" forløb. Tallet opgøres derfor ikke. Mere dybdegående viden om forløbslængder, ydelser og differentiering er foreslået som et udviklingstema i samarbejdet mellem AUH og Aarhus Kommune – se nederst i kapacitetsplanen.

Vedr. §140 genoptræning og §119 patientrettet forebyggelse

I forhold til den fremadrettede opgavevaretagelse er genoptræning efter Sundhedslovens §140 kommunalt myndighedsansvar, imens patientrettet forebyggelse efter Sundhedslovens §119 er regionens myndighedsansvar. Mange af borgerne, som modtager genoptræning ved Folkesundhed Aarhus, har foruden deres genoptræningsbehov et behov for forebyggelsesindsatser ved siden af. Det er vurderet, at stort set alle borgere, der i dag

modtager genoptræning i Folkesundhed Aarhus, også modtager elementer af forebyggelse. Derfor er antal borgere med genoptræningsplaner for kræft og hjertesygdom medtaget i aktiviteten for 2025 på MarselisborgCentret.

Tabel 2: Aktivitet for 2025 og forventet 2027

		2025	Forventet 2027
Diabetes			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler. <i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale		MarselisborgCentret Alle planlagte samtaler: 387. Unikke borgere: 279. Globus1 Alle planlagte samtaler: 96.* Unikke borgere: 73. *OBS samlet tal for investeringsmodel Sammen om Diabetes og individuelle forløb i Globus 1	
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i omsorgsjournalsystemet i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.	MarselisborgCentret: 283. Globus1: 100.* *OBS samlet tal for investeringsmodel Sammen om Diabetes og individuelle forløb i Globus 1	MarselisborgCentret: Patientundervisning: 56 deltagere/år. Temasamlinger: 250 deltagere/år. Træning: 56 deltagere/år. Globus1: Indsats i Globus1: 3 forløb á 8-10 deltagere + 10 borgere i individuelle forløb.
Hjerte-karsygdomme			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller		MarselisborgCentret <u>§119 hjerte</u> Alle planlagte samtaler: 65. Unikke borgere: 52.	

		2025	Forventet 2027
annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler. <i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale.		<u>§140</u> <u>hjerterehabilitering</u> Alle planlagte samtaler: 573. Unikke borgere: 441.	
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i omsorgsjournalsyste met i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.	MarselisborgCentret §119 hjerte: 67. §140 hjerterehabilitering: 452.	Patientundervisning: 144 deltagere/år + pårørende. Gruppeforløb fordelt på patientgruppe: <i>Hjertesvigt:</i> 24 deltagere/år + evt. pårørende. <i>Hjerteflimmer:</i> 24 deltagere/år + evt. pårørende. <i>Hjertekarsygdom:</i> 168 deltagere/år + evt. pårørende. Træning: 41 deltagere/år* Gruppeforløb: <i>Mad for dit hjertes skyld:</i> 96 deltagere/år + evt. pårørende. <i>Praktisk madlavning:</i> 40 deltagere/år + evt. pårørende. *For borgere på §119
KOL			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler.		MarselisborgCentret <u>§119 KOL</u> Alle planlagte samtaler: 289. Unikke borgere: 206.	

		2025	Forventet 2027
<i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale.			
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i omsorgsjournalsyste- met i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.	MarselisborgCentret §119 KOL: 226.	Patientuddannelse: 112 deltagere/år. Åndedrætskursus: 40 deltagere/år. Træning: 66 deltagere/år. Gruppeforløb: 42 deltagere + evt. pårørende.
Kræft			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler. <i>Telefonisk behovsaflaring:</i> Alle borgere kan ved diagnosetidspunktet få tilbud om, at kommunen må kontakte dem ift. aflaring af, om de har behov for et rehabiliteringstilbud. <i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale.		MarselisborgCentret <u>§119 kræft</u> Alle planlagte samtaler: 787. Telefonisk behovsaflaring: Ca. 500 (registrering først startet december) <u>§140 kræft</u> Alle planlagte samtaler: 228. Unikke borgere: 157.	
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i	MarselisborgCentret §119 kræft: 583. §140 kræft: 151.	Patientundervisning: 120 deltagere/år. Træning: +493 pladser/år.

		2025	Forventet 2027
	omsorgsjournalsyste met i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.		Ernæringsindsats: Temaeftermiddag: 160 pladser/år. Madlavningsforløb: 56 pladser/år.
Knogleskørhed			
Der afholdes infomøder til borgere med osteoporose, der ikke har brud/sammenfald på rygsøjlen eller stærke rygsmærter.		I 2025 deltog 124 borgere.	Kapacitet til 180
Muskel- og skeletsygdomme, herunder lænderygsmærter			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler. <i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale.		MarselisborgCentret Alle planlagte samtaler: 262. Unikke borgere: 200. Globus1 Alle planlagte samtaler: 110. Unikke borgere: 84.	
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i omsorgsjournalsyste met i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor	MarselisborgCentret: 220. Globus1: 92.	MarselisborgCentret: Patientundervisning/træning : 176 pladser/år. Hold til smertehåndtering: 42 pladser/år. Globus1: 2 hold for kvinder med løbende optag: i alt ca. 90 deltagere.

		2025	Forventet 2027
	er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.		Ca. 15 mænd fordelt på individuelle tilbud og deltagelse på borgerrettet forløb.
Andre patientrettede forebyggelsestilbud			
Antal afklarende samtaler Forklaring til data: <i>Alle planlagte samtaler:</i> Alle afklarende samtaler der er planlagt i omsorgsjournalsystemet. Aftalerne kan være gennemført, aflyst eller annulleret. Den samme borger kan have flere planlagte samtaler. <i>Unikke borgere:</i> Antal unikke borgere med en planlagt afklarende samtale.		Smerteforløb Alle planlagte samtaler: 138. Unikke borgere: 96.	
Antal forløb	<i>Opstartede</i> Forklaring til data: Viser antal opstartede forløb i omsorgsjournalsystemet i 2025. <i>Forventet for 2027</i> Samlet antal forløb kan kun opgøres bagudrettet. Derfor er kapaciteten for de enkelte delelementer af forløbene skrevet ind.	Smerteforløb: 102.	Smerteforløb: 0

b. Kapacitet

Beskrivelse af kapacitet.

Tabel 3: Sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
	Beskrivelse af tilbud, herunder beskrivelse af eventuelle digitale muligheder i tilbuddet	X hold/år Max x deltager/hold Total (max): x deltagere/år Tilkendegivelse af om der er løbende optag		(f.eks. 3 x 2 timer/uge i 12 uger)
Diabetes				
1	Globus 1: Det åbne diabetestilbud Tilbud til borgere med type 2-diabetes med fokus på sygdomsforståelse, kost, motion, medicin og mestring af hverdagen. Indeholder undervisning, træning og individuel opfølgning med brobygning. Mulighed for sprogstøtte på arabisk, somalisk, tyrkisk og farsi. Fleksibelt optag de første 2-3 uger efter opstart. Bredt samarbejde på tværs med almen praksis, Steno, sociale forhold og beskæftigelse, boligsociale helhedsplaner etc.	Forløb: -3 forløb á 8-10 deltagere -10 individuelle I alt: 34-40 deltagere	Hold og mulighed for individuelt forløb	Håndholdt forløb for sårbar målgruppe Individuel indledende- og afsluttende samtale - undervisning og træning 1 gang ugentligt á 2,5 time i 12-14 uger. Mulighed for supplerende individuelle samtaler v. behov. Opfølgning i gruppe eller individuelt 2-3 måneder efter afslutning.
2	MarselisborgCentrets tilbud Tilbuddet starter med en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel.	Gruppeforløbet er en fast kombination af både: Patientundervisning:	Hold med mulighed for individuelle samtaler efter behov	Patient-undervisning: 8 mødegange af 2 timers varighed + 1 opfølgende

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
	Tilbuddet kan bestå af et gruppeforløb med undervisning og træning, eller individuelle forløb bestående af temaeftermiddage, digitalt diabetesforløb og/eller fysisk træning. Forløbet tager udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer og kan tilrettelægges som et individuelt forløb.	4 hold/år Max 14 deltager/hold Total (max): 56 deltagere/år Lukkede hold Temasamlinger afholdes månedligt for op til 25 deltagere. Ca. 10 temasamlinger/år Total (max): 250 deltagere/år Løbende optag Træning: Holdtræning 2x ugentligt. 4 hold/år Max 14 deltager/hold Total (max): 56 deltagere/år Lukkede hold		mødegang af 1,5 t. varighed Temasamlinger: 1 mødegang af 2 timers varighed Træning: 1,25 times varighed
Hjerte-karsygdomme				
1	Tilbuddet starter med en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel Tilbuddet omfatter patientundervisning på hold bestående af undervisning og træning. Der er desuden mulighed for samtaler med en diætist.	Patientundervisning: Månedligt infomøde med information om mulighederne i det patientrettede forebyggelsestilbud; Max 12 deltagere + pårørende. Total (max): 144 deltagere/år + pårørende Gruppeforløb til patienter med henholdsvis: Hjertesvigt: 2 forløb årligt Max 12 deltagere/hold, mulighed for pårørende efter vurdering	Hold med mulighed for individuelle samtaler efter behov	Patientundervisning: Infomøde á 2 timer Hjertesvigt: 4 undervisningsgange á 1,5 time Hjerteflimmer: 5 undervisningsgange á 1,5 time Hjertekarsygdom: 5 undervisningsgange á 2 timer Træning:

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
		Total (max): 24 deltagere/år + evt. pårørende Hjerteflimmer: 2 forløb årligt Max 12 deltagere/hold, mulighed for pårørende efter vurdering. Total (max): 24 deltagere/år + evt. pårørende Hjertekarsygdom: 11-12 forløb årligt Max 12-14 deltagere afhængig af hold Total (max): 168 deltagere/år + evt. pårørende Træning: 1 hold ugentlig á 75min, 16 ugers varighed Løbende optag Max 15 deltagere Total (max): 41 deltagere/år ved aktivitet i 44 uger med fulde forløb, hvis alle tager fuldt forløb. Gruppeforløb: Mad for dit hjertes skyld 7-8 forløb/år 12 borgere + evt. pårørende Lukkede hold Total (max): 96 deltagere/år + evt. pårørende Praktisk madlavning 4 forløb/år		1,25 time én gang ugentligt i op til 16 uger. Mad for dit hjertes skyld: 2 x 2 timer Praktisk madlavning: 2 x 4 timer Individuel: Tilbage melding på Hjertekost-skema v. diætist

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
		10 deltagere + evt. pårørende Lukkede hold Total (max): 40 deltagere/år + evt. pårørende		
KOL				
1	Tilbuddet starter med en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel Gruppeforløb til borgere der lever med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom). Borgerne kan deltage på forløbet, uanset om de har fået konstateret KOL for kort tid siden, eller om de har levet med det i længere tid. Samlevende pårørende har mulighed for at deltage i undervisningen. Forløbet afholdes også på andre kommunale lokationer/i andre distrikter. Hvor afhænger af, hvor koncentrationen af borgerne er.	Patientuddannelse: Gruppebaseret patientundervisning á 4 ugers varighed. 8 hold/år Lukkede hold Max 14 deltagere/hold (ikke pårørende) Total (max): 112 deltagere/år Åndedrætskursus: 3-4 gange årligt Maks 10 deltagere/forløb Ikke pårørende Total (max): 40 deltagere/år Træning: 2 hold/ugentligt 16 ugers varighed Max 12 deltagere/hold Løbende optag Total (max): 66 deltagere/år KOL og mad gruppeforløb: 3 forløb/årligt Varighed 3 uger Pårørende kan deltage. Maks 14 deltagere. Lukkede hold	Hold med mulighed for individuelle samtaler efter behov	Patientuddannelse: 1 ugentlig mødegang i 4 uger á 2 timers varighed. Åndedrætskursus: 1 ugentlig mødegang i 4 uger á 2 timers varighed. Træning: 1 ugentlig mødegang á 1.25 times varighed i 16 uger KOL og mad gruppeforløb: 1 ugentlig mødegang á 3 timers varighed. Individuel: Mulighed for individuel

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
		Total (max): 42 deltagere/år inkl. evt. pårørende		instruktion i brug af PEP-fløjte
Kræft				
1	Forløbet starter med en afklarende samtale med en sundhedsfaglig medarbejder. Formålet med forløbet er at støtte borgerne til at få den bedst mulige hverdag under eller efter kræftsygdom samt at støtte borgerne i at vende tilbage til det liv, de ønsker.	Patientundervisning: 8 hold/år (fra efteråret 2026) 15 deltagere/hold Lukkede hold Total (max): 120 deltagere/år Træning: (fra efteråret 2026) ved aktivitet i 44 uger årligt, med løbende optag- dvs. Tallene gælder hvis alle borgere deltager hele forløbet: <u>Niveau 1 hold</u> 176 deltagere pr. År (kan være flere, da man kan deltage i op til 8 uger) <u>Niveau 2 hold</u> 176 pr. År <u>Niveau 3</u> 141 deltagere pr. år. Ernæringsindsats (fra efterår 2026) <i>Temaeftermiddag om mad og kræft, med pårørende: 1 x pr. Måned (10 gange årligt). 16 borgere + pårørende.</i> Total (max): 160 pladser årligt	Hold Hold <i>Individuelle tilbud er beskrevet under ernæringsindsats (s.18)</i>	Patientundervisning: 1 mødegange af 2,5 timer i 5 uger Træning: Hold på 3 niveauer: Deltager pr hold 15 (op til 17) varighed 1,25 time <u>Niveau1:</u> 2 hold 1 gang om ugen i op til 8 uger; <u>Niveau 2:</u> 2 hold 2 gange om ugen i 8 uger; <u>Niveau 3:</u> 3 hold 1 gang om ugen i 14 uger Temaeftermiddag om mad og kræft: Én gang, á 2 timer

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
		<i>Mad til krop og sjæl - madlavningsforløb uden pårørende</i> 1-2 forløb pr. ½ år, 14 deltagere Total (max): 56 pladser årligt		
Knogleskørhed				
1	Der afholdes infomøder til borgere med osteoporose, der ikke har brud/sammenfald på rygsøjlen eller stærke rygsmærter. Møderne består af tværfaglige oplæg i et samarbejde ml. Kommunen, AUH, Osteoporoseforeningen samt en ekstern fysioterapeut. Der afholdes et årligt koordineringsmøde med de involverede parter, hvor møderne planlægges.	4 møder om året Max 45 deltagere pr. møde.	Hold	3 timer pr. møde
Muskel- og skeletsygdomme, herunder lænd- og rygsmærter				
1	Globus 1: Lænderygsmærter Tilbud til borgere med kroniske lænderygsmærter med fokus på træning, smertehåndtering og mestring af hverdagen. Forløbet tilpasses den enkelte borger og foregår på hold ledet af fysioterapeut. Der tilbydes sprogstøtte i Globus1 på arabisk,	To hold, løbende optag (kvinder) i alt ca. 90 forløb om året. 15 mænd fordelt på individuelle forløb og deltagelse på borgerrettet tilbud.	Hold og mulighed for individuelle forløb.	Håndholdt forløb for sårbar målgruppe Individuel indledende- midtvejs- og afsluttende samtaler. Efterfulgt af holdforløb med træning og korte undervisnings-sessioner med fokus på blandt andet kost, søvn,

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
	tyrkisk, somalisk og farsi.			bekymring/stress og smertehåndtering Træning og undervisning en gang ugentligt á 1,5 time i 12-14 uger. Mulighed for supplerende individuelle samtaler.
	MarselisborgCentret Tilbud til borgere med kroniske lænderygsmerter med fokus på træning, smertehåndtering og mestring af hverdagen. Forløbet tilpasses den enkelte borger og foregår på hold ledet af fysioterapeut. Forløbet starter med en afklarende samtale med en sundhedsfaglig medarbejder. Der er fokus på egenmestring.	Patientundervisning/ træning: 4 hold ugentligt 15 deltagere Lukkede hold Total (max): I alt 176 pladser pr. år ved aktivitet i 44 uger årligt Aktiv Smertehåndtering: 14 deltagere - 2-3 hold årligt. Lukkede hold Total (max): 42 pladser pr år.	Hold med mulighed for individuelle samtaler efter behov	Træning: 1 mødegang om ugen á 1,25 time i 15 uger. Aktiv smertehåndtering 7 gange á 2 timers varighed samt en opfølgning på hold (2 timer)

Tabel 4: Risikofaktorfokuserede forebyggelsestilbud

Risikofaktorfokuserede forebyggelsestilbud

	Patientrettede forebyggelsestilbud	Kapacitet/år	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren)
	Beskrivelse af tilbud, herunder beskrivelse af eventuelle digitale muligheder i tilbuddet	<i>X hold/år</i> <i>Max x deltager/hold</i> <i>Total (max): x deltagere/år</i> <i>Tilkendegivelse af om der er løbende optag</i>		(f.eks. 3 x 2 timer/uge i 12 uger)
Rygestop / nikotinafvænning				
1	Forskellige gruppeforløb: -For borgere under 30 år -Forløb i naturen -Forløb indendørs -Kom og Kvit	6-7 forskellige hold ugentligt Årlig kapacitet for hold: 85 borgere	Hold	6 mødegange á 2 timer for alle forløb undtagen Kvit og Frit. Kom og Kvit er med fast ugentlig mødetid á 2 timer med mulighed for fleksibel deltagelse.
2	Individuel rådgivning til borgere med behov for ekstra støtte. Tilbydes på dansk og engelsk ved FrydenlundHUSET samt på tyrkisk, arabisk, somalisk og persisk ved Globus1.	Løbende optag. Kapacitet på ca. 45-50 borgere årligt på tværs af de to afdelinger.	Individuel	6 mødegange á 1 time
	Digitalt ryge- og nikotinstopforløb i app'en Mit liv – min sundhed. Der tilbydes 2-3 telefoniske opfølgningssamtaler ved behov.	Ubegrænset brug af app.	Individuel	Eventuelt 2-3 telefoniske opfølgningssamtaler
Alkoholrådgivning				
1	Anonyme samtaler for unge	Anonyme tilbud – ingen afsat økonomi til denne del, da volumen er lille.	Individuelt	Op til 5 samtaler

	Patientrettede forebyggelsestilbud <i>Beskrivelse af tilbud, herunder beskrivelse af eventuelle digitale muligheder i tilbuddet</i>	Kapacitet/år <i>X hold/år Max x deltager/hold Total (max): x deltagere/år Tilkendegivelse af om der er løbende optag</i>	Individuelt eller hold	Tilbuddets omfang (for borgeren) <i>(f.eks. 3 x 2 timer/uge i 12 uger)</i>
Rygestop / nikotinafvænning				
	Obs. ved egentligt misbrug henvises til rusmiddelcentret.			
	Anonyme samtaler Obs. ved egentligt misbrug henvises til rusmiddelcentret.	Anonyme tilbud – ingen afsat økonomi til denne del, da volumen er lille.	Individuelt	Op til 5 samtaler
	Gruppeforløb Obs. ved egentligt misbrug henvises til rusmiddelcentret.	Løbende optag. Anonyme tilbud – ingen afsat økonomi til denne del, da volumen er lille.	Hold	Fast mødetid med mulighed for fleksibel deltagelse.
Ernæringsindsats				
1	MarselisborgCentret og Globus 1 Der tilbydes en ernæringsindsats – enten diætbehandling eller kostvejledning til borgere med kronisk sygdom jf. Kvalitetsstandarden til Forebyggelsestilbud til Borgere med Kronisk Sygdom. Der tilbydes diætbehandling fra 2027, på forløb, hvor dette endnu ikke indgår. Det fremgår under ovenstående diagnosegrupper, hvor det allerede tilbydes.	Diætbehandling (bør opgave jf. kvalitetsstandarden): Tilbydes til borgere i særlig ernæringsrisiko efter behov. Der screenes systematisk for underernæring ved alle afklarende samtaler. Ernæringsindsats i form af kostvejledning (skal-opgave jf. kvalitetsstandarden) Indgår på de enkelte diagnosespecifikke hold.	Individuelt	Kan ikke opgøres.

3. Antal og placering af lokationer, hvor borgerne kan modtage patientrettede forebyggelsestilbud

Beskrivelse af lokationer og placering.

Tabel 5: Beskrivelse af lokationer

Lokation	Adresse	Tilbud/forløb på lokationen	Eventuelle bemærkninger
<i>Beskrivelse af lokation (f.eks. Sundhedshus X, Biblioteket i X, Fællesskabshuset X)</i>	<i>Lokationens adresse og postnummer</i>	<i>Beskrivelse af lokale(r) og forløb, herunder beskrivelse af hvilke tilbud lokalerne bruges til samt de fysiske rammer på lokationen (f.eks. lånt et lokale)</i>	<i>Ved behov for uddybning af lokalet/lokationen</i>
Globus 1 Folkesundhed Aarhus i Globus 1 (sundhedshus)	Gudrunsvej 3A, 8220 Brabrand	Fast lokation for borgerrettede borger- og patientrettede indsatser. Forløb for borgere med type 2-diabetes (få forløb for borgere med hjerte-kar-sygdom og KOL), borgere med kroniske lænderygsmærter, rygestopforløb samt tilbud om kost-, motions- og livsstilsændringer. Der tilbydes undervisning, træning, individuelle samtaler og sprogstøtte. Lokationen rummer undervisningslokaler, træningskøkken, samtalerum, træningsfaciliteter, kontorer og fællesarealer.	Lokationen er samlokaliseret med Gellerup Lægerne, Sundhedsklinik, to lokale børnehaver samt halfaciliteter.
Folkesundhed Aarhus i FrydenlundHUSET	Høgevej 27K, 8210 Aarhus V	Fast lokation for borgerrettede forebyggelsestilbud, herunder stress- og depressionsforløb, ryge- og nikotinstopforløb, alkoholsamtaler, psykologsamtaler til ældre, sundhedstilbud til gravide, foreningsbrobygning, forebyggende hjemmebesøg, sundhedsforløb for mennesker uden for arbejdsmarkedet samt strukturelle indsatser sammen med ungdomsuddannelser og FGU. Lokationen rummer undervisningslokaler, samtalerum, reception og	Lokationen er samlokaliseret med lægepraksis, sundhedspleje, PPR, Børneterapien, daginstitution mv.

		venteområde, madlavningsfaciliteter, udendørs træningsfaciliteter, indendørs træningsfaciliteter, kontorer og fællesarealer.	
Folkesundhed Aarhus på MarselisborgCentret	Evald Krogs Gade 1A, 8000 Aarhus C	Fast lokation for patientrettede indsatser. Forløb for borgere med type 2-diabetes, hjerte- kar-sygdom, KOL, kræft, osteoporose samt kroniske lænderygsmerter. Der tilbydes undervisning, træning, individuelle samtaler. Lokationen råder over: - Tre træningssale - Behandlingsrum - Samtalerum - Undervisningslokaler - Undervisningskøkken - Udendørsarealer til træning	
Lokale sundhedsindsatser	Flere steder i kommunen, f.eks. på lokale Folkehuse, biblioteker eller lignende	Med udgangspunkt i lokale data fra Hvordan Har Du Det Undersøgelsen har det været muligt at se på risikofaktorer på sogneniveau. Der har derfor været planlagt f.eks. rygestopforløb i Tranbjerg og Tilst samt diabetesforløb ex. i Håndværkerparken og Holmstrup Mark med henblik på at sikre let adgang til tilbuddene. Der afholdes også fremskudte KOL-forløb i f.eks. Folkehuse efter behov.	

4. Henvisningsmuligheder til civilsamfundsaktiviteter når det patientrettede forebyggelsestilbud afsluttes

Beskrivelse af hvordan der i dag arbejdes med at sikre brobygning til civilsamfundet:

Brobygning til civilsamfundet er en indsats for voksne borgere i Aarhus Kommune, der har været i forløb ved Folkesundhed Aarhus, Ortopædisk Genoptræningscenter, Neurocentret samt sundhedsenheder og sundhedsklinikker. Indsatsen retter sig dermed mod en bredere målgruppe end alene borgere, der deltager i patientrettede forebyggelsestilbud.

Brobygningsindsatsen bygger på en differentieringslogik, hvor borgernes behov, ressourcer og forudsætninger er styrende for omfanget og karakteren af støtten. Nogle borgere har alene behov for information og inspiration til relevante aktiviteter i civilsamfundet, mens andre har behov for en mere håndholdt og længerevarende indsats for at kunne deltage aktivt i forenings- og fællesskabslivet.

I praksis er brobygning integreret som en del af de patientrettede forebyggelsesforløb. Som udgangspunkt deltager en foreningsbrobygger på en af mødegangene for at præsentere mulighederne for deltagelse i aktiviteter og fællesskaber i foreningslivet. For borgere med behov for yderligere støtte tilbydes individuel vejledning og flere samtaler med fokus på at identificere relevante aktiviteter. Derudover kan frivillige foreningsbrobyggere fra Social Sundhed tilbyde følgeskab til aktiviteterne, så borgeren støttes i overgangen til civilsamfundet og i at skabe tilknytning til nye fællesskaber. For nogle borgere er der behov for et længerevarende følgeskab for at sikre fastholdelse i aktiviteten.

Indsatsen suppleres af aktiviteter målrettet udvikling af forenings- og aktivitetslivet, særligt i udsatte boligområder, hvor foreningstætheden er lav. Her arbejder Aarhus Kommune med at understøtte udviklingen af inkluderende og lokalt forankrede tilbud tæt på borgerne, så der reelt er fællesskaber at brobygge til.

Inden for rammen af den horisontale samarbejdsaftale er der afsat midler svarende til 0,8 årsværk til foreningsbrobygning, hvilket svarer til cirka 200 borgerforløb årligt.

5. Digitale og virtuelle tilbud

Beskrivelse af hvilke dele af den patientrettede forebyggelse kommunen i dag gør brug af digitale løsninger:

Det Digitale Sundhedscenter

Folkesundhed Aarhus tilbyder en digital løsning med virtuelle forløb til borgere, der af den ene eller anden grund ikke kan tilbydes, ikke har mulighed for at deltage i eller som ikke ønsker et fysisk forløb. Dette sker gennem Det Digitale Sundhedscenter (DDS), der er et partnerskab mellem Region Syddanmark, patientforeninger og en lang og voksende række kommuner. DDS er en online platform i form af appen *Mit Liv, Min Sundhed*, der har til formål at udvikle og tilbyde stærke fagligt funderede digitale løsninger, der skal understøtte og supplere borger- og patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne – fx til borgere med hjertesygdom, diabetes eller KOL.

DDS er et vigtigt led i at styrke differentiering af borgernes forløb og tilpasse indsatsen den enkelte borgers behov. Platformen giver bl.a. mulighed for mere selvtilrettelagte forløb til gavn for eksempelvis borgere på arbejdsmarkedet, men kan også skabe rum for, at sårbare borgere, der kan have svært ved at samles i grupper, eller har behov for at følge et undervisningsforløb i et langsommere tempo, fortsat kan modtage et forløb.

I DDS's partnerskabskreds arbejdes der kontinuerligt på at optimere platformens muligheder og udvikle forløb til flere diagnosegrupper, hvilket man som partner har mulighed for at have stor indflydelse på.

Telefoniske opfølgninger og konsultationer via Min Dialog

Det er muligt at modtage dele af forløbene enten via telefonisk opfølgning eller videoopfølgning via Min Dialog.

Beskrivelse af hvilke områder kommunen har erfaring med at afprøve digitale løsninger:

Der er en del erfaringer fra tiden med Corona, hvor digitale træningsforløb blev anvendt. Det er således testet af i forhold til teknikken, og kan tænkes ind i den fremtidige drøftelse om yderligere differentiering på forløbene.

Rygestopforløb tilbydes som app-løsning, men er vanskeligt at anvende i praksis. Borgerne, der er motiverede for at stoppe med at ryge, vil hellere have hjælp af en sundhedsmedarbejder.

Arbejdet med at udbrede Det Digitale sundhedscenter og Mit Liv – Min Sundhed er fortsat i udviklingsfasen, men følgende forløb anvendes:

- Kræft
- Diabetes
- Hjertesygdomme
- KOL
- Smerter
- Sunde vaner
- Delelementer såsom søvn og seksuel sundhed fra ovenstående diagnoseforløb.

Beskrivelse af hvilke områder kommunen overvejer at tage digitale løsninger i brug:

Kommunen har et ønske om at der muliggøres digitale forløb til alle diagnosegrupper/forløb.

6. Udviklings- og forbedringstemaer for 2027

Der ønskes en beskrivelse af hvilke centrale udviklings- og forbedringstemaer, parterne er enige om for 2027.

Tema	Kort beskrivelse	Planlagte tiltag	Resultat- og procesindikatorer
<i>Angivelse af udviklings-/forbedringstema</i>	<i>Kort beskrivelse af tema samt hvad der kan forbedres (herunder om det er aftalt nationalt, regionalt eller lokalt (i sundhedsrådet))</i>	<i>Hvilke konkrete indsatser skal sikre udvikling/forbedring?</i>	<i>Angivelse af indikatorer som kan benyttes til at følge proces/opnåelse af resultat</i>
1. Samarbejdsstrukturer under den horisontale samarbejdsaftale	Der skal etableres en lokal samarbejdsstruktur for udviklingsarbejdet omkring patientrettet forebyggelse med henblik på at varetage de følgende udviklingstemaer	Fælles mødefora? Følgeskab i "praktik" i Folkesundhed Aarhus for relevante ledere og chefer?	-
2. Fælles viden og data om borgernes forløb – vidensinformeret ledelse	For at blive klogere på, hvordan der arbejdes med differentiering i praksis, dykker vi ned i data om borgerne ydelser i de enkelte forløb.	Udarbejdelse af datapakke omkring de enkelte forløb Skal kobles med det fælles dataarbejde på tværs af Region Midt	-
3. Henvisning og ensartet praksis – vidensinformeret ledelse	Hvordan kan vi blive klogere på henvisningspraksis, herunder hvem der skal henvises, og hvornår der kan tilbydes andre løsninger end et tilbud i Folkesundhed Aarhus	Udarbejdelse af datapakke omkring henvisninger fra almen praksis, hospital mm. Skal kobles med dataarbejde på tværs af Region Midt	-
4. Håndtering af kapacitetsudfordringer	Der er allerede i 2025 og 2026 ventelister på flere forløb.	Handleplan for håndtering af kapacitetsudfordringer	-
5. Fælles investeringer	Aarhus Kommune har i dag igangsat en række initiativer med midler	Temadrøftelse for Sundhedsrådet med henblik på at få viden	

	fra Sundhedsfonden – iværksat som effektinvesteringer. Disse initiativer er ikke omfattet af den horisontale samarbejdsaftale om patientrettet forebyggelse. Hvordan kan erfaringerne eventuelt bringes i spil i forhold til patientrettede forebyggelsesindsatser ?	og inspiration til arbejdet med eventuelle fælles effektinvesteringer i fremtiden	
--	--	---	--

7. Eventuelle andre opmærksomhedspunkter

Der er i øjeblikket en revidering af de nationale kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom i gang. Når de nationale kvalitetsstandarder foreligger, udarbejdes en ny kapacitetsplan, der skal beskrive, hvordan populationsansvaret skal varetages. Grundlaget er data for en periode for 12 måneder. Kapacitetsplanen udarbejdes inden for de første 3 måneder efter, at de nationale kvalitetsstandarder foreligger, og præsenteres efterfølgende for Sundhedsråd Aarhus.