

Kronisk sygdom –  
Mål og handleplan  
for en forbedret indsats

Kort og godt

Denne folder er skrevet med udgangspunkt i "Kronisk sygdom - mål og handleplan for en forbedret indsats". Hvis du vil vide mere end der står her i folderen, kan du læse selve mål og handleplanen, som kan hentes på adressen: <http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom>, eller ved at maile eller ringe til Rikke Dalsgaard på [Rikke.Dalsgaard@stab.rm.dk](mailto:Rikke.Dalsgaard@stab.rm.dk) eller tlf. 87 28 46 65.

### **Kronisk sygdom – mål og handleplan for en forbedret indsats**

Der er dokumentation for, at sundhedsvæsenets indsats i forhold til kronisk sygdom kan blive bedre. Samtidig bliver der flere ældre og flere, der har kroniske sygdomme. Der er derfor brug for se på indsatsen i forhold til kronisk sygdom.

"Kronisk sygdom – mål og handleplan for en forbedret indsats" beskriver nogle af de udfordringer, der gør, at der er behov for en ændret indsats. Den kommer også ind på, hvad Region Midtjylland vil foreslå bliver ændret, og hvad ændringerne kan komme til at betyde for det samlede sundhedsvæsen i regionen. Endelig beskriver planen en række initiativer og projekter, fx de såkaldte kronikerprogrammer. Den kommer også ind på mere generelle initiativer, som skal påvirke holdninger og arbejdsformer hos ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Målet med en forbedret indsats er at give borgere og patienter bedre sundhed og livskvalitet, flere gode leveår og så vidt muligt forhindre sygdomme i at opstå. Det skal gøres ved hjælp af bedre forebyggelse, bedre behandling og bedre rehabilitering.

Indsatsen skal forebygge. Dels at folk overhovedet får kronisk sygdom. Og ved kronisk sygdom skal indsatsen forebygge akutte episoder, komplikationer og at sygdommen udvikler sig yderligere.

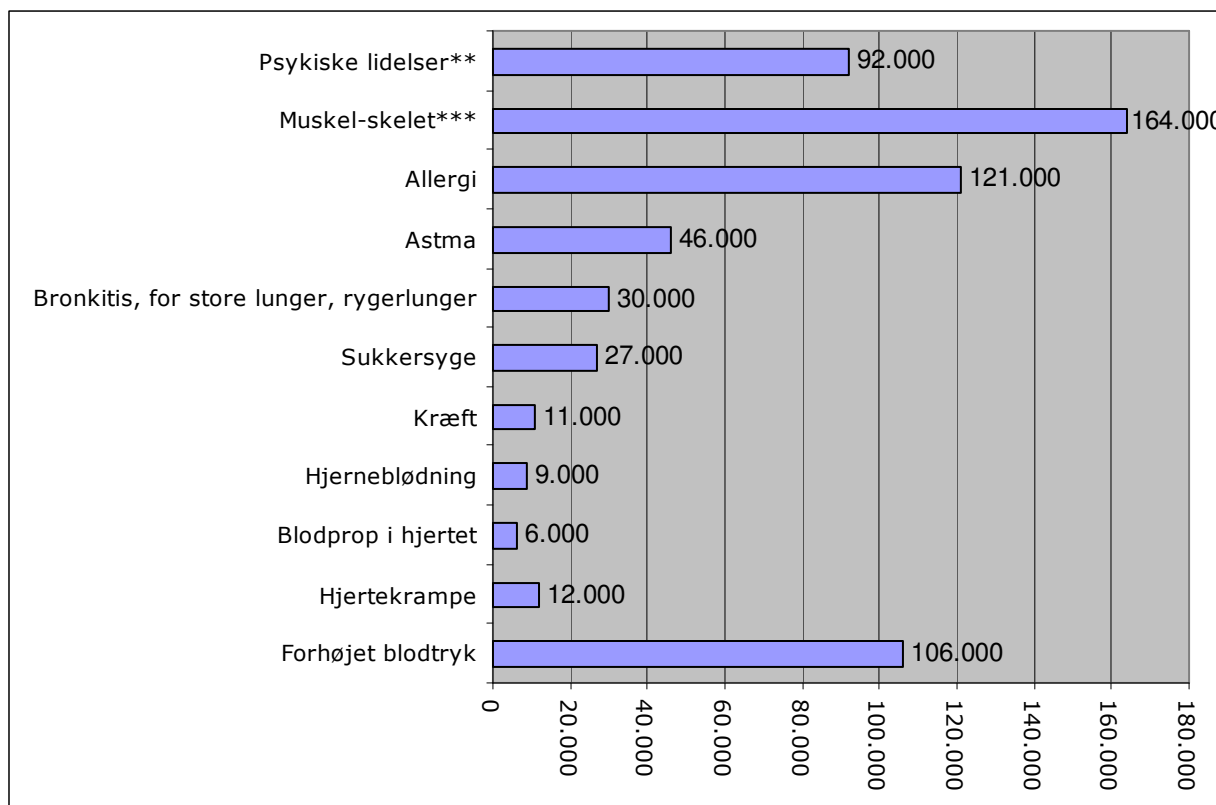
Rækken af initiativer vil forhåbentligt betyde, at regionen via samarbejde og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet bedre bliver i stand til at udnytte ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen. På lidt længere sigt kan indsatsen påvirke forbruget af sundhedsydelser i forbindelse med kronisk sygdom.

Sygdomme, der normalt behandles inden for det psykiatriske område, er ikke med i planen. Børn bliver heller ikke behandlet som en specifik målgruppe, fordi kroniske sygdomme især er et problem blandt voksne. Det ændrer imidlertid ikke på, at forebyggelse også er vigtigt, når vi taler om børn.

## Kroniske udfordringer

De senere år er der kommet mere fokus på kroniske sygdomme - både i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. I den vestlige verden bliver der flere og flere mennesker med kronisk sygdom. I Danmark anslår Sundhedsstyrelsen at omkring 1,5 mio. danskere lider af en eller flere kroniske sygdomme.

**Table 1: Forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland**



Kilde: Hvordan har du det? Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse (2006). \*\*Psykiske sygdomme dækker her over både psykisk sygdom og mentale forstyrrelser samt forbigående psykiske sygdomme. \*\*\*Muskel-skelet lidelser består i undersøgelsen af slidgigt og leddegigt, knogleskørhed samt diskusprolaps og rygsygdomme.

Som det er i dag, er det ikke alle med kronisk sygdom, der får den bedst mulige behandling. Mulighederne for forebyggelse og rehabilitering udnyttes heller ikke fuldt ud. Sundhedsvæsenet kan blive bedre til at behandle kroniske sygdomme ved fx i højere grad at tænke i forløb og arbejdsdeling og en mere proaktiv indsats, ved systematisk at bruge den viden, der er på området, og ved at måle på indsatsen.

## En systematisk tilgang

Udgangspunktet for forslagene til en forbedret indsats er den såkaldte "chronic care model", som med en dårlig oversættelse på dansk er blevet til "kronikermodellen". Modellen favner en lang række af de ideer og initiativer, der gennem mange år har været arbejdet med for at forbedre indsatsen, og peger på en række nye. Kronikermodellen sætter ideer og initiativer ind i en samlet ramme og giver afsæt for en systematisk indsats, som er sammenhængende, effektiv, afprøvet, dokumenteret og har fokus på borgeren. Modellen forsøger at beskrive, hvordan systemet bedst muligt kan imødekomme behovene for forebyggelse, behandling og rehabilitering hos både den enkelte og gruppen af borgere med kronisk sygdom som helhed.

Region Midtjylland er også inspireret af den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente, som har brugt modellen med succes.

For at nå frem til en forbedret indsats fremhæver kronikermodellen seks indsatsområder, der bør arbejdes med:

- egenomsorg/borgerens aktive indsats
- sundhedsvæsenets organisering
- den sundhedsfaglige indsats
- beslutningsstøtte
- kliniske informationssystemer og
- samfundsindsatsen.

Et af de vigtige områder er egenomsorg og den enkeltes mestring af sygdommen. Der er fokus på, at borgeren med kronisk sygdom er aktiv og informeret og fx i stand til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og de forandringer i hverdagen, som følger af at leve med en kronisk sygdom. Det er borgeren, der lever med sygdommen 24 timer i døgnet.

Kronisk sygdom påvirker evnen til at klare dagligdagen. Det handler om mere end krop, anatomi og diagnoser, hvad der igen medfører, at rehabilitering er mere end blot at genoptræne en fysisk skade. Efter en vellykket rehabilitering er borgeren fx også i stand til at tage fat på sine tidligere aktiviteter. Det har en positiv effekt, hvis borgerens egne evner og ressourcer i højere grad bliver brugt i indsatsen.

En ændret indsats i forhold til kroniske sygdomme vil nogle steder betyde nye roller til de sundhedsprofessionelle – og dermed et opgør med indgroede vaner og handlemåder.

## **Et integreret system**

Det er vigtigt, at sundhedsvæsenet ser sig selv som et samlet system, hvor hver enkelt del af systemet skal hjælpe med til, at borgerne får den rigtige behandling gennem hele forløbet og ikke kun i en enkelt del af systemet. Hele sundhedsvæsenet skal have de samme mål: høj patienttilfredshed, lave omkostninger og høj kvalitet – vel at mærke for hele sundhedsvæsenet. Alle dele af systemet skal hjælpe hinanden med at opfylde disse fælles mål.

Det har en positiv effekt, hvis vi sikrer sammenhæng i indsatsen, så de enkelte dele af sundhedsvæsenet ved hvad hinanden gør. Det er med andre ord en god ide, hvis sundhedsvæsenet kan motiveres til at tænke mere sammenhængende, længerevarende og helhedsorienteret – og stadig husker på, at det hele handler om at hjælpe det enkelte menneske, der allerede slås med kronisk sygdom, eller vil kunne rammes af kronisk sygdom.

En af forhindringerne for et integreret system er, at kommuner, praktiserende læger og hospitaler har hver deres journalsystem. De adskilte systemer gør det svært at få et samlet overblik. En ideel løsning er et fælles journalsystem for alle 3 sektorer med adgang til de samme data. En sådan løsning er dog ikke umiddelbart tilgængelig. Som et første skridt på vejen arbejdes der derfor på at etablere registre for kroniske sygdomme til brug for hele sundhedsvæsenet fx hospitaler, praktiserende læger og kommuner.

For at kunne følge kvaliteten af indsatsen er det vigtigt løbende at måle og vurdere kvaliteten. Samtidig må de enkelte dele af sundhedsvæsenet være klar til at opgive noget af metodefriheden. Hvis man samlet set i regionen bliver enige om nogle standarder for et patientforløb, skal den enkelte del være klar til at arbejde for at nå disse fælles standarder.

Et fælles sprog så alle bruger de samme begreber til at beskrive sygdom, funktionsnedsættelse og muligheden for at deltage i samfundslivet vil lette kommunikationen mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet. Det skal undersøges, om ICF (international klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand) er det rette sprog.

Det er vigtigt, at kommune, region og praktiserende læger samarbejder, koordinerer og udvikler fælles visioner og kulturer.

## Hvad betyder det for borgeren selv?

De ændringer og konkrete initiativer, som Region Midtjylland foreslår, har et formål: at gøre indsatsen bedre for både den enkelte og for den samlede gruppe af borgere med kronisk sygdom.

Forhåbentlig betyder indsatsen, at borgeren vil føle sig taget alvorligt af systemet og mærke, at systemet arbejder for at hjælpe og støtte ham/hende mest muligt. Og at systemet arbejder sammen om opgaven. Systemet er til for borgeren og ikke omvendt, og borgeren skal føle sig velkommen.

Det er et mål, at alle borgere vil opleve, at forebyggelse prioriteres meget højt. Både den forebyggelse, som sundhedsvæsenet kan stå for, fx at indkalde til forebyggende undersøgelser, men også den forebyggelse, som den enkelte selv er ansvarlig for. Alle modtager derfor løbende information og tilbud om forebyggelse i form af kurser eller råd og vejledning til en sundere hverdag. Og når man henvender sig til systemet, bliver spørgsmål om forebyggelse taget lige så alvorligt som spørgsmål om behandling.

En vigtig del af en bedre indsats er at gøre borgere med kroniske sygdomme i stand til så vidt muligt at klare sig selv og at kunne deltage aktivt i samfundslivet. Det er derfor vigtigt at understøtte og fremme den enkeltes evne til at selv at kunne gøre en indsats – både i forhold til mindre alvorlige sygdomme, men også fx i forhold til at kunne mestre selv svær sygdom. Det giver både frihed og livskvalitet og plads til at kunne målrette indsatsen til dem, der har mest brug for det.

Hvis man har fået kronisk sygdom, vil man også opleve, at forebyggelse er et nøgleord. Her drejer det sig også om at forebygge, at sygdommen(e) udvikler sig og om at begrænse eller udskyde komplikationer. Man vil blive indkaldt til jævnlige undersøgelser, for at man selv og sundhedsvæsenet kan følge, hvordan sygdommen udvikler sig, og sætte ind, hvis der er brug for ændringer. Og man vil jævnligt blive spurgt, om man har det, der skal til for at kunne tage vare om sygdom og hverdag. Der vil derfor være mange sundhedstilbud – både kurser, hvor man selv og pårørende kan få mere information om sygdom og behandling, men også fx tilbud om rygeafvænning, det at mestre kronisk sygdom og om bevægelse. Desuden vil man have nem adgang til viden om indholdet i kurserne og hvor og hvornår de foregår.

Til nogle af (kontrol)besøgene vil man ikke møde lægen, men fx farmaceuter, diætister, laboranter og sundhedsplejersker i klinikken. Hvis man har et helbredsproblem, som den praktiserende læge mener skal udredes af en hospitalsafdeling, kan lægen konsultere en hospitalslæge med det samme eller straks booke tid på hospitalet. Hvis der er brug for at udrede og behandle her og nu, kan det også sættes i værk.

Patientuddannelse er et af midlerne til at opnå informerede og aktive borgere, og det er ikke mindst vigtigt, når det handler om kroniske sygdomme. Det er sandsynligvis det regionale sundhedsvæsen, der står for at undervise borgere med bestemte diagnoser eller symptomer. Det vil typisk være råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle for at gøre den enkelte bedre i stand til at følge den medicinske behandling. Det vigtigste i undervisningen er derfor hjælp til at løse konkrete problemer og formidling af viden om sygdom og behandling. Det er sandsynligvis det kommunale sundhedsvæsen, der står for den patientundervisning, som går på tværs af diagnose- og patientgrupper. Det kan fx være initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion og håndtering af de psykiske og sociale aspekter af at leve med en kronisk sygdom.

Det er vigtigt, at relevante tilbud er tilgængelige. Og fordi kommunerne har en bred vifte af opgaver i forhold til borgerne, bør det være muligt at etablere forebyggende og rehabiliterende tilbud tæt på den enkelte.

Tilgængeligheden skal være til stede på mange måder. Tilbuddene skal fx ikke være så dyre, at nogle vælger dem fra. Sundhedspersonale, pårørende og borgeren selv skal kunne danne sig et overblik over tilbuddene. Nogle skal måske have tilbudt transport eller træning i hjemmet, og der skal være relevante tilbud i hele sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

Som bruger af sundhedsvæsenet vil man jævnligt blive bedt om at vurdere systemet fx via spørgeskemaer. Her spørges der både til selve behandlingen, men også til om man føler sig behandlet høfligt og respektfuldt, bliver lyttet til og føler sig forstået, får forklaret tingene forståeligt og får den nødvendige tid.

### **Hvad betyder det for kommunerne?**

Indtil nu har der været fokuseret meget på risikofaktorer og på, hvad den enkeltes livsstil kan betyde for at udvikle de såkaldte livsstilssygdomme. Men både det enkelte individ og samfundet har et ansvar for at tage hånd om problemerne. Brug af ordet civilisationssygdomme sætter bedre fokus på dette end livsstilssygdomme.

Med den nye sundhedslov har kommunerne fået en langt større rolle både med at forebygge generelt og med at forebygge og rehabiliterer kroniske sygdomme. Ud over de hidtidige opgaver som hjemmesygepleje og børnetandpleje har kommunerne overtaget ansvaret for genoptræning efter hospitalsbehandling, misbrugsområdet og specialiseret tandpleje. Kommunerne har også fået

ansvaret for den såkaldt borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme og skal samarbejde med regionen om den patientrettede forebyggelse.

Udgifterne til sundhedsområdet er blevet en forholdsvis tung post i de kommunale budgetter, da kommunerne ud over at finansiere egne sundhedsopgaver skal være med til at finansiere de regionale sundhedsudgifter for kommunens borgere. Derudover har kommunerne en vigtig rolle i forhold til en mere generel sundhedsfremmende indsats gennem de kommunale politikker på området.

Med kommunalreformen er kommunernes rolle i indsatsen i forhold til kronisk sygdom blevet større. Den ændrede opgavedeling giver nye muligheder og nye udfordringer i forhold til at indrette en bedre indsats på dette område.

Ressourcer i familie, sociale netværk, lokalsamfund og patientforeninger skal bruges. Her er den kommunale indsats på sundhedsområdet central. Kommunerne har også mulighed for at arbejde med samfundets fysiske struktur, priser, udbud m.v. for at gøre det sunde valg det lette valg.

Flere af initiativerne involverer derfor direkte kommunerne, enten ved at etablere nye kommunale tilbud eller flytte funktioner, der nu hører under regionen - en proces der kræver dialog og samarbejde region og kommuner imellem.

Sundhedsaftalerne kan bruges til at aftale nye snitflader og nye tilbud, fx som følge af de såkaldte kronikerprogrammer. Sundhedsaftalerne og den samarbejdsstruktur, der er bygget op omkring dem, er derfor vigtige i forhold til de initiativer, der kræver et samarbejde mellem region og kommuner. Der vil blive udarbejdet en særlige aftale om indsatsen i forhold til kroniske sygdomme som grundlag for aftalerne mellem den enkelte kommune og regionen.

### **Praktiserende læger**

I de senere år er der i de praktiserende lægers overenskomst indbygget flere og flere direkte muligheder for en meget aktiv forebyggende indsats. Men nogle læger kan stadig være tilbageholdende med at tale forebyggende om blandt andet kost, rygning, alkohol og motion.

Hvis borgerne i Region Midtjylland skal have flere forventede gode leveår, skal forebyggelse have en mere central plads i den samlede indsats. Det betyder blandt andet, at alle praktiserende læger skal drøfte rygestop med rygerne, og at også de andre faktorer, som har betydning for et sundt liv, skal på dagsordenen. Det gælder også, når de behandler borgere, som har udviklet kronisk sygdom. De skal blandt andet understøttes i at forebygge, at sygdommen udvikler sig yderligere.



Hvis de praktiserende læger skal arbejde mere forebyggende og kunne tage vare på borgere med kroniske sygdomme, skal arbejdsbetingelserne gøre bedre. Hospitalsafdelingerne skal se det som en særlig opgave at understøtte den praktiserende læges arbejde og på den måde lette arbejdet i praksis. Praktiserende læger skal have let adgang til rådgivning fra hospitalslæger og mulighed for at booke tider til undersøgelser på hospitalerne.

Samtidig skal der gøres mere brug af fx kliniske farmaceuter, laboranter og sygeplejersker, så den praktiserende læge kan frigøres fra nogle af sine opgaver. Personalet skal sikres de nødvendige kompetencer. Men det stiller også nye krav til de fysiske rammer i almen praksis. Måske vil det i nogle tilfælde være både hensigtsmæssigt og fleksibelt, at regionen stiller lokaler til rådighed for praktiserende læger.

**HER SKAL VÆRE EN HISTORIE MED EN BORGER MED KRONISK SYGDOM DER  
OPLEVER EN DEL AF DE NYE INITIATIVER.**

## Konkrete initiativer

Region Midtjylland foreslår en række initiativer til at forbedre indsatsen i forhold til kroniske sygdomme.

### Oversigt over initiativer

- Arbejdet med **fælles forståelse og fælles mål** for indsatsen skal give ledelse og personale en fælles forståelse af og kompetencer til at løse de opgaver, der følger af en forbedret indsats i forhold til kroniske sygdomme. Ledelse og personale skal have en fælles forståelse af og kompetencer til at løse de opgaver, der følger af, at indsatsen i forhold til kronisk sygdom gøres bedre. Efteruddannelse og kompetenceudvikling er vigtige redskaber. Det er vigtigt, at ledelsen går forrest for at sikre, at alle arbejder ud fra en fælles forståelse og mod klare, fælles mål.

Konkret kan fx nyhedsbreve, temadage og netværk sikre indsatsen i forhold til kronisk sygdom bred opbakning. Og en internetportal kan informere om indsatsen for kroniske sygdomme og særlige initiativer og projekter. Det foreslås også at stifte en pris til afdelinger, kommuner eller praktiserende læger, som yder en særlig indsats.

- **Kronikerprogrammer for diabetes, KOL og hjertekarsygdom:** Beskrivelsen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme skal sørge for, at de enkelte dele af sundhedsvæsenet gør det, de er bedst til. Programmerne skal beskrive den samlede indsats for en given kronisk sygdom og hvem der gør hvad. Et kronikerprogram skal således være et arbejdsredskab for den sundhedsprofessionelle i mødet med borgeren, som sikrer den rette indsats, på rette sted og til rette tid. Målet med programmerne er høj kvalitet i indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig brug af ressourcerne. Der lægges vægt på en systematisk, proaktiv indsats, der forebygger akutte episoder og komplikationer og at sygdommen udvikler sig yderligere. Der lægges også vægt på løbende måling af om kvaliteten er i orden. Programmerne indeholder en række tilbud, som kan tilpasses den enkelte borger efter behov.
- **Forløbskoordinering** på hospitaler og i kommuner: Det skal undersøges, om tovholderfunktionen i almen praksis kan understøttes ved at den praktiserende læge får mulighed for at henvise til en forløbskoordinator i forhold til de kommunale tilbud. Det skal også undersøges, om den praktiserende læge skal tilbydes mulighed for at henvise til en forløbskoordinator på hospitalet, når det drejer sig om patienter med fremskredne sygdomsstadier og komplicerede forløb.

- **Patientuddannelse** skal opprioriteres. Regionen og kommunerne skal derfor tilbyde alle patienter med kroniske lidelser patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så god egenomsorg som muligt. Specifik patientuddannelse vil som hovedregel foregå på hospitalerne, mens kommunerne vil tilbyde andre former for patientuddannelse. Nye værktøjer til evaluering skal hjælpe med at undersøge, hvilke metoder og koncepter der har en effekt. For at sikre sammenhæng og kvalitet skal der være en koordinator for patientuddannelse på hvert hospital og hjemmesider og foldere med oversigter over de tilbud, som kommuner og region udbyder.
- **Identificering af indsatsområder:** Befolkningens sundhedstilstand, kvaliteten af behandlingen og brugernes tilfredshed skal løbende undersøges for at give viden om, hvor der er behov for en ændret eller forstærket indsats.
- **Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler:** Initiativet tager udgangspunkt i det såkaldte Ebeltoft-projekt, som har dokumenteret, at forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler rykker ved befolkningens sundhedstilstand. Projektet viser en klar reduktion i andelen med høj eller meget høj risiko for hjerte- og karsygdomme. Regionen beskriver og afprøver 2-3 modeller med henblik på at udbrede initiativet, så alle regionens borgere i en relevant aldersgruppe tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler hos praktiserende læge.

De modeller, der skal afprøves, skal blandt andet se på, hvordan man inddrager andre faggrupper i at forberede og følge op på samtaler, og hvem der skal tilbydes forebyggende undersøgelser og samtaler.

- **Selvmonitoreret og selvstyret behandling:** Regionen vil udbrede, at borgeren selv kan monitorere (måle) og styre sin behandling og medicin. I første omgang drejer det sig om patienter, der er i blodfortyndende behandling (antikoagulationsbehandling). Der arbejdes også med at etablere et strategisk forskningscenter, der skal udvikle teknologi inden for feltet.
- **Web-baserede patientnetværk:** En række aktører inden for sundhed vil udvikle landsdækkende netværk for patienter på internettet.
- **Opfølgende hjemmebesøg** til borgere med kroniske sygdomme efter indlæggelse på hospital. På Sjælland er der gennemført et projekt hvor +78 årige med mere end to dages indlæggelse efter udskrivning modtog besøg af egen læge og en hjemmesygeplejerske. Besøgene

reducerede genindlæggelserne med 23% og gav en nettobesparelse. Der arbejdes for at indføre opfølgende hjemmebesøg i regionen i samarbejde med kommunerne. Et pilotprojekt skal undersøge, om målgruppen bør være udskrevne borgere med kroniske sygdomme med behov for besøg i stedet for ældre over 78 år, da det sjællandske projekt peger på dette.

- Arbejdet med hensigtsmæssige **økonomiske incitament**er skal se på, hvordan blandt andet økonomiske incitament
- er bedre kan understøtte, at borgeren bliver behandlet det sted i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten er bedst og ressourcerne udnyttes bedst muligt
- **Kliniske farmaceuter i almen praksis:** En arbejdsgruppe skal vurdere, om kliniske farmaceuter hos den praktiserende læge kan understøtte den praktiserende læges arbejde med at give borgeren den rette medicinske behandling. Erfaringer fra udlandet viser, at kliniske farmaceuter hos den praktiserende læge bl.a. kan give lavere udgifter til medicin, færre indlæggelser og bedre helbred for udvalgte grupper af borgere med kroniske sygdomme.
- **Smertebehandling:** En arbejdsgruppe skal undersøge de nuværende tilbud om at behandle smerter med henblik på at alle regionens borgere med kroniske smerter får adgang til et relevant tilbud om smertebehandling.

I det videre arbejde vil der dukke en række initiativer og projekter op, som også kan forbedre indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Disse vil løbende blive vurderet og på baggrund heraf indarbejdet i den samlede indsats.

I 2009 vil et særligt midlertidigt politisk udvalg i regionen følge arbejdet med mål og handleplanen.

”Kronisk sygdom - Mål og handleplan for en forbedret indsats” vil indgå som et væsentligt element i den sundhedsplan, som skal udarbejdes for Region Midtjylland.