

Sundhedskoordinationsudvalget

”Tanker om kommunernes rolle ved en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom”



Dato 22.10.2007

Birgitte Holm Andersen

Tel. +45 8728 4664

Birgitte.andersen@stab.rm.dk

Lidt om notatet

Region Midtjylland arbejder med et udkast til en mål og handleplan for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom. Planen behandles af Regionsrådet den 14. november 2007.

Side 1

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.

Forslaget til en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom handler i høj grad om at forebygge

- dels at folk overhovedet får kronisk sygdom (borgerrettet forebyggelse) og
- ved kronisk sygdom skal indsatsen forebygge akutte episoder, komplikationer og at sygdommen udvikler sig yderligere (patientrettet forebyggelse).

Indsatsen i forhold til kronisk sygdom er et fælles ansvar for alle parter i sundhedsvæsenet. Mål og handleplanen er Region Midtjyllands bud på en styrket indsats. I planen er der opstillet en række konkrete forslag til initiativer. Flere af initiativerne involverer derfor direkte kommunerne – og dialog og samarbejde mellem region og kommuner er derfor helt nødvendig.

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 formaliseret samarbejde mellem region og kommuner. Sundhedskoordinationsudvalget har besluttet, at der skal udarbejdes en særlige aftale om indsatsen i forhold til kroniske sygdomme som grundlag for aftalerne mellem den enkelte kommune og regionen.

Dette notat erstatter på ingen måde denne proces, men skal blot ses som et allerførste indspark til at konkretisere nogle af de fokusområder og indsatser, der kan drøftes i den videre dialog mellem kommuner, praksissektoren og region om en samlet forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom. Det er kommunerne, der har ansvaret for forebyggelse i kommunalt regi. Til gengæld har det regionale sundhedsvæsen ansvaret for behandling af kronisk sygdom – og har til en vis grad mulighed for at understøtte en forebyggelses og sundhedsfremmende indsats.

Kommunernes nye opgaver

Med den nye sundhedslov har kommunerne som bekendt fået en langt større rolle både i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse generelt og med at forebygge og rehabilitere 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 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. Kommunerne har derved fået et økonomisk incitament til at nedbringe udgifterne til kronisk sygdom i den regionale del af sundhedsvæsenet. Derudover har kommunerne en vigtig rolle i forhold til en mere generel sundhedsfremmende indsats gennem de kommunale politikker på området.

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. Også i dette lys er den kommunale indsats på sundhedsområdet central – gennem muligheden for at arbejde med samfundets fysiske struktur, priser, udbud m.v. for at gøre det sunde valg det lette valg.

Den ændrede opgavedeling giver således nye muligheder, men også nye udfordringer i forhold til at indrette en bedre og mere koordineret indsats i forhold til kronisk sygdom i fællesskab mellem alle parter i sundhedsvæsenet.

Forebyggelse, forebyggelse, forebyggelse

Det danske sundhedsvæsen bruger milliarder på at behandle og lindre sygdomme forårsaget af ryg, dårlig kost, alkohol og for lidt motion. Til gengæld bliver der gjort meget lidt for at forebygge disse sygdomme; nogle peger på, at for hver krone, der bruges på forebyggelse, bruges der 1000 kr. på behandling.

Der er et stort potentiale ved at forebygge, at kronisk sygdom overhovedet opstår. Samtidig har danskerne i sammenligning med andre lande relativt få forventede gode leveår. I 1999 var Danmark således blot nummer 28 i en WHO opgørelse over forventede gode leveår i forskellige lande, men et gennemsnit på 69,4 forventede gode leveår. Til sammenligning lå

Sverige eksempelvis nummer 4 med et gennemsnit på 73,0 år, mens Norge lå nummer 15 med 71,7 år. Det betyder, at danskerne, i forhold til lande, vi normalt sammenligner os med, har færre leveår uden sygdom.

Samt at

- op mod 80 pct. af hjerte-kar-sygdommene kunne undgås via en ændret livsstil. Fx medfører motion en markant nedsat risiko for at udvikle kroniske lidelser som hjerte-kar-sygdomme, diabetes og forhøjet blodtryk.
- omkring en tredjedel af alle kræfttilfælde kunne undgås ved sund kost, fastholdelse af normal vægt og motion livet igennem. Op mod 33 pct. af alle kræfttilfælde hos mænd og 20 pct. hos kvinder kan forebygges. Den relative risiko for lungekræft er 20 gange den normale risiko ved et dagligt cigaretforbrug på 25 stk.
- 90 pct. af alle diabetes 2-sygdomme kan forebygges og
- 85 – 90 pct. af alle tilfælde af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) hænger direkte sammen med rygning. De resterende 10 – 15 pct. skyldes blandt andet arbejdsmiljøet. Sygdommens udviklingen kan bremses ved rygeophør og bevægelse

(Kilde: Mandag Morgen og KOL-programledelsen for Vejle Amt)

Nogle af de sygdomme, der er billigst at forebygge, fx KOL og hjerte-kar-sygdom er paradoksalt nok blandt de dyreste sygdomme at behandle.

KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) er centrale størrelser i forhold til forebyggelse af kronisk sygdom. Der er et solidt vidensgrundlag for helbredseffekterne af alle faktorer. Til gengæld er der ikke for nogen af KRAM-faktorerne endnu en robust professionel infrastruktur til at gennemføre indsatserne, og kun for rygning findes der en udbredt og entydig målestok for succes. Og der er desværre forsket meget lidt i, hvilke former for forebyggelse, der får folk til at ændre livsmønstre, motionere mere, drikke mindre alkohol, spise mere sund kost og holde op med at ryge.

Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden har lavet rapporten "Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet". Rapporten er lavet på baggrund af kvalitative interviews med en række borgere med henholdsvis type 2-diabetes og KOL og indeholder mange interessante iagttagelser og konklusioner. Overordnet viser undersøgelsen, at mennesker med KOL og type 2-diabetes oplever at have en række ensartede behov i deres hverdag og i forbindelse med deres behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse.

Interviewpersonerne efterspørger, at der i højere grad anlægges et langsigtet perspektiv på deres situation via en mere systematisk opfølgning på deres behandling og en bedre koordinering af indsatserne i forhold til deres sygdom(me) på tværs af sektorerne. De af interviewpersonerne, der oplever, at sundhedsvæsenet overvåger udviklingen af deres sygdom, giver udtryk for at opleve en større grad af tryghed end de, som ikke tilbydes denne regelmæssige kontrol. Sidstnævnte oplever derfor, at de i høj grad selv bærer ansvaret som tovholdere i deres eget behandlingsforløb (Kilde: Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet, side 5).

Kommunerne har et godt udgangspunkt for forebyggelse

Kommunerne har erfaring med nogle af de mest succesfulde forebyggelsesindsatser, der overhovedet findes. Den danske børnetandpleje er kendt ud over hele verden, men også sundhedsplejen og skolelægerne har solide succeser bag sig. Nogle vigtige faktorer for succeserne har været en offensiv indsats og vedholdenhed. Blandt andre forudsætninger kan nævnes et solidt vidensgrundlag om helbredseffekterne, institutioner til at huse forebyggelsesindsatsen/en robust professionel infrastruktur og en udbredt og entydig målestok for succes.

Samtidig ser det ud som om der i kommunerne er et betydeligt politisk pres for at sætte sundhedsfremme forebyggelse, både borgerrettet og patientrettet, højt på dagsordenen. Og kommunerne har nogle vigtige institutioner og ordninger, som kan bruges som udgangspunkt for en ændret forebyggelsesindsats. Ældreplejen, genoptræningsområdet og de forebyggende hjemmebesøg kan danne gode, robuste strukturer for en systematisk, patientrettet forebyggelse ved kronisk sygdom. Kommunernes opgaver på arbejdsmarkedsområdet er også en interessant platform. I forhold til børn og unge er sundhedsplejen, de kommunale pasningsordninger og skolerne stadig helt centrale. Og endelig giver den fysiske planlægning kommunerne gode muligheder for tilbyde borgerne mulighed for at bevæge sig fx til fods eller på cykel. Rigtig mange kommuner har tænkt sundhed ind som et gennemgående tema og dermed gjort forebyggelse til et fælles ansvar for alle kommunens forvaltninger.

Som nævnt indeholder "Kronisk sygdom – mål og handleplan for en forbedret indsats" en række konkrete forslag til initiativer. Flere af initiativerne involverer direkte kommunerne og disse vil blive gennemgået nedenfor – sammen med nogle supplerende indsatser.

Planen nævner også en mere generel indsats, nemlig løbende identificering af indsatsområder gennem undersøgelser af befolkningens sundhedstilstand, kvaliteten af indsatsen og brugernes

tilfredshed. Der er allerede igangsat et fælles arbejde på dette område gennem de fælles forskningsprojekter og samarbejder mellem kommuner og regioner.

Fælles forståelse og fælles mål - et integreret sundhedsvæsen?

Mål og handleplanen beskriver, at der skal arbejdes med **fælles forståelse og fælles mål** for indsatsen for at 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.

Det at have fælles forståelse og fælles mål giver en stor styrke i en fælles indsats. Det peger blandt andet erfaringerne fra den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente på. Hvad der i Danmark svarer til indsatsen på hospitalerne, i almen praksis og kommunernes sundhedsopgaver er samlet i en organisation, som arbejder efter samme mål; høj patienttilfredshed, lave omkostninger og høj kvalitet. Netop disse fælles mål er vigtige i konkurrencen om de forsikringskunder/medlemmer, som er grundlaget for, at KP overhovedet kan klare sig på det amerikanske sundhedsmarked.

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.

Regionen vil meget gerne samarbejde med kommunerne om fælles kurser, temadage og andre initiativer, der kan sikre en fælles forståelse og fælles mål for indsatsen. Som et eksempel skal nævnes, at regionen netop har haft besøg fra Kaiser Permanente. KP tilbyder et kursus for folk, der gerne vil lære, hvad der er medvirkende til organisationens succes – det såkaldte "Integrated Health Care Experience". Kurset foregår normalt i USA, men Region Midtjylland og KP arbejder med planer om at kunne tilbyde kurset i Danmark. Et andet eksempel er fælles temadage om indlæggelse og udskrivning for plejepersonale på hospitaler og i kommuner.

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.

De økonomiske incitament

Regionen arbejder med at etablere hensigtsmæssige økonomiske incitament til at understøtte, at borgeren bliver behandlet det sted i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten er bedst og ressourcerne udnyttes bedst muligt. Det er ikke helt enkelt, da sundhedsvæsenet grundlæggende er udstyret med økonomiske incitament, der ikke understøtter et såkaldt integreret sundhedsvæsen. Her er de økonomiske incitament primært rettet mod produktivitet i den enkelte enhed (kassetænkning), ikke mod kvalitet og ikke mod, at alle dele af systemet hjælper hinanden med samlet set at varetage den bedste behandling.

Kaiser Permanente kan endnu en gang fungere som et godt eksempel. Her er et samlet budget for hele organisationen. Samtidig rummer systemet en række økonomiske og andre incitament, som understøtter, at den enkelte læge har fokus på at nå målene for organisationen som helhed og ikke kun målene for den enkelte afdeling eller klinik. Det bliver vigtigt for hver enkelt del af organisationen at hjælpe med til, at det enkelte medlem får den rigtige behandling igennem hele forløbet, ikke kun i en enkelt del af systemet – ellers går det ud over det samlede system.

Selv om kommunerne ud over at finansiere egne sundhedsopgaver skal være med til at finansiere de regionale sundhedsudgifter for kommunens borgere, vurderer flere eksperter, at denne "økonomiske gulerod" for at forebygge fx indlæggelser ikke er stor nok til at have en afgørende virkning. Set isoleret i forhold til den enkelte kommunes økonomi, er det kommunen skal betale for en indlæggelse, sandsynligvis ikke nok til i sig selv at begrunde en øget forebyggende indsats i forhold til indlæggelser. En forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom vil i mange tilfælde også være "dårlig kasseøkonomi" for den enkelte hospitalsafdeling på grund af DRG-afregningsformen.

Regionen vil gerne i samarbejde med kommunerne arbejde med og for, at de økonomiske incitament i højere grad kommer til at understøtte en samlet forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom. Og under alle omstændigheder må hensynet til den enkelte patient og en hensigtsmæssig varetagelse af den samlede indsats i forhold til kroniske sygdomme sættes over de kasseøkonomiske hensyn – også selv om en intensiv forebyggende indsats i første omgang først og fremmest vil betyde færre udgifter/indtægter i den regionale del af sundhedsvæsenet.

Initiativer i mål og handleplanen som særligt involverer kommunerne

I de følgende gennemgås konkrete initiativer i mål og handleplanen, der særligt involverer kommunerne. Der er også omtalt områder, der ikke er med i mål og handleplanen, fx forebyggende hjemmebesøg og iagttagelse af hverdagsindikatorer hos de svageste ældre. Initiativerne er opdelt på de to områder, borgerrettet og patientrettet forebyggelse. I forhold til den borgerrettede forebyggelse er der mange andre muligheder for indsatser end de nævnte. Det har ikke været intentionen at give en komplet liste af forslag på dette område, men som nævnt blot give et indspark til dialogen. Sundhedsaftalernes afsnit om sundhedsfremme og forebyggelse kan evt. supplere nedenstående.

Borgerrettet forebyggelse

Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler:

Initiativet tager udgangspunkt i det såkaldte Ebeltoft-projekt, som startede helt tilbage i 1991/92, hvor 2.000 mennesker fra 30 til 50 år blev inviteret til at deltage i en videnskabelig undersøgelse om interessen for og virkningen af helbredsundersøgelser og helbredssamtaler. Undersøgelsens fokus var de positive såvel som de negative virkninger for det psykiske og fysiske helbred samt de sundhedsøkonomiske omkostninger. Undersøgelsen varede til 1997/98, så virkningerne kunne vurderes over fem år.

Undersøgelsen har klart dokumenteret, at forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler hos praktiserende læge rykker ved befolkningens sundhedstilstand. Projektet viser en klar reduktion i andelen med høj eller meget høj risiko for hjerte- og karsygdomme.

I udkastet til mål og handleplan foreslås, at 2-3 modeller beskrives og afprøves med henblik på at udbrede initiativet, så alle regionens borgere i en relevant aldersgruppe tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler. 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.

Det er den praktiserende læge, der skal gennemføre de forebyggende helbredssamtaler. Men i forbindelse med samtalerne skal tages en række laboratorieprøver og udføres en række tests, fx en cykeltest. Der vil være behov for et sted at foretage disse tests; i Ebeltoft foregik det på sundhedscenteret. Regionen vil derfor i første omgang meget gerne samarbejde med kommunerne om afprøvning af de forskellige modeller i 2-3 kommuner og om efterfølgende udbredelse af tilbuddet til alle borgere i regionen.

Forebyggende hjemmebesøg

De forebyggende hjemmebesøg er ikke nævnt i udkastet til mål og handleplan. Alligevel skal de nævnes i dette notat, da de umiddelbart vurderes til at være en særdeles interessant og relevant platform for en forstærket kommunal indsats i forhold til kroniske lidelser.

Ifølge "Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v." skal kommunerne til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle over 75 år mindst 2 gange om året. Hjemmebesøget skal indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed gennemgås og eventuelle spørgsmål drøftes.

Indholdet af samtalen skal især være koncentreret om, hvordan den ældre mestrer sin tilværelse, frem for om eventuelle lidelser/sygdomme. Samtalen med den ældre kan dreje sig om dagligdagen, den ældres trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand, funktionsevne m.v. På baggrund af samtalen kan der henvises til forskellige forebyggende og aktiverende tilbud, som findes i kommunen, tilrettelagt af frivillige, organisationer eller kommunen selv, og der kan vejledes om tilbud på social- og sundhedsområdet, boligtilbud mv.

Kommunen skal følge op, hvis der konstateres behov for personlig og praktisk hjælp eller hjælpemidler, og skal ved behov og efter aftale med den ældre formidle kontakt til den praktiserende læge.

Kommunen bestemmer selv, hvordan tilbuddene til de ældre skal udformes og gennemføres, samt hvilke personalegrupper, der skal varetage besøgene.

Udgangspunktet for lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre var en dansk undersøgelse fra 1984, hvor man fandt en signifikant reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser i interventionsgruppen. De største økonomiske besparelser var primært på sparede sengedage i forbindelse med hospitalsindlæggelserne, men også i mindre grad på sparede plejehjemsophold.

Siden er der gennemført flere undersøgelser. Resultaterne fra de foreliggende studier er i mange tilfælde ikke direkte sammenlignelige på grund af forskelle i interventionens karakter og målgruppe for interventionen. Gennemgående er der god evidens for, at de ældre finder hjemmebesøgene betryggende, og at hjemmebesøgene medfører øget anvendelse af offentlig støtte og hjælp. Der er endvidere god evidens for, at hjemmebesøgene kan reducere dødeligheden blandt de ældre og behovet for plejehjemsanbringelse. Nogle studier, men ikke alle, har vist gavnlig effekt af hjemmebesøgene på de ældres funktionsniveau.

Internationale studier tyder på, at jo mere intensiv interventionen er, jo mere omkostningseffektiv vil den være.

De forebyggende hjemmebesøg synes at være en særdeles relevant platform for en forstærket indsats i forhold til kroniske lidelser – især hvis besøgene gennemføres af medarbejdere med de rette kompetencer i forhold til at gennemføre og følge op på besøgene. Og hvis der er mulighed for at tilbyde borgeren relevante tilbud, når der findes behov herfor.

En række kommuner indtænker allerede i dag de forebyggende helbredssamtaler i en forstærket indsats i forhold til kronisk sygdom.

Patientrettet forebyggelse

Iagttagelse af hverdagsindikatorer hos de svageste ældre

Kommunernes ældrepleje rummer som nævnt mulighed for at danne gode, robuste strukturer for systematisk forebyggelse. Sidsel Vinge, forsker hos DSI, peger på, at mange ældre kan undgå indlæggelse, hvis plejepersonalets observationer hos de svageste ældre bliver sat i system. Kommunens ældrepleje kommer nemlig allerede hos de mest udsatte ældre. Samtidig er det sådan, at de indlæggelser, der kan forebygges, typisk rammer ældre borgere, der i forvejen er så svækkede, at de ikke kan klare hverdagen uden hjælp flere gange om ugen.

Sidsel Vinge nævner en række såkaldte hverdagsindikatorer, som kan være tegn på, at noget ikke går, som det skal. Af indikatorer kan fx nævnes ændrede indkøbsvaner, madlede, hjemmets rengøringstilstand, at den personlige hygiejne forværres, at der er gammel mad i køleskabet og indadvendthed eller ændret mental adfærd. Sidsel Vinge peger på, at der vil typisk være en optaksperiode på to til fire uger, hvor det er muligt at gribe systematisk og forebyggende ind.

I dag observerer mange af de kommunale medarbejdere, der kommer hos de svageste ældre, disse ændringer. Hvis disse medarbejders observationer systematiseres og bruges aktivt i forhold til etablering af tiltag, som forebygger forværring, peger Sidsel Vinges undersøgelse på, at mange ældre kan undgå indlæggelse. Nogle af de ting, der fx kan sættes i værk, kan være besøg af hjemmesygeplejerske, inddragelse af den praktiserende læge, kommunens akutteam og andre specialistfunktioner.

En række kommuner er sikkert allerede langt på dette felt, mens andre måske kan hente ny inspiration fra undersøgelsen.

Træningsområdet

Genoptræningsområdet er et af de områder, hvor ansvarsfordelingen på baggrund af strukturreformen har ændret sig markant.

Kommunerne har nu ansvaret for al ambulante genoptræning. Den del af den ambulante genoptræning, der defineres som specialiseret genoptræning skal dog foregå på hospital, ligesom genoptræning under indlæggelse (som hovedregel) også sker på hospitalet.

Det har ikke været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptrænings- og træningstilbud. Men den tidligere omtalte undersøgelse "Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet" viser, at mange mennesker med KOL og type 2-diabetes kan få et stort udbytte af patientrettet forebyggelse og særligt af at være fysisk aktive. Samtidig giver de udtryk for, at de ikke på egen hånd kan ændre deres livsstilsvaner, men har brug for sundhedsvæsenets støtte. Udover viden er det afgørende, at de nye vaner indarbejdes i hverdagen, og at motionsvanerne sættes ind i strukturelle rammer med fast mødetidspunkter og samme træner.

Interviewpersonerne problematiserer samtidigt, at sundhedsvæsenets kost- og motionstilbud sjældent varer længere end tre måneder, da de har behov for at ændre deres livsstil resten af livet. De efterspørger derfor langsigtede motionstilbud. For at interviewpersonerne kan benytte disse tilbud skal de desuden være tilpassede deres selvbillede, være økonomisk overkommelige og rumme en vis grad af fleksibilitet, så alle uanset sygdommens sværhedsgrad har mulighed for at forbedre deres fysiske tilstand.

Kommunerne har myndighedsansvaret for genoptræningsområdet og har derfor væsentlige kompetencer på dette område og er i mange tilfælde ved at udbygge de fysiske rammer. Samtidig peges der fra flere sider på, at øget fokus på træning i forbindelse med kronisk sygdom, også i de tidligere sygdomsfaser, vil kunne afgørende i en samlet forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom.

Det er derfor vurderingen, at træningsområdet kan være en god platform for en styrket indsats i forhold til kronisk sygdom, ikke kun i forbindelse med genoptræning efter sygdom, men også i form af forebyggende træning og fokus på opretholdelse af eksisterende kompetencer hos svage ældre og borgere med kronisk sygdom.

Oversigt over genoptræning

	Genoptræning	Ambulant almen	Ambulant	Genoptræning
--	---------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

	efter sygdom uden indlæggelse	genoptræning efter indlæggelse	specialiseret genoptræning efter indlæggelse	under indlæggelse
Myndighedsansvar	Kommunen	Kommunen	Kommunen	Regionen
Betaling	Kommunen	Kommunen	Kommunen	Regionen + Kommunen
Visitation	Kommunen	Hospitalet (genoptræningsplan) + kommunen	Hospitalet (genoptræningsplan) + kommunen	Hospitalet
Udførelse	Kommunen	Kommunen	Hospitalet	Hospitalet

Patientuddannelse

Patientuddannelse er et af midlerne til at opnå informerede og aktive borgere, og det er ikke mindst vigtigt, når det handler om kroniske sygdomme. Mål og handleplanen foreslår derfor, at regionen og kommunerne tilbyder alle patienter med kroniske lidelser patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så god egenomsorg som muligt.

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. For at sikre sammenhæng og kvalitet foreslås, at der på hvert hospital udnævnes en koordinator med ansvar for patientuddannelse.

Det er sandsynligvis det kommunale sundhedsvæsen, der står for mere tværgående 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.

En række undersøgelser peger på, at tilgængelighed er vigtigt for borgere med kronisk sygdom. De relevante tilbud skal være tilgængelig på flere måder. Tilbuddene skal fx ikke være så dyre, at nogle vælger dem fra. Sundhedspersonale, pårørende og borgeren selv skal let kunne danne sig et overblik over tilbuddene. Nogle skal måske have tilbudt transport eller træning i hjemmet, fordi det er svært at transportere sig ret langt, og der skal være relevante tilbud i hele sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

Det at kommunerne har en bred vifte af opgaver i forhold til borgerne betyder forhåbentlig, at det er muligt for kommunerne at etablere forebyggende og rehabiliterende tilbud tæt på den enkelte borger. Og at der etableres tilbud, i kommunalt eller andet regi, som borgeren kan blive ved med at deltage i.

Regionen arbejder med at udvikle enkle værktøjer til evaluering af patientuddannelse, så patientuddannelsen i modsætning til tidligere på sigt kan blive tilrettelagt på baggrund af solid evidens om metoder, indhold osv.

Planen foreslår, at der udarbejdes foldere med oversigter og hjemmesider, som oplyser om regionens og kommunernes tilbud om patientuddannelse.

Kommunerne deltager i arbejdet med at udarbejde kronikerprogrammer.

Som led i regionens mål og handleplan vil der blive udarbejdet de såkaldte kronikerprogrammer for i første omgang diabetes, KOL og hjertekarsygdom. Disse beskrivelser 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.

Arbejdet med kronikerprogrammerne er først lige ved at blive sat i gang. Det forventes, at de 3 programgrupper alle holder deres første møde i november/december 2007. Kommuner, hospitaler og almen praksis er repræsenteret i grupperne, og patientperspektivet inddrages – sandsynligvis ved hjælp af fokusgruppeinterviews.

Det er endnu for tidligt at sige, hvilke kommunale indsatser, de enkelte programgrupper vil anbefale. I forhold til KOL forventes kronikerprogrammet dog i høj grad at komme til at ligne det arbejde, der er lavet af programledelse for KOL i det tidligere Vejle Amt.

Vejle Amt-programledelsens idékatalog til kommunernes indsats for borgere med KOL i let til moderat grad indeholder blandt andet forslag om at

1. kommunen sikrer let henvisningsadgang for de praktiserende læger til videre forebyggelse og rehabilitering i kommunalt regi
2. borgere med KOL tilknyttes en sundhedsprofessionel, kommunal kontaktperson, som blandt andet skal afdække behovet for tilbud sammen med borgeren og sikre at tilbuddene igangsættes.
3. tilbyde borgere med KOL i let til moderat grad en individuelt tilpasset rehabilitering
4. tilbyde borgere med KOL i let til moderat grad
 - a. Undervisning i mestring af KOL
 - b. Rygeafvænning for rygerne
 - c. Fysisk træning
 - d. Ernæringsvejledning og behandling
 - e. Psykosocial støtte
 - f. Vejledning i brug af medicin.
5. kommunen skal informere borgeren om mulighederne for opfølgende tiltag – fx om kurserne Lær at leve med kronisk sygdom, selvhjælpsgrupper, foreninger for KOL-patienter og om mulighederne for at fortsætte den fysiske træning.

Forløbskoordinering

Mål og handleplanen foreslår også at der arbejdes med forløbskoordinering på hospitaler og i kommuner. Planen foreslår, at det 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. Planen foreslår også, at det 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.

Opfølgende hjemmebesøg

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. På baggrund heraf foreslås i mål og handleplanen, at der arbejdes med at etablere opfølgende hjemmebesøg til borgere med kroniske sygdomme efter indlæggelse på hospital.

Det foreslås, at 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. Regionen vil gerne have en eller flere kommuner til at deltage i dette forsøgsprojekt. Hvis resultaterne bliver positive, vil regionen efterfølgende gerne samarbejde med alle kommuner om at indføre opfølgende hjemmebesøg i hele regionen.

Fælles registre som hjælp til fælles indsats

En af forhindringerne for en mere integreret og proaktiv indsats i forhold til kronisk sygdom 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, så fx de praktiserende læger, hospitalslæger og borgeren selv adgang til de samme oplysninger – sandsynligvis gennem forskellige brugergrænseflader designet.

En sådan løsning er dog ikke umiddelbart tilgængelig. Som et første skridt på vejen er Region Midtjylland ved at tage hul på et arbejde med at etablere registre for kroniske sygdomme til brug for hele sundhedsvæsenet fx hospitaler, praktiserende læger og kommuner. Sådanne registre vil blandt andet betyde, at sundhedsvæsenet vil have mulighed for at kende populationerne af patienter med forskellige sygdomme og have mulighed for at planlægge den samlede indsats og indsatsen i forhold til den enkelte mere hensigtsmæssigt. Det gælder også den mere proaktive og forebyggende indsats.