

# **Strategi for kronisk syge i Svendborg Kommune**

**Godkendt i sundheds- og forebyggelsesudvalget den 7. maj 2009**

## Indholdsfortegnelse

<b>1 BAGGRUND</b>	<b>3</b>
STRUKTURER, OPGAVER OG SAMARBEJDE	3
SVENDBORG KOMMUNES VÆRDIER	4
<b>2 FORMÅLET MED EN KRONIKERSTRATEGI</b>	<b>4</b>
ET SAMMENHÆNGENDE FORLØB	5
LIVET SOM KRONISK SYG	5
<b>3 BESKRIVELSE AF KRONISK SYGDOM</b>	<b>5</b>
<b>4 MÅLGRUPPER</b>	<b>6</b>
<b>5 REHABILITERING I SVENDBORG KOMMUNE</b>	<b>6</b>
REHABILITERING I SVENDBORG KOMMUNE	7
<b>6 IMPLEMENTERING</b>	<b>7</b>
MONITORERING OG EVALUERING	8
<b>7 REFERENCER</b>	<b>8</b>

## 1 Baggrund

Flere og flere danskere lever en dagligdag med kronisk sygdom. Hver tredje dansker er i dag kronisk syg og tallet er stigende. Dette skyldes en kombination af usund livsstil og en større andel af ældre i befolkningen. Kronisk syge er en blandet gruppe med hensyn til sygdommens kompleksitet og patienternes evne til at håndtere deres sygdom. Fælles for alle kronisk syge er dog, at de skal leve med deres sygdom resten af livet, og at de har brug for et livslangt behandlingsforløb<sup>1</sup>.

Patienter med kroniske sygdomme lægger beslag på 70-80 % af de ressourcer, der anvendes i sundhedsvæsenet. I takt med bedre behandlingsmuligheder, den stigende levealder og den ændrede aldersmæssige sammensætning af befolkningen vil antallet af patienter stige, og det vil føre til et øget ressourcebehov<sup>2</sup>.

### Strukturer, opgaver og samarbejde

Opgave- og strukturreformen har medført, at kommunerne har overtaget den borgerrettede forebyggelse efter amternes nedlæggelse. Den patientrettede forebyggelse er blevet delt mellem regioner og kommuner, således at regionen har pligt til at varetage den sygdomsspecifikke patientrettede forebyggelse, og kommunerne har pligt til at varetage den generelle patientrettede forebyggelse.

Indsatser ift. kronisk syge omfatter overordnet set flg. fire elementer:

- Primær forebyggelse
- Tidlig opsporing af tegn på sygdom
- Behandling – efterbehandling
- Rehabilitering – livet som kronisk syg

Overordnet set har kommunen opgaven med at forebygge, at kronisk sygdom opstår, dvs. primær forebyggelse. Dette betyder, at der skal sættes ind over for de største risikofaktorer ift. udvikling af kronisk sygdom, nemlig rygning, alkohol, usund kost og for lidt motion. Denne type indsatser er omfattet af målene i sundhedspolitikken. I Svendborg Kommune er der allerede mange initiativer i gang ift. primær forebyggelse, men der er behov for flere indsatser for at forebygge sygdomme - særligt kronisk sygdomme, som er meget ressourcekrævende. Nationale initiativer, som ændrer rammerne for befolkningen har også betydning ift. primær forebyggelse. Som eksempel kan nævnes rygelovgivningen, der har betydet, at der er sket i fald i antallet af rygere, og at færre udsættes for passiv rygning.

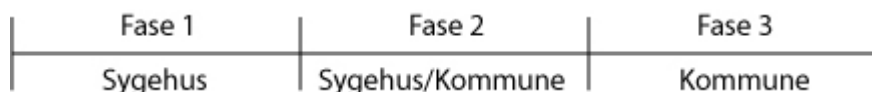
Tidlig opsporing af tegn på sygdom sker både i kommunen, hos praktiserende læger og i det øvrige sundhedsvæsen. I Svendborg Kommune arbejdes der allerede i nogen grad med tidlig opsporing, men der er behov for, at arbejdet optimeres og trinvist systematiseres. Der er desuden behov for en udbygning og videreudvikling af det tværfaglige samarbejde og kommunikationen mellem sygehus, praktiserende læge og kommune.

I Region Syddanmarks strategi for kronisk syge beskrives håndteringen af kronisk syge ud fra en faseopdeling af de indsatser, der sker omkring de kronisk syge, fra sygdommen opstår/forværres til patienten/borgeren skal lære at leve med sin kroniske sygdom<sup>3</sup>. I nedenstående figur ses, hvem der har ansvaret for borgerne i de tre faser.

<sup>1</sup> Region Syddanmark: Indsatsen for personer med kronisk sygdom. Vejledning – version oktober 2008

<sup>2</sup> Region Syddanmark: Indsatsen for personer med kronisk sygdom. Vejledning – version oktober 2008

<sup>3</sup> Sundhedaftaler 2008. Grundaftaler. BILAG. Kommunekontaktrådet. Region Syddanmark.



- Fase 1 er den akutte fase af en kronisk sygdom. Her sker behandlingen på sygehuset
- Fase 2 begynder ved udskrivelse fra sygehuset og dækker efterbehandling/genoptræning på sygehus (fase 2A) samt første del af rehabiliteringsforløbet i kommunalt regi (fase 2B).
- Fase 3 dækker den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase, som ligeledes foregår i kommunalt regi.

De praktiserende læger spiller en rolle både før, under og efter ovennævnte faser, dvs. de er omdrejningspunktet for de fleste kronisk syge.

Fokus for Svendborg Kommunes strategi for kronisk syge er overgangen fra behandlingssystemet (såvel sygehus som praktiserende læger) til det kommunale system.

I forhold til fase 3 er der i Svendborg Kommune en række indsatser, som ikke direkte er målrettet borgere med kronisk syge, men som *kan* bruges af kronisk syge, fx rygestoptilbud og selvtræning. Der er desuden en række specifikke tilbud til kronisk syge, som fx hjemmesygeplejerskernes sårpleje for diabetespatienter samt et projekt vedrørende telemedicinske kufferter til KOL-patienter. En del af arbejdet med udmøntningen af kronikerstrategien er derfor at sikre, at de eksisterende tilbud koordineres, så der er en synlig sammenhæng i tilbuddene til kronisk syge.

Svendborg Kommunes kronikerstrategi skal danne grundlag og retning for arbejdet med at leve op til kravene i sundhedsloven vedrørende den patientrettede forebyggelse.

## Svendborg Kommunes værdier

Svendborg Kommune er en værdidrevet organisation, der bygger på værdierne helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, og trivsel. Svendborg Kommune er desuden medlem af det internationale bynetværk Cittaslow, der giver mulighed for at arbejde helhedsorienteret med vores tre strategiske indsatsområder: maritimt liv, sundt liv og kreativt liv.

Cittaslow handler om at give sig tid til at skabe livskvalitet i alle livets forhold. Cittaslow bruger moderne og teknologiske løsninger på en kreativ måde med afsæt i de lokale særpræg, traditioner og historie. Værdierne og tænkningen bag Citta Slow begrebet, danner også grundlaget for arbejdet med Svendborg Kommunes kronikerstrategi<sup>4</sup>.

## 2 Formålet med en kronikerstrategi

Formålet med Svendborg Kommunes kronikerstrategi er for det første at sikre, at kronisk syge borgere i Svendborg Kommune oplever et sammenhængende forløb mellem sygehus, praktiserende læge og kommune.

For det andet er formålet at give den enkelte borger med kronisk sygdom mulighed for at opnå den højst mulige funktionsgrad og livskvalitet i sin hverdag.

<sup>4</sup> Svendborg Kommunes hjemmeside vedr. Citta Slow.

De langsigtede mål er at forebygge uhensigtsmæssige (gen-) indlæggelser blandt kronisk syge samt at imødegå det stigende ressourceforbrug i det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

## Et sammenhængende forløb

Et centralt element i indsatsen for personer med kronisk sygdom er at skabe sammenhæng i sygdomsforløbet for den enkelte borger. Det stiller store krav om kommunikation, fleksibilitet, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Borgerne skal opleve, at der er en smidig overgang mellem de forskellige aktører i et sygdomsforløb. Ansvar for at løse opgaven ligger hos sygehusene, almen praksis og i kommunerne<sup>5</sup>.

I Svendborg Kommune vil vi arbejde på at forankre indsatsen for kronisk syge i den eksisterende organisation. Der vil være behov for at styrke de faglige kompetencer blandt de medarbejdere, der skal arbejde på området, lige som der vil være behov for at tilføre ressourcer til området for at opgaven kan løses.

## Livet som kronisk syg

Hensigten med indsatsen for kronisk syge i Svendborg Kommune er, at man som kronisk syg

- får handlekompetencer til at leve med og håndtere sin sygdom så godt som muligt,
- oplever at ens livskvalitet forbedres
- får et så højt funktionsniveau som muligt og forebygges i (yderligere) funktionstab

Indsatsen skal basere sig på at styrke egenomsorgen hos den kroniske syge. Det handler om, at den enkelte styrkes i at tage vare på sig selv og deltage aktivt i eget sygdomsforløb. Borgerne skal udvikle handlekompetencer, således at de tager ansvar for eget liv ift. at ændre og fastholde sunde vaner. Dette gælder både for borgere, der endnu ikke har udviklet sygdomme (den primære forebyggelse og tidlig opsporing) og for borgere, der har fået konstateret en kronisk sygdom.

I Svendborg Kommune tages udgangspunkt i det hele menneske, dvs. der fokuseres ikke på de begrænsninger, som en kronisk sygdom medfører. I stedet tages udgangspunkt i det enkelte menneskes potentiale i forhold til at leve et så aktivt og godt liv som muligt med en kronisk sygdom.

Vi er opmærksomme på social ulighed i sundhed, hvilket betyder, at ikke alle har lige muligheder for at udøve egenomsorg, og der er derfor nogen, der kan have særlige behov.

Indsatsen for kronisk syge skal tilbydes ud fra rehabiliteringstankegangen, som den er defineret i "Hvidbog vedrørende rehabiliteringsbegrebet", jf. nedenfor.

## 3 Beskrivelse af kronisk sygdom

Kronisk sygdom kan ifølge Sundhedsstyrelsen karakteriseres ved følgende<sup>6</sup>:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død

<sup>5</sup> Region Syddanmark: Indsatsen for personer med kronisk sygdom. Vejledning – version oktober 2008

<sup>6</sup> Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model. Sundhedsstyrelsen, 2008.

- Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for, at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats)
- Sygdommen har blivende følger
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje
- Der er behov for rehabilitering

Mange mennesker med en kronisk sygdom oplever manglende sammenhæng og opfølgning, når diagnosen er stillet. Det kan betyde dårligere helbred, lavere funktionsevne og ikke mindst dårligere livskvalitet. Kronisk syge patienter er ikke ens. I Region Syddanmark har man udarbejdet en model, hvor man inddeler kronisk syge ift. deres grad af egenomsorgsevne og sygdommens kompleksitet. Begge dele har stor betydning for, hvilke behov den enkelte kronisk syge har for rehabilitering i kommunalt regi.

## 4 Målgrupper

Målgruppen for Svendborg Kommunes strategi for kronisk syge er borgere med kroniske lidelser.

Der arbejdes i første omgang med hjertekarsygdomme, KOL og diabetes, da disse sygdomme regnes blandt de største kroniske folkesygdomme, og derfor har et væsentligt ressourcetræk i såvel det regionale som det kommunale system.

Valget af de tre sygdomme hænger endvidere sammen med, at de er beskrevet mht. arbejdsdeling i Sundhedsaftalerne<sup>7</sup>, lige som man i øjeblikket er i gang med at udvikle forløbsprogrammer på tværs af sektorer i Region Syddanmark på netop disse områder.

Det kan være relevant at inddrage kræft som den fjerde sygdom, da en indsats kan tage afsæt i det igangværende projekt om forløbspartnere. Kræft kan i nogle sammenhænge betragtes som en kronisk sygdom.

For hver sygdom skal der udarbejdes en specifik handleplan, der beskriver den indsats, der skal igangsættes. I dette arbejde indkredses målgruppen yderligere mht. diagnoser, sygdommens kompleksitet og andre relevante parametre. Omfanget af indsatserne kan justeres afhængig af tilslutning til tilbuddene, erfaringer med de forskellige elementer samt på baggrund af evalueringsresultaterne.

Borgerne skal kunne henvises til rehabiliteringstilbuddet fra sygehuset, kommunens eget personale og praktiserende læger.

## 5 Rehabilitering i Svendborg Kommune

I Svendborg Kommune vil vi udvikle forskellige indsatser, som alle indgår i et samlet rehabiliteringstilbud til kronisk syge. Rehabiliteringsbegrebet<sup>8</sup> defineres som:

*"rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt*

<sup>7</sup> Sundhedsaftaler 2008. Grundaftaler. BILAG. Kommunekontaktrådet. Region Syddanmark.

<sup>8</sup> Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet

*og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.<sup>9</sup>*

Rehabilitering er således et tilbud til borgere med kronisk sygdom, som tilpasses den livssituation og de ressourcer, den enkelte borger har. Dvs. det kan være forskelligt hvilke elementer af rehabiliteringen, den enkelte borger har behov for.

## Rehabilitering i Svendborg Kommune

Planlægningen af rehabiliteringsindsatsen for borgere i Svendborg Kommune tager så vidt muligt afsæt i nationale anbefalinger samt regionale aftaler og publikationer (se referencelisten). På den baggrund vurderes det, at følgende elementer bør være en del af rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune:

- Individuel samtale til afdækning af den enkeltes behov
- Generel patientuddannelse
- Sygdomsspecifik patientuddannelse i forhold til enkle sygdomsbilleder
- Basale forebyggende og sundhedsfremmende tilbud inden for områderne kost, rygning, fysisk aktivitet m.v.
- Mulighed for forløbskoordination for særligt udsatte grupper

Patientuddannelse skal her forstås som struktureret undervisning af grupper af patienter og evt. pårørende med en diagnosticeret sygdom<sup>10</sup>.

Som det også fremgår af definitionen af rehabilitering, er det vigtigt, at tilbuddet om rehabilitering er tidsafgrænset, dvs. at der er en indledende samtale i begyndelsen af forløbet og en afsluttende samtale til sidst. I den indledende samtale afdækkes behov og ønsker for indholdet i rehabiliteringsforløbet, og der opstilles mål for, hvad der ønskes nået i løbet af rehabiliteringsforløbet.

Ved den afsluttende samtale følges op på målene, og der lægges en plan for, hvordan de opnåede mål kan fastholdes i de eksisterende kommunale, private og frivillige tilbud.

## 6 Implementering

Implementeringen af kronikerstrategien indebærer, at der skal udarbejdes handleplaner, der beskriver indsats og organisering for hvert sygdomsområde.

Implementeringen skal, så vidt det er muligt, forankres i den eksisterende organisation. Indsatsen skal baseres på en koordineret indsats på tværs af fagområder, hvorfor implementeringen, udover at der skal varetages nye opgaver, indebærer en del kompetenceudvikling og ændringer i eksisterende rutiner. Det er derfor vigtigt, at der udarbejdes handleplaner, der beskriver alle elementer i implementeringen, herunder uddannelse af personale, udvikling af IT, økonomi etc.

For at implementeringen bliver en succes er det vigtigt, at det beskrives, hvordan alle relevante samarbejdspartnere skal inddrages. Dette gælder både interne samarbejdspartnere i

<sup>9</sup> Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabiliteringsforum Danmark. Side 4.

<sup>10</sup> Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog. Sundhedsstyrelsen 2006.

kommunen, herunder særligt ledelsesniveauet og eksterne samarbejdspartnere, som sygehus, praktiserende læger, patientforeninger, idrætsforeninger etc. Derudover er det vigtigt, at borgerne inddrages aktivt undervejs, både ift. tilpasning af tilbuddene til målgruppens ønsker og behov, og ift. rekruttering af borgere til tilbuddet.

## Monitorering og evaluering

Det er vigtigt at følge om indsatserne for kronisk syge fungerer efter hensigten og opfylder sit formål. Der skal derfor udarbejdes en plan for evalueringen, således at der kan vurderes om målene er nået.

For at sikre en høj kvalitet i indsatsen for kronisk syge, er det desuden vigtigt at der sker en løbende monitorering af indsatsen. Dette kan være en udfordring, da indsatsen går på tværs af sektorer og kan have mange overgange mellem forskellige institutioner og afdelinger. Ved monitoreringen skal man vurdere resultatet af rehabiliteringsindsatsen, organiseringen samt borgerens oplevelse af forløbet.

## 7 Referencer

- KL: Mere kvalitet til de kronisk syge! KL notat. [www.kl.dk](http://www.kl.dk) nov. 2008.
- Region Syddanmark: Indsatsen for personer med kronisk sygdom. Vejledning – version oktober 2008
- Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.
- Sundhedsaftaler 2008. Grundaftaler. BILAG. Kommunekontaktrådet. Region Syddanmark.
- Svendborg Kommunes hjemmeside vedr. Citta Slow
- Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model. 2008
- Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog. 2006.