

NOTAT

Dato: 1. maj 2012

Notat om status for indsatsen over for kronisk sygdom

I 2011 er der vedtaget et forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme. Et forløbsprogram for lænderyglidelser er under godkendelse i foråret 2012. Der er tidligere vedtaget forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes og demens. Implementeringen af forløbsprogrammerne understøttes af Kronikerprogrammet, som er finansieret af statslige puljemidler i 2010 – 2012. Nedenfor gives oversigt over de væsentligste aktiviteter i kronikerprogrammet.

Henvisning til rehabilitering

Antallet af henviste borgere til de etablerede rehabiliteringstilbud i kommunerne og hospitalerne er steget med ca. 30 pct. fra 2010 til 2011. I 2011 har knap 2.000 borgere i alt (kommune + hospital) modtaget et sammenhængende rehabiliteringstilbud for KOL, mens det tilsvarende antal inden for type 2 diabetes er knap 3.100 og 1.600 inden for hjerte-kar sygdomme.

Tværasektoriel kompetenceudvikling

Fælles Skolebænk og Sundhedspædagogisk kompetenceudvikling for patientundervisere (Patientuddannelse) har begge startet kurser op i efteråret 2011, efter at have gennemført pilottest i første halvdel af 2011.

De første kurser i Fælles Skolebænk KOL og type 2 diabetes er afholdt med deltagelse af knap 300 medarbejdere fra kommuner, hospitaler og almen praksis. Der vil i 2012 blive udbudt 700 pladser.

I Sundhedspædagogisk kompetenceudvikling er der i 2011 uddannet 200 Patientundervisere hovedsageligt fra kommuner og hospitaler. Der vil i 2012 blive udbudt 150 pladser.

Projekter relateret til almen praksis

Til *Facilitatorordningen* er der nu tilmeldt ca. 60 % af regionens praktiserende læger. Det er oplevelsen blandt facilitatorerne, at klinikkerne generelt har godt udbytte af at modtage besøg.

Der arbejdes der løbende med at udvikle redskaber og konkretisere emner til besøgene. Ordningen evalueres af en ekstern evaluator.

Den kommunale praksiskoordinator har opbygget netværk for de kommunale praksiskonsulenter, og medvirket til at flere kommuner har ansat praksiskonsulenter.

Sunddialog er specifikt rettet mod praksispersonale, og der er nu gennemført i alt 20 kurser. Der planlægges ni nye kurser i første halvdel af 2012. Der er åbnet op for, at værktøjet kan anvendes i ambulatorier. Der er således blevet uddannet fire behandlere fra diabetes ambulatoriet på Amager Hospital.

IT-understøttelse af forløbsprogrammer

Der er udviklet en demonstrationsmodel omfattende et Planlægnings- og koordinationsmodul, som understøtter koordineringen af behandlingen mellem hospital, kommune og almen praksis. Modellen er afprøvet i regionens IT-eksperimentarium, og har vist sig anvendeligt til formålet.

Patientportalen

Patientportalen ("Grib om livet") blev lanceret i februar. Der er produceret i alt 30 patientfilm. Heraf er 15 film samtaler om at have enten KOL eller type 2 diabetes, fem film er personskildringer og to film er temabaserede og handler om "Det værste ved KOL" og "Det første varsel om diabetes". Der vil i løbet af 2012 blive produceret film om hjerte-kar, demens og lænderyglidelser.

Forløbskoordination

Projektet om *forløbskoordination* er i en afprøvningsfase, hvor forløbskoordination afprøves på udvalgte patientgrupper på 3 hospitaler.

Evaluerings og analysemodel

Der er udviklet en evaluerings- og analysemodel, som gør det muligt fremadrettet at følge udviklingen i patientpopulationerne for de forskellige kroniske sygdomme – på sigt i alle tre sektorer. Som et led heri er en rehabiliteringsdatabase under udvikling, som skal samle data om rehabiliteringsforløb i alle tre sektorer.

Der har været gennemført en pilottest af rehabiliteringsdatabasen med to kommuner og to hospitaler. Der er indledt et samarbejde med Kommunernes Landsforening og Region Midtjylland om at opnå national enighed, hvilke indikatorer der skal indgå i en tværsektoriel rehabiliteringsdatabase

Der er udarbejdet en temarapport om kronisk sygdom. Rapporten indeholder såvel registerdata som spørgeskemaundersøgelser i et forsøg på at afdække omfanget af kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Udover en identifikation af borgere med kronisk sygdom ud fra forskellige sociodemografiske faktorer ses også på andelen af borgere med flere kroniske sygdomme.

Lokale implementerings- og samarbejdsprojekter

Den lokale implementering af forløbsprogrammerne og anvendelsen af de resultater, som de ovenstående projekter har udviklet, sker i et samarbejde mellem sektorerne forankret i de enkelte hospitaler.