

## NOTAT

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 38666078  
**Mail** csu@regionh.dk

Dato: 17. september 2015

### **Kronisk sygdom, Sundhedsaftalen og Praksisplan**

1. Status over hvilke kommuner som har fået et oplæg om ”Kronikerprofilen” ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FSFC)
2. Notat om koblingen mellem ”Kronikerprofilen” og SA3 (herunder afsnit 5.1.4)
3. Beskrivelse af kronikerområdet i Praksisplan for almen praksis

#### **1. Status over kommuner som har fået oplæg om ”Kronikerprofilen”**

”Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom” (”Kronikerprofilen”) blev præsenteret ved en velbesøgt konference den 18. marts 2015. Den beskriver udviklingen i antallet af borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden fra 2007 til 2013. Den næste rapport planlægges at komme efter den næste Sundhedsprofilundersøgelse i 2017.

Ved konferencen blev kommunerne gjort opmærksomme på muligheden for at få et oplæg ved FCFS, som kunne være med udgangspunkt i data fra egen kommune. Dette har der været stor interesse for, og der er planlagt oplæg i 7 kommuner<sup>1</sup> i efteråret 2015, og det er under planlægning for yderligere 6 kommuner<sup>2</sup>. Herudover har en række kommuner<sup>3</sup> fået et samlet oplæg i regi af ”Vestegnens Sundhedsforum”.

Alle samordningsudvalgene har ligeledes fået tilbud om oplæg, hvilket har været afholdt i Nord (den 12.06.2015) og Midt (den 26.08.2015), og er planlagt for Byen (den 17.11.2015). Syd har takket nej. Der har desuden været holdt oplæg i den regionale koordinationsgruppe for forløbsprogrammer.

Det kan nævnes, at FCFS i forbindelse med at første del af Sundhedsprofil 2013 udkom, var i 26 kommuner og holde oplæg (FCFS har oversigt over afholdte præsentationer i 2014/15).

---

<sup>1</sup> Fredensborg, Furesø, Bornholm, Gentofte, Halsnæs, Høje Tåstrup og Hørsholm

<sup>2</sup> København, Tårnby, Allerød, Egedal, Rødovre og Albertslund

<sup>3</sup> Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Ishøj, Høje Taastrup, Vallensbæk, Dragør og Tårnby Kommuner.

## 2. Koblingen mellem ”Kronikerprofilen” og Sundhedsaftalen 2015-18 (SA3)

I SA3 er der flere indsats, hvor ”Kronikerprofilen” er relevant:

- Indsats 21 (afsnit 5.1.4, indgår i implementeringsplan 2015):  
*”Fastlægge, hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås”*

Det langsigtede mål med forløbsprogrammerne er, at borgere med kroniske sygdomme tilbydes en sammenhængende behandling af høj kvalitet, så den patientoplevede kvalitet forbedres, og patienterne får flere gode leveår. Heri indgår også, at kontaktmønsteret i forhold til sundhedsydelser ændres i retning mod flere planlagte kontakter og færre akutte kontakter herunder indlæggelser. Det er også et overordnet mål, at forløbsprogrammerne bidrager til mere lighed i sundhed ved at sikre alle et godt tilbud.

I Region Hovedstaden er det etableret en Evaluerings- og Analysemodel med det formål, at evaluere forløbsprogrammernes effekt på sigt i forhold til de overordnede mål. Heri indgår ”Kronikerprofilen”, der giver et overblik over populationen og udviklingen i forhold til forekomsten af de enkelte forløbsprogramsygdomme, hvordan de er fordelt i befolkningen i forhold til geografiske, demografiske og socioøkonomiske faktorer. Endvidere kan ”Kronikerprofilen” på sigt bruges til at følge brugen af sundhedsvæsnets ydelser blandt borgere med kroniske sygdomme.

Tanken med indsats 21 i afsnit 5.1.4 er, at det er en forudsætning for at kunne evaluere på betydningen af forløbsprogrammerne, at der skabes overblik over, i hvilket omfang forløbsprogrammerne er implementerede. Det vil fx sige en beskrivelse af, i hvilket omfang minimumstandarderne i forløbsprogrammer er implementeret i de forskellige planlægningsområder, hospitaler og kommuner. Der arbejdes pt. på at konkretisere dette. Det centrale for denne monitorering bliver en række proces- og resultatparametre, fx antal henvisninger fra hospitaler til rehabiliteringstilbud afsendt som aftalt. Der er især behov for et bedre overblik over patientflowet mellem sektorerne. ”Kronikerprofilen” kan inddrages heri i forhold til vurdering af patientantallet. Umiddelbart er det vurderingen, at tallene for, hvor mange, der henvises til fx rehabiliteringstilbud ligger meget langt fra antallet af nydiagnosticerede patienter inden for de forskellige forløbsprogramsygdomme. Der skal derfor ses nærmere på mulige årsager til, at mange borgere med kronisk sygdom ikke henvises til rehabiliteringstilbud.

- Indsats 13 (afsnit 5.1.1, indgår i implementeringsplan 2015)  
*”For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL”*

Der arbejdes fortsat på, hvordan der kan etableres en database med oplysninger om rehabilitering. Når den er etableret vil "Kronikerprofilen" kunne bruges til at vurdere, hvor mange borgere med i første omgang diabetes og KOL som tilbydes rehabilitering i forhold til antallet af nydiagnosticerede patienter i følge "Kronikerprofilen".

- Indsats 23 (afsnit 5.1.5, indgår i implementeringsplan 2016):  
*"Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtigelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling"*
- Indsats 24 (Afsnit 5.1.5, indgår i implementeringsplan 2016)  
*"Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtigelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på databaseret rådgivning ud fra monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere"*

I disse to indsatser er "Kronikerprofilen" helt central. Der er allerede et godt samarbejde mellem kommuner og region omkring Sundhedsprofilen, herunder "Kronikerprofilen", via styregruppen for Sundhedsprofilen. Det sikrer, at kommunerne har gode muligheder for at tilkendegive, hvilke typer data de har brug for, ligesom der er mulighed for at få tilbagemeldinger på, hvordan data anvendes. Det er indtrykket, at data bruges aktivt i kommunerne i forhold til forebyggelsesindsatser, men at der er potentiale for at bruge data om kronisk sygdom yderligere. Bl.a. beskrives i "Kronikerprofilen", hvor mange borgere med de forskellige kroniske sygdomme, som er interesseret i hjælp til livsstilsændringer. Ligeledes er der et ønske fra kommunal side om mulighed for ekstra analyser på lokale data samt rådgivning i forhold til evaluering og design af lokale indsatser. Der er derfor behov for aftaler, der konkretiserer omfanget af den rådgivning fra FCFS, som kan ydes vederlagsfrit samt mulighederne for tilkøb af ydelser herudover.

Der arbejdes, som del af Evaluerings- og Analysemodellen, på hvordan man bliver bedre til at anvende og formidle resultaterne i modellen, herunder også fra "Kronikerprofilen". Der er tidligere udviklet "Faktaark" om KOL som kombinerede resultater fra forskellige kilder, herunder "Kronikerprofilen" inden for de forskellige planområder for at give et samlet overblik over indsatsen i de forskellige sektorer for denne patientgruppe. Det beskrives bl.a., hvor mange borgere der har KOL, hvordan deres livsstil er, og hvor mange patienter med et estimeret rehabiliteringsbehov, som henvises til rehabilitering. "Faktarket" giver desuden forslag til, hvordan der kan sættes ind i kommuner, almen praksis, i hospitalsregi samt i samarbejdet mellem sektorerne for at styrke indsatsen over for borgere med KOL. Der

arbejdes med at videreudvikle sådanne former for dataformidling, da dette ”overblik” blev meget vel modtaget.

Herudover kan ”Kronikerprofilen” på sigt indgå som del af opfølgning på indsats 50 (afsnit 5.2.10) om tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma. Ligeledes kan de analyser, som for første gang indgår i ”Kronikerprofilen” om resourceforbruget blandt borgere med mange kontakter til sundhedsvæsnet, indgå i indsats 22 (afsnit 5.1.4) om analyse og afprøvning af model til reduktion af forebyggeligt storforbrug hos borgere med kronisk sygdom. Her er etableret et samarbejde med Københavns Kommune med henblik på udarbejdelse af fælles analyser af brug af sundhedsydelser på tværs af sektorer.

### **3. Beskrivelse af kronikerområdet i Praksisplanen for almen praksis**

I udkastet til Praksisplan er der i del 4 et afsnit om ”Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient”.

Der er i forhold til *forløbsprogrammer* fokus på implementeringen, særligt tovholderrollen i almen praksis, monitorering af implementering samt udvikling af tilbud, så de kan tilgodese behovet hos flere borgere, herunder borger med multisygdom.

De konkrete anbefalinger i praksisplanen er:

- *At der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis.*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering, samt indikatorer som skal gøre det muligt at følge og monitorere dette.*

Omkring *tidlig opsporing af kronisk sygdom* nævnes, at almen praksis har en nøgelfunktion i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer og tidlige sygdomsstadier. De mere konkrete indsatser vil indgå i kommende forløbsprogrammer.

I afsnittet om *differentierede indsatser* beskrives, at almen praksis har en central rolle i forhold til at differentiere indsatser, så de tilpasses patienter med særlige behov. Desuden skal almen praksis i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører arbejde på at identificere patienter med særlige behov.

De konkrete anbefalinger er:

- *At almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom og/eller flere samtidige sygdomme.*
- *At almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til praktisk identificering af sårbarhed.*