

**KRONIKERPLAN FOR BALLERUP KOMMUNE
2013 - 2015**

Indhold

Kronikerplan for Ballerup Kommune	3
DEL 1: INDLEDNING OG FORMÅL	3
1. Indledning	3
2. Baggrund	3
3. Målgruppe	5
4. Formål	5
5. Mål	5
DEL 2: ORGANISERING	6
6. Intern forankring og organisering	6
7. Ekstern forankring og organisering	10
8. Kronikertilbud i Ballerup Kommune	10
9. Henvisning	11
10. Stratificering	11
11. Økonomi og dimensionering	12
12. Implementering og evaluering	12
DEL 3: BAGGRUND	13
13. Begrebsafklaring	13
14. Sundhedsmæssige og økonomiske udfordringer	14

Kronikerplan for Ballerup Kommune

DEL 1: INDLEDNING OG FORMÅL

1. Indledning

I Ballerup Kommune ønsker vi en aktivkultur, hvor vi støtter og motiverer borgeren til at blive mest mulig selvhjulpne og aktiv hurtigst muligt gennem en intensiv indsats over en kortere periode¹.

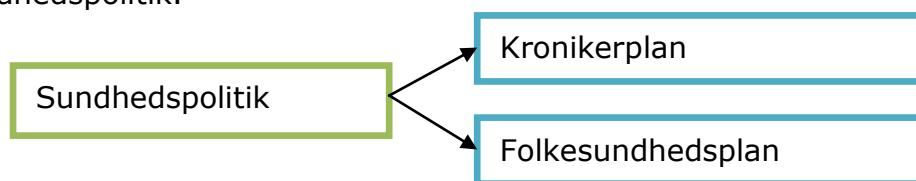
Udgangspunktet for alle indsatser under Kronikerplanen er en rehabiliterende tilgang til den enkelte borger.

Kommunen har ansvaret for at tilbyde borgerne muligheder for at leve et sundt liv, både for at forebygge at sygdom opstår og for at begrænse skadevirkningerne af allerede opstået sygdom².

Med Kronikerplanen ønsker Ballerup Kommune at målrette og prioritere nuværende og fremtidige indsatser over for borgere med kronisk sygdom. Kronikerplanen beskriver hvordan Ballerup Kommune vil organisere og tilrettelægge den patientrettede forebyggelsesindsats, så borgere med kronisk sygdom³ opnår højest mulig funktionsevne og livskvalitet i deres hverdag.

I Ballerup Kommune ser vi de pårørende som en vigtig ressource i samarbejdet med borgeren med en kronisk sygdom. Kronikerplanen skal således læses i nær sammenhæng med Politik for brugerindflydelse og pårørendesamarbejde i Ballerup Kommune, der beskriver værdier og principper for samarbejdet med brugere og pårørende i kommunen.

Sammen med Folkesundhedsplanen (borgerrettet forebyggelse) udgør Kronikerplanen (patientrettet forebyggelse) implementeringen af Ballerup Kommunes Sundhedspolitik.



2. Baggrund

I Danmark er forekomsten af kroniske sygdomme steget i de senere år, blandt andet som følge af bedre levekår og muligheder for behandling af sygdomme, som tidligere

¹ Ballerup Kommune, Aftale om budget 2013

² Sundhedsloven, § 119

³ Kronisk sygdom er en tilstand hos et individ, der vurderes som værende en negativ følge af fysisk eller mental forstyrrelse hos individet, som har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Se definition side 4

var livstruende⁴. Mere end en halv million borgere i Region Hovedstaden har en eller flere kroniske sygdomme (38 %), opgjort efter registerdata⁵. Hvis man spørger borgerne selv, som det blev gjort i Sundhedsprofilen 2010, er 57 % af borgerne i Region Hovedstaden kronisk syge⁶.

Det stigende antal borgere med kroniske sygdomme er omkostningstungt for kommunerne. I 2009 brugte Ballerup Kommune 42 mio. kr. alene på medfinansiering af sundhedsydelse til borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdomme⁷.

Med henblik på en omkostningseffektiv tilgang til området, er det vigtigt, at kun borgere, som rent faktisk har behov for et tilbud, visiteres til det⁸. For mange velregulerede kronisk syge er det blot nødvendigt med en indsats hos egen læge, og de behøver ikke et længerevarende, diagnosespecifikt forløb i kommunen. Disse borgere kan med fordel tilbydes en generelt patientuddannelsesstilbud.

Borgere som har en kompleks sygdom skal have et mere omfattende tilbud end borgere med lettere sygdom. Når det skal vurderes hvilket tilbud borgeren skal have, kan være behov for at vurdere borgerens egenomsorgsevne⁹. Kronikerplanen har derfor særligt fokus på at opspore, rekruttere og målrette kronikerindsatserne mod sårbare borgere.

Med sårbare borgere tænkes der på borgere, der på grund af sygdommens karakter eller lav indkomst, lavt uddannelsesniveau eller svag tilknytning til arbejdsmarkedet, ikke har ressourcer nok til at opretholde egenomsorg.

Kronikerplanen har sit afsæt i den gældende lovgivning¹⁰ og Sundhedsaftalen for Region Hovedstaden, herunder forløbsprogrammerne. Indsatserne under Kronikerplanen tager så vidt muligt udgangspunkt i nationale anbefalinger.

Kronikerplanen danner den overordnende ramme om implementering af en række nationale tiltag, herunder KLs udspil om Det nære sundhedsvæsen, udmøntningen af Økonomaftalens 300 mio. kr. til styrkelse af indsatsen overfor kronisk syge og rehabilitering, samt Handleplan for den ældre medicinske patient.

Med Kronikerplanen ønsker Ballerup Kommune at sætte særligt fokus på kronikerområdet og opnå en forbedret indsats for borgerne gennem en tydelig faglig retning, organisering og opgavedeling. Kronikerplanen skal bidrage til at skabe tydelige kommunikationsveje og give det kompetenceløft, der er nødvendigt for at Ballerup Kommunen kan løfte kronikeropgaven. Kronikerplanen skal være en fælles politisk og administrativ ramme for effektiv udnyttelse af ressourcerne.

⁴ Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, 2012

⁵ Region Hovedstaden, Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden, 2011

⁶ Reference Sundhedsprofilen 2010

⁷ Region Hovedstaden, Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden, 2011

⁸ KL, Bedre prioritering i indsatsen til de syge borgere, 2011

⁹ Se definition side 5

¹⁰ Primært Sundhedslovens §§ 119, 138, 139 og 140, samt Servicelovens § 86

Kronikerplanen løber fra 2013 til 2015.

3. Målgruppe

Kronikerplanen omfatter alle borgere over 18 år med kronisk sygdom, som er bosiddende i Ballerup Kommune. Borgere i særlig risiko for at udvikle kronisk sygdom er målgruppe for Kronikerplanens opsporende indsats.

Kronikerplanen har særligt fokus på:

- Implementering af forløbsprogrammerne for borgere med Type II diabetes, KOL, lænde- og ryglidelser, hjerte-kar sygdom, Demens og Kræft¹¹.
- Opsporing, rekruttering og målrettede tilbud til sårbare borgere, med behov for et individuelt tilpasset / koordineret rehabiliteringsforløb

Kronikerplanen omfatter på nuværende tidspunkt ikke borgere med psykiatrisk sygdom.

4. Formål

Formålet med Ballerup Kommunes Kronikerplan er at sikre, at borgere med kronisk sygdom og deres pårørende oplever et *sammenhængende forløb* mellem Ballerup Kommune, hospitaler og almen praksis.

På kort sigt skal yderligere udvikling af sygdommen *forebygges*. Det langsigtede formål er at borgerne får mulighed for at opnå den *bedst mulige fysiske, psykiske og sociale funktionsevne og livskvalitet*, i arbejdsliv og hverdagsliv.

Endvidere er formålet at den samlede indsats på kronikerområdet bindes sammen i en konkret organisering med henblik på en mere *omkostningseffektiv drift*, hvor en reduktion i behandlings- og plejeomkostningerne og i de sociale udgifter bliver mulig.

Den sociale ulighed i sundhed betyder at kronisk sygdom og dens konsekvenser rammer skævt i befolkningen¹². Ikke kun dødeligheden, men også sygdomsbyrden er socialt ulige fordelt. Formålet med Kronikerplanen er at bidrage til at *reducere den sociale ulighed i sundhed* gennem en målrettet indsats til sårbare borgere, der gør den enkelte borger i stand til at mildne skadevirkningerne af en kronisk sygdom.

5. Mål

Målet med Ballerup Kommunes Kronikerplan er:

A. At borgere i særlig risiko for at få kronisk sygdom eller borgere i risiko for forværring af kronisk sygdom opspores tidligt.

¹¹ Forløbsprogrammerne i Ballerup bygger på de vedtagne forløbsprogrammer for Region Hovedstadens

¹² Diderichsen. F, Andersen. I, Manuel. C, Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011

- Succeskriterium 1: Der er udviklet en spørgeguide eller guideline til relevante faggrupper, til brug for tidlig opsporing af kronisk sygdom og som redskab til systematisk rekruttering af sårbare borgere
- Succeskriterium 2: Med henblik på at styrke den tidlige opsporing, undersøges det, hvorvidt det er muligt at finde eller udarbejde et redskab til vurdering af egenomsorgsevne
- Succeskriterium 3: Der arbejdes med målrettet kommunikation til borgere med behov for en særlig indsats i forhold til håndtering af kronisk sygdom

B. At borgeren tilegner sig den nødvendige viden og redskaber der muliggør egenomsorg

- Succeskriterium 4: Der er udviklet patientuddannelsesprogrammer som arbejder aktivt med mindske af den sociale ulighed i sundhed
- Succeskriterium 5: Der sker løbende kompetenceudvikling af relevante faggrupper

C. At forløbsprogrammerne for diabetes, KOL, demens, lænderyg, hjerte-kar og kræft er implementeret ved planens udgang i 2015

- Succeskriterium 6: Sammenhængende tilbud, som opfylder de respektive minimumsstandarder under det enkelte forløbsprogram, er etableret og sat i drift.
- Succeskriterium 7: Implementering af forløbsprogrammerne og udviklingen på kronikerområdet monitoreres via tilgængelige datakilder, herunder CARE, Rehabiliteringsdatabasen, datafangst (DAK-E) mv.

D. At styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde både internt i kommunen og eksternt med henblik på at udnytte faglige og økonomiske ressourcer på bedst mulige og mest effektive måde

- Succeskriterium 8: Relevante MedCom standarder er implementeret
- Succeskriterium 9: Kronikerområdets organisering og relevante afdelingers (faggruppers) opgavedeling er beskrevet, efterlevet og sat i drift

Opfølgning på succeskriterierne beskrives i afsnit 6 og 8.

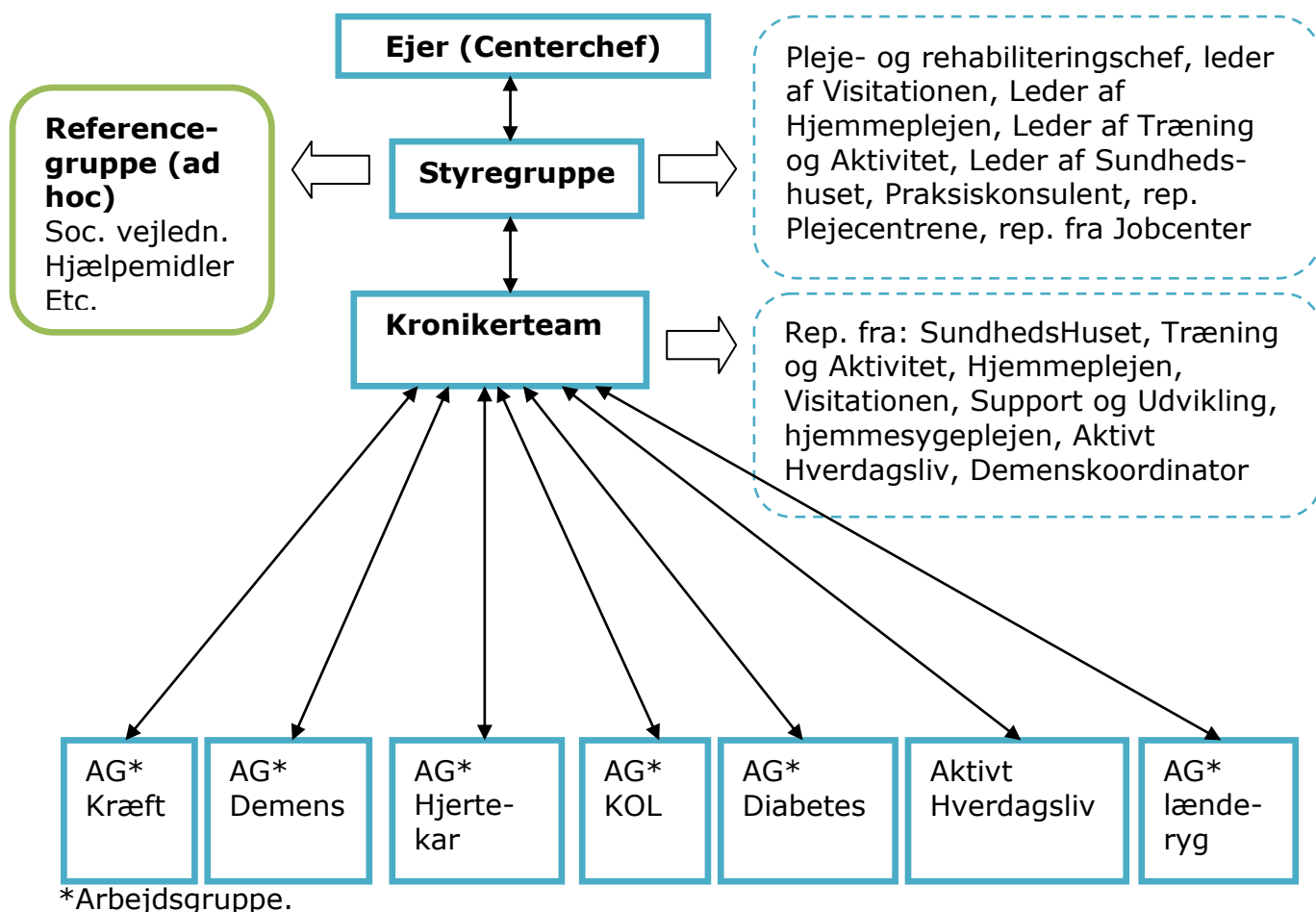
DEL 2: ORGANISERING

6. Intern forankring og organisering

Kronikerplanen forankres i Center for Social og Sundhed, dels i afdeling for Pleje og Rehabilitering (særligt i Hjemmeplejen, Visitationen, Hjemmesygeplejen og Træning og Aktivitet) og dels i SundhedsHuset.

Den tværgående opgaveløsning forankres i en organisering, der har som mål at skabe meningsfulde synergier mellem de afdelinger / funktioner i kommunen der arbejder med kronisk syge borgere. Den tværfaglige organisering arbejder ud fra et

rehabiliterende sigte i indsatsen til den enkelte borger. Organiseringen rummer projektledelsen af forløbsprogrammerne og Aktivt Hverdagsliv, samt et tværfagligt Kronikerteam, hvor udviklingsopgaver vedrørende rehabilitering og kroniske lidelser forankres (alle planens succeskriterier forankres her).



Figur 1. Tværfaglig organisering for kronikerindsatser i Ballerup Kommune.

6.1 Kronikeroptagelsen på tværs i Ballerup Kommune

Den gode opgaveløsning i indsatsen for kronisk syge borgere er en tværgående opgave som kræver, at de mange involverede afdelinger og funktioner arbejder tæt sammen (figur 2). Alle har del i den tidlige opsporing af kronisk sygdom og forværring af kronisk sygdom, og en stor del har til opgave at udføre forebyggende eller behandlende indsatser. Kronikerteamet har til opgave at beskrive mere detaljeret hvilke opgaver afdelingerne mere skal udfylde og hvilke redskaber de skal anvende (succeskriterium 9).



Figur 2. Oversigt over afdelinger og funktioner, der spiller en central rolle ift. indsatsen overfor borgere med kronisk sygdom

En god tværgående opgaveløsning forudsætter:

- A.** Tværfaglige strukturer omkring rehabiliteringsindsatsen
- B.** Fælles faglige redskaber
- C.** De rette kompetencer

A. Tværfaglige strukturer omkring rehabiliteringsindsatsen

1. Fora for tværfaglig forløbskoordination

Behovet for at udvikle tværfaglige mødefora, med henblik på at fremme forløbskoordination og forebygge (gen)indlæggelser i konkrete sager, undersøges. Målgruppen vil være at gennemgå kronisk syge borgere med komplekse problemstillinger som faggrupperne måtte have behov for sparring i relation til. Forankring: Kronikerteamet.

2. Tværfaglig monitorering af kronikerindsatsen

Udviklingen på kronikerområdet monitoreres via tilgængelige datakilder, herunder CARE og nationale databaser, som eksempelvis Rehabiliteringsdatabasen (succeskriterium 7). Mulighederne for at programmere "kronikerdata" ind under eksempelvis stamdata i CARE undersøges, hvorved det vil være muligt at få et hurtigt overblik over den kronisk syge borger. Disse data skal nemt kunne rapporteres til

egen læge. I relation hertil skal alle relevante MedCom standarder være implementeret (succeskriterium 8). Forankring: Kronikerteamet.

B. Fælles faglige redskaber

Med henblik på at styrke den opsporende indsats og minske den sociale ulighed i sundhed, søges følgende udarbejdet:

1. En spørgeguide eller opsporingsguideline til relevante faggrupper med henblik på tidlig opsporing og systematisk rekruttering af sårbare borgere (succeskriterium 1)
2. Et fælles vurderingsredskab for egenomsorg (succeskriterium 2)
3. Målrettet kommunikation til borgere med behov for en særlig indsats i forhold til håndtering af kronisk sygdom (succeskriterium 3)

Ad 1. Spørgeguide eller opsporingsguideline til relevante faggrupper

Der udarbejdes spørgeguides eller opsporingsguidelines til relevante målgrupper. Der kan eksempelvis være tale om en opsporingsguideline til Jobcenteret, som giver sagsbehandlerne mulighed for at genkende og opspore tegn på kronisk sygdom.

Relevant personale klædes fagligt på til at anvende spørgeguides eller opsporingsguide, med henblik på at kunne deltage i systematisk rekruttering af sårbare borgere. Herudover skal relevante eksterne samarbejdsparter klædes på til at deltage i rekrutteringen, herunder de praktiserende læger, patientforeninger, samarbejde med boligforeninger, etc. Forankring: Kronikerteamet.

Mulighederne for at udarbejde en standardskabelon om kronisk sygdom i forbindelse med indhentning af statusattester, undersøges. Skabelonen skal sikre, at alment praktiserende læge videregiver relevante oplysninger om kronisk sygdom hos borgeren, til kommunen.

Ad 2. Fælles vurderingsredskab for egenomsorg

Det undersøges, hvorvidt der findes eller kan udarbejdes et fælles vurderingsredskab for egenomsorg. Redskabet skal så vidt muligt tage udgangspunkt i de redskaber der bruges i Ballerup i dag. Forankring: Kronikerteamet.

Ad 3. Målrettet kommunikation til borgere med behov for en særlig indsats i forhold til håndtering af kronisk sygdom

Kommunikationsindsatsen omkring rehabilitering, kronisk sygdom, deltagelse i forløbsprogrammer mv. målrettes til borgere med behov for en særlig indsats i forhold til håndtering af kronisk sygdom. Målretning tænkes i forhold til materialets udformning, kommunikationskanaler / medier, samt brug af den motiverende samtale i mødet med borgeren. Forankring: Kronikerteamet.

C. De rette kompetencer

At løfte rehabiliteringsopgaven kræver at der er en lang række stærke kompetencer til stede i Ballerup Kommune. Derfor skal relevante faggrupper kompetenceløftes (succeskriterium 5). Den rehabiliterende tilgang er den overordnede ramme for kompetenceløftet. Som minimum skal:

- Relevante fagpersoner uddannes i at kunne varetage hverdagsrehabilitering
- Relevante fagpersoner uddannes i screening af egenomsorgsevne, tidlig opsporing og "Den motiverende samtale"

- Relevante fagpersoner uddannes i ernæringsscreening samt medicin-compliance

Kompetenceløftet forventes udmøntet i nær sammenhæng med de midler Ballerup Kommune har modtaget i forbindelse med Økonomiaftalen til en styrket indsats for kronisk syge borgere.

7. Ekstern forankring og organisering

Ballerup Kommune samarbejder med Region Hovedstaden og almen praksis gennem Sundhedsaftalen¹³. Sundhedsaftalen beskriver en række politiske mål, seks forløbsorienterede indsatsområder, fem forløbsunderstøttende indsatsområder og to særlige indsatsområder, herunder ulighed i sundhed.

Ballerup Kommune deltager i eksterne samarbejdsfora:

- Regionalt
 - o Samordningsudvalg for hhv. somatik og psykiatri i planlægningsområde Midt
 - o Konkrete aftaler med hospitaler i Region Hovedstaden (primært Herlev) angående implementering af forløbsprogrammer
 - o Udviklingsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse
- Almen praksis
 - o Kommunallægeligt udvalg
 - o Samarbejde med praksispersonale
 - o Praksiskonsulent
- Andre kommuner
 - o Klyngesamarbejde i planlægningsområde Midt

Herudover samarbejder Ballerup Kommune med en række andre eksterne aktører på kronikerområdet, eksempelvis speciallæger, fodterapeuter, tandlæger m.fl., samt frivillige foreninger og patientforeninger.

8. Kronikertilbud i Ballerup Kommune

De sundhedsfaglige indsatser i Ballerup Kommune har udgangspunkt i evidensbaseret viden, best practice og udmeldinger fra de Sundhedsfaglige selskaber, samt forløbsprogrammerne for Region Hovedstaden.

8.2 Forløbsprogram

Et centralt element i Ballerup Kommunes indsats overfor borgere med kronisk sygdom er at skabe sammenhæng i sygdomsforløbet. Det stiller store krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer både internt i kommunen og i forhold til eksterne aktører.

Ballerup Kommune arbejder efter de udviklede forløbsprogrammer for Region Hovedstaden. Inden Kronikerplanens udløb i 2015 er forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjerte-kar sygdom, lænderyg sygdom, demens og kræft implementeret i

¹³ Sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2011-2014

Ballerup Kommune. Udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammerne forankres i den tværfaglige projektgruppe (succeskriterium 6).

8.3 Patientrettede tilbud

Kronikerstrategien har sit udspring i den patientrettede forebyggelse, der sigter mod at optimere behandlingen og sætte den enkelte i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning¹⁴.

Generelle tilbud

- Lær at leve med kronisk sygdom
- Lær at tackle kroniske smerter

Diagnosespecifikke tilbud

- XL, Præ-diabetes kursus

Tidlig opsporing

- Lokale screenings-arrangementer, der understøtter Sundhedsstyrelsens nationale kampagnedage indenfor udvalgte diagnosegrupper

9. Henvisning

Ballerup Kommunes rehabiliteringstilbud indenfor forløbsprogrammerne kræver henvisning af egen læge eller hospitalslæge. Det er egen læge, der er tovholder for sine egne patienter med kronisk sygdom og skal følge dem med individuelt tilpassede kontroller, samtaler og opfølgning. På SOFT-portalens under Sundhed.dk kan lægerne løbende følge med i Ballerup Kommunes tilbud og aktiviteter, som både kan være tilrettelagt individuelt eller gruppebaseret.

10. Stratificering

I Region Hovedstaden anvendes Stratificeringspyramiden¹⁵, (figur 3), som grundlag for at sikre, at alle borgere mødes af sundhedsvæsenet på rette tid og sted, og med tildeling af rette behandling (pleje). Pyramiden sigter på at stratificere borgere med en given kronisk sygdom i grupper med tiltagende sygdomsintensitet og på at beskrive, hvilken aktør i Sundhedsvæsenet, der er ansvarlig for en given indsats.

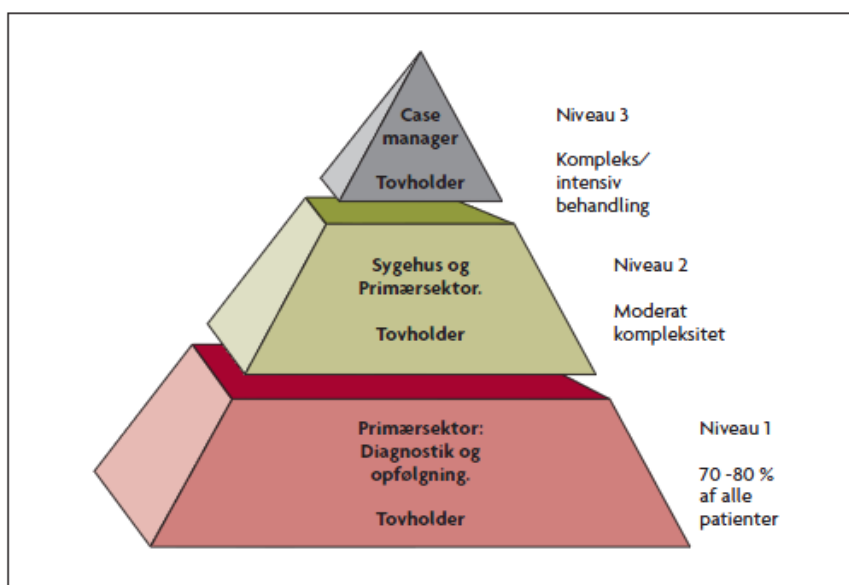
Ved anvendelse af denne model er det, med udgangspunkt i borgerens aktuelle sygdomsintensitet, muligt at beskrive borgerens behov for støtte, pleje- og behandling gennem hele forløbet. Dog er borgerens egenomsorgsevne en væsentlig faktor, der har indflydelse på de iværksatte tiltags effekt samt det tidsmæssige forløb.

Som supplement til Stratificeringspyramiden vil der derfor blandt de involverede faggrupper i Ballerup Kommune yderligere tages udgangspunkt i en stratificering af borgerens egenomsorgsevne med henblik på tildeling samt udførelse af den rette

¹⁴ Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model og Forløbsprogram for diabetes, 2008

¹⁵ Sundhedsstyrelsen, "Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund, forudsætninger for det gode forløb", 2005

rehabiliteringsindsats, vedkommende har behov for. Dette tiltag falder endvidere i god tråd med Ballerup Kommunes strategi om et "Aktivt hverdagsliv".



Figur 3: Stratificeringspyramiden¹⁶

11. Økonomi og dimensionering

Med Aftale om kommunernes økonomi for 2013 har Regeringen afsat 300 mio. kroner i 2013 og frem til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre, forebyggelse af uheldsmæssige sygehusindlæggelser, sammenhængende patientforløb samt kommunernes indsats overfor mennesker med kronisk sygdom.

Ballerup Kommune modtager 2,59 mio. kr. årligt fra 2013 og fremover. Hertil kommer 300.000 kr. årligt, som kommunen modtager til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Fordelingen af midlerne styres organisatorisk af styregruppen i den tværfaglige organisering for kronikerindsatser i Ballerup Kommune (se s. 6). Midlerne prioriteres og fordeles en gang årligt, med henblik på at kunne følge den indholdsmæssige og organisatoriske udvikling på sundheds- og ældreområdet fremover.

12. Implementering og evaluering

Ansvar for implementering af Kronikerplanen hviler på de involverede afdelinger. Afdelingerne har ligeledes ansvar for i fællesskab at igangsætte de tværgående initiativer i planen, med udgangspunkt i den tværfaglige projektgruppe.

Ved Kronikerplanens udløb i 2015, evalueres planen med henblik på at vise, om de beskrevne succeskriterier og mål er indfriet. I evalueringen inddrages data fra øvrige

¹⁶ Note: Stratificeringen i forhold til forløbsprogrammet til demens rummer kun to niveauer – se Forløbsprogram for patienter med Demens, Region Hovedstaden 2011

relevante kilder, herunder evaluering af forløbsprogrammer og Sundhedsprofilen. Der gøres status på Kronikerplanens fremdrift årligt.

DEL 3: BAGGRUND

13. Begrebsafklaring

Kronikerplanen bygger på tre centrale begreber, som er retningsgivende i samarbejdet mellem ansatte i Ballerup Kommune og borgeren.

13.1 Kronisk sygdom

Vi bruger Sundhedsstyrelsens begrebsafklaring af kronisk sygdom:

"Kronisk sygdom er en tilstand hos et individ, der vurderes som værende en negativ følge af fysisk eller mental forstyrrelse hos individet, som har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende"¹⁷.

Kronisk sygdom har en eller flere af følgende karakteristika¹⁸:

- Sygdommen er vedvarende
- har blivende følger
- skyldes irreversible forandringer
- kræver en langvarig behandling/pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats.

13.2 Rehabilitering

I Ballerup Kommune er det politisk vedtaget, at vi gennem en intensiv, tidsbegrænset indsats gør borgeren mest mulig aktiv og selvhjulpnen, hvilket med andre ord vil sige at vi arbejder rehabiliterende.

I relation til Kronikerplanen bruges Hvidborgens definition af rehabilitering:

"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 betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats"¹⁹

13.3 Egenomsorg

Der findes i litteraturen en lang række delvist overlappende begreber²⁰, som beskriver individets evne til at tage vare på sig selv og sin sygdom. I Ballerup Kommune har vi valgt at bruge egenomsorgsbegrebet som udgangspunkt for vores indsatser.

¹⁷ Sundhedsstyrelsens begrebsafklaring 2010

¹⁸ Sundhedsstyrelsen, Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund; 2005 efter Dictionary of Health Services Management; 1987.)

¹⁹ Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgcentret 2004.

²⁰ Mestring, empowerment, handlekompetence, etc.

"Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces"²¹.

14. Sundhedsmæssige og økonomiske udfordringer

Hver fjerde år udarbejdes der nationale Sundhedsprofiler, som systematisk monitorer befolkningens sundhedstilstand. Sundhedsprofilen giver sammenlignelige data om sundhedstilstanden på kommuneniveau og regionsniveau. Den seneste Sundhedsprofil for Region Hovedstaden er fra 2010.

14.1 Ulighed i sundhed

For at kunne vise de forskelle i sundhedstilstanden, som har rod i sociale forhold, er de 29 kommuner inddelt i fire kommunegrupper ud fra andelen af borgere med kort uddannelse, andelen af borgere der er udenfor arbejdsmarkedet og gennemsnitlig bruttoindkomst. Ballerup Kommune ligger i kommunegruppe tre, hvilket indikerer, at vi skal være særligt opmærksomme på at arbejde med den sociale ulighed i sundhed.

Ulighed i sundhed opstår som følge af en række faktorer. Social position og leveår, såvel som genetisk profil og tidlige leveår, har betydning for hvilke valg individet træffer i forhold til sundhedsadfærd. De rammer det enkelte individs levevis har, påvirker risikoen for kroniske sygdomme og dermed for individets levetid. Den sociale position kan også have betydning for hvordan den enkelte reagerer på sygdomssymptomer, håndterer sin sygdom og bruger sundhedsvæsnets ydelser²².

Den sociale ulighed i sygdomsbyrde kan vises som forskellen mellem uddannelsesgrupper i leveår tabt ved for tidlig død og langvarig alvorlig sygdom. KOL, hjertesygdom, demens, lungekræft og depression er de sygdomme, der tilsammen står for 2/3 af uligheden i Danmark²³. Med andre ord rammer kroniske sygdomme og deres konsekvenser skævt, og skaber store forskelle i sundhedstilstanden mellem borgere lang og kort uddannelse.

I Ballerup Kommune har 10 % af borgerne kun en grundskoleuddannelse (regionsgennemsnit 7,6 %)²⁴.

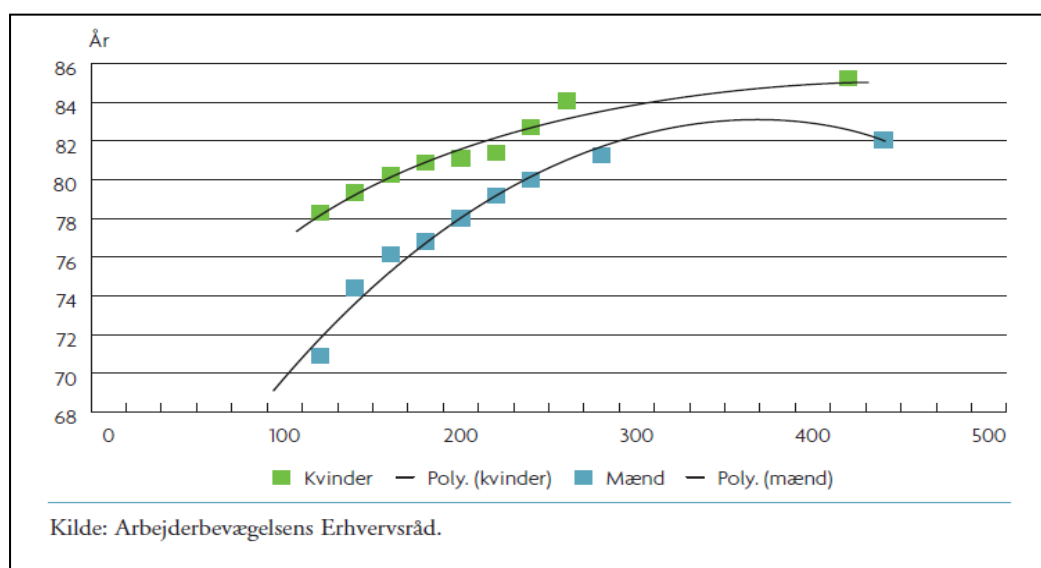
Den sociale ulighed i sundhed kan også beskrives som sammenhængen mellem årsindkomst og hvor længe vi lever. Nedenstående figur viser at der er en klar sammenhæng – jo flere penge vi tjener, jo længere lever vi, særligt i indkomstniveauet mellem 100.000 og 200.000 kr. årligt.

²¹ Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model og Forløbsprogram for diabetes, 2008

²² Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed; 2006

²³ Diderichsen. F, Andersen. I, Manuel. C, Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011

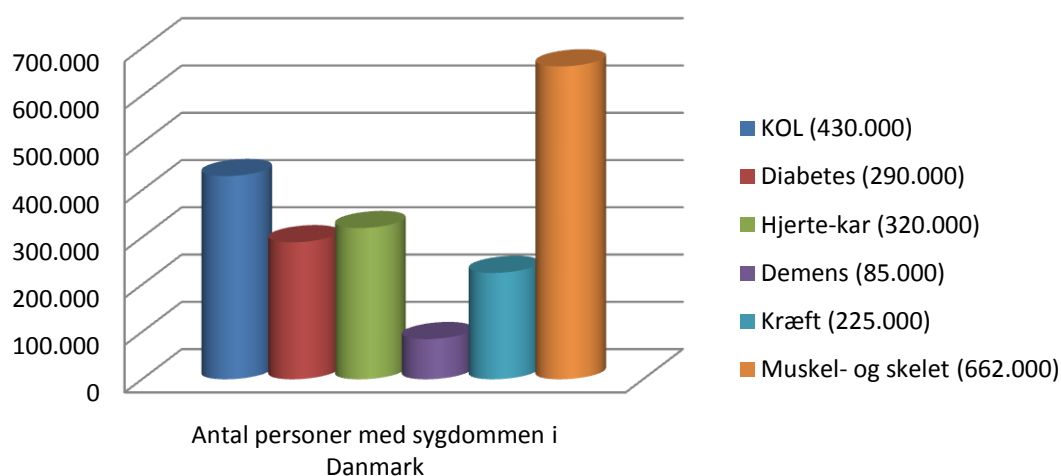
²⁴ Region Hovedstaden, Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, 2010



Figur 4: Sammenhæng mellem årsindkomst (i 1000-kroner) og middellevetid 2008/09. Indkomsten er for alle de aldersspecifikke dødstal beregnet for året inden dødsfaldet.

14.2 Tal på kroniske sygdomme

Omkring 1,7 mio. danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme²⁵. Langt den største gruppe er muskel- og skeletlidelser, tæt fulgt af KOL.



Figur 5: Antal personer i Danmark med hhv. KOL²⁶, diabetes²⁷, hjerte-kar sygdom²⁸, demens²⁹, kræft³⁰ og muskel- og skeletlidelser³¹

²⁵ www.kroniker.dk

²⁶ Region Hovedstaden, Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden, 2011

²⁷ www.stenodiabetescenter.dk

²⁸ www.hjerteforeningen.dk

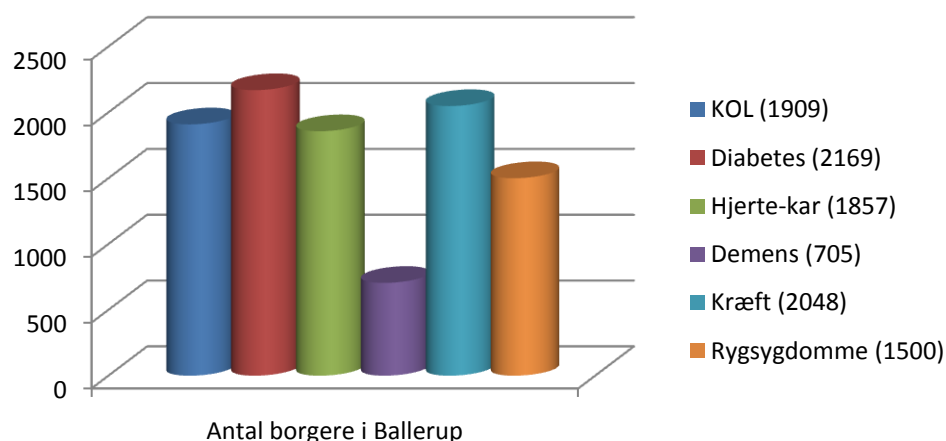
²⁹ www.videnscenterfordemens.dk

³⁰ www.cancer.dk

³¹ www.kroniker.dk

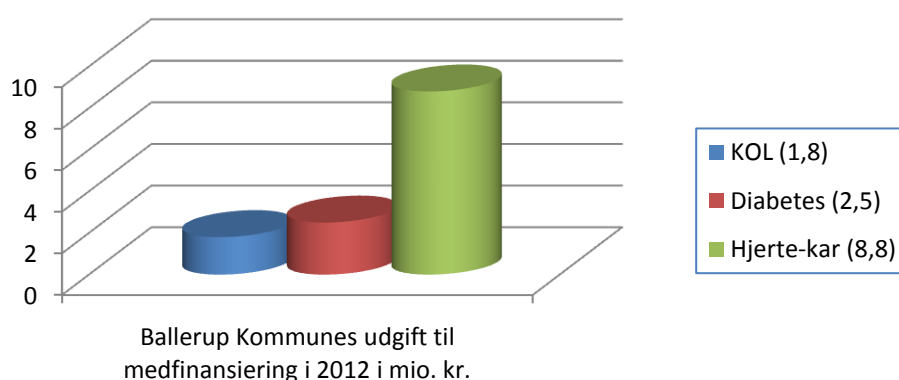
Figur 5 viser hvor mange personer i Danmark der lever med en (eller flere) af de seks lidelser, der er udarbejdet forløbsprogrammer for. Dog er forløbsprogrammet for muskel- og skeletlidelser begrænset til lænde- og ryglidelser.

Afhængig af hvordan tallet opgøres, lever mellem 38 og 57 % af borgerne i Region Hovedstaden med en eller flere kroniske sygdomme^{32,33}. I Ballerup Kommune har 13 % eller 4.600 borgere har mindst tre kroniske sygdomme³⁴.



Figur 6: Antal borgere i Ballerup Kommune med KOL, diabetes, hjerte-kar lidelse, rygsygdomme³⁵, demens³⁶ og kræft³⁷

Figur 6 viser hvor mange borgere i Ballerup der lever med en (eller flere) af de seks lidelser, der er udarbejdet forløbsprogrammer for.



³² Region Hovedstaden, Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden, 2011

³³ Region Hovedstaden, Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, 2010

³⁴ Region Hovedstaden, Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, 2010

³⁵ Region Hovedstaden, Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden, 2011

³⁶ www.videnscenterfordemens.dk

³⁷ www.cancer.dk

Figur 7: Ballerup Kommunes udgifter til medfinansiering i sundhedsvæsenet i 2012 til borgere med lidelserne KOL, diabetes og hjerte-kar sygdom³⁸

Figur 7 viser Ballerup Kommunes udgifter i 2012 alene til hospitalsbehandling af KOL, diabetes og hjerte-kar sygdom. Hertil kommer at borgere med de tre sygdomme ofte har flere relaterede lidelser som kræver hospitalsindlæggelse, ofte besøger egen læge og har et højt forbrug af lægemidler. Således er det udregnet, at Ballerup Kommune i 2009 samlet set brugte mere end 42 mio. kr. på medfinansiering af sundhedsydelser i primær og sekundær sektor og til lægemidler, alene til borgere med diabetes, KOL og hjerte-kar sygdomme³⁹.

Det er ikke kun sundhedsvæsnets ydelser, kronikerne trækker ekstra på. Kronisk syge borgere har ofte behov for hjemmepleje, sygepleje, træning, hjælpemidler og hjælp til forsørgelse. En undersøgelse gennemført af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune sammen med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i 2012 viser, at en borger med én eller flere kroniske sygdomme har en gennemsnitlig kommunal merudgift på 26.000 kroner om året i forhold til en sammenlignelig borger uden kronisk sygdom⁴⁰. Heraf er kun 2.600 kr. medfinansiering af regionale sundhedsydelser, mens 15.000 kr. er kommunale sundheds- og omsorgsydelser og 8.400 kr. er udgifter til overførselsindkomster.

³⁸ E-sundhed

³⁹ Kroniske sygdomme i Region Hovedstaden

⁴⁰ Københavns Kommune, Sundhedsudgifter til personer med kroniske sygdomme i Københavns Kommune, 2012