



Støtte til borgere med kronisk sygdom

– Sammen om sundhed

"Frederikssund Kommune ønsker, at borgere med kronisk sygdom har de bedste betingelser for at leve et godt liv. Vi ønsker samtidig at skabe endnu bedre muligheder for at forebygge kronisk sygdom hos alle, som er i risiko for at udvikle det. Vi vil derfor på tværs af kommunen og sammen med civilsamfundet arbejde med at skabe de rette tilbud til borgere med kronisk sygdom og styrke forebyggelse af kroniske sygdomme."



Samarbejde på tværs

Vi samarbejder på tværs af kommunen og med civilsamfundet for at tilbyde borgere med kronisk sygdom den rette hjælp og støtte

Forebyggelse

Vi forebygger, at borgere udvikler kronisk sygdom og understøtter borgere med kronisk sygdom i at lære at leve godt med deres sygdom



Hjælp og støtte

Vi tilbyder borgere med kronisk sygdom den rette hjælp og støtte

Synlighed

Vi gør information om tilbud til borgere med kronisk sygdom mere synlig og tilgængelig

Handleplanen for Støtte til borgere med kronisk sygdom er en af flere handleplaner under Frederikssund Kommunes sundhedspolitik "Sammen om sundhed 2022-2026". Med sundhedspolitikken ønsker vi, at alle borgere i Frederikssund Kommune får de bedste rammer og forudsætninger for at leve et godt og aktivt liv med bedre sundhed og flere gode leveår. Sundhedspolitikken sætter mål og retning for arbejdet med at forbedre borgernes sundhed med afsæt i tre temaer: Sundhedsfremme, Mental sundhed og Det nære sundhedsvæsen. Handleplanen for Støtte til borgere med kronisk sygdom er primært en del af temaet Det nære sundhedsvæsen og gennemføres i 2025-2026. Handleplanen skal ses i sammenhæng med bl.a. "Et sundt, aktivt og værdigt ældreliv – ældrestrategi 2023-2027".

Sundhedsfremme:

Det er nemmere at leve sundt, godt og længe

Mental sundhed:

Fællesskab og tidlig støtte i forbindelse med mistrivsel

Det nære sundhedsvæsen:

Sammenhæng og høj kvalitet i forbindelse med sygdom

STØTTE TIL BORGERE MED KRONISK SYGDOM

Kronisk sygdom er en af de største sundhedsudfordringer i Frederikssund Kommune – en udfordring, som stiger i de kommende år. Frederikssund Kommune har en højere andel af borgere med kroniske sygdomme som diabetes, hjertesygdom, KOL og slidgigt sammenlignet med andre kommuner i Region Hovedstaden, og mange af disse borgere har mere end én kronisk sygdom samtidig. I Region Hovedstaden generelt er der social ulighed i forekomsten af de fleste kroniske sygdomme, som viser sig ved, at borgere med færre sociale og økonomiske ressourcer oftere har kronisk sygdom. Der er derfor stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt borgere med kronisk sygdom, og der er brug for at række ud til de borgere, som har størst behov. Vi ved også, at borgere med kronisk sygdom ofte har dårligere fysisk og mental sundhed sammenlignet med andre borgere, ligesom de ofte oplever at have dårligere livskvalitet.

Frederikssund Kommune ønsker derfor i de kommende år at styrke indsatsen på tværs af de kroniske sygdomme, både for at hjælpe borgerne til en hverdag med så høj livskvalitet som muligt og for at forebygge, at sygdommen forværres. Vi ønsker samtidig at skabe bedre muligheder for at forebygge kronisk sygdom hos de borgere, som er i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Handleplanen er målrettet voksne og ældre borgere i Frederikssund Kommune, som har en eller flere kroniske sygdomme, eller som er i risiko for at udvikle det. Handleplanen tager udgangspunkt i borgernes konkrete udfordringer og kommunens eksisterende tilbud. Derudover bygger handleplanen på de statslige krav og anbefalinger på området – især de nationale kvalitetsstandarder for kom-

Den nye sundhedsreform

Reformen styrker patienternes frie valg og indfører flere patientrettigheder og nye kronikerpakker, så borgere med kronisk sygdom får ret til en samlet pakke med sundhedsindsatser tilpasset den enkelte.

Plan for kronikerpakker:

2027: KOL og lænde-/ryg-smerter

2028: Diabetes

2029: Hjertesygdomme

2031: Multisygdom.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024

Hvad er kronisk sygdom?

Kronisk sygdom er en sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Kronisk sygdom er bl.a. KOL, type 2-diabetes, hjertesygdom og slidgigt.

Sundhedsstyrelsen, 2025

munale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2024). Kvalitetsstandarderne skal bidrage til, at borgere med kronisk sygdom oplever samme høje og ensartede kvalitet i kommunernes forebyggelsestilbud, fx med hensyn til sundhedssamtaler, sygdomsmestring og bevægelse. Frederikssund Kommune opfylder i dag alle krav og anbefalinger i kvalitetsstandarderne, men vi kan stadig blive bedre på flere områder. Vi vil fx gerne samarbejde mere med lokale foreninger og organisationer og udnytte de lokale data bedre til at målrette tilbuddene. Der er også brug for større synlighed og mere opsøgende arbejde, så flere borgere får glæde af vores tilbud.

Det er primært Forebyggelse og Træning i Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre, som vil arbejde med handleplanens indsatser, da de fleste af kommunens forebyggelsestilbud målrettet kronisk sygdom ligger her. Vi vil også samarbejde med det øvrige sundhedsområde og andre områder som kultur- og fritidsområdet og række ud til de frivillige patientforeninger m.fl.

Vi vil arbejde med handleplanen i perioden 2025-2026 frem mod implementering af den nye nationale sundhedsreform fra 2027, der bl.a. skal styrke indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Med den nye sundhedsreform styrkes patienternes frie valg, der indføres flere patientrettigheder og borgere med kronisk sygdom får ret til nye kronikerpakker med individuelle og skræddersyede sundhedsindsatser. Fra 2027 overgår kommunernes opgaver indenfor den patientrettede forebyggelse til regionerne. Vi samarbejder allerede i dag tæt med regionens sundhedstilbud som en del af det nære sundhedsvæsen og vil fortsætte samarbejdet, når den nye sundhedsreform skal implementeres.

Handleplanen er blevet til i tæt samarbejde med en lang række patientforeninger i Frederikssund Kommune. Tak for alle jeres gode bidrag. Det er vores håb, at vi med handleplanens indsatser kan bidrage til at skabe endnu bedre tilbud til de borgere, som er i risiko for at udvikle kronisk sygdom, eller som i dag lever med kronisk sygdom.

MÅLSÆTNINGER	DET VIL VI
Forebyggelse Vi forebygger, at borgere udvikler kronisk sygdom og understøtter borgere med kronisk sygdom i at lære at leve godt med deres sygdom	a. Vi skaber flere muligheder for at indgå i fællesskaber, hvor borgere kan være fysisk aktive, sparre med andre om deres sygdom eller dyrke de interesser, de ønsker. Det sker bl.a. via et partnerskab med Aftenskolernes Samråd og flere aftenskoler i kommunen i 2024-2027 med midler fra Folkeoplysningsudvalgets initiativpulje. Partnerskabet har fokus på at lette overgangen fra de kommunale tilbud til foreningernes tilbud. Derudover vil vi arbejde med at styrke brobygningen til andre relevante tilbud, fx ved at hjælpe med at skabe kontakt til patientforeningerne. b. Vi rækker ud til de borgere, som ikke selv henvender sig til kommunens tilbud eller henvises andre steder fra. Vi har særligt fokus på de borgere med kronisk sygdom, som oplever at være ensomme. Det sker bl.a. via projektet "Sammen om forebyggelse af ensomhed" i Døgnglejen med midler fra Social- og Boligstyrelsen. c. Vi arbejder med genoptræning og rehabilitering, herunder også til borgere med kronisk sygdom, som en del af implementeringen af helhedspleje i Døgnglejen. Helhedspleje er en del af den nye ældrelov.
Hjælp og støtte Vi tilbyder borgere med kronisk sygdom den rette hjælp og støtte	a. Vi fortsætter arbejdet med at opfylde Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Der vil i den forbindelse blive arbejdet med bedre anvendelse af lokale data. b. Vi arbejder med at udvide værktøjerne i forbindelse med den afklarende sundhedssamtale, så Forebyggelse og Træning i højere grad kan screene borgerne i forhold til deres sundhedskompetence med fokus på, hvordan de kan håndtere egen sygdom. Derved kan borgerne få en mere målrettet vejledning om tilbud og støtte, og flere borgere vil blive guidet til de rette tilbud. c. Vi gør brug af digitale løsninger, hvor det er den rigtige løsning for borgeren. Det kan bl.a. gøre det lettere at målrette forebyggelsestilbud til borgernes ressourcer og motivation.
Synlighed Vi gør information om tilbud til borgere med kronisk sygdom mere synlig og tilgængelig	a. Vi øger synligheden af de relevante tilbud og muligheder i kommunen både overfor borgere og medarbejdere, så medarbejdere i endnu højere grad kan guide borgerne til hjælp og støtte. Det sker via kommunens kommunikationskanaler, pjecer til borgere, relevante arrangementer og i samarbejde med patientforeninger og andre frivillige foreninger. b. Vi gør kommunikationen om de enkelte tilbud mere relevant og nærværende for den enkelte borger. Det gør vi fx ved at tale om behov og ønsker med borgerne til den afklarende sundhedssamtale og i andre møder med borgerne.
Samarbejde på tværs Vi samarbejder på tværs af kommunen og med civilsamfundet for at tilbyde borgere med kronisk sygdom den rette hjælp og støtte	a. Vi styrker samarbejdet internt i kommunen: • Vi arbejder tæt sammen i Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre om støtte og tilbud til borgere med kronisk sygdom samt forebyggelse. Vi rækker samtidig ud til øvrige fagcentre for at understøtte, at de relevante medarbejdere både har indsigt i forskellige kroniske sygdomme og kan fortælle kolleger og borgere om muligheden for hjælp og støtte i kommunen. • Vi styrker samarbejdet med patientforeninger og andre frivillige foreninger, bl.a. om opsporing af kronisk sygdom. Det kan være i forbindelse med de afklarende sundhedssamtaler og ved målrettede sundhedstjek, fx diabetestjek. Vi inviterer også alle patientforeninger til et årligt temamøde med faglige oplæg, mulighed for at møde hinanden og information om kommunens tilbud. b. Vi styrker samarbejdet med regionens sundhedstilbud: • Vi informerer løbende de praktiserende læger om relevante tilbud og foreninger i kommunen, så borgerne også herigennem ved, hvor de kan søge hjælp og blive henvist til fx træning og sygdomsspecifikke arrangementer. Dette er særligt relevant for de sårbare borgere, som måske ikke selv opsøger kommunale eller lokale tilbud. • Vi udvider samarbejdet med Nordsjællands Hospital om det telemedicinske tilbud til både at omfatte borgere med hjertesvigt og KOL. Tilbuddet understøtter, at borgerne får en bedre forståelse af sygdom og kan skabe tryk i hverdagen.

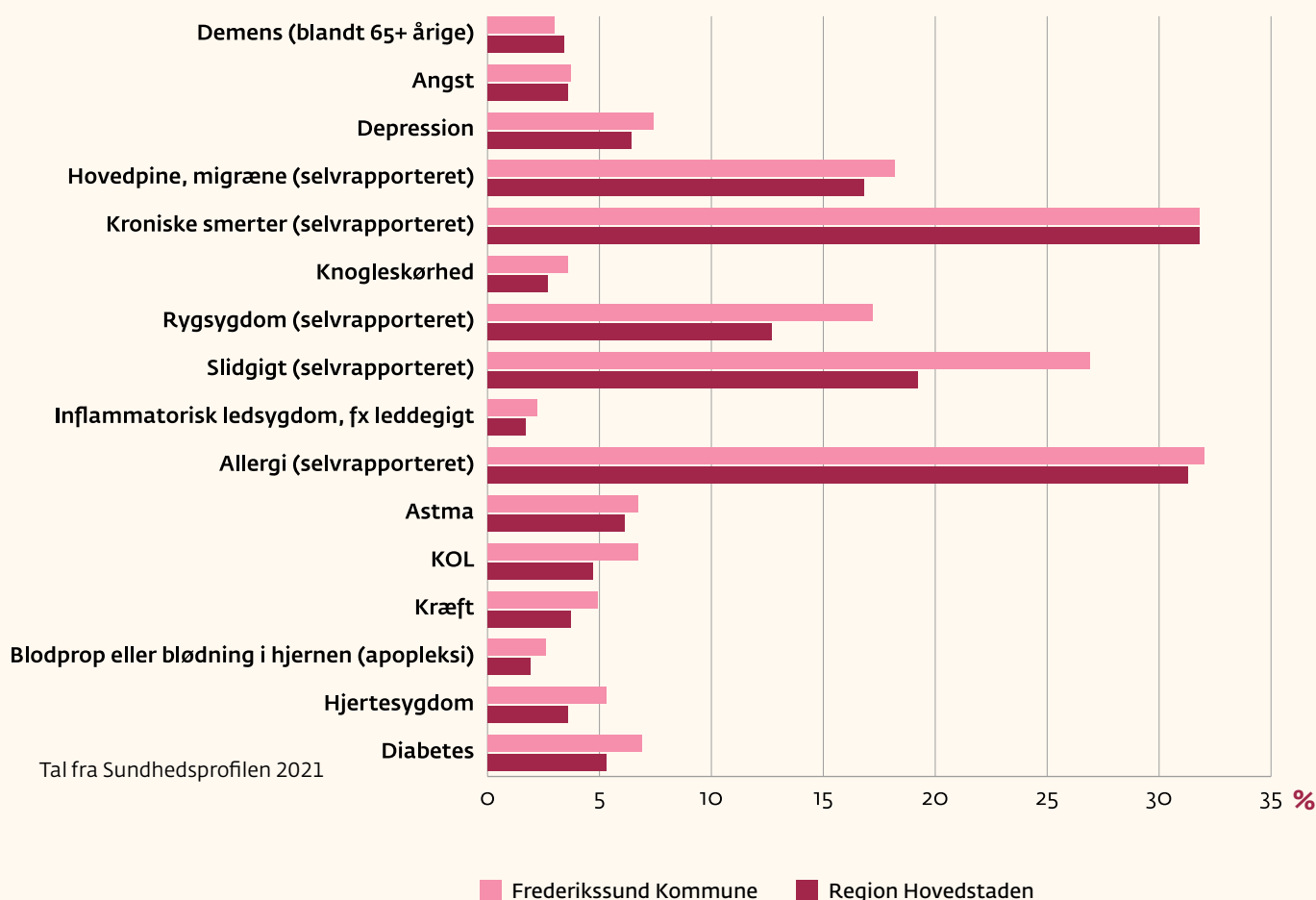
Flere borgere – og især de ældre – har kroniske sygdomme

Antallet af borgere med kronisk sygdom er steget meget i de sidste år. Det gælder både nationalt og i Frederikssund Kommune. Frederikssund Kommune har en højere andel af borgere med kronisk sygdom sammenlignet med gennemsnittet på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden (se tabel 1).

For de fleste af de kroniske sygdomme er der flest borgere over 65 år, som har sygdommen. Kun for allergi, hovedpine, migræne og angst er der flere under 65 år, som har sygdommen.

Den seneste sundhedsprofil for Region Hovedstaden i 2021 viser bl.a., at cirka en tredjedel af kommunens borgere +16 år har slidgigt, og op mod hver femte har rygsygdom. Tabel 1 viser andelen af borgere med kroniske sygdomme.

Tabel 1. Borgere med kroniske sygdomme i Frederikssund Kommune og Region Hovedstaden



Social ulighed i kronisk sygdom

Det gælder for Region Hovedstaden som for resten af landet, at der er social ulighed i kronisk sygdom. Det viser sig ved, at borgere med kort uddannelse og uden arbejde har flere kroniske sygdomme som diabetes, KOL, slidgigt og angst. Samtidig har disse borgere højere risiko for at udvikle komplikationer, miste deres arbejde, få færre gode leveår og dø tidligere af deres kroniske sygdom.

Tal fra Region Hovedstaden viser også, at den sociale ulighed er vokset for flere kroniske sygdomme. Det er derfor vigtigt at målrette forebyggelsestilbuddene til den enkelte borgers sundhedskompetence, motivation og ressourcer og række ud til de borgere, som har størst behov.

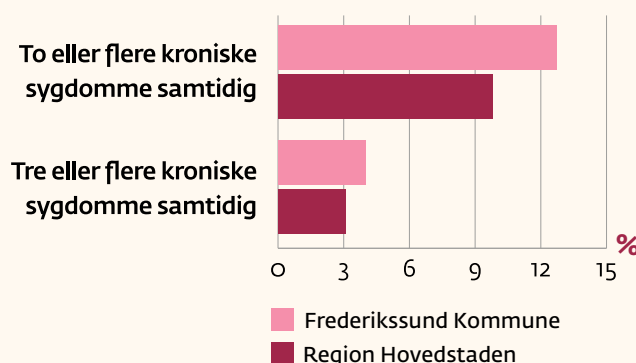
Flere borgere med mere end én kronisk sygdom

Frederikssund Kommune har en højere andel af borgere med to eller flere kroniske sygdomme samtidig (knap 13%), sammenlignet med gennemsnittet i Region Hovedstaden (10%) (se tabel 2).

Ca. 4% af borgerne i kommunen har tre eller flere kroniske sygdomme samtidig, mens det samme gælder for 3% på tværs af regionens kommuner (se tabel 2). Det er typisk borgere med KOL, blodprop, hjerneblødning eller hjertesygdom, som har mere end én kronisk sygdom.

Der er flest borgere over 65 år, som har flere kroniske sygdomme samtidig.

Tabel 2. Borgere med flere kroniske sygdomme samtidig i Frederikssund Kommune og Region Hovedstaden



Tal fra Sundhedsprofilen 2021

Borgere med kronisk sygdom har dårligere sundhed

Tal for hele Region Hovedstaden viser, at borgere med kronisk sygdom oftere har dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med andre borgere i regionen som helhed. Det betyder bl.a., at de oftere har svær overvægt, ryger, spiser usundt, sover dårligt, ikke bevæger sig meget og oplever at være ensomme eller at have stress.

Borgere med kronisk sygdom i hele regionen oplever også i højere grad at have en dårligere livskvalitet sammenlignet med borgere, som ikke har en kronisk sygdom, ligesom de vurderer deres helbred til at være dårligere. Samtidig oplever flere borgere med kronisk sygdom smerter eller ubehag i kroppen. Der er derfor et stort behov for at støtte borgere med kronisk sygdom i at forebygge, at deres sygdom forværrer og støtte borgerne til en bedre sundhedsadfærd.

NÆSTE SKRIDT

Handleplanen gennemføres i perioden 2025-2026, hvor medarbejderne vil arbejde med relevante indsatser i handleplanen. Der laves en status på indsatser og aktiviteter under handleplanen medio 2026.

Vil du vide mere om indsatserne, eller har du gode idéer til, hvordan vi bliver endnu bedre til at arbejde med støtte til borgere med kronisk sygdom, er du velkommen til at kontakte Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre.

Du kan også læse handleplanen på www.frederikssund.dk eller ved at scanne koden

