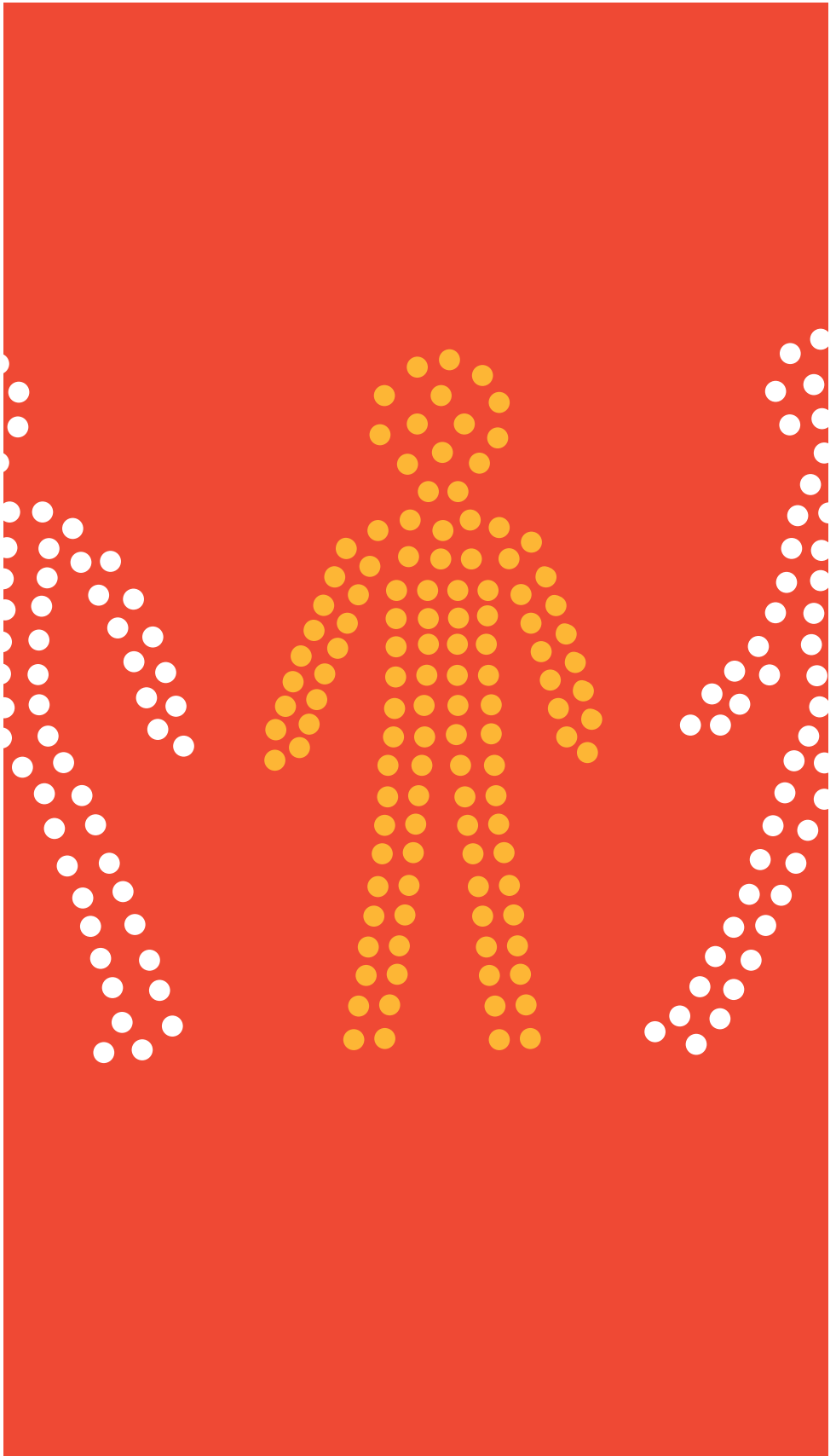


Implementering af forløbs- programmer for kronisk sygdom

Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende
læger i Region Hovedstaden, august 2009



Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse er nedsat under sundhedsaftalen om "Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse." Udviklingsforum består af repræsentanter for kommuner, almen praksis, hospitaler og regionsadministrationen. Udviklingsforum har overordnet til opgave at udvikle den praktiske arbejdsdeling på alle relevante områder af den patientrettede forebyggelse. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom er en hovedopgave.

Indledning

Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse anbefaler, at region, kommuner og almen praksis implementerer forløbsprogrammer for kronisk sygdom med udgangspunkt i dette notat.

Det er aftalt i sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne, at der skal udarbejdes forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Region, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden har udarbejdet forløbsprogrammer for KOL og diabetes type 2, som er en udmøntning af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at forløbsprogrammerne implementeres. Yderligere to forløbsprogrammer for hhv. hjerte-kar-sygdomme og demens er under udarbejdelse. Der skal endvidere igangsættes et udviklingsarbejde i forhold til muskel- og skeletlidelser.

Hvad er et forløbsprogram?

Graderet indsats

Hvad er et forløbsprogram?

Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats af høj kvalitet for en given kronisk sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenets aktører samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

Graderet indsats

Forløbsprogrammet tager udgangspunkt i en organisering, der er baseret på en graderet indsats – den såkaldte stratificering. Stratificeringens overordnede mål er at sikre en rationel anvendelse af alle kræfter for at sikre en høj behandlingskvalitet, optimal ressourceudnyttelse samt høj patienttilfredshed. Der er brug for alle “hænder” til løsning af denne opgave. Når en patient diagnosticeres med en kronisk sygdom, stratificeres patienten til ét af tre niveauer afhængigt af sygdomsgrad samt risiko for progression af sygdommen, med deraf følgende behov for sundhedsfaglige indsatser. Når patientens tilstand ændrer sig, stratificeres patienten til et andet niveau, der afspejler patientens nye risikosituation.

Målet er

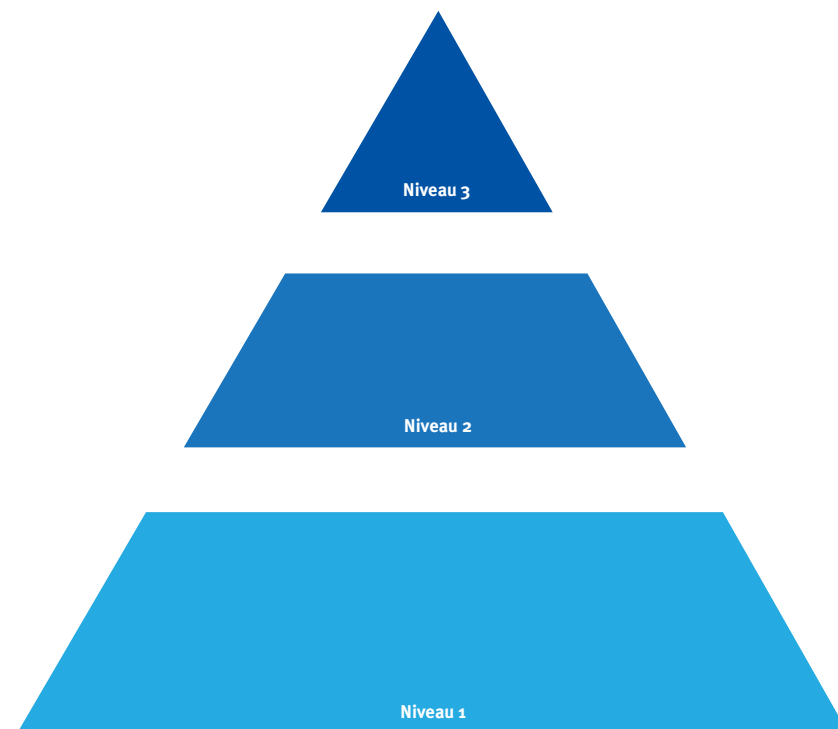
at sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb,

at sikre, at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsætning med forløbet,

at personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer samt

at sikre, at de enkelte komponenter i et forløb giver de klinisk bedst opnåelige resultater.

Graderet indsats



Niveau 1: Patienten har den laveste risiko for yderligere udvikling af sygdom. Hovedvægt for indsatsen ligger på egenkontrol med eksempelvis 1-2 årlige kontroller i almen praksis. Sygdommen er velkontrolleret og patienten er velinformeret. Det er væsentligt, at patienten får tilbud om undervisning i egen sygdom.

Erfaringer med stratificering viser, at der ikke for alle kroniske sygdomme er fuld overensstemmelse mellem risikostratificering og et stigende behov for en specialiseret hospitalsbehandling (behandlingsstratificering). Der er i de enkelte forløbsprogrammer en beskrivelse af, hvilke principper den graderede indsats skal baseres på.

Niveau 2: Hertil fordeles patienter med risiko for forværring og behov for mere intensiv kontrol i almen praksis evt. hospital. Patienterne har behov for præcis behandlingskontrol og rehabilitering med opfølgning.

Niveau 3: Patienter med højrisiko for forværring fordeles hertil og følges på specialistniveau i hospital. Patienterne har behov for løbende kontrol og rehabilitering i specialafdelingsregi. Det er vigtigt, at kommunikation med praksissektoren opretholdes, da egen læge fortsat har behandlingsansvar for patientens øvrige helbredsforhold.

Antallet af kronikere stiger

Det samarbejdende sundhedsvæsen

Patienten i centrum

Antallet af kronikere stiger

Mere end hver tredje voksne dansker lever med en eller flere kroniske sygdomme. Størstedelen af ressourcerne i sundhedsvæsenet går til denne gruppe patienter. Antallet af mennesker med kroniske sygdomme forventes fortsat at stige i de kommende år.

Kronisk sygdom udgør således både ud fra et menneskeligt, fagligt og sundhedsøkonomisk synspunkt et centralt område for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. På et samfundsøkonomisk plan medfører kroniske sygdomme ud over udgifterne til det regionale og kommunale sundhedsvæsen store udgifter til hjemmehjælp, overførselsindkomster, boligstøtte og boligydelse, herunder plejehjemsydelser. En undersøgelse¹ af de kommunale udgifter forbundet med borgere med kroniske sygdomme i en kommune har afdækket betydelige kommunale merudgifter. For en beskrivelse af studiets resultater henvises der til bilag 2.

Det stigende antal kronisk syge gør det nødvendigt at tænke indsatsen på en ny måde. Sundhedsvæsenet må forholde sig proaktivt til hele populationen af patienter med en given sygdom for dels at sikre den rette indsats på det rette tidspunkt, dels at understøtte den enkeltes mulighed for at leve med og håndtere sin sygdom gennem patientuddannelse og rehabiliteringstilbud. Forløbsprogrammer definerer en sådan ramme for en systematisk og proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget en løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

Det samarbejdende sundhedsvæsen

Det er en grundlæggende forudsætning for en succesfuld implementering af forløbsprogrammer, at sundhedsvæsenet ser sig selv som en samlet og samarbejdende organisation, der arbejder for at understøtte sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet. Patienter med langvarige kroniske sygdomme har ofte behov for flere typer faglige indsatser i kommune, almen praksis og hospital, hvorfor det er centralt for både den patientoplevede og den faglige kvalitet, at patientforløbene er integrerede. Ledere i alle sektorer (kommune, hospital, almen praksis) skal derfor samarbejde tværsektorielt omkring implementering af forløbsprogrammerne.

Patienten i centrum

Forløbsprogrammet skal understøtte patienten med kronisk sygdom i mobilisering og udnyttelse af egne ressourcer. Bedre forløb kan kun opnås, når den informerede aktive patient møder det velforberedte proaktive behandlerteam. Patienten skal inddrages i et ligeværdigt, tæt samarbejde med de sundhedsprofessionelle for at kunne indgå aktivt i beslutninger om sundhedsfaglige indsatser, fastsættelse af mål for indsatsen og deling af information om sygdommen. Forløbsprogrammet skal sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer, tilgodeser relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom, hvor almen praksis, hospitaler og det kommunale sundhedsvæsen indgår i et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde.

Udmøntning af forløbsprogrammerne

Udmøntning af forløbsprogrammerne

Det er frivilligt for kommunerne og de praktiserende læger at indgå i aftaler om implementering af forløbsprogrammerne.

Med godkendelse af forløbsprogrammerne tilkendegiver Region Hovedstaden, at hospitalerne er parate til at opfylde deres del af forløbsprogrammerne.

Som led i kvalitetsreformen er der på finansloven for 2009 afsat 590 mio. kr. (P/L 2010) til en forstærket indsats for kronisk syge i perioden 2010-2012. Midlerne er afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge. Finanslovsmidlerne udmøntes som puljemidler, hvor regioner og kommuner har et maksimalt ansøgningsbeløb svarende til bloktilskudsnøglen.

Region Hovedstadens og kommunernes ansøgningsbeløb fordeler sig således:

Finanslovsmidler	2010 - 2012 · mio. kr.
Pulje vedr. forløbsprogrammer	
– Region Hovedstaden	ca. 85
– Kommunerne i Region Hovedstaden	ca. 52
Pulje vedr. patientundervisning og egenbehandling	
– Region Hovedstaden	ca. 35
– Kommunerne i Region Hovedstaden	ca. 6

Ansøgningsfristen er den 1. oktober 2009.

¹ Livsstilssygdomme – Et sundhedsøkonomisk studie, specialeafhandling af Michael Nyhus Andreassen og Jens Pagh Maltbæk

Aftale om minimumsstandarder

I forløbsprogrammet er der defineret, hvilke sundhedsfaglige indsatser, der som minimum skal ydes for at et hospital, almen praksis og kommune opfylder forløbsprogrammets krav, (jf. bilag 3). Der er endvidere en beskrivelse af sundhedsfaglige indsatser, som er frivillige at yde.

Når en kommune tilmelder sig programmet, forpligter den sig til, at borgeren modtager forløbsprogrammets minimumsstandarder. Det er ikke et krav, at kommunen selv leverer indsatserne. Kommunen har mulighed for at indgå aftaler med eksterne leverandører.

Mellem parterne (hospitaller, kommuner og de lokale praktiserende læger) indgås der lokale aftaler om implementering af de specifikke forløbsprogrammer, herunder at aftalerne præciserer hvem, der har ansvar for at varetage de enkelte indsatser i det specifikke forløbsprogram. I de konkrete implementeringsaftaler mellem det lokale hospital, kommune og praktiserende læger fastsættes rammerne for, hvorledes det konkrete forløbsprogram skal udmøntes.

Kompetence- og uddannelsesbehov

Opfyldelse af de sundhedsfaglige anbefalinger i forløbsprogrammerne stiller på en række områder krav om nye og specialiserede kompetencer hos de involverede aktører. Det er afgørende for implementering af forløbsprogrammerne, at de involverede aktører har kompetencerne til at varetage de i programmet beskrevne opgaver på en fagligt kompetent måde.

Der er både brug for, at der tilrettelægges målrettede tilbud til det faglige personale i den enkelte sektor, og at der udbydes tværsektoriel kompetenceudvikling med det sigte at udvikle den tværsektorielle forståelse og tilgang i opgaveløsningen, således at målet om sammenhængende patientforløb af høj kvalitet kan opfyldes. Tværsektorielle og tværfaglige undervisningstilbud er medvirkende til at opbygge en fælles kultur baseret på et fælles videngrundlag på tværs af sektorer og faggrænser.

Det er nødvendigt, at der for hvert enkelt forløbsprogram foretages en kortlægning og vurdering af kompetence- og uddannelsesbehovet hos de enkelte aktører (almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalssektoren).

I sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og regionens 29 kommuner er regionen og kommunerne forpligtet til systematisk at evaluere og kvalitetssikre indsatsen og sørge for, at resultaterne udveksles mellem parterne.

Der vil foregå en løbende opfølgning på implementeringen af programmerne samt en systematisk evaluering af programmerne betydning for kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser omfattet af programmerne.

Opfølgning af implementeringen

Den løbende opfølgning i forhold til implementeringen af forløbsprogrammer i hovedstadsregionen sker ved, at det enkelte samordningsudvalg udarbejder en årlig redegørelse for arbejdet med forløbsprogrammer til Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse, som på grundlag heraf udarbejder en samlet redegørelse til Sundhedskoordinationsudvalget.

Forløbsprogrammerne skal som udgangspunkt revideres ved nyopstået viden/vejledninger for så vidt angår de sundhedsfaglige anbefalinger. En gang om året gennemgår det relevante sundhedsfaglige råd den faglige del af forløbsprogrammet med henblik på faglig opdatering.

Der vil endvidere blive iværksat en systematisk evaluering af implementeringen af det enkelte forløbsprogram, således at der kan opsamles erfaringer til den fremtidige implementering af nye forløbsprogrammer.

Evaluering

Der iværksættes en systematisk evaluering af det enkelte forløbsprogram med henblik på at undersøge, om forløbsprogrammet fungerer efter hensigten og opfylder de opstillede mål i forhold til en tværsektoriel koordination af patientforløb med patienten i centrum og med de klinisk bedst opnåelige resultater. Evalueringen skal endvidere indeholde en vurdering om, hvorvidt indholdet af forløbsprogrammet er implementeret.

Evalueringen tænkes foretaget på baggrund af resultater fra den rutinemæssige kvalitetsmonitorering i de enkelte afdelinger, ambulatorier, kommuner, sundhedscentre og hos de praktiserende læger. Her tænkes på resultater fra dataregistreringer til de patientadministrative systemer, NIP data, data registreret ved datafangst modulet, patienttilfredshedsundersøgelser etc. Særlige områder kan belyses nærmere ved eksempelvis spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews med de involverede parter. Her tænkes på praktiserende læger, kommunerne, hospitalerne samt de relevante patientgrupper.

Revision

Programmerne revideres gennemgribende og opdateres hvert 4. år på baggrund af evalueringen og sundhedsaftalerne, der ligeledes revideres hvert 4. år.

Revisionen har til formål at sikre, at ny faglig viden og organisatoriske erfaringer med programmerne indgår i den videre udvikling af forløbsprogrammerne. Endvidere skal det sikres, at programmerne fortsat lever op til nationale retningslinjer. De reviderede programmer sendes i høring i relevante sundhedsfaglige råd.

Notatet er godkendt af Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse den 5. maj 2009.

Bilag 1

Fakta om Kronisk obstruktiv lungesygdom

Fakta om diabetes type 2

Fakta om Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL – er en kronisk uhelbredelig sygdom i luftvejene og lungerne, hvor lungevævet langsomt nedbrydes. De vigtigste symptomer er åndenød ved anstrengelse, hoste og opspyt af slim fra lungerne. Sygdommen er karakteriseret ved en tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og større og større vejrtrækningsbesvær.

Det skønnes, at der i Hovedstadsregionen er ca. 100.000 personer med KOL. På regionens hospitaler er der ca. 20.000 ambulante KOL konsultationer årligt. En stor andel af disse patienter har på grund af hyppige akutte forværinger i tilstanden mange ikke-planlagte henvendelser til sundhedsvæsenet. Det drejer sig om akutte indlæggelser (ca. 6.000 i regionen), vagtlægebesøg og subakutte henvendelser til egen læge og lungeambulatorier.

Fakta om diabetes type 2

Diabetes type 2 er en kronisk sygdom. Diabetes type 2 er kendetegnet ved en kombination af utilstrækkelig insulinproduktion fra bugspytkirtlen og nedsat insulinfølsomhed i cellerne, hvorved evnen til at omsætte glukose forringes. På langt sigt kan især nerve-, kar- og nyrevæv lide skade. Senkomplikationerne er skade på nyre-, nerve- og karvæv med øget risiko for hjerte-kar-sygdomme. Senkomplikationerne kan forebygges ved relevant medicinsk behandling og rehabilitering. Rehabilitering styrker patientens evne til egenomsorg og til ændring af livsstilsfaktorer.

Der er i Danmark ca. 230.000 borgere med diagnosticeret diabetes type 2. Hvert år diagnosticeres 23.000 nye tilfælde af diabetes. 200.000 danskere har diabetes type 2 uden at vide det, og ca. 500.000 har prædiabetes². I Region Hovedstaden har 4,4% af borgerne diabetes, hvilket svarer til 51.800 personer³.

² Sådan bremses diabetes epidemien i Danmark – Diabetestestet 2008.

³ Sundhedsprofil for region og kommuner 2008



Bilag 2

Ressourceforbrug i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

Ressourceforbrug i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

En undersøgelse⁴ af de kommunale udgifter forbundet med borgere med kroniske sygdomme i en kommune har afdækket betydelige kommunale merudgifter til disse borgere.

De kommunale udgifter, som er undersøgt, er: Hjemmesygepleje, hjemmehjælp, sygesikringsydelse, kommunale tillæg og tilskud, overførselsindkomster, boligstøtte og boligydelse, herunder plejehjemsydelse samt kommunens medfinansiering af hospitalsudgifter.

Der er foretaget en sammenligning mellem de borgere, som har fået diagnosticeret KOL, diabetes eller hjerte-kar-sygdomme med en kontrolgruppe af borgere, som er matchet på køn og alder, men som ikke har fået diagnosticeret en af de 3 sygdomme.

Det offentlige merforbrug pr. person i gruppen af sygdomsramte borgere var:

	Merforbrug pr. pers.	Den kommunale andel af merforbruget
Diabetes	54.903 kr./år	25.804 kr./år
KOL	81.100 kr./år	34.062 kr./år
Hjerte	52.500 kr./år	27.300 kr./år
Total*	47.550 kr./år	

* Totalen omfatter hele gruppen af sygdomsramte. Det gennemsnitlige merforbrug pr. person som har én eller flere af de 3 sygdomme er 47.550 kr. pr. år. Dette tal er lavere end merforbruget for henholdsvis Diabetes, KOL og Hjerte, da det også omfatter borgere, der har mere end én af de tre kroniske sygdomme.

⁴ Livsstilssygdomme – Et sundhedsøkonomisk studie, specialeafhandling af Michael Nyhus Andreassen og Jens Pagh Maltbæk

Bilag 2

Ressourceforbrug i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

Det kommunale merforbrug fordeler sig således:

Plejhjem og boligydelse	36,6 %
Overførselsindkomster	26,3 %
Hjemmepleje	21,6 %
Kommunal medfinansiering af indlæggelse og ambulant behandling på hospital	11,0 %
Hjælpe midler	3,4 %
Andre udgifter	1,1 %

Sundhedsfaglige indsatser for KOL og diabetes type 2

A: Minimumsstandard

B: Valgfrit

	Kommune	Hospital/ Almen praksis
Diagnosticering og stratificering		A
Medicinsk behandling		A
Standardiseret sammenhængende rehabiliteringsprogram	A	A
Indeholder som udgangspunkt alle elementer i det enkeltstående tilbud		
Enkeltstående tilbud:		
• Rygeafvænning	A	A
• Sygdomsspecifik patientuddannelse	A	A
• Generel patientuddannelse	B	
• Fysisk træning – standardiseret træningsprogram	A	A
• Fysisk træning – ikke standardiseret program	B	
• Vejledning i forhold til daglige aktiviteter (kun KOL)	B	B
• Diætbehandling (kun diabetes type 2)	A	A
• Ernæringsvejledning (kun KOL)	B	B
• Psykosocial støtte	B	B
Opfølgning af patienter		A

Redaktion
Region Hovedstaden,
august 2009

Grafisk design
finnygaard.com

Tryk • Nofoprint • 1.000 stk

Notatet er udgivet i et samarbejde mellem hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region Hovedstaden.

www.regionh.dk/forlobsprogrammer