

Region Midtjyllands ansøgning til en
forstærket indsats for patienter med
kronisk sygdom:
Pulje vedrørende forløbsprogrammer

30. september 2009

1) Indledning	5
2) De fire forløbsprogrammer.....	11
Forløbsprogrammet for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)	11
Projekt nr. 1 - Viden- og kompetence funktion inden for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) (Regionshospitalet Randers og Grenaa)	11
Projekt nr. 2 - Udgående funktion på KOL området – undervisning i hjemmeplejen og almen praksis (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	13
Forløbsprogram for type 2 diabetes	14
Projekt nr. 3 - Telemedicinsk specialebistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre, og på regionshospitalet i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	15
Projekt nr. 4 - Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særligt fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte (Regionshospitalet Ringkøbing)	16
Projekt nr. 5 - Udgående funktion for type 2 diabetes (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	17
Projekt nr. 6 - Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes (Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup)	18
Projekt nr. 7 - Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes (Regionshospitalet Randers og Grenaa)	19
Forløbsprogram for hjertekar-sygdom – fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe	21
Projekt nr. 8 - Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (Århus Universitetshospital, Skejby) ..	22
Projekt nr. 9 - Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)	23

Projekt nr. 10 - Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuel tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Randers og Grenaa) ..	25
Projekt nr. 11 - Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering (Regionshospitalet Silkeborg)	26
Projekt nr. 12 - Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus).....	27
Forløbsprogram for lænderygsmærter	29
Projekt nr. 13 - Lænderygsmærter – et litteraturstudie af bedste viden på området	30
3) Kronikerindsatsen i almen praksis	31
Projekt nr. 14 - Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis.....	32
Projekt nr. 15 - Farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer	34
4) Tværgående initiativer	31
Projekt nr. 16 - Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland	37
Projekt nr. 17 - Opfølgende hjemmebesøg	39
Projekt nr. 18 - Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme	40
Projekt nr. 19 - Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup (Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup)	42
5) Samlet budget for ansøgninger til pulje vedrørende	45
forløbsprogrammer	45
6) Midtvejsrapport / evaluering af initiativerne	46

7) Bilag.....	50
----------------------	-----------

1.) Indledning

Med henvisning til at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har indkaldt ansøgninger til puljer vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom fremsendes hermed ansøgning fra Region Midtjylland.

Ansøgningen indledes med et afsnit om Region Midtjyllands plangrundlag og indsats for borgere med kroniske lidelser. Dernæst beskrives den strukturelle opbygning af samarbejdet mellem hospitaler (region), kommuner og praksissektoren.

Ansøgningen bygger på projektbeskrivelser, som hospitalerne og administrationen i Region Midtjylland har udarbejdet. Detaljerede beskrivelser af de enkelte projekter og indsatser, herunder mål, målepunkter og budget, vedlægges i bilag 1.

Det overordnede formål med ansøgningen er at igangsætte initiativer, der understøtter en blivende omstilling af det samlede sundhedsvæsen til gavn for den kroniske patient. Det er således Regionens forventning, at initiativerne, uanset deres meget forskellige karakter, samlet set kan føre til en transformation af indsatsen overfor den kroniske patient, der rækker ud over 2012, herunder en ændret organisering hvor dette er relevant.

Der lægges i ansøgningens projekter særligt vægt på at skabe sammenhængende patientforløb ved at forbedre kommunikation, koordination og opgavedeling mellem sektorerne. Der fokuseres på individuelt tilpassede rehabiliteringsforløb, som tilgodeser de patienter, som falder udenfor det standardiserede forløb. Endeligt søges det at understøtte, dokumentere og monitorere stratificeringen af kronisk syge patienter, blandt andet ved at sammenstille og tilgængeliggøre relevante data for alle behandlerne i det kroniske patientforløb. En nærmere organisering af en sådan beslutningsunderstøttende datafeedback om patienter med kronisk sygdom skal i høj grad bidrage til en transformation af indsatsen. Datafeedback vil gøre en mere proaktiv indsats mulig, både i forhold til den enkelte patient og hele populationen af kroniske patienter.

Indsatsen for borgere med kroniske lidelser i Region Midtjylland

Planen "Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats" udgør fundamentet for kronikerindsatsen i Region Midtjylland, herunder samarbejdet med kommuner og

almen praksis. Sundhedskoordinationsudvalget har anbefalet planen som ramme for indsatsen i både region, kommuner og almen praksis. Med afsæt i denne anbefaling blev planen vedtaget af Regionsrådet i november 2007, og har siden da været afsæt for regionens initiativer på området.

Den samlede kronikerindsats i Region Midtjylland har som mål at bedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser, gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats.

En forbedret kronikerindsats er ligeledes et bærende element i Region Midtjyllands "Visionsplan for Almen Praksis", som blev godkendt af Regionsrådet den 20. maj 2009. Visionsplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget for almen læger, og indgår som delpraksisplan i regionens samlede plangrundlag for udviklingen i almen praksis. Almen praksis er en central aktør i forhold til kronikeromsorg. Visionsplanen fastslår, at almen praksis vil påtage sig rollen som tovholder i kronikerindsatsen i et tæt og gensidigt forpligtende samarbejde med hospitalsvæsen og kommuner.

Tovholderfunktionen i almen praksis medfører, at praksis har ansvaret for at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats, at vurdere patientens helbred løbende og at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats og bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling tager Region Midtjyllands kronikerstrategi afsæt i kronikermodellen, der er anvendt som ramme og inspiration. Kronikermodellen anlægger en helhedsbetragtning på indsatsen ift. borgere med kroniske lidelser. Dette afspejles i de konkrete tiltag, som indgår i Region Midtjyllands kronikerstrategi, idet tiltagene er rettet mod såvel patienter som sundhedsvæsen og det omkringliggende samfund.

For borgere med kroniske lidelser gælder, at der ofte er behov for en vedvarende behandlingsindsats, som trækker på ydelser i det samlede sundhedsvæsen. For den kroniske patient vil indsatsen typisk ske på tværs af hospital, kommune og den praktiserende læge. Det kræver god samordning mellem de forskellige aktører at sikre et effektivt, sammenhængende patientforløb af høj sundhedsfaglig kvalitet.

Samordning og koordination mellem aktørerne skal endvidere bidrage til, at indsatsen sker det sted i sundhedsvæsenet, hvor kvalitet og ressourcer optimeres. En gradueret indsats via stratificering skal sikre, at patienterne får det rette tilbud til rette tid, leveret af den rette sundhedsaktør. Den praktiserende læge har den primære kontakt til patienten, hvorfor ansvaret for stratificering som udgangspunkt også er placeret hos den enkelte praktiserende læge.

For at sikre en optimal ressourceudnyttelse skal de kroniske patienters behov så vidt muligt tilgodeses udenfor hospitalsvæsenet, typisk hos den praktiserende læge, i kommunalt regi eller via egenbehandling. En velfungerende stratificering skal medvirke til, at de specialiserede ressourcer i hospitalsregi bruges på de patienter, som har de mest komplekse lidelser.

Kronikerindsatsen i Region Midtjylland skal baseres på et sundhedsvæsen, som agerer proaktivt og retter sin indsats mod den samlede population af kronikere i et afgrænset område. Den praktiserende læge skal være omdrejningspunktet for den proaktive indsats. En proaktiv indsats skal medvirke til en tidlig opsporing af borgere med risiko for at udvikle kronisk sygdom samt borgere, hvor sygdomsudviklingen kan bremses. Den proaktive indsats og populationstækningen skal understøttes af systematisk brug af dataopsamling med henblik på kvalitetssikring og -udvikling af kronikerindsatsen i det sammenhængende sundhedsvæsen. Hvis de relevante sundhedspersoner får et samlet overblik over den kroniske patients vej gennem sundhedssystemet og den kroniske patients behandling på en række parametre, vil dette medvirke til, at uhensigtsmæssigheder i behandlingen kan afhjælpes. Det bliver også muligt for den enkelte behandler at vurdere, om behandlingen af patienten følger de kliniske vejledninger og forløbsprogrammernes anbefalinger. Et samlet dataoverblik vil derfor være til gavn for den enkelte patient.

Indsatsen skal ligeledes understøttes af let adgang til og tilbud om rådgivning og ydelser i hospitalsregi.

Den informerede og aktive patient er en vigtig medspiller i Region Midtjyllands kronikerindsats. Patientuddannelse skal medvirke til, at borgere med kroniske lidelser kan udøve så velkvalificeret egenomsorg som muligt. Et differentieret undervisningstilbud skal sikre, at den enkelte patients evner, ressourcer og behov imødekommes.

På nogle områder er der sket en teknologisk udvikling, som muliggør selvmonitorering og egenbehandling. Region Midtjylland ser egenbehandling som en indsats, der kan

styrke patienternes aktive rolle i ft. egen sygdom og livssituation og tilmed understøtte en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Region Midtjyllands mål om at bedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kronisk sygdom kræver en nytænkning og nye tiltag, som involverer alle aktører på sundhedsområdet. Hvis målet skal efterleves, er der behov for en vidtrækkende omstillingsproces, som går på tværs af såvel sektorer og faggrupper som eksisterende rutiner og handlemåder. Udfordringen retter sig mod både ledelses- og udførende niveauer i alle sektorer og skal medtænke alle faser fra forebyggelse og opsporing til diagnose, behandling og rehabilitering i et sammenhængende patientforløb.

Samarbejdsstrukturen i Region Midtjylland

Samarbejdet mellem region, kommuner og praksissektor er organiseret i 6 klynger. Klyngerne er en geografisk inddeling af regionen, med udgangspunkt i de 7 hospitalsenheder (2 hospitalsenheder i Århus), hvor kommunerne er knyttet op på det hospital, de primært anvender. Den enkelte klynge består således af ét regionshospital og et antal kommuner.

I hver klynge er nedsat en klyngestyregruppe. Foruden hospitaler og kommuner har styregruppen deltagelse fra almen praksis og den regionale sundhedsstab. Regionshospitalerne leder og sekretariatsbetjener styregruppemøderne.

Klyngestrukturen er rammen om arbejdet med sundhedsaftalerne. De lokale sundhedsaftaler udarbejdes og implementeres i klyngerne, og der er fokus på det tværsektorielle samarbejde. Endvidere kan der fra klyngerne udpeges repræsentanter til at indgå i regionale tværgående temagrupper m.v. Forløbsprogrammerne i Region Midtjylland blev udarbejdet af "forløbsprogram-grupper", hvor der bl.a. var udpeget repræsentanter fra alle klynger.

Med klyngestrukturen er der etableret et velegnet og velkendt strukturelt "set-up", som kan danne rammen om implementeringen af forløbsprogrammerne. Og det er også med udgangspunkt i denne struktur, at nærværende ansøgning er koordineret og samstemt lokalt. I den korte periode frem til ansøgningsfristen har der været løbende dialog og drøftelse mellem almen praksis, kommuner og hospital i hver klynge. Dette vil fortsætte efter ansøgningsfristens udløb som en naturlig del af klyngernes arbejde med implementeringen af forløbsprogrammerne.

Der er blevet arbejdet med kronikerindsatsen i varierende tempi og med forskelligt fokus i klyngerne på tværs af regionen. For at opruste og fastholde engagementet i dette arbejde er hospitalerne blevet bedt om at indsende projektforslag til regionens samlede ansøgning – projektforslag, der kan understøtte deres videre arbejde med at implementere forløbsprogrammerne på netop deres lokalitet. De regionale forskelle og variationer i udgangspunkt og prioritering træder dermed tydeligt frem i ansøgningen. Nedenstående reflekterer de forskellige behov, der søges imødekommet, for at implementeringen af alle forløbsprogrammerne kan foldes ud i hele Region Midtjylland inden udgangen af 2012.

Implementering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland

Region Midtjyllands vision og strategi peger på en række konkrete tiltag, som skal forbedre indsatsen for den relativt store gruppe af borgere med kroniske lidelser. Planen har været afsæt for regionens kronikerindsats, siden den blev vedtaget ultimo 2007.

Nogle af de beskrevne tiltag bliver der arbejdet intensivt med, mens andre er iværksat i et mere eller mindre begrænset omfang. Samtidig sker der en løbende udvikling, hvor tiltag afprøves på en afgrænset målgruppe eller periode, med henblik på efterfølgende udbredelse af dokumenteret effektive metoder.

Udvikling og implementering af forløbsprogrammer indgår som et centralt tiltag i Region Midtjyllands vision og strategi. Processen blev igangsat ultimo 2007 med nedsættelse af tværsektorielle, tværfaglige programgrupper for henholdsvis KOL, type 2 diabetes og hjertekar-sygdom. De 3 forløbsprogrammer blev vedtaget af Regionsrådet den 29. april 2009 og har sideløbende været behandlet i kommunerne i Region Midtjylland. Nogle kommuner har politisk godkendt programmerne. Andre kommuner har valgt at lade den politiske behandling afvente udmøntningen af de centrale puljemidler. Samlet set er region, kommuner og praksissektor således klar til den omfattende implementeringsopgave.

Erfaringerne fra udarbejdelsen af forløbsprogrammerne for KOL, diabetes og hjertekar-sygdom er brugt i forberedelserne til udvikling af regionens næste forløbsprogram for muskel-skelet lidelser. Processen er igangsat i august 2009, og programmet, der fokuserer på rygområdet, forventes at være udarbejdet og klar til politisk behandling i 2011.

Forløbsprogrammerne i Region Midtjylland har et særligt fokus på initiativer, hvor koordination, samarbejde og videndeling på tværs af sektorer og faggrupper udvikles. Der skal skabes et mere sammenhængende, længerevarende og helhedsorienteret og samtidigt individuelt perspektiv på den enkelte borger, som lever med en kronisk sygdom. For at det skal lykkes, er der brug for et paradigmeskifte i måden, hvorpå sundhedsvæsenet håndterer kroniske lidelser. Der lægges i forløbsprogrammerne vægt på at sikre en kontinuerlig indsats på tværs af alle tre sektorer i sundhedsvæsenet – almen praksis, kommuner og hospitaler. Programmerne omhandler i deres udgangspunkt hele populationen med en given kronisk sygdom, hvorunder der lægges op til, at der kan udvikles yderligere indsatser for undergrupper med særlige behov. Et andet centralt element af forløbsprogrammerne består i at understøtte borgere med kroniske sygdomme i at udøve egenomsorg og mestre livet med kronisk sygdom. På den måde er forløbsprogrammerne netop en del af et paradigmeskifte, hvor indsatsen i forhold til den samlede population med en given kronisk sygdom forbedres, samtidig med at der sikres en optimal og individuelt tilpasset indsats til den enkelte patient.

Der lægges vægt på at tilgodese mennesker med komplekse sygdomsmønstre for eksempel i form af flere samtidige kroniske sygdomme, samt de for hvem den kroniske sygdom kompliceres yderligere som følge af et svagt socialt netværk. Sociale uligheder i forbindelse med kronisk sygdom bringer således en række udfordringer med sig, som nødvendigvis må adresseres af de initiativer, som knytter an til implementeringen af forløbsprogrammerne.

Det grundlæggende princip bag implementeringen af et forløbsprogram er, at processen skal foregå på alle niveauer i hver af de tre sektorer – såvel på ledelsesniveau som på praktikerniveau. I tråd med udarbejdelsen af forløbsprogrammet skal alle berørte parter involveres, og der skal være fokus på overgange og samarbejde mellem sektorer.

Planlægning af implementeringsprocessen er begyndt flere steder i regionen og vil blive bredt ud i løbet af efteråret 2009. Planlægningen sker med afsæt i den organisering (klyngestrukturen), som sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er baseret på.

Ved implementeringens igangsættelse nedsætter klyngestyregruppen¹ i hver klynge en implementeringsgruppe, sammensat af personer fra alle tre sektorer, som skaber rammerne for et fælles implementeringsprojekt. Der er således tale om en kendt struktur, hvor samarbejdsrelationer mellem hospital, kommuner og almen praksis allerede er etableret i den enkelte klynge. Det er op til den enkelte klynge at sammensætte en implementeringsgruppe.

Implementeringsgruppen samler løbende trådene og skaber overblik på tværs af klyngen. Gruppen udgør et forum, hvor sammenhængen i implementeringen på tværs af sektorerne tydeliggøres, således at de forskellige roller og opgaver anskueliggøres for alle parter. Samtidig kan gruppen bidrage med gensidig opkvalificering og tage initiativ til fælles skolebænkprojekter, med fokus på kompetenceudvikling på tværs af sektorer. Det er vigtigt, at der udvikles tillid til hinandens faglighed, et netværk og et sammenhold på tværs af sektorerne og klyngen.

2.) De fire forløbsprogrammer

Forløbsprogrammet for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)

Region Midtjyllands forløbsprogram for KOL tager afsæt i et tidligere udviklet materiale om tværsektorielt samarbejde om KOL-patienter. På den baggrund er der gennem de seneste år blevet arbejdet med en styrket indsats, og der er i regionen allerede iværksat en række initiativer rettet mod KOL-patienter. I denne ansøgning er der derfor kun i mindre omfang søgt puljemidler til implementering af forløbsprogrammet for KOL.

Projekt nr. 1 - Viden- og kompetence funktion inden for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) (Regionshospitalet Randers og Grenaa)

¹ klynge-strukturer, der blev nedsat ved indgåelsen af sundhedsaftaler mellem regionen og de 19 kommuner i Region Midtjylland (se afsnit 1 for yderligere beskrivelse af klyngestrukturen i Region Midtjylland)

Projektindhold

Dette projekt vil udvikle en viden- og kompetencefunktion på Regionshospitalet Randers og Grenaa med henblik på at styrke den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Projektet iværksættes med reference til Region Midtjyllands forløbsprogram for patienter med KOL. Således søges det at optimere patientforløbene fagligt og organisatorisk, så patienten oplever et sammenhængende forløb mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Viden- og kompetencefunktionen skal være tilgængelig på tværs af sektorer og skal kunne bistå både hospitalsafdelinger, kommuner og praktiserende læger i relation til det enkelte patientforløb. Samtidig vil det være muligt for patienter og sundhedsfagligt personale inden for både hospital, kommuner og almen praksis dagligt at have kontakt med viden- og kompetencefunktionen med henblik på information, konsultation, undervisning og kompetenceudvikling.

Viden- og kompetencefunktionen skal også agere i forhold til patienterne omkring henvisning til relevant uddannelse vedrørende egenomsorg og egenbehandling medinddragende de pårørende. Desuden tænkes funktionen involveret i fælles skolebænk, temadage, konferencer og/eller studiebesøg.

Der ligger en særskilt opgave i at undervise, oplære og medvirke til kompetenceudvikling af klinikpersonalet i primær sektoren omkring klinisk vejledning og konsultationer.

Funktionen etableres med ansættelse af en specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL med tilknytning til teamet på lungemedicinsk afdeling.

Mål og perspektiv

Formålet med projektet er at formidle viden om KOL og dermed udvikle kompetencer hos såvel personale som patienter i forhold til sygdommen - i et samarbejde mellem hospital, kommune, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling.

Dette betyder et skærpet fokus på overgange og overdragelse mellem hospital, kommunerne, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling, så patienterne oplever kompetence, kontinuitet, koordinering og kvalitet i forløbet. Endvidere vil samarbejdet forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med overflytninger og overdragelse mellem hospitalets afsnit, kommunerne og praktiserende læger

Samtidig søges det at styrke patienten og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet. Dette forventes at medføre, at færre patienter genindlægges, og at patienternes oplevelse af sammenhæng i sygdomsforløbet øges.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Viden- og kompetence-funktion	300.000	400.000	400.000	1.100.000

Projekt nr. 2 - Udgående funktion på KOL området – undervisning i hjemmeplejen og almen praksis (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Projektindhold

Dette projekt skal sikre et sammenhængende, fagligt opdateret og højt kvalificeret behandlingsniveau af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Projektet iværksættes med reference til Region Midtjyllands forløbsprogram for patienter med KOL. For at sikre det mest kvalificerede behandlingsniveau af patienterne vil der blive etableret et undervisningsforløb møntet på de fagpersoner inden for kommuner og almen praksis, som har kontakt med KOL-patienter. Disse fagpersoner skal tilbydes et struktureret og regelmæssigt undervisningsforløb, hvor undervisningen varetages af lungemedicinske speciallæger og sygeplejersker. Dette skal sikre, at den nyeste viden på området er tilgængelig for de fagpersoner, som har kontakt med KOL-patienter. Det gælder både omkring pleje, ernæring, optræning og symptomer. Som følge heraf skal patienterne gerne opnå en så optimal og ensartet behandling som mulig.

Mål og perspektiv

Formålet med projektet er grundlæggende at styrke viden- og kompetenceniveauet inden kommuner og almen praksis i forhold til behandling af KOL patienter. Den konkrete undervisning skal medvirke til at forbedre sundhedspersonalets kontakt med denne patientgruppe og som følge heraf sikre øget tryghed, bedre behandling og i sidste ende færre indlæggelser. For at sikre at undervisningen giver størst mulig udbytte og er så optimal i sit indhold som muligt, koordineres og tilpasses den i samarbejde

med hjemmeplejen, almen praksis og sundhedscentrene. Det forventes, at effekten af undervisningen vil blive afspejlet i patienttilfredsheden, som vil blive undersøgt før og efter undervisningsopstart.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Udgående funktion på KOL området – undervisning.	335.000	335.000	335.000	1.005.000

Samlet budget for KOL

Titel	2010	2011	2012	I alt
Viden- og kompetencefunktion	300.000	400.000	400.000	1.100.000
Udgående funktion på KOL området – undervisning.	335.000	335.000	335.000	1.005.000
I alt	635.000	735.000	400.000	2.105.000

Forløbsprogram for type 2 diabetes

Ifølge Region Midtjyllands forløbsprogram for type 2 diabetes skal patienter, som lider af type 2 diabetes, som hovedregel behandles i almen praksis, med faste retningslinjer for hvornår patienter med komplikationer viderehenvises til diabetescenter på hospitalet, og hvornår patienten afsluttes til almen praksis igen. Derudover skal alle patienter tilbydes en individuel tilpasset rehabilitering i kommunalt regi. Implementeringen af programmet skal altså medføre, at patienterne stratificeres og henvises til rette behandlingsniveau, hvilket vil bidrage til at skabe effektive og sammenhængende patientforløb og sikre, at patienten behandles på det laveste effektive omsorgsniveau (LEON princippet).

Initiativerne på diabetes-området fokuserer primært på forløbskoordinerende funktioner, som skal understøtte, kvalificere og koordinere den samlede tværsektorielle indsats i forhold til forløbsprogrammets anbefalinger og frem for alt sikre, at patienten oplever et sammenhængende og trygt forløb i sin færd på tværs af sektorerne.

Projekt nr. 3 - Telemedicinsk specialebistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre, og på regionshospitalet i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Projektindhold

Diabetiske fodsår ses ofte ugentligt i ambulatoriet, hvilket ikke altid er nødvendigt. Ambulatoriebesøgene er ressourcekrævende for sundhedssektoren og for patienten, som transporteres fra hjem til hospital. I dette projekt vil de forskellige partnere have direkte adgang til speciallæge og sårsygeplejerske, og patienten vil få mulighed for at blive tilset i sit eget hjem. Hjemmeplejen vil indgå som tæt samarbejdspartner og ved hjælp af en telefon med kamera/video sende direkte billeder til sårambulatoriet. Således vil patienten modtage konsultationen i eget hjem og undgå den besværlige transport til ambulatoriet, samtidig med at hjemmesygeplejerskens kompetencer indenfor sårpleje vil blive opkvalificeret.

På samme måde vil den praktiserende læge have direkte adgang til ambulatoriets konsultationer, således at der i tvivlsituationer kan indhentes ekspertbistand uden at skulle henvise patienten til ambulante hospitalsbesøg.

Dette projekt er forankret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, og danner grundlag for en udrulning af en regional tværsektoriel implementering med udredning af effektiv og hurtig klinisk vejledning og optimering af patientforløb samt besparelser som følge af den decentraliserede behandling.

I første omgang søges projektet udbredt til den vestlige del af regionen, hvor der etableres netværk til både praktiserende læger, kommunale lokalcentre og hjemmeplejen samt Regionshospitalet.

Mål og perspektiv

Det overordnede mål med den telemedicinske sårbehandling er at optimere patientbehandling af diabetiske fodsår. Dette sker både i form af et kortere patientforløb, men også ved at gøre behandlingen umiddelbart tilgængelig, uafhængigt af hvor patienten er bosat.

Hurtig og direkte adgang til specialisttilsyn (i patientens hjem eller hos egen læge) vil føre til hurtigere ophealing af fodsår og mindre frekvens af amputationer, reduktion af hospitalskonsultationer og en generel bedre behandling af patienter med diabetiske fodsår i den pågældende område.

Reduktionen i antallet af komplikationer og efterfølgende amputationer kommer ikke alene de berørte patienter til gode. Det vil også medføre en stor besparelse for sundhedssektoren (en amputation koster over 1 mio. i løbet af det første år). Den direkte on-line kommunikation med hospitalet medfører, at patienter udelukkende ses på hospitalet ved entydigt behov herfor. Yderligere vil samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i behandlingen af diabetiske fodsår forbedres, og primærsektorens kompetencer opgraderes gennem den direkte kontakt og vejledning fra specialisterne, og opgaveglidning fra hospitaleksperter til primærsektor faciliteres.

Budget:

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Telemedicinsk sårbehandling	990.000	1.080.000	1.115.000	3.185.000

Projekt nr. 4 - Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særligt fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte (Regionshospitalet Ringkøbing)

Projektindhold

Projektet søger at optimere samspillet og skabe et fælles fodslag i behandlingen af diabetiske fodsår mellem sekundær og primær sektor. Dette søges effektueret ved oprettelse af en tværsektoriel forløbskoordinator i skikkelse af en sårsygeplejerske, forankret på sårfunktionen på Regionshospitalet Ringkøbing. Væsentlige elementer i det koordinerende arbejde vil være at udbrede standardiserede behandlingsprincipper på tværs af sektorerne, herunder tilbyde undervisning til patienterne. Samtidig skal vi-

dendeling imellem sygeplejersker i primær og sekundær sektor faciliteres. Sår-
sygeplejersken kan endvidere indgå som samarbejdspartner for udviklingen af den tele-
medicinske behandling i den vestlige del af regionen og sårambulatoriet på Århus Sy-
gehus (jf. projektbeskrivelsen vedr. telemedicinsk specialebistand ved behandling af
diabetiske fodsår ovenfor).

Den tværsektorielle forløbskoordinerende sår-sygeplejerske vil bidrage til opkvalificering
af behandlingen af diabetiske sår, gennem både kompetenceudvikling, patientuddan-
nelse og koordinering mellem sektorerne. Det forventes, at man ved at operere med
en forløbskoordinerende funktion vil kunne indarbejde de tværsektorielle principper og
samarbejde i behandlingen af diabetiske sår, således at projektet i 2012 kan blive ned-
skaleret og blive en integreret del af den tværsektorielle behandling af diabetiske sår.

Mål og perspektiv

Målet med projektet er at sikre effektive patientforløb, fremme koordination og opga-
vedeling mellem sektorerne og øge patientens tryghed i overgangen mellem primær og
sekundær sektor. Derudover vil patienterne i højere grad blive behandlet i eget hjem,
og sårhelingen vil ske hurtigere på baggrund af den koordinerede tværsektorielle ind-
sats.

Samtidig fokuseres der på at forbedre egenomsorgen hos den enkelte diabetespatient
med sår. Gennem patientundervisning vil kapaciteten for egenomsorg forbedres. Dette
vil forebygge, at nye diabetiske sår opstår samt mindske komplikationerne, som ofte
følger disse sår.

Budget:

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Diabetisk sårbehand- ling.	425.000	425.000	200.000	1.050.000

Projekt nr. 5 - Udgående funktion for type 2 diabetes (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Projektindhold

Projektet vil etablere en udgående funktion med henblik på at afklare og implementere
forløbsprogrammet for type 2 diabetes og dets henvisningskriterier og stratificering af
patienter til niveau 1, 2 og 3. Dette vil ske ved at styrke samarbejdet mellem praksis-

sektoren og diabetescenteret samt tilbyde undervisning og coaching i diabetesrelaterede spørgsmål til klinikpersonale i praksissektoren

Funktionen varetages af en specialeansvarlig diabetessygeplejerske med udgående funktion på Århus Sygehus. Afhængig af praksis-personalets gruppestørrelse ved besøgene og deres evt. særlige behov kan den udgående sygeplejerske gå ud med en klinisk sygeplejespecialist eller endokrinolog, fungerende som et "rejsehold".

Mål og perspektiv

Gennem projektet søges det at styrke praksissektorens kendskab til diabetescenterets tilbud om undervisning, intervention og risikoreduktion. Den udgående opsøgende funktion vil bidrage til, at praksissektor og diabetescenterets samarbejde om patientforløbene forbedres, og den patientoplevede tryghed ved overgange mellem sektorerne øges. Den forbedrede opgaveglidning og sammenhæng i patientforløbet medfører, at risikoen for senkomplikationer mindskes, og livslængde og livskvalitet øges for patienter, som lider af type 2 diabetes. Der vil blive gennemført audits på patientforløb, stratificeret til niveau 2, således at det sikres, at stratificeringen foregår korrekt.

På diabetescenteret og i almen praksis vil man efter projektets udfasning være i stand til at tilbyde patienter med type 2 diabetes den rigtige behandling det rigtige sted, på det laveste effektive omsorgsniveau.

Budget:

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Udgående diabetes 2 koordinator	204.000	410.000	414.000	1.028.000

Projekt nr. 6 - Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes (Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup)

Projektindhold

Projektet består i at oprette en stilling som koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes til udvikling af rationelle arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet for type 2 diabetes i de tre sektorer. I projektet vil en koordinerende diabetessygeplejerske, der er forankret organisatorisk i det endokrinologiske ambulatorium ved Regionshospitalet Viborg, fokusere på udvik-

ling af effektive arbejdsgange mellem praktiserende læge, hospital og kommune vedr. koordinering og samarbejde om type 2 diabetikernes patientforløb. Den koordinerende sygeplejerske vil også varetage opgaver vedr. formidling og undervisning af de forskellige personalegrupper i kommunerne og hos de praktiserende læger.

Med forankringen i hospitalsregi vil den koordinerende sygeplejerske kunne bringe viden på specialiseret niveau til kommunerne og de praktiserende læger og dermed medvirke til en større faglighed dér, ligesom der i alle tre sektorer vil skabes en større forståelse for, hvad de andre sektorer kan bidrage med i den enkeltes diabetikers behandlingsplan. Det kommunale regi og hjemmeplejen inddrages mere aktivt i behandlingen af diabetespatienten, og der tilbydes kompetenceudvikling af praksispersonale samt nøglepersoner i hjemmeplejen. Projektet er drøftet med Viborg Kommune vedr. eventuelt samarbejde omkring ansættelsen.

Mål og perspektiv

Formålet med projektet er at udvikle mere effektive arbejdsgange i forbindelse med patienter med komplekse diabetesproblemer, og derved sikre at patienten får den optimale behandling på det rigtige sted. Dette vil forhindre unødige indlæggelser, hvorved behandlingsressourcerne udnyttes bedst muligt, og der skabes sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Koordinerende type 2 diabetessygeplejerske	415.000	500.000	500.000	1.415.000

Projekt nr. 7 - Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes (Regionshospitalet Randers og Grenaa)

Projektindhold

Dette projekt vil udvikle en viden- og kompetencefunktion på Regionshospitalet Randers og Grenaa med henblik på at styrke den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for patienter med type 2 diabetes - med Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med type 2 diabetes som reference. Patientforløbene søges optimeret

fagligt og organisatorisk, så patienten/borgeren oplever et effektivt og sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og praktiserende læge.

Viden- og kompetencefunktionen skal være tilgængelig for hospitalets forskellige afsnit, såvel de medicinske som de kirurgiske, for indlagte eller ambulante patienter, kommune, praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling i relation til et konkret patientforløb. Disse skal dagligt kunne tage kontakt med funktionen, med henblik på aftaler om konsultationer, undervisning og kompetenceudvikling.

Det er også her, patienterne henvises til patientuddannelse med fokus på egenomsorg og egenbehandling medinddragende de pårørende, og fælles skolebænk, temadage, konferencer og/eller studiebesøg arrangeres

Der ligger desuden en særskilt opgave i at undervise, oplære og kompetenceudvikle personalet i primær sektoren med klinisk vejledning og konsultationer.

Funktionen etableres med ansættelse af en diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik.

Mål og perspektiv

Formålet med projektet er at formidle viden om type 2 diabetes og dermed udvikle kompetencer hos såvel personale som patienter i forhold til den diabetologiske indsats i et samarbejde mellem hospital, kommune, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling.

Dette betyder et skærpet fokus på overgange og overdragelse mellem hospital, kommunerne, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling, så patienterne oplever kompetence, kontinuitet, koordinering og kvalitet i forløbet. Endvidere vil samarbejdet forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med overflytninger og overdragelse mellem hospitalets afsnit, kommunerne og praktiserende læger

Samtidig søges det at styrke patienten og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet. Dette forventes at medføre, at færre patienter genindlægges, og at patienternes oplevelse af sammenhæng i sygdomsforløbet øges.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Viden- og kompetencefunktion for type 2 diabetes	367.000	367.000	366.000	1.100 000

Samlet budget for type 2 diabetes initiativer

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Telemedicinsk sårbehandling	990.000	1.080.000	1.115.000	3.185.000
Diabetisk sårbehandling	425.000	425.000	200.000	1.050.000
Udgående type 2 diabetes funktion	204.000	410.000	414.000	1.028.000
Koordinerende type 2 diabetessygeplejerske	415.000	500.000	500.000	1.415.000
Viden- og kompetencefunktion for type 2 diabetes	367.000	367.000	366.000	1.100.000
I alt:	2.401.000	2.782.000	2.595.000	7.778.000

Forløbsprogram for hjertekar-sygdom – fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe

Region Midtjyllands forløbsprogram for hjertekar-sygdom har særligt fokus på rehabiliteringsindsatsen for patienter med blodprop i hjertet eller svær hjertekrampe (AKS-patienter). Rehabiliteringsindsatsen er, jf. gældende retningslinjer, inddelt i 3 faser. Forløbsprogrammet fastlægger, at den akutte fase (fase 1) foregår på hospitalet, den tidlige intensive rehabiliteringsfase (fase 2) foregår som hovedregel i hospitalsregi, og den sene opfølgelses- og vedligeholdelsesfase (fase 3) foregår som hovedregel i kommunalt regi. Det samlede rehabiliteringsforløb strækker sig typisk over flere måneder og involverer en række sundhedsprofessionelle, fx læger, sygeplejersker, terapeuter, diætister m.v.

En optimal hjerterehabiliteringsindsats stiller således krav om en tværfaglig og tværsektoriel indsats, ligesom der er behov for at udvikle individuelt tilpassede tilbud til de kroniske hjertepatienter, som ikke profiterer af et standardtilbud.

De ansøgte projekter sigter mod at afprøve effekten af forløbskoordinerende funktioner, at udvikle og beskrive modeller for tværsektorielt samarbejde, herunder et særligt fokus på kommunal medvirken i fase 2, samt udvikling af tilbud til kroniske hjertepatienter med en risikoprofil.

Projekt nr. 8 - Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (Århus Universitetshospital, Skejby)

Projektindhold

På Århus Universitetshospital, Skejby, etableres et hjerterehabiliteringstilbud, som omfatter samtaler med sygeplejerske og læge, fysisk træning ved fysioterapeut, rygeafvænning og kostvejledning (omfanget fremgår af bilaget). Ved afslutning af fase 2 rehabiliteringen på hospitalet tilbydes patienten en statussamtale. Endvidere tager sundhedspersonalet på hospitalet telefonisk kontakt til patienten, 2 måneder efter rehabiliteringen på hospitalet er afsluttet. Telefonsamtalen skal sikre opfølgning på, at overgangen til fase 3 rehabilitering i primærsektoren er sket efter de aftalte mål.

Som et led i fase 2 hjerterehabiliteringen afprøves et telemedicinsk patientuddannelses-tilbud. Det telemedicinske tilbud omfatter fysisk træning i eget hjem. I tilbuddet er det tilrettelagt således, at patienten træner 3 gange ugentligt i 12 uger, hvoraf den ene ugentlige træningsseance foregår i eget hjem, med supervision og støtte via telemedicin. Der ansøges om midler til etablering af den tværfaglige, tværsektorielle hjerterehabilitering i puljen vedr. forløbsprogrammer, mens tilbuddet vedr. telemedicinsk patientuddannelse ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling.

Til det samlede hjerterehabiliteringsprojekt er endvidere knyttet et tilhørende del-projekt vedr. etablering og opstart af en tværfaglig, tværsektoriel klinisk database. Databasen har til formål at sikre systematisk kvalitetsudvikling af den samlede hjerterehabiliteringsindsats ved at generere og monitorere data om hjertepatienters patientforløb på tværs af fag og sektorer.

Del-projektet er nærmere beskrevet i ansøgningen om puljemidler til patientundervisning og egenomsorg, herunder kvalitetssikring og koordinering af patientuddannelses-

programmer. Det skal understreges, at del-projektet er et væsentligt led i det samlede projekt om tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering, idet databasen er en forudsætning for at kunne monitorere og udvikle kvaliteten i den samlede rehabiliteringsindsats.

Mål og perspektiv

Der er god evidens for effekten af hjerterehabilitering og for en række af del-elementerne heri. Formålet med projektet vedr. tværfaglig, tværsektoriel hjerterehabilitering er at:

- forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet
- bremse progression af hjertesygdom
- reducere morbiditet og mortalitet

Endvidere er det formålet at afdække perspektiverne for anvendelsen af telemedicin i patientuddannelse. Såfremt patienten via det telemedicinske tilbud kan opnå samme behandlingsmål som ved fremmøde på hospitalet, kan det betyde øget deltagelsesfrekvens for patienter, som har lang transporttid til hospitalet.

Formålet med det telemedicinske patientuddannelses tilbud er:

- monitorere og evaluere patienternes behandlingsmål
- vurdere perspektiverne for yderligere udbredelse i regionen

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Tværfaglig tværsektoriel hjerterehabilitering	1.539.000	1.535.000	1.457.000	4.531.000

Projekt nr. 9 - Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)

Projektindhold

På Regionshospitalet Viborg etableres et tilbud om differentieret hjerterehabilitering for udsatte patienter med særligt behov. Differentieret hjerterehabilitering indeholder elementer, som udbygger det standardiserede tilbud om hjerterehabilitering, som i dag tilbydes på hospitalet.

Som beskrevet i forløbsprogrammet for hjertekar-sygdom tilbydes alle hjertepatienter, som påbegynder fase 2, en indledende individuel samtale med læge, sygeplejerske, fysioterapeut og diætist. Samtalen foregår 1-2 uger efter udskrivelsen. Samtalen indleder og strukturerer det efterfølgende rehabiliteringsforløb og afdækker evt. særlige behov for støtte.

Vurderingen foretages med afsæt i screeningsspørgsmål og score-skemaer. Som udgangspunkt afgrænses projektets målgruppe til at omfatte hjertepatienter under 70 år med hjertesvigt på iskæmisk baggrund, herunder AKS-patienter.

Mål og perspektiv

I Region Midtjylland er der allerede gjort erfaringer med socialt differentieret hjerterehabilitering. Et projekt på Århus sygehus har bl.a. vist, at det er muligt at eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering, og at der kan opnås lige medicinsk compliance og signifikant lige behandlingsmål for patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering. Dvs. at en målrettet, systematisk indsats i fht. patienter med en risikoprofil kan medvirke til, at denne gruppe profiterer af hjerterehabilitering på lige fod med andre grupper

Formålet med projektet er at etablere et udbygget tilbud til patienter, som har brug for tiltag, der ikke er indeholdt i et standardiseret rehabiliteringsforløb. Indsatsen vil bl.a. tage afsæt i de redskaber og metoder, som er dokumenteret effektive i omtalte projekt vedr. social differentieret hjerterehabilitering. Målet med projektet er:

- Øge deltagelse og fastholdelse i hjerterehabiliteringen for udsatte hjertepatienter
- Øget patientens evne til egenomsorg,
- Mindske antal genindlæggelser og ambulante besøg

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
-------	------	------	------	-------

Sundhedsfagligt personale til differentieret hjerterehabilitering	334.000	400.000	400.000	1.134.000

Projekt nr. 10 - Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Randers og Grenaa)

Projektindhold

I samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Grenaa, kommunerne i "Randersklyngen" og de praktiserende læger i området udvikles og etableres et tilbud om individuelt tilpasset hjerterehabilitering.

Projektet skal udvikle og beskrive elementerne i et samlet hjerterehabiliteringsforløb, fra patienten indlægges (fase 1), til patienten har modtaget rehabilitering i fase 3 i primærsektoren. Rehabiliteringsindsatsen skal rumme en indsats ift social differentiering, således at der etableres et tilbud, som er rettet mod hjertepatienter med et særligt behov. Vurderingen foretages med afsæt i screeningsspørgsmål og score-skemaer. Inden patienten udskrives udarbejdes i samarbejde med patienten en skriftlig rehabiliteringsplan, herunder tidsplan og genoptræningsplan. Patientens kontaktperson på hospitalet koordinerer overgangen til primærsektoren og foretager telefonisk opfølgning til patienten, 2 måneder efter rehabiliteringen på hospitalet er afsluttet.

Projektet skal ligeledes udvikle og beskrive samarbejdsrelationerne mellem hospital, kommuner og praksissektor i Randersklyngen ift overgangen fra hospitalet til rehabilitering i primærsektoren. Projektet omfatter øget kommunal indsats i fase 2, idet patienter med stabil eller ustabil hjertekrampe efter 8 ugers fase 2 rehabilitering på hospitalet fortsætter fase 2-forløbet i kommunalt regi. Jf. anbefalingerne i forløbsprogrammet for hjertekar-sygdom evalueres den kommunale indsats i projektet.

Mål og perspektiv

Den del af projektet, som omhandler udvikling af en individuelt tilpasset rehabiliteringsindsats, vil tage afsæt i de redskaber og metoder, som er dokumenteret effektive i førortalt projekt vedr. social differentiering i hjerterehabilitering.

Projektet har endvidere til formål at styrke det tværsektorielle samarbejde i rehabiliteringsindsatsen. Formålet er at sikre en entydig opgavefordeling, som er velbeskrevet og synlig for alle sektorer. Evalueringen af den kommunale indsats i fase 2 vil bidrage til det fortsatte arbejde med at udvikle snitfladerne mellem kommuner og hospital i hjerterehabiliteringen.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Udviklings- og forløbskoordinerende funktioner, herunder evaluering af kommunal indsats i fase 2	350.000	500.000	550.000	1.400.000

Projekt nr. 11 - Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering (Regionshospitalet Silkeborg)

Projektindhold

Der etableres et samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg, de omkringliggende kommuner i "Silkeborg-klyngen" (Silkeborg, Favrskov og Skanderborg Kommune) og praksissektoren i området, med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring hjertepatienters overgang mellem fase 2 og fase 3 i rehabiliteringsforløbet.

Projektet skal styrke en systematisk opfølgning på rehabiliteringsindsatsen, når patienten har afsluttet fase 2 på hospitalet og fortsætter det videre rehabiliteringsforløb (fase 3) i primærsektoren. Opfølgningen foretages af en forløbskoordinerende sygeplejerske, som har løbende kontakt med patienterne. Endvidere tilbydes patienterne 2-4 hospitalsbesøg i fase 3, hvor der kan foretages relevante undersøgelser.

Foruden den styrkede sundhedsfaglige indsats omfatter projektet, at der udarbejdes beskrivelser af de kommunale tilbud for hjertepatienter i fase 3 med henblik på, at de tilbydes alle hjertepatienter, når de afslutter fase 2-rehabiliteringen på hospitalet.

Mål og perspektiv

Målet med projektet er at styrke rehabiliteringen i fase 3. Det gælder indsatsen ift den enkelte patient, hvor den forløbskoordinerende sygeplejerske skal sikre opfølgning og koordinering af indsatsen samt eventuelle undersøgelser på hospitalet. En supplerende systematisk hospitals-baseret opfølgning på halvdelen af de patienter som afslutter fase 2 på hospitalet, vurderes at kunne have en række positive sundhedsmæssige effekter. Indsatsen vil blive systematisk dokumenteret via registrering og spørgeskemaer og evalueret i fht. effekten på patientens forbrug af hospitalsydelser (bl.a. genindlæggelser og ambulante besøg), på forbrug af kommunale ydelser (bl.a. hjemmehjælp og plejehjemsanbringelser) og ydelser i praksissektoren.

Det gælder også ift. at styrke det tværsektorielle samarbejde ved at sikre en klar og synlig opgavefordeling mellem sektorerne gennem beskrivelser og formidling af eksisterende tilbud/indsatser.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Forløbskoordinerende projektsygeplejerske	272.000	272.000	272.000	816.000

Projekt nr. 12 - Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Projektindhold

Forløbsprogrammet for hjertekar-sygdom fastslår, at rehabiliteringen i fase 2 som hovedregel skal foregå på hospitalet, men at dele af fase 2 kan foregå i kommunalt regi i samarbejde med kardiologisk hospitalsafdeling, såfremt den nødvendige faglighed er til stede i kommunen.

På Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, etableres et projekt, som har til formål at udarbejde retningslinier for, hvorledes der kan samarbejdes i fase 2, herunder hvordan en model for shared care kan etableres og evalueres. Der vil blive udarbejdet modeller for kontinuerlig tværsektoriel videndeling, kvalitetsvurdering- og udvikling. Projektet afsluttes med udarbejdelse af en MTV-rapport.

I løbet af projektperioden udarbejdes dokumentation for effekten af fase 2 rehabilitering henholdsvis før og efter shared care modellen er etableret. Første år tages der udgangspunkt i de aktuelt gældende retningslinier for hjerterehabilitering på Århus Sygehus, som dokumenteres ift. effekt på risikoparametre, genindlæggelsesfrekvens, dødsfald m.m. Endvidere indledes arbejdet med at udvikle en model for hospitalets indsats i en shared care-model. Andet år videreudvikles shared care-modellen i samarbejde med sundhedspersonale fra primærsektoren. På baggrund heraf afprøves shared care-modellen på min. 100 AKS-patienter, og indsatsen dokumenteres og sammenholdes med den dokumenterede effekt fra 1. år. Tredje år opgøres de samlede erfaringer, og der beskrives og etableres en shared care-model for et tværfagligt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS. Modellen vil bl.a. indeholde uddannelsesprogrammer, supervisions-initiativer og et program for patientundervisning.

Til projektet afsættes speciallægeressourcer samt ressourcer til sygeplejerske og diætist.

Mål og perspektiv

Med kommunernes øgede rolle og ansvar ift. forebyggelse og genoptræning er der særligt fokus på snitflader mellem hospital og kommune i fase 2 rehabiliteringen. Forløbsprogrammet åbner mulighed for, at kommunerne kan medvirke i fase 2 rehabiliteringen. Projektet skal gennem udviklingen af en shared care-model beskrive de faglige, samarbejds-mæssige og sikkerhedsmæssige forudsætninger, som kommunal medvirken påkræver.

På baggrund af projektet udarbejdes en MTV, som skal omhandle:

- Effekt af behandlingsindsatsen på udvalgte risikoparametre (blodlipider, blodtryk, arbejdskapacitet, genindlæggelser, død m.v.)
- Udgifter forbundet med behandlingsindsatsen før og efter etablering af shared care-modellen

Såfremt der kan udvikles en shared-care model, som kan dokumentere en effektiv behandlingsindsats af høj faglig kvalitet, kan erfaringerne udbredes til øvrige dele af regionen, ligesom modellen kan tilpasses andre grupper af kroniske hjertepatienter. En øget kommunal indsats vurderes at kunne have en positiv effekt på hjertepatienternes

deltagelse i rehabiliteringen. Fase 2 strækker sig over ca. 12 uger, og særligt i områder, hvor der er lang transporttid til hospitalet, kan et styrket kommunalt tilbud medvirke til at fastholde patienten i et rehabiliteringsforløb.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Speciallæge-, sygeplejerske- og diætistressourcer	1.550.000	1.550.000	1.550.000	4.650.000

Samlet budget for projekter med afsæt i forløbsprogrammet for hjertekar-sygdom

Titel	2010	2011	2012	I alt
Tværfaglig tværsektoriel hjerterehabilitering, Århus Universitetshospital, Skejby	1.539.000	1.535.000	1.457.000	4.531.000
Sundhedsfagligt personale til differentieret hjerterehabilitering, Regionshospitalet Viborg	334.000	400.000	400.000	1.134.000
Udviklings- og forløbskoordinerende funktioner, Regionshospitalet Randers og Grenaa, herunder evaluering af den kommunale indsats i fase 2	350.000	500.000	550.000	1.400.000
Forløbskoordinerende projektsygeplejerske, Regionshospitalet Silkeborg	272.000	272.000	272.000	816.000
Speciallæge-, sygeplejerske- og diætistressourcer, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, herunder MTV-rapport	1.550.000	1.550.000	1.550.000	4.650.000
I alt	4.045.000	4.257.000	4.229.000	12.531.000

Forløbsprogram for lænderygsmerter

Projekt nr. 13 - Lænderygsmærter – et litteraturstudie af bedste viden på området

Projektindhold

Arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet for muskel skelet lidelser i Region Midtjylland er netop igangsat. Der er udpeget et formandskab for forløbsprogrammet, og det første møde er afholdt. Målgruppen for forløbsprogrammet blev på mødet fastlagt til at være borgere med lænderyg smerter. Rygområdet er et komplekst område med mange behandlings-, planlægnings-, og samarbejds-mæssige udfordringer. Således vil forløbsprogrammet bevæge sig ind på et felt, hvor evidens og sikkerhed omkring, hvad der virker, og hvad der ikke virker, er meget sparsom, og hvor mange forskellige fagligheder og sektorer er involveret. På den baggrund vurderer Region Midtjylland, at der er behov for at skabe et samlet overblik over den foreliggende viden på området, som efterfølgende kan danne baggrund for forløbsprogramgruppens arbejde.

Den første aktivitet, som sættes i gang i forbindelse med forløbsprogrammet for lænderygsmærter, er dermed en litteraturbaseret afdækning af evidensen på området. Afdækningen skal omhandle viden om den kliniske kvalitet, den organisatoriske kvalitet og den patientoplevede kvalitet. Arbejdet afsluttes med en rapport samt en præsentation af den opsamlede viden for forløbsprogramgruppen.

Mål og perspektiv

Målet med undersøgelsen er at samle den bedste viden på området og således etablere en fælles vidensplatform, hvorfra arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet kan tage afsæt.

På baggrund af undersøgelsens sammenfatning af den eksisterende evidensbaserede viden omkring udredning og behandling på området samt Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for muskel skelet området, vil forløbsprogramgruppen være i stand til at planlægge den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for patienter med lænderygsmærter på den mest kvalificerede og kompetente måde.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Litteraturstudie af lænderygsmærter	300.000 kr.			300.000

3.) Kronikerindsatsen i almen praksis

Indsatsen i almen praksis er et afgørende element i den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom. Praksis er indgangen til det samlede sundhedsvæsen, og det sted hvor hovedparten af kroniske patienter kommer hyppigst. Endvidere har praksis kontakt til alle typer af kroniske sygdomsgrupper. For den kroniske patient er der ofte tale om et livslangt behandlingsforløb, og indsatsen bør, af hensyn til patienten og optimering af de sundhedsmæssige ressourcer, så vidt muligt foregå i borgerens nærmiljø og primærsektoren.

I kronikerindsatsen er almen praksis tiltænkt en afgørende rolle som tovholder på patientens samlede behandlingsforløb. Behandlingsforløbene for en kronisk patient er langvarige, tværsektorielle og ofte med et komplekst sygdomsbillede, hvilket stiller øgede krav til almen praksis ift. at varetage tovholder-funktionen. Den praktiserende læge skal som tovholder have værktøjer, der giver mulighed for at være proaktiv og have overblik over de kroniske patienter og deres behandlingsforløb samt viden om den indsats, der finder sted hos de øvrige sundhedsaktører. En gradueret indsats i form af stratificering af patienterne til den rette sundhedsydelse er et væsentligt element i kronikerindsatsen. For at den praktiserende læge kan foretage stratificeringen, er det nødvendigt, at opgavefordelingen mellem sektorerne er synlig og kendt af almen praksis.

Praksispersonalet spiller en væsentlig rolle ift. at løfte tovholderfunktionen i almen praksis. Den kroniske patients møde med almen praksis vil ofte være mødet med en sygeplejerske eller andet praksispersonale. Praksispersonalet vil indgå som en væsentlig brik i kronikerindsatsen i almen praksis, fx ift. forebyggelsessamtaler, opfølgning og monitorering af indsatsen. Kompetenceudvikling, opgaveglidning og omstilling af arbejdsprocesser i den enkelte praksis vil derfor være et væsentligt indsatsområde ift. at styrke kronikerindsatsen i almen praksis.

For at understøtte en styrket kronikerindsats i almen praksis ansøges der endvidere om et projekt vedr. tværsektoriel dokumentation, datafeedback og videndeling (beskrevet under "tværgående initiativer"). Almen praksis er et centralt indsatsområde i dette projekt. Dokumentation og systematisk brug af data vil kunne medvirke til at understøtte, dokumentere og monitorere stratificeringen af kronisk syge patienter, blandt andet ved at sammenstille og gøre relevante data tilgængelige for behandlerne i

det kroniske patientforløb, herunder almen praksis. En bagvedliggende IT-infrastruktur findes afgørende for at understøtte vidensdeling og hensigtsmæssige patientforløb. Datafeedback kunne bidrage til en transformation af indsatsen ved at gøre en mere proaktiv indsats mulig, både i forhold til den enkelte patient og overfor hele populationen af kroniske patienter.

Den styrkede indsats for de kroniske patienter i almen praksis vil bl.a. ske med udgangspunkt i praksisområdets eksisterende kvalitetsorganisation.

Kvalitetsorganisationen er opbygget i lokale kvalitetsteam tre steder i regionen.

Kvalitetsorganisationen består af følgende konsulenttyper:

- Praksiskoordinatorer (samarbejdsfeltet)
- Praksisudviklingskonsulenter (organisationsudvikling)
- Efteruddannelsesvejledere (lægelig kompetenceudvikling)
- Lægemedelkonsulenter (medicinindsats)
- IT-konsulenter (IT-understøttelse)

Projekt nr. 14 - Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis

Projektindhold

Indsatsen i almen praksis er afgørende for den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom, da almen praksis forventes at påtage sig rollen som tovholder for patientens samlede behandlingsforløb. Tovholderfunktionen forudsætter, at praksis er proaktiv, har overblik over de kroniske patienter og deres behandlingsforløb samt viden om den indsats, som finder sted hos de øvrige sundhedsaktører.

I almen praksis i Region Midtjylland er der ca. 850 alment praktiserende læger fordelt på ca. 430 praksis med forskellig størrelse, organisering og arbejdsmetoder.

Derfor er der også en særlig udfordring i forhold til at sikre, at almen praksis får god mulighed for at varetage tovholderfunktionen, og i forhold til at sikre, at samtlige praksis i regionen har de nødvendige forudsætninger for at være en del af en effektiv indsats for behandlingen af de kroniske patienter.

På den baggrund iværksættes en proces, som tager sigte på at styrke kompetenceudvikling i almen praksis. Der etableres et projekt, som igangsætter og udbreder en omstillingsproces på almen praksis-området i hele Region Midtjylland. Målet er at sikre, at viden og arbejdsgange, til understøttelse af en optimal patientbehandling, forankres i almen praksis.

Der tages udgangspunkt i gennembrudsmetoden, som er en kvalitetsudviklingsmetode, der bygger på, at kvalitetsforbedringer opnås gennem afprøvning, tilpasning og implementering af eksisterende viden om god praksis. Der nedsættes lokale praksisudviklingsgrupper, som arbejder kontinuerligt og intensivt med afprøvning af forbedringstiltag til gavn for behandlingen af de kroniske patienter. Praksisudviklingsgruppernes størrelse vil afhænge dels af praksisstørrelse og dels af antal praksis i den pågældende kommune.

Arbejdet i praksisudviklingsgrupperne vil bl.a. omfatte:

- Rammer for indførelse af forløbsprogrammerne i den kliniske hverdag
- Gennemførelse af stratificering af patienterne i samarbejde med hospitalerne og kommunerne
- Ændring af arbejdsprocesser ved udarbejdelse af vejledninger fx for arbejdsfordeling mellem læge og praksispersonale, medicinordination, planlægning, populationsansvar m.m.
- IT understøttelse, herunder systematisk brug af datafangstmodul og ICPC
- Udvikle rammer for datafeedback til praksis og lægernes brug af kliniske data
- Retningslinjer for arbejdsdeling og samarbejde med kommuner og hospitaler i klyngerne

Som et led i processen planlægges endvidere kompetenceudvikling rettet mod den kliniske behandlingsindsats. Kompetenceudviklingen rettes mod både læger og praksispersonale og kan indgå som et led i arbejdet i praksisudviklingsgrupperne eller i samarbejde med en etableret kursusudbyder.

Projektets indledende fase vil omfatte en spørgeskemaundersøgelse, der skal fungere som base-line med henblik på en samlet evaluering af projektets effekt.

Mål og perspektiv

Formålet med projektet er at igangsætte en proces, som skal styrke indsatsen for den store gruppe af kroniske patienter, og sikre at der ydes en optimal patientbehandling af de kroniske patienter i almen praksis.

Efterlevelse af regionens forløbsprogrammer og mål for kronikerindsatsen i øvrigt stiller krav om en mere proaktiv indsats og skærper fokus på tovholderfunktionen. Omstillingsprocessen skal sikre, at almen praksis udvikler indsatsen i overensstemmelse hermed.

Det er målsætningen, at 80 % af alle praksis i Region Midtjylland ved udgangen af 2012 har deltaget i projektet.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Understøttelse af nye arbejdsgange i praksis	2.750.000	2.700.000	2.750.000	8.200.000
Efteruddannelse af læger og praksispersonale	2.200.000	2.200.000	2.200.000	6.600.000
Omstilling og kompetenceudvikling i alt	4.950.000	4.900.000	4.950.000	14.800.000

Projekt nr. 15 – Styrket farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer

Projektindhold

Kroniske patienter har ofte konkurrerende lidelser, hvilket kan resultere i et betydeligt medicinforbrug og ordination af mange forskellige præparater. Behandlingsforløbet involverer ofte både primær- og sekundærsektoren, hvilket stiller krav om en effektiv og koordineret medicinordination for disse patienter.

For at styrke denne indsats etableres et projekt, som skal sikre øget farmaceutisk rådgivning til den praktiserende læge. Indsatsen skal varetages af farmaceuter i samarbejde med speciallæge i klinisk farmakologi. Indsatsen baseres på, at hver

praksis danner et overblik over omfanget af kroniske patienter med et komplekst medicinforbrug, og på den baggrund – efter samtykke fra patienten - retter henvendelse til den farmaceutiske rådgivning med henblik på en fælles medicin-gennemgang. Rådgivningen vil særligt ske med fokus på den komplekse medicinske patient, ordinationer i sektorovergange, polyfarmaci, interaktion og ko-morbiditet.

Udviklingsprojektet baseres på erfaringer fra blandt andre Kaiser Permanente, som har påvist, at brugen af direkte farmaceutisk rådgivning bl.a. kan give øget kvalitet for borgeren med evt. færre bivirkninger, færre udgifter til medicin, færre indlæggelser og bedre compliance for udvalgte grupper af borgere med kroniske sygdomme.

Rådgivningen kan ske telefonisk, elektronisk eller i form af praksisbesøg ligesom der vil blive udarbejdet støttepakker og vejledninger til praksis. Den farmaceutiske indsats vil have karakter af rådgivning, og ansvaret for medicineringen vil fortsat være placeret hos den praktiserende læge.

Projektet indledes med et pilotprojekt i 2010 i Viborg- og Silkeborgklyngen. Som pilotprojekt indledes med, at der udføres baseline-målinger på lægemiddelindsatsen i de praksis, som indgår i pilotprojektet. Med afsæt i erfaringerne fra pilotprojektet planlægges en udrulning til den øvrige del af regionen i 2011 og 2012. I slutningen af projektperioden planlægges en samlet ekstern evaluering af indsatsen.

Mål og perspektiv

Målet med projektet er at forbedre kvaliteten af lægemiddelbehandlingen ift. kroniske patienter. Projektet forventes at have effekt både ift. kvaliteten i behandling af den enkelte patient i form af større compliance, men også ved at reducere patientens forbrug af sundhedsydelser, fx kontakter til almen praksis og (gen)indlæggelser på hospitalet.

Muligheden for øget farmaceutisk rådgivning og øget viden om polyfarmaci skal understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder for den kroniske patients samlede behandlingsforløb. Rådgivningen vil medvirke til at styrke lægens overblik over patientens samlede medicinering.

Projektet bidrager til kompetenceudvikling i praksis, ved at øge viden om polyfarmaci ift. den kroniske patient. Indsatsen er således rettet mod kroniske patienter med et komplekst behandlingsbehov.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer	1.850.000	2.850.000	3.050.000	7.750.000

Samlet budget for almen praksis

Titel	2010	2010	2012	I alt
Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis	4.950.000	4.900.000	4.950.000	14.800.000
Farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer	1.850.000	2.850.000	3.050.000	7.750.000
I alt	6.800.000	7.750.000	8.000.000	22.550.000

4.) Tværgående initiativer

I dette afsnit beskrives indsatser og projekter på tværs af forløbsprogrammer af betydning for patienter med kroniske sygdomme, og hvor det ikke giver mening at beskrive indsatsen under et bestemt forløbsprogram.

Alle de tværgående indsatser har afsæt i Regionens kronikerstrategi. Indsatserne omhandler forbedret kommunikation mellem sektorerne, dataopsamling og datafeedback på tværs af sektorer, en evaluering og vurdering af patientforløb ud fra borgernes perspektiv samt opfølgende hjemmebesøg.

Projekt nr. 16 - Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland

Projektindhold

Indsatsen overfor patienter med kroniske lidelser sætter sig dataspor i de tre sektorer, hvor indsatsen gøres. Der eksisterer dog kun et begrænset overblik over data på patientens samlede behandlingsforløb. Med dette projekt vil aktivitetsdata fra sundhedsvæsenets forskellige sektorer blive samlet og stillet til rådighed for relevante sundhedsprofessionelle i patientforløbene. Projektet har særligt fokus på at tværsektorielle data sammenstilles og anvendes til at understøtte den praktiserende læge i at varetage tovholderfunktionen samt styrke praksis' mulighed for at handle proaktivt.

En koordineret udnyttelse af eksisterende data på tværs af sektorer er et afgørende element i arbejdet med at udvikle effektive og koordinerede behandlingsforløb for kroniske patienter. Ved at sammenstille aktivitetsdata fra sundhedsvæsenets forskellige sektorer, forbedres mulighederne for at belyse omfanget af patientvandring og konkrete indsatser. Projektet vil give et solidt fundament for et styrket tværsektoriel kommunikation og kvalitetsudvikling, og vurderes at ville give et afgørende løft i kvaliteten af den samlede koordinerede behandlingsindsats.

Projektet baseres, på at der indsamles data fra eksisterende registre, og det skal sikres, at der sker en efterfølgende opfølgning på de tilgængelige data. Der foretages allerede en omfattende registrering af aktivitet og ressourceanvendelse i sundhedsvæ-

senet. Det er hensigten, at der måles på tilgængelige og allerede eksisterende data for den kliniske kvalitet, hvilket fx kan være relevante laboratoriedata, medicinordinationer, samt tværsektorielle kontakter, besøg og henvisningsmønstre.

Ved kombination af primærsektorens data på individniveau med individbaserede data fra sekundærsektoren, og eventuelt andre dele af sundhedsvæsenet, kan der leveres informationer på individniveau. Samtidig skabes der mulighed for at udarbejde populationsoverblik på praksisniveau på udvalgte behandlingsmål. Dermed understøttes den praktiserende læge i at varetage tovholderfunktionen og handle proaktivt.

Som en del af dette projekt, skal der bl.a. ske en løbende rapportering/feedback til almen praksis. Data – i form af fx rapporter og skærbilleder - skal medvirke til, at den enkelte praksis anvender resultaterne af praksis' indsats til løbende kvalitetsudvikling af kronikerindsatsen.

Som et led i den samlede dataindsats skal der ske en generel udvikling af kronikerinformation til de praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne. Kronikerplatformen vil kunne indeholde forløbsprogrammerne, støttepakker, vejledninger, nyheder, særlige initiativer og projekter, beskrivelse af tilbud til kronisk syge mv.

Mål og perspektiv

Målet med projektet er, at det bliver muligt at dokumentere kvaliteten af kronikerindsatsen i det sammenhængende sundhedsvæsen, og at alle involverede parter – uanset sektor - systematisk benytter datafeedback til at styrke behandlingsindsatsen for den kroniske patient. Data giver mulighed for at følge patientens vej gennem sundhedsvæsenet, hvilket er særligt afgørende for den kroniske patient, hvor indsatsen sker tværsektorielt og typisk i et livslangt forløb. Bl.a. vil man kunne belyse, om en kronisk patient har benyttet sig af kommunale tilbud, været i konsultation hos speciallæger m.v.

Det er endvidere målet, at data skal kunne anvendes som dokumentation for udvikling af kvaliteten af behandlingen på forskellige niveauer, fx Regions-, kommune-, klynge-niveau mv.

En styrket indsats ift. dokumentation og en koordineret anvendelse af data-feedback skal understøtte et effektivt tværsektorielt behandlingsforløb af høj fagligt kvalitet.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Dokumentation, datafeedback og vidensdeling	2.425.000	2.100.000	2.200.000	6.725.000

Projekt nr. 17 - Opfølgende hjemmebesøg

Projektindhold

Opfølgende hjemmebesøg udgør en del af Region Midtjyllands kronikerindsats, er evidensbaseret og har bl.a. til formål at medvirke til at sikre en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordinerende indsats for borgere med kronisk sygdom. Ældre, skrøbelige medicinske patienter, som er målgruppen for opfølgende hjemmebesøg, har ofte flere kroniske sygdomme, hvorfor et sammenhængende patientforløb er påkrævet.

Opfølgende hjemmebesøg kan ydes til patienter over 78 år, der udskrives fra en medicinsk afdeling på hospitalet, og som tillige opfylder en række behovskriterier (fleksible og objektive inklusionskriterier). Hvilke patienter, der skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg, bliver besluttet på hospitalsafdelingen, mens patienten stadig er indlagt. Opfølgende hjemmebesøg består af tre kontakter. Første kontakt er et besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i patientens eget hjem. Anden og tredje kontakt ydes enten af praktiserende læge eller hjemmesygeplejersken eller af begge.

Da implementering af opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland er en del af regionens kronikerindsats, planlægges en udrulning af projektet til tre andre dele af regionen, udover den vestlige del af regionen hvor opfølgende hjemmebesøg fra januar 2009 er blevet implementeret.

Med afsæt i erfaringer og resultater fra implementering af opfølgende hjemmebesøg i den såkaldte "Vestklynge", søger Region Midtjylland midler til at igangsætte et udrulningsprojekt med henblik på at udbrede implementering af opfølgende hjemmebesøg til yderligere tre klynger i regionen.

Mål og perspektiv

Formålene med implementering af opfølgende hjemmebesøg er at forebygge genindlæggelser ved at sikre og/eller optimere den planlagte behandling, medicinering og pleje efter udskrivelse af ældre, skrøbelige patienter. Således vil der ved at implementere denne evidensbaserede intervention i Region Midtjylland blive opbygget nye, strukturerede, holdbare samarbejdsformer mellem sundhedsvæsnets aktører til gavn for den nyudskrevne, ældre, skrøbelige patient. Der skabes mere sammenhængende patientforløb med en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordinerende indsats, som giver tryghed efter udskrivelse fra hospitalet. Dette vil bidrage til at forbedre patientens mulighed for at mestre egen tilværelse på bedste vis efter endt indlæggelse.

Samtidig synliggøres hjemmesygeplejerskernes og de praktiserende lægers forebyggende og sundhedsfremmende arbejde via strukturerede arbejdsformer og dokumentation. Desuden viser erfaringer, at der bliver større overensstemmelse mellem praktiserende læges medicinliste og den faktiske medicin, patienten indtager, hvilket nærværende projekt også vil fokusere på.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Opfølgende hjemmebesøg	533.300	533.400	533.300	1.600.000

Projekt nr. 18 - En styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme - borgernes perspektiv

Projektindhold

Som et led i monitorering af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom i Region Midtjylland udføres denne undersøgelse af borgernes oplevelse af patientforløbet, som beskrives i forløbsprogrammet. Projektet vil udvikle et undersøgelseskoncept, som kan benyttes fremover i den løbende monitorering af forløbsprogrammerne. Metoden baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse, der giver mulighed for at afdække borgerperspektivet i bredden, både hvad angår sektorer, geografisk spredning og variationer

indenfor og på tværs af de enkelte sygdomsområder. Der følges op med fokusgruppe-interview, som giver plads til udforskning og præciseringer af særlige udfordringer vedrørende et sygdomsområde inden for en given geografi (en klynge). Dette kan åbne op for at inddrage ikke-forudsete aspekter ved området – og kan bidrage til yderligere at styrke implementeringen af forløbsprogrammerne.

Projektet fokuserer specifikt på, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med borgernes øjne, og kan give betydningsfulde bidrag til arbejdet hen mod de mange målsætninger i programmerne.

Mål og perspektiv

Undersøgelsen vil gøre borgernes perspektiv til en integreret del af den løbende monitorering af implementeringen af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland. Der vil med dette projekt blive udarbejdet et base line studie af situationen, før implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom tager fart, som programmets effekt kan måles imod. Samtidig vil der også blive udviklet en undersøgelsesmetode, som fastholder borgene i centrum i arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammerne, og kan sættes i drift ved tilbagevendende undersøgelser eksempelvis hvert andet år. Undersøgelsen vil således blive gentaget som en del af den løbende monitorering af forløbsprogrammerne, og kan udvides til også at omhandle kommende forløbsprogrammer (eksempelvis det kommende muskel skelet). Rapporteringen fra undersøgelsen vil indeholde en samlet elektronisk rapport, der skelner mellem de tre sygdomsområder samt klynger. Derudover vil et detaljeret tabelmateriale opgøre resultaterne på relevante baggrundsvariable som f.eks. køn og aldersgrupper.

En del af spørgeskemaet indeholder en spørgsmålspakke, der specifikt retter sig mod de kommunale ydelser. Kommuner, der er interesserede i at få deres egne resultater, har mulighed for at købe en kommunespecifik rapport, som evt. er suppleret med et yderligere antal borgere, der deltager i undersøgelsen, og som bl.a. indeholder spørgsmål rettet specifikt mod kommunale ydelser.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Borgernes perspektiv	500.000	500.000	500.000	1.500.000

Projekt nr. 19 - Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup (Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup)

Projektindhold

Da der i forløbsprogrammerne fokuseres på at optimere patientforløbene både fagligt og organisatorisk og skabe sammenhæng mellem de forskellige sektorer, stiller dette store krav til kommunikationen. Sigtet med projektet er at styrke kommunikationen mellem de forskellige sektorer, hvorfor projektet skal udvikle og optimere eksisterende kommunikationsmuligheder.

Projektet skal således ses i forhold til krav om forbedret telefonisk rådgivning, tillige med krav om at kunne henvise patienter hurtigt til speciallægeambulatorier og vurdering hos sygeplejersker (herunder også sygeplejersker med udgående funktion). For at sikre dette er der behov for en kortlægning og forbedring af de eksisterende kommunikationslinjer og visitationsmuligheder. Udviklingen af kommunikationslinjer og visitationsmuligheder vil samtidig kunne medvirke til en mere effektiv udnyttelse af speciallægers tid, forbedre muligheden for en korrekt stratificering samt medvirke til at reducere uhensigtsmæssige indlæggelser.

Med udgangspunkt i de eksisterende kommunikationsmuligheder, vil der ske en vurdering af mulighederne for og afprøvning af forskellige teknologier, som kan styrke kommunikationen mellem de forskellige sektorer. Eksempelvis kan nævnes kommunikation via EDI-fact, sms konsultation, videokonsultation, web-booking og forskellige telemedicinske løsninger.

Til gennemførelse af projektet ansættes en projektleder. Desuden afsættes en betydelig del af de ansøgte midler til anskaffelse og afprøvning af kommunikationsmidler/teknologi. Endvidere vil en del af projektets ressourcer skulle anvendes til at understøtte den omstillingsproces, som må forventes for at sikre en styrket kommunikation mellem sektorerne.

Mål og perspektiv

Målet med projektet er at sikre, at almen praksis og kommuner kan få den rette rådgivning på rette tid, således at patienten får det mest hensigtsmæssige forløb uden et unødigt forbrug af speciallægeressourcer. Samlet set skal en udvikling og forbedring af kommunikationsmulighederne mellem sektorer medvirke til at optimere patientforløb og sikre den mest hensigtsmæssige udnyttelse af sundhedsfaglige ressourcer. Derudover er det sigtet med projektet, at der skal ske et fald i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser samt en bedre stratificering. På sigt vil viden fra projektet i form af kommunikationsløsninger kunne udbredes til de forskellige sektorer i hele regionen. I sin helhed skal projektet medvirke til at fremme sammenhæng i patientforløb, hurtig adgang til relevant klinisk vejledning samt IT-initiativer, som kan understøtte effektive behandlingsforløb.

Da der er tale om et udviklingsprojekt, vil der blive nedsat en projektorganisation med henblik på afdækning af eksisterende og fremtidige muligheder for styrket kommunikation. Dette skal ske i et nærmere samarbejde med kommuner og almen praksis. Derfor vil projektet skulle udfoldes yderligere i forhold til konkrete indsatser og målepunkter.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Styrket kommunikation mellem Regionshospitalet, almen praksis og kommuner	700.000	1.300.000	995.000	2.995.000
I alt	700.000	1.300.000	995.000	2.995.000

Samlet budget for tværgående initiativer

Titel	2010	2011	2012	I alt
Dokumentation, datafeedback og vidensdeling	2.425.000	2.100.000	2.200.000	6.725.000

Opfølgende hjem- mebesøg	533 300	533 400	533 300	1.600.000
Borgernes perspek- tiv	500 000	500 000	500 000	1.500.000
Styrket kommuni- kation mellem Regi- onshospital, almen praksis og kommu- ner	700.000	1.300.000	995.000	2.995.000
I alt	4.499.000	4.388.000	3.933.000	12.820.000

5.) Samlet budget for ansøgninger til pulje vedrørende forløbsprogrammer

Titel	2010	2011	2012	I alt
KOL forløbsprogram	635.000	735.000	735.000	2.105.000
Diabetes forløbsprogram	2.401.000	2.782.000	2.595.000	7.778.000
Hjerte-kar forløbsprogram	4.045.000	4.257.000	4.229.000	12.531.000
Muskel-skelet forløbsprogram	300.000			300.000
Almen praksis	6.800.000	7.750.000	8.000.000	22.550.000
Tværgående initiativer	4.499.000	4.388.000	3.933.000	12.820.000
I alt	18.680.000	19.912.000	19.492.000	58.084.000

6.) Midtvejsrapport / evaluering af initiativerne

I Region Midtjylland vil der blive foretaget en evaluering og dokumentation af de indsatser, der sættes i gang i 2010 efter tilsagn fra Ministeriet vedrørende projekter/indsatser under puljen til forløbsprogrammer og puljen til patientundervisning og egenbehandling.

Af hensyn til det samlede overblik over hele kronikerindsatsen i Regionen, vil der også blive foretaget en evaluering og dokumentation af den samlede kronikerindsats i 2010-2012. Den samlede indsats omfatter både de mange enkelte anbefalinger under forløbsprogrammerne samt opfølgning på anbefalingerne i kronikerstrategien.

Generelt er det en stor udfordring og vigtigt at fokusere på, at der både løbende – og efter evaluering og dokumentation af et projekt – sker spredning af viden og erfaringer om projektet til andre hospitaler med henblik på videre udbredelse.

Midtvejsrapport og evaluering af initiativerne under de to puljer

Under afsnit 1.2, 1.3 og 1.4 er beskrevet en række projekter og indsatser, som ønskes iværksat med midler fra forløbsprogrampuljen. Disse projekter og indsatser er nærmere beskrevet i bilaget til ansøgningen.

De detaljerede projektbeskrivelser i bilag 1 indeholder bl.a. mål og målepunkter, som de projektansvarlige skal kunne dokumentere realiseringen af. De projektansvarlige vil løbende redegøre for, at indsatsen bevæger sig i den rigtige retning.

De projektansvarlige skal desuden udarbejde en midtvejsrapport vedr. projektets gennemførelse samt en slutrapportering.

Der henvises til Ministeriets brev af 10. juli 2009 for en nærmere gennemgang af vilkår, der skal være opfyldt for de projektansvarlige tilskudsmodtagere.

Nogle af projekterne omfatter en mere grundig monitorering og evaluering, bl.a. for grad at kunne dokumentere effektive metoder/indsatser, hvilket kan understøtte en videre udbredelse af indsatsen.

Nogle projekter omfatter nedsættelse af en projektgruppe, som kan præcisere projektet yderligere, eller at der skal indledes et nærmere samarbejde med f.eks. kommuner eller almen praksis. I begge situationer kan der være tale om, at mål og målepunkter,

knyttet til projektet, udfoldes yderligere i projektperioden i et samarbejde mellem de involverede sektorer.

Evaluering og dokumentation af den samlede kronikerindsats i Region Midtjylland i 2010-2012

Udover evaluering og dokumentation af de enkelte projekter og indsatser under de 2 kronikerpuljer vil Region Midtjylland evaluere og dokumentere den samlede kronikerindsats i 2010-2012. Denne evaluering og dokumentation omfatter både anvendelse af nye evalueringsværktøjer, der udvikles som følge af projekter under kronikerpuljerne, samt en systematisk evaluering, der foretages i de samarbejdsstrukturer, der allerede er etableret omkring den samlede indsats overfor kroniske patienter i Regionen. Det drejer sig om følgende aktiviteter:

Måling af patienternes tilfredshed

Med projektet "borgernes perspektiv" - se en nærmere beskrivelse i ovenstående afsnit 1.4 om "De tværgående initiativer" - vil der blive udsendt en spørgeskemaundersøgelse (opfulgt af fokusgruppeinterview), der skal afdække relevante perspektiver hos patienter med henholdsvis type 2-diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Undersøgelsen, som gennemføres en gang i projektperioden, skal afdække, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med borgernes øjne. Projektet kan med fordel udbredes til kommunerne i Regionen.

Måling af patientens og populationens opnåede sundhedsmæssige tilstand / effekt

Der iværksættes et projekt, se afsnit 1.4., vedr. øget datafangst og ledelsesinformation om sundhedsfaglige data vedr. patienter omfattet af de 4 forløbsprogramområder: diabetes, KOL, hjertekar og senere muskel-skelet (ryg-patienter). Denne datafangst og datafeedback skal kunne besvare og give den relevante sundhedsperson et bedre og regelmæssigt overblik over: 1) Behandlingen af den enkelte patient 2) Behandlingen af hele gruppen af patienter (populationen). Dette giver mulighed for at følge udviklingen både på individniveau og på populationsniveau. Den forbedrede datafangst og anvendelse søges koordineret med kommunerne, bl.a. ift. mulighederne for at få kommunale data med på cpr-niveau samt opsamle og kommunikere data i alle tre sektorer. Alle samkøringer af data vil ske iht. persondatalovens bestemmelser.

Virker en iværksat patientuddannelse?

Et projekt, se ansøgningen til puljen om patientuddannelse og egenbehandling, skal resultere i et evalueringsværktøj i forhold til iværksat patientuddannelse. Værktøjet skal rumme et rapportmodul. Evalueringsdata skal kunne anvendes til at sikre og forbedre kvaliteten af de enkelte patientundervisningstilbud. Evalueringsværktøjet tænkes udbredt i både Regionen og til kommunerne i Regionen, så evalueringer af patientuddannelse bliver sammenlignelige og kan sammenholdes.

Evaluering på dialogmøder med hospitalerne

Region Midtjyllands direktion har jævnligt dialogmøder med de enkelte hospitalsledelser, hvor der gøres status over, hvor langt de enkelte hospitaler er med at implementere anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Desuden præsenteres hospitalsledelsen for oversigter, der for de enkelte forløbsprogram-målgrupper viser udviklingen i indlæggelser, antal sengedage og ambulante besøg. Dette fokus på at implementere alle anbefalinger fortsætter i projektperioden 2010-2012 og kan med fordel bruges som afsæt for en slutrapport.

Evaluering i klyngestrukturen

Evaluering af fremdrift i de enkelte forløbsprogrammer i de enkelte klynger, foretages i klyngegrupperne og forelægges sundhedsstyregruppen² og Sundhedskoordinationsudvalget (hvor politikere fra både Regionen, kommunerne og praksisområdet er repræsenteret). Det er Regionens mål, at de nye 2. generations sundhedsaftaler, der udarbejdes i 2010, udpeger kronikerområdet som et særligt indsatsområde, der skal følges nøje. Økonomigruppen³ vil blive involveret, bl.a. for at kunne bidrage til opgørelser over økonomiske konsekvenser af en given kronikerindsats.

Evaluering og revision af forløbsprogrammer

Som det fremgår af forløbsprogrammerne skal der mindst en gang om året ske en evaluering og eventuelt revision af det enkelte forløbsprogram. Det sker via formandskab og forløbsprogramgrupper. Her vil blive fremlagt en evaluering af de iværksatte

² Sundhedsstyregruppen er en administrativ styregruppe, der har som primær opgave at forberede sager til Sundhedskoordinationsudvalget. Styregruppen består af repræsentanter på ledelsesniveau fra kommuner og hospitaler, praktiserende læger og repræsentanter fra regionen.

³ Økonomigruppen er nedsat under sundhedsstyregruppen og sagsbehandler emner til denne. Gruppen har fokus på de økonomiske aspekter i forhold til samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og region.

aktiviteter med henblik på en overvejelse af, om der bør ske justeringer i de anbefalinger, forløbsprogrammerne kommer med.

Endelig vil Regionen med udgangen af 2012 ved slutevalueringen tage overordnet afsæt i tankerne bag Triple Aim modellen⁴, der sigter mod at optimere sundhedsvæsenet ud fra et fokus på tre parametre, nemlig borgernes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet, sundhedstilstanden i en given befolkning og begrænsning af omkostningerne per indbygger. Der vil derfor ved evalueringen og dokumentationen af kronikerindsatsen samlet set blive fokuseret på:

- Måling af patientens tilfredshed,
- Måling af populationens opnåede sundhedsmæssige tilstand/ effekt
- Måling af økonomiske konsekvenser af en given indsats

⁴ Triple Aim er en model udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) for at optimere udnyttelsen af de ressourcer der investeres i sundhedssystemet. Modellen fokuserer på individualisering af behandlingen, re-design af primær sektoren, en populationsorienteret tilgang til sundhed, omkostningsbegrænsning og system integration.

7.) Bilag

1. Projektbeskrivelser
2. Tids- og procesplan
3. Forløbsprogram for KOL
4. Forløbsprogram for hjertekar
5. Forløbsprogram for type 2 diabetes
6. Kronisk sygdom: Vision og strategi for en bedre indsats