

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

Pulje vedrørende patientundervisning
og egenbehandling

30. september 2009

1.	Indledning	3
2.	Patientundervisning	9
	Projekt nr. 20 - Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb	10
	Projekt nr. 21 - Evaluerings og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring	12
	Projekt nr. 22 - Læring og mestring i hjerterehabilitering (Hospitalsenheden Vest).....	13
	Projekt nr. 23 - Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (Århus Universitetshospital, Skejby)	14
	Projekt nr. 24 Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel database for hjertepatienter (Århus Universitetshospitalet, Skejby)	16
	Projekt nr. 25 - Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL (Regionshospitalet Viborg, Kjellerup og Skive)	17
	Projekt nr. 26 - Etablering af diabetesskole (Regionshospitalet Silkeborg)	18
3.	Egenbehandling	20
	Projekt nr. 27 - Udbredelse af selvstyret AK-behandling og udvikling af regional IT-plattform som behandlingsstøtte	21
	Projekt nr. 28 - Telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (Regionshospitalet Silkeborg)	22
4.	Samlet budget for ansøgningen til puljen vedr. patientundervisning og egenomsorg	24
5.	Midtvejsrapport / evaluering af initiativerne	25
6.	Bilag	29

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 til puljen vedrørende patientundervisning og egenomsorg.

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

Projekterne i denne ansøgning har i vid udstrækning fokus på kvalitetssikring, monitorering og koordinering af patientuddannelsestilbud både regionalt og kommunalt. Som led i kvalitetssikringen er der fokus på kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i forhold til at løfte opgaven med at understøtte patienternes evner til egenomsorg og handlekompetence. Derudover er der prioriteret projekter, der understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne og sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer. I forhold til egenbehandling ligger fokus på omstilling i form af udbredelse af telemedicinske løsninger, der har til hensigt at øge kvaliteten af behandlingen samt begrænse antallet af indlæggelsesdage og ambulante besøg.

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 i forhold til 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.

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. Indsatsen skal understøtte den praktiserende læges mulighed for at 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 populationstænkningen skal understøttes af systematisk brug af dataopsamling med henblik på kvalitets-sikring 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 hospitals-regi.

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 ift. 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. Der er 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 diagnostik, behandling og rehabilitering i et sammenhængende patientforløb.

Samarbejdsstrukturen i Region Midtjylland

Samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis er organiseret i 6 klynger. Klyngerne er en geografisk inddeling af regionen, med udgangspunkt i de 7 hospitalsenheder (der er to 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.

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.

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, Diabetes (type 2) 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, helhedsorienteret og samtidig 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 sekto-

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)

rer. Det er vigtigt, at der udvikles tillid til hinandens faglighed, et netværk og et sammenhold på tværs af sektorerne og klyngen.

Patientundervisning og egenomsorg

Som tidligere nævnt er et af de grundlæggende elementer kronikerindsatsen i Region Midtjylland et samspil mellem det velforberedte proaktive behandlerteam og den aktive informerede patient. Der er således også fokus på at understøtte patientens evne til egenomsorg og mestring af livet med en kronisk sygdom. Patientuddannelse og egenbehandling er derfor vigtige elementer i regionens samlede kronikerstrategi, og indgår også som en integreret del af forløbsprogrammerne. Det er væsentligt at understrege at fokus på egenomsorg og egenbehandling, ikke er ensbetydende med, at patienter med kronisk sygdom overlades til sig selv. Gennem en målrettet indsats tilbydes de patienter, som har de fornødne forudsætninger og ressourcer, muligheden for at tilægge sig supplerende viden og indsigt i egen sygdom. I kraft af en bedre sygdomsforståelse og viden øges evnen til at tage vare på egen sygdom. Dette kan medvirke til at frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet, som dermed kan anvendes til at tage vare om særligt sårbare patienter med kronisk sygdom. Regionen har gennem de seneste år løbende igangsat initiativer på patientuddannelsesområdet i samarbejde med kommunerne. Der er udarbejdet to kortlægninger af hospitalernes indsats på området, der bl.a. er med til at danne grundlag for den regionale udvikling af patientuddannelsesområdet.

2. Patientundervisning

Kortlægningerne af patientuddannelsestiltagene på hospitalerne i Region Midtjylland viser bl.a., at hovedparten af de hospitalsbaserede patientuddannelser bygger på internt udviklede koncepter, samt at der kun i mindre omfang udføres løbende monitorering og evaluering af patientuddannelserne. Den nyeste kortlægning viser, at der ikke er sket den store ændring på dette område de seneste to år. Patientuddannelsesområdet er et område, hvor der findes meget lidt viden om, hvad der virker og hvordan. Det er således et område, hvor der er behov for udvikling og forskning.

Der ligger en udfordring i at sikre systematisk monitorering og indsamling af sammenlignelige data for de allerede eksisterende tiltag. Der er et behov for at indsamle stan-

dardiserede data, der kan anvendes til monitorering og evaluering af patientundervisning på hospitalerne. Der kan med fordel tænkes i redskaber til dette, der også kan anvendes i kommunerne. Ud over udviklingen af monitorerings og evalueringsredskaber er det væsentligt at sætte fokus på, hvordan resultaterne af disse evalueringer og monitoreringer kan anvendes i arbejdet med kvalitetssikring og koordinering af patientuddannelsestiltagene.

En anden udfordring er at udvikle patientuddannelsestilbud, der i højere grad har fokus på de udfordringer, der kommer af et stigende antal patienter med kroniske lidelser. Et vigtigt fokusområde i Region Midtjyllands strategi for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser samt i forløbsprogrammerne er at understøtte patientens/borgerens evne til egenomsorg og aktive medvirken i egen rehabiliteringsproces. Denne understøttelse sker i vid udstrækning gennem forskellige konkrete patientuddannelsestilbud. For at bedre patientuddannelsestilbuddene er der, på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet, et behov for supplerende sundhedspædagogiske kompetencer i at planlægge og gennemføre individuelle samtaler og gruppeforløb med fokus på, at patienten/ borgeren styrker sin evne og handlekompetence i forhold til at tage hånd om eget liv og sundhed.

Seneste kortlægning af patientuddannelsestilbuddene i regionen fra 2009 viser, at det regionale fokus på KOL, diabetes og hjertekarsygdom haft den virkning, at der nu findes patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud til disse tre sygdomskategorier på langt de fleste af regionens hospitaler. Der er derfor i forbindelse med denne ansøgning valgt i vid udstrækning at fokusere på overordnede projekter, der har til formål at skabe grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring på patientuddannelsesområdet i både region og kommuner. Derudover indeholder ansøgningen projekter, der fokuserer på at dokumentere effekt af indsatsen samt implementering af anbefalinger fra forløbsprogrammerne.

Projekt nr. 20 - Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb

Projektindhold

Som led i kvalitetsudviklingen af patientuddannelse på tværs af sektorer samt understøttelse af implementeringen af forløbsprogrammer ønsker Region Midtjylland at udbyde et sundhedspædagogisk uddannelsesforløb.

I Region Midtjyllands forløbsprogrammer for KOL, diabetes og hjertekarsygdom er der fokus på sammenhæng i den sundhedspædagogiske tilgang i mødet med patienterne på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Der udbydes derfor et uddannelsesforløb som fælles skolebænk til sundhedsprofessionelle i alle tre sektorer. Uddannelsen understøtter dels sammenhæng i tilgangen til patienterne og videndeling på tværs af sektorer, dels implementeringen af forløbsprogrammerne for diabetes, KOL og hjertekarsygdom i praksis.

Uddannelsesforløbet udbydes som klyngevis tværsektoriel og tværfaglig fælles skolebænk for patientundervisere/vejledere på hospitaler, i kommuner og almen praksis, som i det daglige arbejder med forebyggelse, behandling og rehabilitering, målrettet patienter/borgere med kroniske lidelser.

Uddannelsen består af fire moduler. De første to moduler er fælles moduler med fokus på hhv. hverdagen med kronisk sygdom og sundhedsfremmeperspektivet i samtalen med mennesker med kroniske lidelser. Modul tre og fire deles op i to spor med fokus på hhv. gruppeforløb og individuel vejledning.

Mål og perspektiv

Det overordnede mål er at udbyde et sundhedspædagogisk uddannelsesforløb med fokus på en sundhedsfremmende tilgang, deltagerinvolvering og øgning af handlekompetence.

Formålet med uddannelsesforløbet er at give et tværsektorielt kvalitetsløft til patientuddannelserne ved at give sundhedsprofessionelle sundhedspædagogiske redskaber til at arbejde sundhedsfremmende med fokus på at øge patienternes evne til egenomsorg.

Der foretages en evaluering af implementeringen af de sundhedspædagogiske kompetencer i praksis. Således er der mulighed for at evaluere på effekten i det daglige arbejde med patienterne.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb	650.000	650.000	700.000	2.000.000

Projekt nr. 21 - Evaluerings og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring

Projektindhold

Projektet består af udvikling og implementering af et webbaseret evaluerings- og monitoreringsredskab til brug ved patientuddannelsesstilbud i region og kommuner. Der er følgende tre hovedformål med redskabet.

- 1) Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og hospitaler til brug ved evaluering.
- 2) Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet til kvalitetssikring ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteter.
- 3) Sammenligning af patientdata med sundhedsprofildata så man kan se, om man rammer målgruppen for den pågældende aktivitet, og hvordan funktionsniveau, livsstil etc. er hos deltagerne sammenlignet med baggrundsbefolkningen og målgruppen.

Mål og perspektiver

Målet med projektet er at udvikle et generelt evaluerings- og monitoreringsredskab med sygdomsspecifikke moduler til KOL, hjertekar-sygdom og diabetes, samt at understøtte implementeringen af redskabet på hospitalerne og i kommunerne.

Projektet giver mulighed for at foretage sammenlignelige rutinemæssige evalueringer af patientundervisningen i kommuner og på hospitalerne. Samt mulighed for at kvaliteten af patientundervisningen løbende vurderes og sikres. Evaluerings- og monitoreringsredskabet skal kunne anvendes til bl.a. at få et overblik over henvisning, rekruttering, vedholdenhed i deltagelse og effekt af undervisningens indhold. Herudfra kan man justere det lokale samarbejde og konceptet for undervisningen. Desuden kan un-

dervisningens form og indhold justeres, ligesom der kan opnås en mere præcis rekruttering af patienter til undervisningen.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Evaluerings- og monitoreringsredskab	747.000	633.000	653.500	2.033.000

Projekt nr. 22 - Læring og mestring i hjerterehabilitering (Hospitalsenheden Vest)

Projektindhold

Hospitalsenheden Vest ønsker i samarbejde med Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, at udvikle, praktisk afprøve og evaluere anvendelsen af lærings- og mestringsprincipper i hjerterehabiliteringen. Projektet gennemføres som en randomiseret kontrolleret undersøgelse, hvor halvdelen af patienterne randomiseres til den allerede etablerede hjerterehabilitering og den anden halvdel til en hjerterehabilitering på baggrund af lærings- og mestringsprincipper - principper der også anvendes af kommunerne i klyngen.

Projektet bygger på lærings- og mestringskonceptet, som gennem de sidste to år er udviklet i et samarbejde mellem Region Midtjylland og 6 kommuner. Der er i arbejdet med lærings- og mestringskonceptet sat særligt fokus på at skabe sammenhæng i rehabiliteringsforløbene på tværs af hospital og kommune. Lærings- og mestringskonceptet bygger på en ligeværdighed mellem 'erfarne' patienters viden om livet med en kronisk sygdom og sundhedsprofessionelles faglige viden om sygdommen. 'Erfarne' patienter deltager i planlægningen og gennemførelsen af rehabiliteringsforløbene. Derudover indeholder lærings- og mestringskonceptet en sundhedspædagogisk tilgang, der baserer sig på en høj grad af deltagerinvolvering. Konceptet anvendes i dag i hospitalets KOL-rehabilitering og diabetesskole.

Dette projekt er en videreudvikling og kvalitetssikring af konceptet i forhold til hjerterehabilitering på hospitalet og videnskabelig afprøvning af konceptet. Der er med dette projekt mulighed for evaluering af konceptet i et kontrolleret design med henblik på videre udbredelse af konceptet i regionen.

Mål og perspektiver

- Kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og afprøvning af lærings- og mestringsprincipper med henblik på praktisk anvendelse i hjerterehabilitering i Hospitalsenheden Vest.
- Effektmåling af lærings- og mestringsprincipper i hjerterehabilitering i et randomiseret kontrolleret design.

Projektet giver mulighed for en kontrolleret evaluering af et allerede udviklet patientuddannelseskoncept. Derudover giver projektet mulighed for udvikling og kvalitetssikring af hjerterehabilitering efter lærings- og mestringskonceptet på hospitalet, hvilket er med til at skabe sammenhæng mellem fase to i hjerterehabiliteringen, som varetages på hospitalet, og fase tre som varetages i kommunerne.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Læring og mestring i hjerterehabilitering	1.704.000	2.023.000	1.669.000	5.396.000

Projekt nr. 23 - 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 patientuddannelsesstilbud. 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 tværfaglig, tværsektoriel klinisk database (projekt nr. 24). 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.

Mål og perspektiver

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 og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvnings af fysisk træning i eget hjem via telemedicin	445.000	1.170.000	225.000	1.840.000

Projekt nr. 24 Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel database for hjertepatienter (Århus Universitetshospital, Skejby)

Projektindhold

På Århus Universitetshospital Skejby, udvikles og en tværfaglig og tværsektoriel klinisk database, som skal anvendes til systematisk kvalitetsudvikling af hjerterehabiliteringsforløb. Projektet er en del af det samlede projekt på Århus Universitetshospital, Skejby, om tværfaglig, tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin. Databasen analyseres og evalueres på funktion og indhold i projektperioden med henblik på drift ultimo 2012.

Databasen etableres i samarbejde med Kompetencecenter for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser Region Øst. Databasen består af et databasesystem til registrering af kliniske data med henblik på måling og overvågning af sundhedsfaglig kvalitet. Databasen bygger på web-baseret teknologi, som gør det muligt for brugere at indtaste data via enhver tilsluttet netværkscomputer. Databasen indeholder endvidere en analyseportal, og der er tilslutning til Landspatientregistret.

For at sikre et sammenligneligt niveau af databasens data anvendes ICF. Sideløbende inddrages vurderinger af personlige og sociale ressourcer.

Mål og perspektiv

Med udvikling af databasen kan der genereres data på det samlede tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsforløb. Databasen medvirker til at sikre effektive og koordinerede patientforløb, hvor sundhedsprofessionelle i alle sektorer har viden om status på behandlingsindsatsen i forhold til den enkelte patient.

Ligeledes sikrer databasen et vidensgrundlag om hjertepatienternes samlede forløb, som kan anvendes til at kvalitetsudvikle på de enkelte elementer i hjerterehabiliteringen og på overgangene mellem sektorerne.

Projektet er et udviklingsprojekt, hvor første fase består i at kravspecifcere databasens indhold. Databasen opstartes på baggrund heraf i 2010, hvorefter der udarbejdes årlige dataanalyser og afrapporteringer, med det formål at teste funktionaliteten. Målet er, at databasen er i fuld drift i 2012. Perspektivet for databasen er på sigt en kobling til den landsdækkende kvalitetsdatabase "Dansk Hjerteregister".

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Tværfaglig tværsektoriel database	269.000	637.500	131.000	1.037.500

Projekt nr. 25 - Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL (Regionshospitalet Viborg, Kjellerup og Skive)

Projektindhold

Projektet består af indførelse af selvbehandlingsplan til KOL-patienter, suppleret med etablering af telefonrådgivning til det lungemedicinske ambulatorium ved Regionshospitalet Viborg, Kjellerup og Skive. Projektet vil kunne give en mere eksakt viden om effekterne ved at indføre selvbehandlingsplan for KOL-patienter, ligesom der vil foregå en formidling af viden om KOL-sygdommen til den kommunale hjemmepleje. Endvidere vil telefonrådgivningen kunne bidrage med et tværsektorielt fokus, da den vil give såvel den kommunale hjemmepleje som praktiserende læger, patienter og pårørende mulighed for råd og vejledning fra specialister i det lungemedicinske ambulatorium.

Samlet set skal projektet i kraft af forøget støtte og viden til patienter med KOL gøre denne patientgruppe i stand til at reagere tidligere, når der opstår symptomer på forværring, og sikre en tidligere behandlingsstart ved eksacerbationer. Selvbehandlingsplanen er grundlaget for patienternes viden og består konkret af såvel mundtlig undervisning som skriftligt materiale. Projektet er rettet mod patienter med moderat, svær og meget svær KOL.

Mål og perspektivering

Ud fra patienterfaringer og på baggrund af engelske undersøgelser er det opfattelsen, at projektet vil kunne reducere antallet af (gen)indlæggelser. Derudover vil indsatsen kunne forøge indsigt og viden om KOL hos både patienter og pårørende såvel som inden for primær og sekundær sektor. Projektet kan bidrage til både at fremme adgang til klinisk vejledning og videndeling samt kompetenceudvikling. Desuden sigter projektet på at øge patienternes egenomsorg og mestringsstrategier, med en bedre livskvalitet til følge.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Selvbehandlingsplan for KOL patienter og telefonrådgivning	741.700	890.000	890.000	2.521.700

Projekt nr. 26 - Etablering af diabetesskole (Regionshospitalet Silkeborg)

Projektindhold

Forløbsprogrammet for type 2 diabetes anbefaler, at alle nydiagnosticerede patienter skal henvises til et undervisningsforløb på en diabetesskole. Således ansøges der om støtte til at etablere en diabetesskole ved Regionshospitalet Silkeborg. Undervisningen varetages af hhv. en sygeplejerske, diætist, fodterapeut, socialrådgiver og læge, og omhandler bl.a. sygdomslære, kost, motion, medicinforbrug, selvmålinger, komplikationer, håndtering af kronisk sygdom, rygestop, kørekort, diabetesforeningen og sociale og økonomiske forhold.

Der ansøges om støtte til at etablere skolen i hospitalsregi, og det planlægges, at der efter 2012 fortsat vil være tilbud om dette undervisningstilbud. Det forventes således, at den øgede viden og sygdomsforståelse, som patienterne opnår efter endt undervisningsforløb, vil medføre reduktion af sygdomskomplikationer, indlæggelser og komorbiditet som følge af en forbedret evne til at yde egenomsorg og mestre livet med type 2 diabetes. Den besparelse, som dette vil medføre, forventes at bidrage til den fortsatte finansiering af diabetesskolen.

Mål og perspektiver

Det forventes, at patienternes viden om og forståelse af deres sygdom forbedres, samtidig med at de får nogle redskaber, de kan bruge til at mestre en bedre hverdag, hvor de lever på den for dem bedste måde med deres kroniske sygdom. Samtidig får deltagerne på forløbet mulighed for aktivt at samarbejde med hospital og egen læge i forhold til at forebygge komplikationer og forværring af deres tilstand.

Den øgede sygdomsforståelse, samt indsigten i samarbejdet mellem de forskellige sektorer vil bidrage til at øge patienttilfredsheden, samt forbedre helbredstilstanden hos de patienter som gennemgår skoleforløbet. De patienter der deltager i undervisningen vil blive registreret via NIP, hvilket gør det muligt at følge deres sygehistorier ved udvalgte audits. Samtidig vil der blive foretaget patienttilfredshedsundersøgelser i forbindelse med afslutning af undervisningsforløbene.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Etablering af diabetesskole	267.000	267.000	266.000	800.000

Samlet budget patientuddannelse

Titel	2010	2011	2012	I alt:
Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb	650.000	650.000	700.000	2.000.000
Evaluerings- og monitoreringsredskab	747.000	633.000	653.000	2.033.000
Læring og mestring i hjerterehabilitering	1.704.000	2.023.000	1.669.000	5.396.000
Telemedicinsk patientuddannelse	445.000	1.170.000	225.000	1.840.000
Tværfaglig tværsektoriel database	269.000	637.500	131.000	1.037.500
Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for KOL patienter	741.700	890.000	890.000	2.521.700
Etablering af diabetes-	267.000	267.000	266.000	800 000

skole				
I alt:	4.823.700	6.270.500	4.534.000	15.628.200

3. Egenbehandling

Det er et vigtigt element i Region Midtjyllands samlede kronikerstrategi, at patienter med kronisk sygdom skal understøttes i at gå aktivt ind i egen behandling, ligesom involvering af patienter i egenbehandling er en integreret del af forløbsprogrammerne. For at motivere patienter med kronisk sygdom til dette er det helt centralt, at patienten er velinformeret omkring formålet med behandling og egenomsorg. Det sker ved, at patienten bliver involveret grundigt i beslutninger, som vedrører behandlingen. Det være sig ved fastlæggelse af mål for indsatsen eller direkte i behandlingen. I forhold til patientens inddragelse i egen behandling har den teknologiske udvikling skabt en række potentialer for, at mennesker med kronisk sygdom i større udstrækning end tidligere vil kunne indgå aktivt ind i egen behandling. Udviklingen af forskellige telemedicinske teknologier har betydet, at patienter selv kan foretage valide målinger af en række parametre med betydning for deres sygdom – kaldet selvmonitorering. På baggrund af selvmonitoreringen kan patienten foretage enten selvstændige eller vejledte beslutninger om behandlingen i overensstemmelse med fastsatte mål eller handlinger.

Til trods for tilstedeværelsen af både den relevante teknologi og fremkomsten af evidens for effekterne ved at anvende disse teknologier, er anvendelse af selvmonitorering og egenbehandling endnu kun udbredt i begrænset omfang. Der eksisterer således et betydeligt potentiale på området.

Region Midtjyllands strategi i forhold til selvmonitorering og egenbehandling sigter på at udbrede kendte og afprøve nye teknologier, som kan styrke egenomsorgen og forbedre livskvaliteten for patienter med kronisk sygdom. Udbredelsen af relevante teknologier vil kunne fremme en effektiv anvendelse af økonomiske og personalemæssige ressourcer, da egenbehandling foregår på det laveste, effektive omsorgsniveau.

Konkrete initiativer

Ønsket om både at udbrede kendte evidensbaserede løsninger og afprøve nye teknologier afspejles i de projekter, som vedrører egenbehandling/egenomsorg. Hvad angår selvmonitoreret og selvstyret behandling søges der således midler fra puljen til en

yderligere udbredelse af selvstyret AK-behandling. Fordelene ved denne behandlingsform er flere. For det første er det dokumenteret, at fordi patienter kan foretage hyppigere måling end ved konventionel AK-behandling, giver den selvstyrede behandling et bedre behandlingsniveau og dermed færre komplikationer. For det andet undgår patienterne den hyppige kontakt med sundhedsvæsenet, som den konventionelle behandling kræver. Denne behandling kan derfor med fordel udbredes og tilbydes flere patienter i regionen. Den selvstyrede AK-behandling skal understøttes med en fælles IT-plattform for AK-centrene i regionen, som både kan understøtte patienternes behandling og sikre behandlingskvaliteten.

Det andet projekt vedrører afprøvning af telemedicinsk monitorering af KOL patienter. Gennem afprøvning af den såkaldte KOL kuffert (eller tilsvarende teknologi) sigtes der på at kunne reducere indlæggelsestiden for den enkelte KOL-patient, samtidig med at antallet af genindlæggelser nedbringes.

Projekt nr. 27 - Udbredelse af selvstyret AK-behandling og udvikling af regional IT-plattform som behandlingsstøtte

Projektindhold

Projektet vedrørende AK-behandling i Region Midtjylland er todelt. Den ene del sigter på at udbrede den selvstyrede AK-behandling til Hospitalsenheden Vest og dermed øge den regionale kapacitet. Den anden del af projektet skal skabe en regional IT-plattform, som både kan understøtte den selvstyrede behandling i kraft af kommunikation med patienterne og samtidig gøre de kliniske data tilgængelige med henblik på kvalitetssikring og dokumentation af behandlingskvalitet. Der foreligger flere videnskabelige publikationer, der viser bedre behandlingskvalitet, når patienter selv står for behandlingskontrollen, end når lægen varetager denne. En nylig kommenteret udenlandsk MTV kommer til samme resultat. Patienterne oplæres - under et halvt års varende program – til selv at udtage blodprøve, betjene analyseudstyret, justere den "blodfortyndende" medicin og føre journal som grundlag for en vedvarende kommunikation med den institution (AK-centret), der forestår oplæring og efterfølgende interaktion med patienten.

Den anden del af projektet skal skabe en IT-plattform som kan understøtte den selvstyrede AK-behandling og samtidig medvirke til at gøre kliniske data tilgængelige mhp. kvalitetssikring og dokumentation af behandlingskvalitet. Desuden er der et ønske om, at der skal integreres e-learning i platformen. I projektet indgår endvidere en meget vigtig formidlingsdel, da rapportering af resultaterne med direkte kommunikation mellem hospital og patienterne i eget hjem har potentiale for andre regioner og for andre sygdomsbehandlinger.

Mål og perspektiver

Samlet vil projektet som helhed styrke den selvstyrede AK-behandling i Region Midtjylland. Udbredelsen af selvstyret AK-behandling til Hospitalsenheden Vest vil medvirke til at øge den regionale kapacitet. Som udgangspunkt vil 50 nye patienter om året kunne komme i selvstyret AK-behandling med denne kapacitetsforøgelse. En fælles regional IT-plattform for AK-centrene vil kunne understøtte behandlingen, være resourcebesparende og sikre en fælles dataopsamling, som kan anvendes til kvalitetssikring og dokumentation af behandlingskvalitet. Overordnet vil projektet fremme evidensbaseret egenbehandling og styrke patienternes egenomsorg.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Selvstyret AK-behandling (Vest)	1.176.000	1.115.000	1.115.000	3.406.000
Regional IT-plattform	900.000	1.400.000	700.000	3.000.000
I alt	2.076.000	2.515.000	1.815.000	6.406.000

Projekt nr. 28 - Telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (Regionshospitalet Silkeborg)

Projektindhold

På baggrund af den udvikling som finder sted inden for de telemedicinske teknologier og deraf følgende perspektiver for behandling af patienter, ønsker Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Silkeborg at etablere en ny behandlingsform. Behandlingen vil ske med hjemlig telemedicinsk service til patienter med akut forværring i KOL. Rationalet bag denne behandling er ønsket om at nedbringe varigheden af akutte indlæggelser for KOL patienter samt reducere antallet af genindlæggelser for KOL-forværring. Den telemedicinske behandling skal medvirke til at nedbringe de udgifter, som er forbundet med disse akutte indlæggelser.

Projektet indebærer, at der installeres en telemedicinsk patientenhed (en såkaldt KOL kuffert) i patientens hjem i forlængelse af en akut indlæggelse. Indlæggelsestiden tilstræbes hermed reduceret fra sædvanligvis syv døgn til blot to. Med KOL kufferten i hjemmet kan patienten blive "tilset" af en specialsygeplejerske indenfor KOL området, ligesom der ved hjælp af det tilkoblede medicotekniske udstyr kan foretages en løbende overvågning af patientens tilstand. KOL kufferten giver dermed øget mulighed for inddragelse af patienten i egenbehandling, fordi der foregår en daglig opfølgning og læring som følge af kontakten til sygeplejersken. Kontakten til patienten vil ske dagligt i dagene efter udskrivelsen. Det forventes, at KOL kufferten vil være til patientens rådighed mellem en og to uger efter udskrivelsen.

Mål og perspektiver

Overordnet er målet med projektet at kunne reducere antallet af genindlæggelser for KOL patienter, ligesom som der forventes en reduktion i den gennemsnitlige liggetid for denne patientgruppe. Danske undersøgelser i forbindelse med udviklingen af KOL kufferten indikerer dette. Tilsvarende indikationer er fremkommet ved brug af telemedicinske patientenheder i Sheffield (PCT Sheffield, UK). Denne brug af telemedicinsk teknologi skal medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb og skabe tryghed og tilfredshed hos patienterne. Samtidig kan den læring og viden, som forløbet giver patienten, styrke mulighederne for egenomsorg til gavn for patienten. Fordi der er tale om et udviklingsprojekt, vil der blive foretaget en evaluering af mulighederne for at udbrede den form for telemedicin til hele Region Midtjylland.

Budget

Titel	2010	2011	2012	I alt
Telemedicinsk monitorering af	620.000	620.000	620.000	1.860.000

KOL patienter				
I alt	620.000	620.000	620.000	1.860.000

Samlet budget for egenbehandling

Titel	2010	2011	2012	I alt
Selvstyret AK-behandling (Vest)	1.176.000	1.115.000	1.115.000	3.406.000
Regional IT-plattform	900.000	1.400.000	700.000	3.000.000
Telemedicinsk monitorering af KOL patienter	620.000	620.000	620.000	1.860.000
I alt	2.696.000	3.135.000	2.435.000	8.266.000

4. Samlet budget for ansøgningen til puljen vedr. patientundervisning og egenomsorg

Samlet budget				
År	2010	2011	2012	I alt
Puljen vedrørende Patientundervisning og egenomsorg	7.519.700	9.405.500	6.969.000	23.894.200

5. 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 de foregående afsnit er beskrevet en række projekter og indsatser, som ønskes iværksat med midler fra puljen til patientundervisning og egenbehandling. 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 skal løbende kunne 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 projektorganisation, 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 vedr. øget datafangst og ledelsesinformation om sundhedsfaglige data vedr. patienter omfattet af de 4 forløbsprogramområder: diabetes, KOL, hjertekar og senere muskel-skelet (rygpatienter). 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.

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.

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 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.

6. 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**