

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

Bilagsrapport

30. september 2009

Indholdsfortegnelse

Bilag 1: Projektbeskrivelser	5
---	----------

Pulje vedr. forløbsprogrammer:

Projekt 1: Viden- og kompetencefunktion inden for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (Regionshospitalet Randers og Grenaa)	5
Projekt 2: Udgående funktion på KOL-området – undervisning i hjemmeplejen og almen praksis (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	9
Projekt 3: Telemedicinsk specialbistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre og på regionshospitalet i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	10
Projekt 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)	13
Projekt 5: Udgående funktion for type 2 diabetes (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	14
Projekt 6: Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes (Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)	16
Projekt 7: Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes (Regionshospitalet Randers og Grenaa)	19
Projekt 8: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (Århus Universitetshospital, Skejby)	23
Projekt 9: Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)	26
Projekt 10: Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Regionshospitalet Randers og Grenaa)	29
Projekt 11: Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering (Regionshospitalet Silkeborg)	34

Projekt 12: Udvikling af shared-care model for et tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)	36
Projekt 13: Lænderyg-smerter – et litteraturstudie af bedste viden på området	38
Projekt 14: Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis	41
Projekt 15: Farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer	41
Projekt 16: Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland	47
Projekt 17: Opfølgende hjemmebesøg	56
Projekt 18: En styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme - borgernes perspektiv	60
Projekt 19: Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup	64

Pulje vedr. patientundervisning og egenbehandling:

Projekt 20: Sundhedspædagogisk uddannelsesforløb	66
Projekt 21: Evaluering- og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring	68
Projekt 22: Læring og mestring i hjerterehabilitering (Hospitalsenhed Vest)72	
Projekt 23: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (identisk med projekt nr. 8) (Århus Universitetshospital, Skejby)	76
Projekt 24: Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel database for kirurgiske og medicinske hjertepatienter (Århus Universitetshospital, Skejby)	79

Projekt 25: Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL (Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)	81
Projekt 26: Etablering af diabetesskole (Regionshospitalet Silkeborg)	86
Projekt 27: Udbredelse af selvstyret AK-behandling og udvikling af regional IT-plattform som behandlingsstøtte	88
Projekt 28: Telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (Regionshospitalet Silkeborg)	95
 Bilag 2: Tids- og procesplan for udarbejdelse af Region Midtjyllands ansøgning om puljemidler til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom	 97

Bilag 1: Projektbeskrivelser

Projekt 1: Viden- og kompetencefunktion inden for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (Regionshospitalet Randers og Grenaa)

Projektets navn	Ansøgning til pulje vedr. forløbsprogrammer: Forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom Viden - og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) med specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL tilknyttet teamet på lungemedicinsk afsnit på Regionshospitalet Randers og Grenaa.
Projektbeskrivelse	Projektet skal medvirke til opfyldelse af formålet i Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom med anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den samlede sundhedsfaglige indsats, med fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, fælles forståelse for opgavefordelingen med kommunikation og koordinering mellem alle involverede parter i forløbet. Regionshospitalet Randers og Grenaa har en mangeårig tradition for samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger, hvilket får betydning for implementering og udvikling af Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom i klyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa. Der er i Randersklyngen etableret samarbejdsrelationer og arbejdsgange, som i dag fungerer såvel på et overordnet som på et konkret niveau. Disse etablerede og fungerende samarbejdsrelationer vil blive understøttende for udviklingen af dette projekt indenfor forløbsprogrammets rammer. Kommunerne og praktiserende læger i Randersklyngen har efterspurgt etablering af en viden- og kompetencefunktion på hospitalet med speciel viden og kompetencer i relation til patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. En funktion, som de kan konsultere i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med planlægning af undervisning og kompetenceudvikling for deres personale. Hospitalets interne sengeafsnit og ambulatorier samt psykiatrisk afdeling har givet udtryk for samme behov for konsultation,

	undervisning og kompetenceudvikling som kommunerne og de praktiserende læger. Dette projekt omfatter derfor udvikling af en viden- og kompetencefunktion på hospitalet med henblik på at styrke den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom med Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom som reference. Formålet med projektet er at formidle viden om og udvikle kompetencer til såvel personale som til patienter i forhold til KOL-indsatsen i et samarbejde mellem hospital, kommune, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling med det mål at optimere patientforløbene fagligt og organisatorisk, så patienten/borgeren oplever et sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og praktiserende læge. Funktionen etableres med ansættelse af en specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL med tilknytning til teamet på lungemedicinsk afdeling 30 timer ugentlig. På møde i Randersklyngen er projektet præsenteret for kommuner og praktiserende læger, som er meget positive overfor projektet, da det imødekommer deres ønsker og tiltag i relation til samarbejdet omkring patienter/borgere med KOL.
Mål for indsatsen	Projektet mål er udvikling af personalets viden og handlekompetencer på hospitalet, i kommunerne, hos de praktiserende læger og i psykiatrisk afdeling samt styrkelse af patienten og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet.
Målepunkter (Metode)	Ansættelse af specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL (KOL-sygeplejerske) 30 timer ugentlig. KOL-sygeplejersken er medlem af implementeringsgruppen for forløbsprogrammet i Randersklyngen. KOL-sygeplejersken kontaktes af hospitalets forskellige afsnit såvel de medicinske som de kirurgiske ved indlagte eller ambulante patienter i relation til et konkret patientforløb. Problemstillinger i det konkrete forløb drøfter KOL-sygeplejersken efterfølgende med speciallæger i Lungemedicinsk afsnit. Det vurderes her, om der er behov for lægetilsyn på stamafsnit. KOL-sygeplejersken aftaler det videre forløb

	med afsnittet eller ambulatoriet. KOL-sygeplejersken kontaktes af kommune, praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling i relation til et konkret patientforløb og vurderer sammen med speciallæge evt. henvisning af patienten til ambulant konsultation i Lungeklinikken. KOL-sygeplejersken aftaler det videre forløb med kommune, praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling. KOL-sygeplejersken vurderer og henviser patienten til patientuddannelse med fokus på egenomsorg og egenbehandling medinddragende de pårørende. KOL-sygeplejersken kan dagligt kontaktes af patienter, personale på hospitalet, personale i kommuner, de praktiserende læger og personale på psykiatrisk afdeling med henblik på aftaler om konsultationer, undervisning og kompetenceudvikling. KOL-sygeplejersken vurderer sammen med hospitalets sengeafsnit og ambulatorier, kommunerne, de praktiserende læger samt psykiatrisk afdeling, hvordan undervisning, oplæring og kompetenceudvikling af personale kan iværksættes og afvikles. KOL-sygeplejersken vurderer sammen med hospitalets sengeafsnit og ambulatorier, kommunerne, de praktiserende læger samt psykiatrisk afdeling, om der skal gennemføres Fælles Skolebænk, temadage, konferencer og/eller studiebesøg og trækker på de organisationer, der eksisterer på hospitalet, i kommunerne og hos de praktiserende læger til afvikling heraf. KOL-sygeplejersken underviser, oplærer og kompetenceudvikler personalet, hvor patienten/borgeren fysisk befinder sig med klinisk vejledning og konsultationer. KOL-sygeplejersken dokumenterer ydelserne, henvendelser, overflytninger, genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser med henblik på auditering.
Effekt (sundhedsmæssigt)	• Patienter kan forblive på stamafsnit, da afsnittet får tilknyttet kompetencer i forhold til patienter med KOL fra lungemedicinsk Team. • Udvikling af kompetencer hos praktiserende læger og kommune, i forhold til patienter med KOL, så borgeren ikke behøver at blive indlagt. • Fokus på overgange og overdragelse mellem hospital,

	kommunerne, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling så patienterne oplever kompetence, kontinuitet, koordinering og kvalitet i forløbet. • Forebyggelse af utilsigtede hændelser i forbindelse med overflytninger og overdragelse mellem hospitalets afsnit, kommunerne og praktiserende læger. • Øgede handlekompetencer hos personale, patienter og pårørende. • Færre genindlæggelser. • Patienttilfredshed i forhold til patientforløbet med fokus på overgange og overdragelse.
Tidsplan	Projektperioden er 1. februar 2010 - 31. december 2012.
Budget	Udgift i projektperioden bliver 300.000 i 2010 og 400.000 kr. i 2011 og 2012 til lønudgifter til KOL-sygeplejerske

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

Indhold (projektbeskrivelse)	For at sikre et sammenhængende, fagligt opdateret og højt kvalificeret behandlingsforløb af KOL patienterne tilbydes et struktureret og regelmæssigt forløbende undervisningsforløb udført af lungemedicinske speciallæger samt specialesygeplejersker fra afdelingen / lungeambulatoriet. Undervisningen retter sig imod og sikres koordineret med hjemmeplejen, almen praksis (praktiserende læger og relevant plejepersonale) samt sundhedscentre.
Mål for indsatsen	Sikre alle fagpersoner der har kontakt med KOL patienter en stedse opdateret viden omkring pleje, ernæring, optræning, symptomer og ensartet optimalt behandlingstilbud.
Målepunkter (metode)	a) En patienttilfredshedsundersøgelse b) En stikprøveundersøgelse af praktiserende lægers- og sygehusjournaler med henblik på medicinsk behandlingstilbud før/efter undervisningsopstart, ernæringstilbud, vaccinationstilbud samt indlæggelsesantal.
Effekt (sundhedsmæssig)	Ved at bibringe sundhedspersonalet denne undervisning forbedres deres kontakt med KOL patienterne. Dette vil medføre øget tryghed i kontakten, en bedre patientbehandling og færre indlæggelser.
Tidsplan	Efter to år forventes relevante faggrupper i optageområdet at være blevet undervist. Det er vigtigt løbende at afstemme undervisningstilbuddet med primærsektoren (viden og behov)
Budget	1 speciallæge i lungesygdomme 7.4 timer per uge, sv.t. én dag om ugen: (1/5 speciallæge kr. 650.000 = kr. 130.000) 0,5 sygeplejerske: kr. 205.000

Projekt 3: Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre og på regionshospitalet i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Ramme for beskrivelse af hospitalsbaserede initiativer

Indhold (projektbeskrivelse)

Pilotprojekt med lokalcentre danner grundlag for etablering af samarbejde med almen praksis og regionshospitalet.

Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre og på regionshospitalet i RM: En tværsektoriel, multidisciplinær, on-line hospitalsbaseret specialistbehandling i patientens hjem.

Diabetiske fodsår ses ofte ugentligt i ambulatoriet. Dette er ressourcekrævende for sundhedssektoren og for patienten, som transporteres fra hjem til hospital. Ofte viser besøget sig ikke strengt nødvendigt, men er gennemført "for en sikkerheds skyld". Andre gange er en kritisk situation udviklet inden ankomsten til hospitalet.

Et lokalt IT-baseret pilotprojekt danner grundlag for en regional tværsektoriel implementering med udbredning af effektiv og hurtig klinisk vejledning, optimal kommunikation og effektiv koordination og optimering af patientforløb samt besparelser til følge.

Mål for indsatsen

Bedre patientbehandling. Reduktion patientforløbslængder. Reduktion i antallet af hospitalsbesøg. On-line kommunikation med hospitalet medfører at patienter udelukkende ses på hospitalet ved entydigt behov herfor og "futile" hospitalsbesøg undgås. Rette patient vil være på rette sted med effektiv behandling til følge. Behandling tilgængelig uafhængig af geografi medfører ligeværdig behandling i hele regionen. Primærsektorens kompetencer opgraderes ved e-learning og opgaveglidning fra hospitaleksperter til primærsektor.

Målepunkter (metode)

Klinisk: Optimering af diabetes fodsårbehandling: hurtigere ophealing og færre amputationer (en amputation koster det første år + 1 mio kr). Økonomisk: Konkrete besparelser ved mindre transport, primærsygeplejerske besøg i stedet for hospitalsbesøg og opkvalificering af faglige

kompetencer i primærsektoren.

Effekt (sundhedsmæssig)

Hurtigere ophealing af fodsår og mindre frekvens af amputationer. Hurtigere (betydeligt) adgang til specialitilsyn (i pt's hjem). Antallet af ambulante hospitalskonsultationer nedbringes, mens antallet af primærsektorkontakter ikke øges nævneværdigt. Bedre behandling og økonomiske besparelser.

Tidsplan

01.01.2010 - 31.12.2012

Etablering af netværk i Herning og Holstebro m.h.p. indfasning af teknologien hos praktiserende læger (2 i Herning og 2 i Holstebro), på regionshospitalet og i lokalcentre. Udbygning af etablerede kontakter.

Budget

2010 – 2012: 3.0 mio kr

Heraf kompensation til Regionshospitalet, kommuner og praktiserende læger:

2010: 0,54 mio

2011: 0,74 mio

2012: 0,8 mio

	2010	2011	2012
UNIVERSITETSHOSPITAL			
Løn speciallæge Universitetshospital	kr 150.000	kr 150.000	kr 150.000
Løn specialistsygeplejerske Universitetshospital	kr 150.000	kr 150.000	kr 150.000
2010 overvejende udadgående funktion / besøg hos praktiserende læger, regionshospitalet og lokalcentre for at etablere funktionerne + mindre antal telekonsultationer			
2011 mindre udadgående funktion + tiltagende antal telekonsultationer (>50 % af tiden)			
2012 overvejende telekonsultationer og derudover rapportering/ opgørelser og planlægning videre drift			

REGIONALHOSPITALER			
Kompensation lønudgifter	kr 180.000	kr 240.000	kr 300.000
Lønkomensation til læger og sygeplejersker pr telekonsultation og tid medgået. Forventer stigende aktivitet.			
PRAKSIS			
Honorarer til praktiserende læger + sygeplejersker	kr 120.000	kr 240.000	kr 240.000
Erstatning af tabt arbejdsfortjeneste: Procedurehonorering jvf takstabel. Større beløb 2011 Og 2012 efter etableringsfase 2010.			
PRIMÆRSYGEPLEJERSKER - LOKALCENTRE	kr 240.000	kr 240.000	kr 240.000
Honorering af lokalcentre for ydelsen: Sygeplejersketid + overheads til centret. Nedadgående aktivitet pga mgl honorering af indsats aktuelt. Forventer fastholdelse og måske progression.			
TEKNISK Udstyr	kr 120.000	kr 30.000	kr 20.000
Høje etableringsomkostninger			
SOFTWARE - INTERNETPORTAL -			
	kr 30.000	kr 30.000	kr 15.000
Betaling og udvikling af data/kommunikations/dokumentations-platform.			
		kr	kr
	kr 990.000	1.080.000	1.115.000

Projekt 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)

Indhold.

Sårfunktionen Regionshospital Ringkøbing behandler en række patienter med diabetes og sår. Her er behov for en forstærket indsats i form af fælles forløbsprogrammer for behandling i sekundær og primær sektor.

Mål for indsatsen.

Formålet er effektive patientforløb fælles imellem primær og sekundær sektor og med fokus på øget sikker egenomsorg for den enkelte diabetespatient med sår.

Dette søges effektueret ved oprettelse af sårsygeplejerske som tværsektoriel forløbskoordinator.

Væsentlige elementer i forløbsprogrammet bliver standardiserede behandlingsprincipper og heraf følgende undervisning til patienterne og videndeling imellem sygeplejersker i primær og sekundær sektor.

Undervisningen til patienterne har til formål at føre frem til øget egenomsorg vedrørende sårbehandling og ikke mindst vedrørende forebyggelse af at nye sår opstår.

Målepunkter.

Her skal måles på den fælles indsats – om fælles forløbsprogrammer følges og på effekten af forløbsprogrammerne.

Der skal måles på om patienterne i højere grad behandles i hjemmet og om sårhelingen sker hurtigere gennem den tværsektorielle indsats. Endvidere skal der måles på om forebyggelsen gennem viden og egenomsorg medfører et fald i antal af diabetiske sår.

Sundhedsmæssig effekt.

Ensartede behandlingsprincipper og effektive tværsektorielle forløb.

Egenomsorg og forebyggelse og dermed mere sundhed for patienterne og mindre anvendelse af faglige ressourcer.

Tidsplan 1. januar 2010 – 31. december 2012

Budget

	2010	2011	2012
1 Sårsygeple.	400.000.-	400.000.-	200.000.-
Mødeudgft.	25.000.-	25.000.-	
Ialt	425.000.-	425.000.-	200.000.-

Projekt 5: Udgående funktion for type 2 diabetes (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)

Indhold (projektbeskrivelse)	Etablering af en udadgående funktion med henblik på - afklaring og implementering af henvisningskriterier ifølge stratificering af patienter i niveau 1, 2 og 3 - at styrke samarbejdet mellem praksissektoren og diabetescenteret - at tilbyde undervisning og coaching i diabetesrelaterede spørgsmål til klinikpersonale i praksissektoren Funktionen kan varetages af en specialeansvarlig sygeplejerske i diabetes med udadgående funktion. Afhængig af praksispersonalets gruppestørrelse ved besøgene og deres evt. særlige behov kan den udadgående sygeplejerske gå ud med klinisk sygeplejespecialist eller endokrinolog, fungerende som et "rejsehold".
Mål for indsatsen	- At Praksissektoren har kendskab til diabetescenterets tilbud om undervisning, intervention og risikoreduktion. - Koordinering af den tværsektorielle indsats i f.t.forløbsprogrammets rekommandationer. - At praksissektor og diabetescenter samarbejder om patientforløbene.
Målepunkter (metode)	- Registrering af antal besøg og lokalitet - Registrering af ydelser: Information, undervisning, vejledning - Audit på patientforløb stratificeret til niveau 2
Effekt (sundhedsmæssig)	- At patienter med type 2 diabetes reducerer risici for senkomplikationer og øger livslængde og livskvalitet - At patienter med type 2 diabetes bliver tilbudt den rigtige behandling det rigtige sted med henblik på risikoreduktion og intervention ifølge stratificering - At patienterne oplever tryghed ved, at praksissektoren og diabetescenteret samarbejder og er i dialog om patientforløbet.
Tidsplan	Forberedes marts - maj, 2010 Igangsætning august, 2010
Budget	1 sygeplejerskestilling – vil gøre det muligt at gå ud i funktionen ca. 2 dage pr. uge og bruge ½ dag på planlægning.

2010: 204.000 (halvårsvirkning, skønnet P/L 2010)
2011: 410.000 (helårsvirkning, skønnet P/L 2011)
2012: 414.000(helårsvirkning, skønnet P/L 2012)

**Projekt 6: Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes
(Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)**

Projektets navn	Koordinerende sygeplejerske for T2-diabetes ved Regionshospitalet Viborg.
Projektbeskrivelse	I Region Midtjyllands forløbsprogram for type 2 diabetes stilles der fremover større krav til en tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats af høj sundhedsfaglig kvalitet med det formål at skabe kontinuerlige og sammenhængende patientforløb på tværs af alle tre sektorer i sundhedsvæsenet. Ifølge forløbsprogrammet skal type 2-diabetikeren som hovedregel behandles i almen praksis, med faste retningslinier for hvornår patienter med komplikationer viderehenvises til diabetescenter på hospitalet og hvornår patienten afsluttes til almen praksis igen. Ligeledes skal alle patienter tilbydes en individuel tilpasset rehabilitering i kommunalt regi. I dag er der erfaring for, at samordningen og koordinationen mellem de tre sektorer ikke fungerer optimalt omkring T2-diabetikernes patientforløb. Nærværende projekt består i ansættelse af koordinerende sygeplejerske for T2-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 sygeplejerske for T2-diabetes, der er foranket organisatorisk i det endokrinologiske ambulatorium ved Regionshospitalet Viborg, fokusere på udvikling af effektive arbejdsgange mellem praktiserende læge, hospital og kommune vedr. koordinering og samarbejde om T2-diabetikernes patientforløb, ligesom den koordinerende sygeplejerske vil 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. Derved vil det kommunale regi og hjemmeplejen inddrages mere aktivt i behandlingen af diabetespatienten. Formålet med projektet er dermed at udvikle mere effektive arbejdsgange vedr. koordinatorfunktionen for patienter med komplekse diabetesproblemer, og derved sikre, at patienten får den optimale behandling på det rigtige sted.

	Dette vil sandsynligvis kunne forhindre unødige indlæggelser, hvormed behandlingsressourcerne udnyttes bedst muligt. Projektet kan evt. suppleres med hjemmebehandling, dvs. en udadgående funktion for koordinator fra diabetescentret, i særligt komplekse patientforløb.
Mål for indsatsen	At udvikle hensigtsmæssige arbejdsgange ved implementeringen af forløbsprogrammet At udvikle rationelle arbejdsgange til sikring af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne, hospital, praktiserende læger og kommuner. At udvikle metoder til opkvalificering af læger og sygeplejersker i praksis og kommunale sektorer ved hjælp af diagnosespecifik undervisning og erfaringsudveksling. At udvikle koordinatorfunktionen ved patienter med komplekse diabetesproblemer.
Målepunkter (Metode)	• Deltage i implementeringsgrupperne for forløbsprogrammet, hvor alle tre sektorer er repræsenteret. • Tilbyde undervisning om type 2 diabetes til læger og sygeplejersker i praksis. Undervisningen tilbydes fra centrene, evt. i form af fælles temamøder. • Udvikle undervisningsprogram og tilbyde undervisning og vejledning af kommunale ressourcepersoner i hjemmeplejen. • Udvikle model for hjemmebesøg ved komplekse patienter. • Udvikle nemme arbejdsgange til sikring af kommunikation mellem sektorerne efter hver patientkontakt i komplekse forløb. Opgaverne varetages af diabetessygeplejerske. Denne ansættes fuld tid ved diabetescentret i endokrinologisk ambulatorium, Regionshospitalet Viborg. Projektet er drøftet med Viborg Kommune, der er positivt indstillet overfor projektet og evt. vil indgå økonomisk i projektet, evt. i form af delestilling. Den koordinerende sygeplejerske starter med funktion ca. 2 dage i diabetescentret og ca. 3 dage i primærsektor (almen praksis og kommune/hjemmepleje regi). Projektet begrænses til området Viborg kommune og de dertil hørende praksis. Projektgruppe består af koordinator, afd.spl. og overlæge fra diabetescenter, praksiskoordinator og repræsentanter fra Viborg Kommune.
Effekt (sundhedsmæssigt)	• Interviewe forløbsprogramgruppen om forventning før og erfaring efter, med henblik på om deltagelse er relevant fremover. • Teste tilfredshed med undervisning lige efter "kursus" samt generelt ved projektafslutning til alle praktiserende læger. Teste vidensudvikling og procedureændring ved test og spørgeskema før og efter undervisning samt ca. 2 mdr. efter afsluttet undervisning. • Teste tilfredshed med undervisning før og efter ved spørgeskema. Teste ændret pleje og behandlingsadfærd i hjemmeplejen ved spørgeskema og interviews, 6 mdr. efter undervisning. • Registrerer antal hjemmebesøg, antal patienter, opgaver der udføres ved hjemmebesøg samt faktorer hos patient og omgivelser, der

	påvirker besøgets omfang og opgaver. • Koordinator registrerer kontakt/kommunikation ved hver patientkontakt: hvem, hvornår, kommentarer.
Tidsplan	Projektet ønskes gennemført i perioden 1. marts 2010 til 31. december 2012.
Budget	De årlige udgifter til projektet beløber sig til 500.000 kr. Fordelt med lønudgifter til koordinerende sygeplejerske og lægesekretær (470.000 kr.) og øvrige udgifter til kørsel, materialer m.v. (30.000 kr.)

**Projekt 7: Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes
(Regionshospitalet Randers og Grenaa)**

Projektets navn	Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes med diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik på Regionshospitalet Randers og Grenaa.
Projektbeskrivelse	Projektet skal medvirke til opfyldelse af formålet i Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med type 2 Diabetes med anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den samlede sundhedsfaglige indsats, med fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, fælles forståelse for opgavefordelingen med kommunikation og koordinering mellem alle involverede parter i programmet. Regionshospitalet Randers og Grenaa har en mangeårig tradition for samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger, hvilket får betydning for implementering og udvikling af Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med type 2 Diabetes i klyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa. Der er i Randersklyngen etableret samarbejdsrelationer og arbejdsgange, som i dag fungerer såvel på et overordnet som på et konkret niveau. Disse etablerede og fungerende samarbejdsrelationer vil blive understøttende for udviklingen af dette projekt indenfor forløbsprogrammets rammer. Kommunerne og praktiserende læger i Randersklyngen har efterspurgt etablering af en viden- og kompetencefunktion på hospitalet med speciel viden og kompetencer i relation til patienter med type 2 diabetes. En funktion, som de kan konsultere i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med planlægning af undervisning og kompetenceudvikling for deres personale. Hospitalets interne sengeafsnit og ambulatorier samt psykiatrisk afdeling har givet udtryk for samme behov for konsultation, undervisning og kompetenceudvikling som kommunerne og de praktiserende læger. Dette projekt omfatter derfor udvikling af en viden- og kompetencefunktion på hospitalet 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.

	Formålet med projektet er at formidle viden om og udvikle kompetencer hos såvel personale som patienter i forhold til den diabetologiske indsats i et samarbejde mellem hospital, kommune, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling med det mål at optimere patientforløbene fagligt og organisatorisk, så patienten/borgeren oplever et sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og praktiserende læge. Funktionen etableres med ansættelse af en diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik 30 timer ugentlig. På møde i Randersklyngen er projektet præsenteret for kommuner og praktiserende læger, som er meget positive overfor projektet, da det imødekommer deres ønsker og tiltag i relation til samarbejdet omkring patienter/borgere med type 2 diabetes.
Mål for indsatsen	Projektet mål er udvikling af personalets viden og handlekompetencer på hospitalet, i kommunerne, hos de praktiserende læger og i psykiatrisk afdeling samt styrkelse af patienten og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet.
Målepunkter (Metode)	Ansættelse af diabetessygeplejerske 30 timer ugentlig. Diabetessygeplejersken er medlem af implementeringsgruppen for forløbsprogrammet i Randersklyngen. Diabetessygeplejersken kontaktes af hospitalets forskellige afsnit såvel de medicinske som de kirurgiske ved indlagte eller ambulante patienter i relation til et konkret patientforløb. Problemstillinger i det konkrete forløb drøfter diabetessygeplejersken efterfølgende med speciallæger i Endokrinologisk Klinik. Det vurderes her, om der er behov for lægetilsyn på stamafsnit. Diabetessygeplejersken aftaler det videre forløb med afsnittet eller ambulatoriet. Diabetessygeplejersken kontaktes af kommune, praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling i relation til et konkret patientforløb og vurderer sammen med speciallæge evt. henvisning af patienten til ambulant konsultation i Endokrinologisk Klinik. Diabetessygeplejersken aftaler det videre forløb med kommune, praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling. Diabetessygeplejersken vurderer og henviser patienten til patientuddannelse med fokus på egenomsorg og egenbehandling

	medinddragende de pårørende. Diabetessygeplejersken kan dagligt kontaktes af patienter, personale på hospitalet, personale i kommuner, de praktiserende læger og personale på psykiatrisk afdeling med henblik på aftaler om konsultationer, undervisning og kompetenceudvikling. Diabetessygeplejersken vurderer sammen med hospitalets sengeafsnit og ambulatorier, kommunerne, de praktiserende læger samt psykiatrisk afdeling, hvordan undervisning, oplæring og kompetenceudvikling af personale kan iværksættes og afvikles. Diabetessygeplejersken vurderer sammen med hospitalets sengeafsnit og ambulatorier, kommunerne, de praktiserende læger samt psykiatrisk afdeling, om der skal gennemføres Fælles Skolebænk, temadage, konferencer og/eller studiebesøg og trækker på de organisationer, der eksisterer på hospitalet, i kommunerne og hos de praktiserende læger til afvikling heraf. Diabetessygeplejersken underviser, oplærer og kompetenceudvikler personalet, hvor patienten/borgeren fysisk befinder sig med klinisk vejledning og konsultationer. Diabetessygeplejersken dokumenterer ydelserne, henvisninger, overflytninger, genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser med henblik på auditering.
Effekt (sundhedsmæssigt)	• Patienter kan forblive på stamafsnit, da afsnittet får tilknyttet kompetencer i forhold til patienter med type 2 diabetes fra Endokrinologisk Afsnit. • Udvikling af kompetencer hos praktiserende læger og kommune, i forhold til patienter med type 2 diabetes, så borgeren ikke behøver at blive indlagt. • Fokus på overgange og overdragelse mellem hospital, kommunerne, praktiserende læger og psykiatrisk afdeling så patienterne oplever kompetence, kontinuitet, koordinering og kvalitet i forløbet. • Forebyggelse af utilsigtede hændelser i forbindelse med overflytninger og overdragelse mellem hospitalets afsnit, kommunerne og praktiserende læger. • Øgede handlekompetence hos personale, patienter og pårørende. • Færre patienter genindlægges.

	• Patienttilfredshed i forhold til patientforløbet med fokus på overgange og overdragelse.
Tidsplan	Projektperioden er 1. februar 2010 - 31. december 2012.
Budget	Den årlige udgift i projektperioden bliver ca. 367.000 kr. til lønudgifter til diabetessygeplejerske

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

Ansøgende Afdeling: Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk Afdeling T, Hjertemedicinsk Afdeling B, Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen. Århus Universitetshospital, Skejby Projekt ansvarlig: Postdoc Mette Krintel Petersen, Fysioterapi - og Ergoterapiafdeling og Adjunkt Sussie Laustsen, Klinisk Institut, Århus Universitetshospital, Skejby	
Indhold (projektbeskrivelse)	Planlægning, opstart og evaluering af tværfaglige og tværsektoriel forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland for kirurgiske og medicinske hjertepatienters rehabilitering. Sideløbende med implementering af forløbsprogram udvikles, afprøves og implementeres et telemedicinsk patientuddannelsesstilbud. Det telemedicinske program skal medvirke til at patienter kan trænes og undervises i eget hjem. midler hertil skal tages fra puljen "egenbehandling og undervisning". Det der er markeret med (**) i budget. Rehabilitering er jf. "<i>Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet</i>" en proces, der inddrager patientens liv, omgivelser og forudsætninger. Det fordrer, at rehabiliterings-processen er tværfaglig, tværsektoriel, planlagt og vidensbaseret. <i>The International Classification of Functioning, Disability, and Health</i> (ICF) anvendes som overordnet referenceramme i forbindelse med planlægning, gennemførelse og evaluering af rehabiliteringsindsatsen Rehabiliteringstilbuddet ifase II og overgang til fase III jvnf. "Forløbsprogram for hjertekarsygdom omfatter samtaler, fysisk træning, tilbud om rygeafvænning og kostvejledning. Ligeledes sikres et tværsektorielt samarbejde. <u>Tilbuddet omfatter:</u> Samtaler: 4 samtaler med sygeplejersker, og tre med læge over en 8 ugers periode. Fysisk træning: Ved fysioterapeut 3 gange ugentligt i 12 uger i hospitalsregi, hvoraf den ene gang foregår i eget hjem som et telemedicinsk tilbud. Efterfølgende vedligeholdelsestræning i primær sektor af 1-1,5 time 3. gange ugentligt. Rygeafvænning: Tilbud om formaliseret rygeafvænning jf. Forløbsprogram.

	Kostvejledning: Tilbud om formaliseret kostvejledning to gange 1 time 3 og 8 uger efter udskrivning. I forbindelse med afslutning af rehabiliteringsdelen på hospitalet tilbydes en statussamtale og telefonisk kontakt tages til patienter 2 mdr. Efter endt hospitalsrehabilitering. Der sikres sammenhæng i patientforløb mellem sektorerne som beskrevet i Forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland. For at kunne evaluere effekten af det udbyggede forløbsprogram på patienten aktivitets- og deltagelsesniveau kræves en kontinuerlig monitorering, systematisk indsamlede data og analyse af disse jf. bilag om oprettelse af database.
Mål for indsatsen	At begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af sygdomme At forbedre patienters funktionsniveau og livskvalitet At bremse progression af hjertesygdom At reducere morbiditet og mortalitet
Målepunkter (metode)	Følgende indikatorer registreres i hele patientforløbet ved henvisning, under indlæggelse, ved udskrivning samt ved ambulant opfølgning på hospitalet og i primærsektor: - Ernæringstilstand og fordøjelse - Smerter - Vægt (BMI) - Rygning og alkohol - Fysisk aktivitet - Funktionsevne - Kognitiv funktion - Hæmatologiske - og immunologiske funktioner - Komplikationer - Mortalitet - Selvvurderet helbred og livskvalitet - Genindlæggelser, overflytninger til rehabiliteringsafsnit og plejehjemsanbringelse - Indlæggelsestid - Sundhedsfaglige kontakter og ydelser, herunder også DRG - Forbrug af medicin - Opretholdelse af arbejdsevne
Estimeret sundheds-mæssig effekt	- At hjertepatienter sikres optimeret og sammenhængende sundhedsfaglig rehabilitering - At optimere udnyttelsen af ressourcer på tværs af sektorer
Tidsplan	Planlægning og implementering 2010

	Afprøvningsfase 1011-2012 Evalueringsfase 2012 Opstart af databasen primo 2010 Årlig analyse og afrapportering i 2010, 2011, 2012																						
Budget	<table> <tr> <td>Løn projektansvarlige til opstart</td><td>82.500 kr</td></tr> <tr> <td>Oprettelse af træningshold:</td><td>1.133.187 kr.</td></tr> <tr> <td>vejledning diætist:</td><td>376.000 kr</td></tr> <tr> <td>Sygeplejeintervention:</td><td>1.725.688 kr</td></tr> <tr> <td>Sekretær indkaldelser</td><td>301.125 kr</td></tr> <tr> <td>(**) Fysioterapeut</td><td>912.500 kr</td></tr> <tr> <td>I alt ansøges fra puljen vedr. forløbsprogrammer</td><td>4.531.000 kr.</td></tr> <tr> <td colspan="2"> </td></tr> <tr> <td>(**)Telemedicinsk undervisning incl. Pc'er og opkoblinger (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)</td><td>1.840.000 kr.</td></tr> <tr> <td colspan="2"> </td></tr> <tr> <td>Oprettelse af klinisk database (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)</td><td>1.037.500 kr</td></tr> </table>	Løn projektansvarlige til opstart	82.500 kr	Oprettelse af træningshold:	1.133.187 kr.	vejledning diætist:	376.000 kr	Sygeplejeintervention:	1.725.688 kr	Sekretær indkaldelser	301.125 kr	(**) Fysioterapeut	912.500 kr	I alt ansøges fra puljen vedr. forløbsprogrammer	4.531.000 kr.			(**)Telemedicinsk undervisning incl. Pc'er og opkoblinger (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)	1.840.000 kr.			Oprettelse af klinisk database (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)	1.037.500 kr
Løn projektansvarlige til opstart	82.500 kr																						
Oprettelse af træningshold:	1.133.187 kr.																						
vejledning diætist:	376.000 kr																						
Sygeplejeintervention:	1.725.688 kr																						
Sekretær indkaldelser	301.125 kr																						
(**) Fysioterapeut	912.500 kr																						
I alt ansøges fra puljen vedr. forløbsprogrammer	4.531.000 kr.																						
(**)Telemedicinsk undervisning incl. Pc'er og opkoblinger (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)	1.840.000 kr.																						
Oprettelse af klinisk database (ansøges i puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling)	1.037.500 kr																						

(**)Sideløbende med implementering af forløbsprogram udvikles, afprøves og implementeres et telemedicinsk patientuddannelsesstilbud. Det telemedicinske program skal medvirke til, at patienter kan trænes og undervises i eget hjem. Midler hertil skal tages fra puljen "egenbehandling og undervisning".

**Projekt 9: Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering
(Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup)**

Projektets navn	Individuel vejledning til patienter med særlige behov for hjerterehabilitering ved Regionshospitalet Viborg.
Projektbeskrivelse	I hjerterehabilitering, sådan som det bl.a. er udmøntet i Region Midtjyllands forløbsprogram for hjertekarsygdom, fokuseres på en tværfaglig og tværsektoriel indsats, som styrker patientens egenomsorg. Egenomsorg defineres som den enkelte patients evne til at håndtere symptomer, behandling, de fysiske og psykiske konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med kronisk sygdom. Ligesom patienten skal kunne monitorere sin egen tilstand og kunne aflæse egne reaktioner på den kroniske sygdom. Formålet er at fremme patienternes og de pårørendes evne og vilje til at tage ansvar for eget liv og blive i stand til at foretage varige ændringer i den eksisterende livsstil henimod et i hjertemæssigt forstand sundere liv. Som konsekvens heraf anbefales i forløbsprogrammet for hjertekarsygdom en rehabiliteringsindsats, som er individuelt tilpasset og differentieret ud fra patientens sociale baggrund. Således henvises i Forløbsprogrammet for hjertekarsygdom til undersøgelsen "I gang igen efter blodprop i hjertet" (p. 25, kilde 42), der dokumenterer, at det kan lade sig gøre at fastholde lavt uddannede og belastede patienter ved en intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettede tilbud. Formålet med nærværende projekt er at udbrede denne viden til hjertepatienter ved Regionshospitalet Viborg, da en sådan indsats overfor særligt udsatte patienter ikke forefindes i dag. Hjerterehabiliteringsforløbet ved Regionshospitalet Viborg påbegyndes i fase 2 med tilbud til hjertepatienter om en indledende individuel samtale 1-2 uger efter udskrivelse med læge, sygeplejerske, fyioterapeut og diætist. Samtalen indleder og strukturerer det efterfølgende hjerterehabiliteringsforløb, og afdækker evt. særlige behov for støtte og vejledning til udsatte patienter med sociale problemstillinger og/eller psykiske belastninger efter den akutte sygdom. Nærværende projekt består i tilbud om en sådan efterfølgende individuel vejledning for patienter med særlige behov vedr. rygestop, kostændringer, samt afhjælpning af sociale problemstillinger, depressive symptomer mv. Det skønnes, at ca. hver 4. hjertepatient har behov for individuel vejledning. Projektets målgruppe afgrænses til at omfatte hjertepatienter under 70

	år med hjertesvigt på iskæmisk baggrund med nedsat systolisk funktion af venstre ventrikel (LVEF<45%) og NYHA-klasse 1-3. Målgruppen inkluderer dermed patienter med hjertesvigt som følge af AKS. Projektet omfatter dermed patienter, hvor livsstilsændring antages at have størst betydning for patienterne og størst effekt i forhold til effektiv ressourceudnyttelse og begrænsning i antal kontakter til sundhedsvæsenet. Den individuelle vejledning ydes af en eller flere sundhedsfaglige personer (sygeplejerske, diætist, psykolog og/eller socialrådgiver) afhængig af patientens problematikker. Vejledningen vil være individuelt tilpasset og vil maksimalt bestå af følgende: - 4 samtaler ved sygeplejerske - 5 samtaler ved rygestopinstruktør - 4 samtaler med diætist - 4 samtaler med klinisk psykolog - 1 samtale med socialrådgiver Man vil i udvælgelse af patienter ved den indledende samtale og i den videre afgrænsning af den individuelle indsats i vidt omfang lade sig inspirere af og anvende den metode og de værktøjer (screeningsspørgsmål, spørgeskema, scoreskemaer m.v.), som fremgår af manual til undersøgelsen "I gang igen efter blodprop i hjertet", jf. ovenfor. Der vil til projektet blive tilknyttet en ressourceperson, som har til opgave at sikre projektets implementering og afvikling, herunder sikre indberetning af data i projektperioden, ligesom ressourcepersonen vil være involveret i evaluering af projektet. Ressourcepersonen vil være kvalitetssygeplejerske med organisatorisk forankring i medicinsk afdelingsledelse eller i hospitalets kvalitetsafdeling.
Mål for indsatsen	At udvikle metoder for formidling af viden og vejledning til patienter i målgruppen, som afgrænset ovenfor. At afholde vejledningsforløb for udsatte patienter, som beskrevet ovenfor. At motivere patienterne til ændret og mere sund livsstil.
Målepunkter (Metode)	Projektet vil blive målt på følgende parametre: Patienternes deltagelse og fastholdelse i rehabiliteringsforløbet samt årsager til evt. frafald undervejs i den særligt tilrettelagte indsats. Patienttilfredshed med rehabiliteringsforløbet. Patienternes antal af genindlæggelser og ambulante besøg på

	hospitalet. samt antal genhenviste til hjertesvigtklinik ved Regionshospitalet Viborg. Der måles i forhold til samme målgruppe/patientkategori i 2009, som ikke har fået et særligt tilrettelagt rehabiliteringsindsats. Den enkelte patients indplacering i NYHA-klasser ved start og slut på det individuelt tilrettelagte forløb. Patienttilfredshedsundersøgelse forud for patienternes kontrolbesøg 6 mdr. efter udskrivelse. Undersøgelsen vil bl.a. omfatte patienternes egenomsorg, herunder deltagelse i fysisk træning udenfor hospitalsregi, samt deres sociale forhold, familiære forhold og tilknytning til arbejdsmarkedet.
Effekt (sundhedsmæssigt)	Der henvises til forløbsprogrammet for hjertekarsygdom, p. 25, hvor der henvises til undersøgelse (kilde 42), der dokumenterer, at det kan lade sig gøre at rekruttere og fastholde udsatte patienter i et rehabiliteringsforløb ved en intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettelagt rehabiliteringsindsats. Den videre effekt heraf vil være større egenomsorg for patienterne og færre kontakter til sundhedsvæsenet.
Tidsplan	Projektet iværksættes d. 1. marts 2010 og afsluttes 31. december 2012.
Budget	Udgifterne til projektet beløber sig årligt til 400.000 kr. og vedrører lønudgifter til sygeplejerske, fysioterapeut, diætist, psykolog og socialrådgiver.

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

Projektets navn	Optimering af individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb for patienter med akut koronarsyndrom (AKS) i samarbejde med kommune og praktiserende læge.
Projektbeskrivelse	Projektet skal medvirke til opfyldelse af formålet i Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med hjertekarsygdom med anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den samlede sundhedsfaglige indsats, med fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, fælles forståelse for opgavefordelingen med kommunikation og koordinering mellem alle involverede parter. Regionshospitalet Randers og Grenaa har en mangeårig tradition for samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger, hvilket får betydning for implementering og udvikling af Regions Midtjyllands forløbsprogram for patienter med hjertekarsygdom i klyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa. I forløbsprogrammet for patienter med hjertekarsygdom er beskrevet 3 faser i rehabiliteringen for målgruppen. Dette projekt vil derfor beskæftige sig med udvikling af og aftaler om et struktureret rehabiliteringsforløb. Et forløb med det organisatoriske ansvar og det sundhedsfaglige indhold delt mellem hospital, kommune og praktiserende læge. Formålet med projektet er udvikling af indsatsen til patienter med akut koronarsyndrom (AKS) i et samarbejde mellem hospital, kommune og praktiserende læger gennem: • Udvikling af et samlet og velkoordineret rehabiliteringsforløb fra indlæggelse til ambulatorium og videre til kommune og/eller praktiserende læge • Udvikling og aftale om samarbejde om delt organisatorisk ansvar og sundhedsfagligt indhold mellem hospital, kommune og praktiserende læge • Målrettet rehabilitering, der giver patienterne viden og forståelse for deres sygdom, så de aktivt kan deltage i forebyggelse af yderligere udvikling af deres hjertekarsygdom Projektet etableres ved ansættelse af fysioterapeut/sygeplejerske med specialviden og kompetencer i relation til rehabilitering af patienter med akut koronarsyndrom (AKS) med 30 timer ugentlig.

	Der er i Randersklyngen etableret samarbejdsrelationer og arbejdsgange, som i dag fungerer såvel på et overordnet som på et konkret niveau. Disse etablerede og fungerende samarbejdsrelationer vil blive understøttende for udviklingen af dette projekt indenfor forløbsprogrammets rammer. På møde i Randersklyngen er projektet præsenteret for kommuner og praktiserende læger, som er meget positive overfor projektet, da det imødekommer deres ønsker og tiltag i relation til samarbejdet omkring patienter/borgere med akut koronarsyndrom (AKS).
Mål for indsatsen	Projektets mål er: • målrette patientundervisning og patientuddannelse til den enkelte patient ved social differentiering • kvalitet og koordinering i rehabiliteringsforløbet i overgangene mellem hospitalet, kommune og praktiserende læge • styrkelse af patientens og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet • gennemførelsesprocenten for deltagerne i den svageste gruppe (scoret ved social differentiering) er den samme som for de øvrige grupper (scoret ved social differentiering).
Målepunkter (Metode)	Frikøb af specialviden og kompetencer i relation til rehabilitering af patienter med akut koronarsyndrom (AKS) med 18,5 sygeplejersketimer og 18,5 fysioterapeuttimer. Sygeplejersken og fysioterapeuten er medlemmer af implementeringsgruppen for forløbsprogrammet i Randersklyngen. Arbejdsgruppe med deltagelse fra hospital, kommune og praktiserende læger, der beskriver og konkretiserer det organisatoriske ansvar og det sundhedsfaglige indhold. Organisering Patientens kommende kontaktperson (sygeplejerske eller fysioterapeut i Hjerteklinikken) i rehabiliteringsforløbet, besøger patienten på sengeafsnittet under indlæggelsen. Screening af alle patienter med AKS med henblik på individuel målrettet rehabiliteringsforløb. Screeningsinstrumentet som anvendes er "I gang igen efter blodprop i hjertet – social differentieret rehabilitering". Under indlæggelsen screener og vurderer kontaktpersonen patienten i forhold til social differentiering, fysisk og psykisk formåen.

	Inden udskrivelsen udarbejdes i samarbejde med patienten skriftlig rehabiliteringsplan indeholdende tidsplan og en genoptræningsplan. Rehabiliteringsplanen, som patienten kan medbringe til praktiserende læge, medsendes genoptræningsplanen til kommunen. Vurdere om patienter i fase 2 rehabiliteringsforløb, allerede efter 8 uger i hospitalsregi kan fortsætte rehabilitering i kommunen i samarbejde med den praktiserende læge. Det gælder for hele forløbet, at pårørende inviteres med, hvor patienten ønsker det. Patientens kontaktperson i Hjerteklinikken er ansvarlig for, at patienten kommer videre i kommunalt regi og følger op med en telefonopringning efter 2 måneder. Den praktiserende læge er bindeled til hospital og kommune. Sundhedsfagligt indhold Individuel- og holdundervisning indenfor KRAM - faktorerne, sygdomsforståelse, medicin, anatomi/fysiologi og livsstilsændringer ud fra principperne i den motiverende samtale. (hospitalsregi). Individuel- og/eller holdundervisning i fysisk træning (hospitalsregi). Overdragelsen til kommune og praktiserende læge. Når patienten er færdig med sit forløb i hospitalsregi udarbejdes en rehabiliteringsstatus, indeholdende bl.a. patientens mål for rehabiliteringsforløbet. Overdragelsesdokumentet udarbejdes i samarbejde med patienten. Patientens kontaktperson i Hjerteklinikken er ressourceperson i relation til kommunen, hvis der opstår tvivlsspørgsmål i forhold til rehabiliteringsforløbet. Patientsikkerhed Der forefindes på hospital og i kommunerne instrukser og udstyr vedrørende sikkerhed for patienten/borgeren. Evaluering af den kommunale indsats ved træning af hjertepatienter i fase 2 efter 8 ugers i hospitalsregi: Udvælgelse af patientgruppe til kommunal træning de sidste 4
--	--

	uger af fast 2: Patienter med diagnosen Angina Pectoris og ustabil Angina Pectoris overgår i fase 2 til træning i kommunalt regi efter 8 ugers træning i hospitalsregi. Øvrige hjertepatienter (AMI-patienter) træner i hospitalsregi i 12 uger. Begrundelse: Patienter med Angina Pectoris og ustabil Angina Pectoris antages at være patienter med mindst risiko for at udvikle livstruende helbredstilstande under træningen. Evaluerings: Træningen tilsigter, at patienterne efter endt træningsforløb (8 eller 12 uger) kan håndtere livsstilsændringer (rygning, motion, kostændringer) og medicinering. Dette gælder for såvel patienter med Angina Pectoris som for AMI-patienter. På den baggrund skal måling af effekt udmøntes i forskel på de to patientgruppers mestring af at ændre og fastholde ændringer i deres livsstil efter afsluttet behandlingsforløb. Metode: Målingerne af patienterne vil ske ved udgangen af 12. uge, hvor patienter i begge grupper testes med fysisk test samt interviewes efter interviewguide. Ligeledes interviewes alle patienter efter ½ og evt. efter 1 år, evt. telefoninterview. Baggrundsmateriale: I første halvdel af 2009 er 124 patienter med Angina Pectoris og ustabil Angina Pectoris og 127 patienter med AMI registreret i hjerteklinikken. Dette vil formentlig betyde, at der vil være ca. 250 patienter i hver gruppe på et år. Skønsmæssigt vil ca. 20 % af disse skulle tilbydes en tilpasset indsats og dermed udgå af det patientmateriale, som vil danne baggrund for evaluering af effekt af 8 eller 12 ugers træning i hospitalsregi. Ca. 200 patienter årligt vil således danne baggrund for evalueringen. Fordeling af omkostninger for evalueringen: Det skønnes, at der vil være et ressourcetræk til udarbejdelse af interviewguide, som skal forudgå undersøgelsen. Desuden vil der ved afslutning af projektet skulle bruges ressourcer til
--	--

	opgørelse af resultaterne. Ressourcetræk til den løbende dataindsamling vil være jævnt fordelt over de tre år.
Effekt (sundhedsmæssigt)	Optimering af rehabiliteringsforløb for patienter med AKS. Patientens oplevelse af sammenhæng i forløbet Øge patienternes fysiske formåen (tests via fysioterapeuten). Øge patienternes handlekompetence i relation til deres sygdomssituation. Undgå frafald i rehabiliteringsforløbet.
Tidsplan	Projektperioden er 1. februar 2010 - 31. december 2012.
Budget	Den årlige udgift i projektperioden bliver ca. 360.000 til lønudgifter til fysioterapeut/sygeplejerske Evaluerings af den kommunale indsats i fase 2: 300.000 kr.

Projekt 11: Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering (Regionshospitalet Silkeborg)

Ansøgning vedr. Hjerterehabilitering

Indhold (projektbeskrivelse) Patienter med hjertesvigt, akut koronar syndrom, og akut mykardie infarkt. følges i kommunalt regi i samarbejde med almen praksis efter fase 2 rehabiliteringen er afsluttet.

Hidtil har der ikke været nogen systematisk opfølgning på patienter der har afsluttet fase 2 hjerterehabilitering. En supplerende systematisk hospitals-baseret opfølgning på halvdelen af de afsluttede fase 2 patienter, forventes at have en række positive sundhedsmæssige effekter. Opfølgningen vil bestå en løbende kontakt med patienterne samt 2-4 fremmøder på hospitalet, hvor relevante undersøgelser foretages.

Projekt vil desuden bidrage til at sammenknytte og systematisere hjerterehabiliteringen mellem hospital, kommune og almen praksis. Relationen til kommunen vil primært bestå i at man får defineret og beskrevet de kommunale tilbud, så de tilbydes til alle, der afslutter rehabilitering fra sygehuset. Linket til kommunen sikrer, at man får systematik og ideer til yderligere projekter i rehabiliteringsområdet

Dette er i fin overensstemmelse med formålet med Centre of Excellence på Regionshospitalet Silkeborg, der skal udvikle tiltag, der kan forhindre indlæggelse, herunder i samarbejde med kommune og almen praksis søge at forbedre mulighederne for at forebygge forværring af sygdom.

Mål for indsatsen

Målet for indsatsen er både den enkelte patient, men også samarbejdet mellem hospital, kommune og almen praksis.

Målene er som følger:

- Sikre at patienterne får den relevante rehabilitering efter deres hjertesygdom
- Sikre koordinering af tværfaglig og tværsektoriel behandling og rehabilitering samt løbende opfølgning.

Målepunkter (metode)

Målepunkterne for patienterne der alle bliver fulgt systematisk via spørgeskemaer og registre er som følger:

- Reduktion i antallet af indlæggelser
- Reduktion i antallet af ambulante besøg
- Reduktion i antal kontakter til almen praksis
- Reduktion i plejehjemsanbringelser
- Reduktion i forbruget af hjemmehjælp
- Patienttilfredshed målt via spørgeskema
- Oplevet livskvalitet målt via spørgeskema

Sammen med kommunerne Silkeborg, Skanderborg og Favrskov ønsker vi at følge rehabiliteringen i et forskningsprojekt og vi vil

	sammen med kommunerne søge supplerende midler til dette via puljen "Folkesundhed i Midten"
Effekt (sundhedsmæssig)	Den supplerende hospitalsbaserede systematiske opfølgning antages at have følgende sundhedsmæssige effekter: • Højere overlevelsesprocent • Bedre livskvalitet • Større patienttilfredshed • Lavere forbrug af sundhedsydelser
Tidsplan	Projektet kan i gang sættes den 1. januar 2010
Budget	Projektet kan gennemføres ved ansættelse af 0,8 projektsygeplejerske. Budget for hele projektperioden (3 år) er således på 816.000 kr.

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

Indhold (projektbeskrivelse) <i>Udvikling af shared-care model for et optimalt tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med akut koronart syndrom (AKS)0. Et MTV projekt.</i>	Baggrund. Jf. side 15 i Forløbsprogram for hjertekarsygdom er det vedtaget at rehabiliteringens "Fase 2 som hovedregel ligger i hospitalsregi – begrundet evidens, sikkerhedsmæssige hensyn under den fysiske træning samt tilstedeværelse af faglig ekspertise. Dele af Fase 2 kan også foregå i kommunalt regi i et samarbejde med kardiologisk hospitalsafdeling – såfremt den nødvendige faglighed er til stede i kommunerne. Fase 3 ligger som hovedregel i kommunalt regi, men der vil kunne forekomme patienter, der fortsat er tilknyttet ambulatoriet.". Projektet tager udgangspunkt i det i dag etablerede og hospitalsbaserede rehabiliteringstilbud for AKS patienter og sigter mod at udarbejde retningslinier for, hvorledes der kan samarbejdes om Fase 2 samt hvorledes samarbejds (<i>shared care</i>)-modellen kan etableres og evalueres. Der vil blive udarbejdet modeller for kontinuerlig vidensdeling på tværs af sektorerne samt til kontinuerlig kvalitetsvurdering og –udvikling. Endelig vil de blive udarbejdet en MTV-rapport ved projektets afslutning. En beskrivelse og implementering af et optimalt tværsektorielt <i>shared care</i> rehabiliteringsforløb for AKS patienterne vil på sigt kunne appliceres også på andre kroniker-patienter indenfor hjertekarområdet.
Mål for indsatsen	Der planlægges et 3-årigt forløb med følgende indhold: 1. år Patienter med akut koronart syndrom (AKS) identificeres og behandles i henhold til de aktuelt gældende retningslinjer for hjerterehabilitering (min 100 patientforløb). Resultat af indsatsen på udvalgte parametre gøres op efter 26 og 52 uger (effekt på bl.a. risikoparametre, genindlæggelsesfrekvens, arbejdssituation, dødsrate etc.). Der udarbejdes <i>shared care</i> model for, hvorledes hospitalet personalet skal undervise, give praktisk vejledning og supervisere personale fra primær sektor i forhold til hjerterehabilitering i relevante dele af Fase 2. 2. år. I den første del af perioden etableres samarbejde med sundhedspersonale fra primærsektor, som involveres i

udviklingen af *shared care* modellen.

Patienter med AKS identificeres (min. 100 patientforløb) og modtager Fase 2 rehabiliteringsbehandling i henhold til Forløbsprogrammet og til det beskrevne samarbejde mellem sektorerne. Resultatet af indsatsen på udvalgte parametre gøres op (som i 1. år af projektet), hvilket vil strække sig ind i det 3. år af projektet.

3.år

- a) På baggrund af de opnåede erfaringer og resultater beskrives og etableres et samarbejde (*shared care*) på tværs af sektorerne for dele af rehabiliteringen i Fase 2.
- b) Der udarbejdes program for uddannelse af sundhedspersonale i primær sektor og supervision m.h.p. at varetage dele af rehabiliteringsopgaven og til kontinuerlig justering af viden på området
- c) Program for patientundervisning

Som afslutning på projektet udarbejdes MTV på rehabilitering af patienter med AKS på tværs af sektorerne.

Målepunkter (metode)

Der udarbejdes MTV på baggrund af bl.a.:

- effekt af behandlingsindsatsen på udvalgte risikoparametre (blodlipider, blodtryk, arbejdskapacitet, genindlæggelser, død)
- udgifter forbundet med behandlingsindsatsen aktuelt og ved formaliseret *shared care* rehabilitering på tværs af sektorerne

Effekt (sundhedsmæssig)

Etablering af kost-effektiv rehabilitering af patientpopulationen med AKS i *shared care* model.

Sikring af kontinuerlig vidensdeling mellem sekundær og primær sektor vedrørende rehabilitering af kroniske hjertepatienter

Tidsplan

3 trin over 3 år.

Budget

Speciallæge (evt. afdelingslæge) og sygeplejerske på fuld tid i 3 år. Diætist.

1,55 mio

Evt. kan sygeplejerske stillingen deles med fysioterapeut, således at udgiften dækkes delvist af afdelingen.

Projekt 13: Lænderyg-smerter – et litteraturstudie af bedste viden på området

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet i Silkeborg

Baggrund

Forløbsprogrammet vdr. muskel-skelet lidelser forventes implementeret ved udgangen af 2012. I Region Midtjylland lægger man vægt på at processen ikke bør forceres på bekostning af kvaliteten.

Muskel-skeletlidelser er en samlebetegnelse for en række lidelser relateret til muskler, sener, knogler og led. Ondt i ryggen, hold i nakken, slidgigt, leddegigt og knogleskørhed er eksempler her på. Formandskabet for forløbsprogrammet har vurderet, at patienter med lænderygsmerter er en relevant målgruppe for den første forløbsbeskrivelse indenfor muskel-skelet lidelser bl.a. med baggrund i at patienter med lænderygsmerter er blandt de hyppigste forekommende tilfælde blandt patienter med muskel-skeletlidelser. Der er tale om et komplekst område med mange behandlings-, planlægnings- og samarbejds-mæssige udfordringer, der bl.a. involverer sundheds-, social- og beskæftigelses-sektorerne. Formandskabet finder, at der er behov for at skabe et samlet overblik over den foreliggende viden på området, som efterfølgende kan danne baggrund for forløbsgruppens arbejde.

Formål

Litteraturstudiets formål er at samle bedste viden om lænderygsmerter, således at forløbsgruppen bliver i stand til at planlægge den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats overfor patienter med kroniske/langvarige lænderygsmerter, hvormed anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats sikres. Dette inkluderer en opsamling af viden omkring udredning, behandling, opgavefordeling samt koordinering og kommunikation imellem involverede parter (fx fysioterapeuter, kiropraktorer, praktiserende læger, sygehus og kommune). Yderligere, at der foreligger viden, der gør det muligt at tage stilling til, om forløbsprogrammet skal involvere indsatser, der ligger ud over de sundhedsfaglige. Man er opmærksom på, at netop patienter med lænderygsmerter kan kræve rehabiliteringsindsatser, der ydes efter andre lovgivninger end sundhedsloven.

Metode

For at etablere et overblik over den eksisterende viden gennemføres en systematisk litteraturgennemgang, der tager udgangspunkt i fokuserede spørgsmål og består af følgende tre elementer: 1) Litteraturen *identificeres* ifølge en eksplicit søgestrategi, 2) *udvælges* ifølge definerede inklusions- og eksklusionskriterier og 3) *evalueres* ud fra pålidelige metodologiske standarder. Fokus for litteraturgennemgangen vil være både nationalt og internationalt publiceret litteratur.

Målgruppen afgrænses til voksne (>16 år), symptomer eller sygdomsperiode > 4 uger. Det kan vise sig nødvendigt at afgrænse målgruppen yderligere.

De *fokuserede spørgsmål* er:

1. Hvad karakteriserer akut, subakut og kronisk lænderygsmerter herunder sygdomme, symptombillede, funktionsevne og udvikling over tid (senfølger)?

2. Prævalens, incidens, omkostninger i DK og Region Midtjylland?
3. Bedste viden, om udredning og diagnostik og indikationer for behandling?
4. Bedste viden, om behandlingseffekt (operativ, medikamentel, genoptræning og rehabilitering) – herunder muligheder for differentiering/stratificering og måling af effekt (ex. symptomer, funktionsevne (arbejde, klare sig selv), livskvalitet)?
5. Bedste viden, om hvem der løser opgaven bedst, i forhold til specifikke subgrupper og på det rigtige tidspunkt (det ideelle forløb)?
6. Bedste viden, om overgange, kommunikation og samarbejdsmodeller mellem behandlere?

Litteratursøgningen vil foregå efter en søgeprotokol, og gennemføres systematisk i relevante databaser. Hvis muligt opbygges søgningen ved hjælp af hierarkisk opstillede emneord, de såkaldte thesaurus termer, og suppleres med søgninger ved hjælp af fritestord. Denne strategi benyttes for at opnå en søgning med "high recall". Der søges primært på sekundære studier (fx MTV rapporter, systematiske reviews og guidelines). Informationskilder til den systematiske litteratursøgning forventes at være: PubMed, EMBASE, Cochrane, HTA-databasen, PsychINFO, Cinahl, Pedro, TRIP/Clinical evidens, SvedMed+, Global Eprints, Bibliotek.dk og relevante faglige selskaber. Den efterfølgende litteraturgennemgang forventes gennemført i flere faser. Først gennemgås alle de fundne referencer hovedsageligt på baggrund af deres titel. Indlysende irrelevante referencer sorteres fra. Herefter gennemlæses abstrakt på de tilbageværende referencer. De referencer, der herefter skønnes relevante fremskaffes. Ligeledes fremskaffes referencer, det ikke er muligt entydigt at afgøre relevansen af. Det vil sige, at referencerne i første omgang udvælges ud fra et relevanskriterium. I den endelige sammenfatning vægtlægges validiteten af de givne fund.

Resultat

Resultater af litteraturstudiet sammenfattes i en kortfattet rapport (ca. 30 sider). Forfatter(ne) vil formidle resultater for forløbsgruppen og står i øvrigt til rådighed som faglige eksperter for forløbsgruppen i dennes arbejde.

Tidsplan

Litteraturstudiet udføres i perioden 1.1.2010 til 30.4.2010 således at rapporten vil ligge klar 1.5.2010.

Budget

Der skal anvendes 6 akademiker måneder á kr. 50.000 incl. et mindre beløb til honorering af seniorbistand – i alt kr. 300.000.

Projektgruppe og ledelse

Projektgruppe: litteraturstudiet udføres af akademiker med kendskab til området.

Afdelingsleder, socialoverlæge Claus Vinther Nielsen, ph.d. (leder); seniorforsker cand. scient.

Chris Jensen ph.d.; seniorforsker cand. odont. Karin Dam Petersen, ph.d. alle

MarselisborgCentret – forskning og udvikling, Center for Folkesundhed og Afdelingen for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, AU; projektleder Claus Løvschall, cand.scient.san. MTV og Sundhedstjenesteforskning, Center for Folkesundhed og Institut for

Folkesundhed, AU og reumatologisk overlæge Ole Kudsk Jensen, Center for Bevægeapparatlidelser, RH Silkeborg indgår alle i projektgruppen.

Projekt 14: Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis

Indhold (projektbeskrivelse)

Region Midtjylland har i april 2009 godkendt forløbsprogrammer på tre områder: diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse og hjertekarsygdom. Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme er under udarbejdelse. Forløbsprogrammerne indeholder en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

Ved at tænke i forløb og arbejdsdeling samt ved at anvende den viden, der findes på området og monitorere indsatsen, vil sundhedsvæsenet blive bedre til at behandle kroniske sygdomme. På grund af sygdommens karakter med et oftest langvarigt forløb og ønsket om at sikre borgere med kroniske sygdom den bedst mulige livskvalitet, bør indsatsen i vid udstrækning ske i borgerens nærmiljø og i primærsektoren.

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, praksisformer og arbejdsmetoder. Eksempelvis vil der være stor forskel på, i hvilket omfang en enkeltmandspraksis og en større kompagniskabspraksis vil inddrage praksispersonale i den daglige omgang med patienterne.

Derfor er der også en særlig udfordring i forhold til at sikre, at almen praksis får 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.

En styrket kronikerindsats forudsætter således, at der sættes fokus på omstilling, kompetenceudvikling og efteruddannelse i almen praksis som en samlet organisation.

Ændrede arbejdsprocesser er afgørende for, at praksis vil kunne påtage sig en mere proaktiv og målrettet indsats i forhold til de kroniske patienter. Det er nødvendigt at praksis' arbejdsgange optimeres, og at der bliver øget fokus på, hvordan lægen overdrager opgaver til sit praksispersonale.

I forhold til kvalitetsudvikling af kronikerindsatsen er det særligt afgørende, at der i praksis er en arbejdsproces, som giver mulighed for at få overblik, evaluere og følge op på

kronikerindsatsen, da en væsentlig del af opgaverne i denne forbindelse i vid udstrækning vil blive varetaget af praksispersonalet.

Målet er at sikre en optimal patientbehandling for de kroniske patienter i almen praksis samt at stille viden, kompetenceudvikling, omstillingsværktøjer og IT-understøttelse til rådighed for 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

Det er ambitionen, at inden udgangen af 2012 er minimum 80 procent af praksis i Region Midtjylland igennem den skitserede forandringsproces.

Kompetenceudvikling og efteruddannelse

Ovenstående forudsætter, at såvel lægerne som deres praksispersonale har en fælles forståelse af, og kompetencer til, at håndtere de opgaver og forandringsprocesser, der følger af en bedre indsats i forhold til kroniske sygdomme. For at kunne imødekomme denne omstilling vil efteruddannelse og kompetenceudvikling være vigtige redskaber. Dette vil ske som en integreret del af den nedenfor skitserede gennembrudsmetode.

Formålet er, at de praktiserende læger efteruddannes i, hvorledes kronikerindsatsen effektivt kan håndteres, brugen af forløbsprogrammerne, vejledning i stratificering, populationsansvar mv. I løbet af perioden fra 2010-2012 er de praktiserende læger i regionen således igennem et grundigt efteruddannelsesforløb, omhandlende hvorledes kronikerindsatsen fagligt, organisatorisk og samarbejds-mæssigt bedst tilrettelægges. Det skal sikres, at almen praksis bliver i stand til at "benchmarke" de forskellige dele af behandlingsforløbene.

Der er søgt om midler til, at der kan gives to kursusdage til de praktiserende læger. Det vil blive drøftet i Samarbejdsudvalget for almen praksis, at det vil være nødvendigt, at lægerne selv reserverer yderligere to dage til regionale efteruddannelseskurser i kronikerforløb for egne efteruddannelsesmidler. Efteruddannelsesdagene vil blive benyttet i forbindelse med arbejdet i praksisudviklingsgrupperne og suppleret af faglige kurser.

Praksispersonalet vil i lige så høj grad som lægerne komme til at spille en væsentlig rolle i almen praksis' kronikerindsats. Man vil kunne forestille sig, at en stor del af den kroniske patients møde med almen praksis vil være mødet med en sygeplejerske eller andet klinikpersonale ansat i praksis. Praksispersonalet gøres bl.a. i stand til at tage forebyggelsessamtaler med patienterne efter lægens anvisning.

I ansøgningen er der afsat midler til udvikling og implementering af kurser for praksispersonale, eksempelvis via Education for Health. Education for Health er en førende uddannelsesorganisation i England inden for uddannelse af sundhedspersonale i relation til effektiv varetagelse af patienter med kroniske sygdomme. I en dansk kontekst har Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudvikling indgået partnerskab med Education for Health om anvendelse af deres uddannelsesmaterialer.

Dokumentation, datafeedback og vidensdeling

Data er en forudsætning for, at opnå en effektiv forandringsproces i almen praksis.

Som en del af processen vil der i praksisudviklingsgrupperne systematisk skulle benyttes data som udgangspunkt for en drøftelse af, hvorledes kronikerindsatsen kan forbedres til gavn for den enkelte patient. Det skal fastlægges, hvorledes man systematisk kan benytte datafeedback af kvalitets- og behandlingsdata, og hvordan data kan bruges som rettesnor for, hvor der kan være behov for at ændre praksis' arbejdsproces i forhold til de kroniske patienter.

Data skal bruges aktivt i forhold til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i den enkelte praksis. Data vil medvirke til at understøtte den enkelte praktiserende læge i forhold til at få overblik over sine kroniske patienter, og dermed også i forhold til at kunne varetage rollen som tovholder for de kronisk syge patienter.

Ideen er, jf. projektbeskrivelsen "Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland", at man for hver praksis vil kunne lave et dataudtræk, som viser den enkelte praksis' kronikerpatienter, kronikerpatienternes indikatorresultater, hvor langt praksis er fra at opfylde de fastlagte mål for indikatoropfyldelse, samt angive hvor der er plads til forbedring i den enkelte praksis' kronikerindsats. Data vil kunne medvirke til at udvikle praksis til at få skabt en struktur for arbejdet med de kroniske patienter, samt at sikre at praksis yder en optimal patientbehandling for de kroniske patienter,

Ligeledes skal data give mulighed for, at man kan følge patienten gennem sundhedsvæsenet. Data vil således kunne være med til at belyse eksempelvis om en kronisk patient har benyttet sig af kommunale tilbud, været i konsultation hos speciallæger o.l.

Mål

At sikre at almen praksis leverer en optimal patientbehandling og bliver i stand til at varetage rollen som tovholder i forhold til behandlingen af de kroniske patienter i et sammenhængende sundhedsvæsen, herunder at sikre at de praktiserende læger får implementeret forløbsprogrammerne for patienter med kroniske sygdomme.

Målepunkter og metode

Forandringsprocesser kan gennemføres med forskellige værktøjer eksempelvis ved udarbejdelse af støttepakker, kurser, møder mellem flere praksis, praksisbesøg og opfølgende tiltag.

Region Midtjylland vil benytte gennembrudsmetoden, som er udviklet i USA og som bl.a. med succes har været anvendt i Canada.

Metoden gennemføres ved, at der ud fra forskellige emner indenfor kronikerområdet kan dannes grupper af praksis, som over en periode på 10-12 måneder arbejder med konkrete forandringstiltag. Der iværksættes styrede aktiviteter i de deltagende praksis med inddragelse af praksispersonalet, og der foretages periodiske opsamlingsmøder med opfølgning og tilpasninger. Der samles op med henblik på formidling til andre praksis. Metoden sikrer, at forandringer integreres i de daglige rutiner, og at praksis får medejerskab.

Metoden vurderes også at være rummelig i forhold til, at praksis befinder sig på forskellige faglige og strukturelle niveauer.

Som led heri er der behov for at udarbejde støttepakker og datagrundlag til almen praksis, som skal give almen praksis nem og hurtig adgang til:

- at forandre praksis,
- at geare praksis til at agere på en anden måde i forhold til håndteringen af de kroniske patienter i egen praksis,
- at varetage rollen som tovholder.

Eksempler på støttepakker til almen praksis vil kunne være vejledninger i brugen af forløbsprogrammerne, opfølgning, forslag til organisatoriske tiltag eller det vil kunne være et datakatalog over den enkelte praksis indsats i forhold til kronikerpatienterne.

Den grundlæggende ide er, at kvalitetsforbedringer opnås gennem afprøvning, tilpasning og implementering af eksisterende viden om god praksis, hvorfor der arbejdes kontinuerligt og intensivt med at afprøve forskellige forbedringstiltag, der er samlet og gjort tilgængelige for deltagerne. Der arbejdes med en særlig kvalitetsudviklingsmodel kaldet Forbedringsmodellen.

Denne model indeholder tre centrale spørgsmål:

- "Hvad vil vi opnå?" – besvares med specifikke og numeriske månedlige mål.
- "Hvornår er en forandring en forbedring?" – besvares med løbende dokumentation og måling af forbedringer.
- "Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?" – besvares med konkrete forandringstiltag fra et "Forandringskatalog".

I arbejdet med forbedringsmodellen besvarer praksisudviklingsgrupperne løbende de tre spørgsmål. Herefter testes forandringstiltag fra forandringskataloget i en fortløbende, cyklisk proces, der baserer sig på PDSA-test (Plan, Do, Study, Act). Det er centralt for forbedringsarbejdet, at deltagerne udarbejder mange, samtidige test af forandringstiltag, for at opnå en markant og stabil forbedring af praksis.

I løbet af første kvartal 2010 vil der skulle gennemføres et grundigt forarbejde og en nærmere detailplanlægning af implementeringen, herunder udarbejdelse af støttepakker, drejebog for implementeringsproces mv.

Den overordnede organisering af implementeringsstrategien vil være etableringen af praksisudviklingsgrupper. Praksisudviklingsgruppernes størrelse vil afhænge dels af praksisstørrelse og dels af antal praksis i den pågældende kommune. Fra hver praksis vil deltage 1-2 læger, 1 sygeplejerske og/eller 1 sekretær

Der vil ske en trinvis implementering, således at praksisudviklingsgruppernes omstillingsforløb fordeles over perioden 2010-2012. De første praksisudviklingsgrupper vil starte op omkring 1. maj 2010.

Praksisudviklingsgrupperne vil danne ramme om en arbejdsform, der tilbyder en interaktiv ramme omkring faggrupper og klinikere, der samarbejder målrettet og resultatorienteret om at dele viden på et bestemt praksisområde.

I praksisudviklingsgrupperne vil deltagerne få intensiv sparring og vidensdeling med andre klinikere samt en metodisk tilgang til implementering og fastholdelse. I praksisudviklingsgrupperne inviteres relevante fagfolk fra de lokale hospitaler og fra kommunerne.

Effekt

For at måle effekten af omstillingsprocessen i almen praksis vil der indledningsvis blive foretaget en spørgeskemaundersøgelse hos samtlige praktiserende læger med henblik på at belyse status for bl.a.: Organisatoriske forhold, brug af kliniske vejledninger, personalevejledninger m.m.

En lignende spørgeskemaundersøgelse vil blive foretaget i forbindelse med en evaluering af indsatsen i 2012. Spørgeskemaundersøgelserne forestås af Center for Kvalitetsudvikling.

I evalueringen vil der bl.a. blive målt på relevante kliniske data.

Tidsplan

- 1/1 2010: Planlægning af omstillingsprocessen.
Opstarts-spørgeskemaundersøgelse.
- 1/5 2010: Opstart af implementering i praksisudviklingsgrupperne. Der vil ske en trinvis implementering, således at praksisudviklingsgruppernes omstillingsforløb fordeles over perioden 2010-2012. De første praksisudviklingsgrupper vil starte op omkring 1. maj 2010.
- Medio/Ultimo 2012: Evaluering af projektet, herunder gennemførsel af evaluerings-spørgeskemaundersøgelse.

Budget

Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis	2010	2011	2012	I alt
Understøttelse af nye arbejdsgange i praksis samt evaluering af indsatsen	2,75	2,7	2,75	8,2
Efteruddannelse af læger	1,2	1,2	1,2	3,6
Efteruddannelse af klinikpersonale	1	1	1	3
I alt	4,95	4,9	4,95	14,8

Projekt 15: Farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer

Indhold (projektbeskrivelse)

En del af de kroniske patienter inden for de 4 forløbsprogramområder er karakteriseret ved at have et betydeligt forbrug af medicin, og er ofte tildelt mange forskellige præparater (polyfarmaci) på baggrund af at have flere konkurrerende lidelser.

Patienterne har ofte behandlingsforløb i både primær- og sekundærsektoren, hvorfor flere aktører bliver ansvarlige for medicineringen. Mangelfuld kommunikation mellem de behandlende læger samt mellem behandlere og patienten øger bl.a. risikoen for nedsat compliance. Antallet af ordinerede lægemidler og kompleksiteten af behandlingen øger ligeledes risikoen for nedsat compliance, og medfører derfor en ikke optimal medicinsk behandling af patienten. Behandling med mange og forskelligartede virkemidler kan give anledning til bivirkninger og reaktioner mellem præparaterne (interaktion).

I den kliniske hverdag kan det være vanskeligt for den praktiserende læge at skabe og bevare overblik over patientens samlede medicinering.

For at kunne understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder for den kroniske patients behandling i et sammenhængende sundhedsvæsen, og for at tilføre relevant viden i almen praksis om behandling med lægemidler, inklusive udfordringer relateret til sektorovergange, foreslås derfor igangsæt et forsøg med en styrket indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer.

Målgruppen skal som en del af projektet nærmere fastlægges.

Der vil blive tale om et udviklingsprojekt med patientrelateret rådgivning af praktiserende læger i form af gennemgang af individuelle kroniske patienters medicin.

Udviklingsprojektet baseres på udenlandske erfaringer. I Kaiser Permanente har de således 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. I Kaiser Permanente er kliniske farmaceuter en integreret del af sundhedsvæsenet, og de ydelser der leveres. Bl.a. yder de en væsentlig indsats for at forebygge hjertetilfælde hos kroniske patienter ved hjælp af præventiv medicinering.

En svensk undersøgelse har vist, at medicingennemgange har direkte effekt på frekvensen af medicinrelaterede genindlæggelser hos patienter over 80 år, men ikke på det samlede antal indlæggelser, ej heller hos denne aldersgruppe.

Rådgivningen vil særligt ske med fokus på den komplekse medicinske patient, ordinationer i sektorovergange, polyfarmaci, interaktion og komorbiditet. I udviklingsprojektet vil på sigt også indtænkes evt. præventiv medicinstøtte til forebyggelse af hjertesygdomme.

Indsatsen varetages af farmaceuter i samarbejde med en speciallæge i klinisk farmakologi

Det vil være den enkelte praktiserende læge, som efter samtykke fra patienten henviser de patienter, som lægen gerne vil have hjælp til. I forbindelse med medicingennemgange skal der være adgang til de fornødne journaloplysninger.

Indenfor hver kronikergruppe trækkes på det enkelte ydernummer en liste over patienterne. Dette kan ske enten i lægens eget system ud fra diagnosekoder, eller ud fra afregningssystemet på baggrund af udvalgte lægemidler der er karakteristiske for den enkelte kronikergruppe. Lægen gennemgår listen med henblik på at udvælge de patienter, som lægen gerne vil have lavet en medicingennemgang af.

Ved en medicingennemgang vil medicinen blive vurderet i forhold til rationalitet. I dette indgår effekt, bivirkning og pris.

Gennemgangen vil derfor være med henblik på:

Effekt:

- indikation
- dosis (alder, komplikationer fra lever, nyre)
- varighed af behandling (næste kontrol, plan for behandling)
- behandlingsmål (blodtryk, FEV-test, HbA1c mv.)
- compliance
- pn-medicin
- DNR (ikke-rekommanderede lægemidler)
- Styrke og pakningsstørrelse

Bivirkning og interaktion:

- organpåvirkning (nyre, lever)
- interaktioner (drug-drug, drug-disease)
- CYP 450 (afvigende metabolisering)

Pris:

- bedst og billigst
- RM's basislisten

Andet:

- Praktisk håndtering af medicinen (f.eks. inhalation, tidspunkter)
- Doseringsinterval ift. $T_{1/2}$

Det indgår i projektet, at farmaceuterne - udover at aflevere resultaterne af medicingennemgangen til den praktiserende læge - skal rådgive om, hvordan den medicinske behandling af den samlede population af kroniske patienter i den enkelte praksis kan

forbedres. Farmaceuternes arbejde skal således også medvirke til, at der sker kompetenceudvikling i almen praksis.

Rådgivningen kan ske telefonisk, via e-mail eller eventuelt ved besøg og undervisning i den enkelte praksis. Der udarbejdes altid skriftligt notat til dokumentation og arkivering.

Ligeledes vil der blive udarbejdet støttepakker/vejledninger om den medicinske behandling af kroniske patienter.

Det er væsentligt at understrege, at det fortsat er lægen, der har ansvaret for medicineringen af den enkelte patient. Farmaceuterne skal således alene støtte op om lægens medicinske indsats.

Mål

Målet med projektet er, at forbedre kvaliteten af lægemiddelbehandlingen af komplekse kroniske patienter i almen praksis og i sektorovergangene, herunder forbedring af compliance og patientsikkerhed.

Den styrkede farmaceutiske indsats vil endvidere være med til at støtte op om den praktiserendes læges rolle som tovholder i forhold til behandlingen af kroniske patienter i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Målepunkter og metode

Udviklingsprojektet afprøves i første omgang som et pilotprojekt i henholdsvis Viborg- og Silkeborg klyngen. Det vurderes, at pilotprojektet vil skulle løbe i perioden 1. april 2010 til ultimo 2010, hvorefter indsatsen vil blive udrullet til resten af regionen fra d. 1. januar 2011. Det vil være muligt at måle indsatsen ved at betragte den øvrige del af regionen som kontrolgruppe.

Den ekstra farmaceutiske indsats skal spille sammen med den eksisterende lægemiddelkonsulentordning i regionen, som primært sigter på vejledning om præparatvalg overordnet og i forhold til almen praksis.

Den farmaceutiske indsats vil løbende skulle evalueres.

Der vil således initialt blive trukket data på de kroniske patienter på en række parametre, med henblik på, at man i løbet af projektperioden kan benchmarke, hvilke effekter den øgede farmaceutiske indsats bidrager med, herunder om der sker en generel forbedring af patientens sygdomstilstand.

Effekt

For Danmark er der tale om en ny – og endnu ikke dokumenteret indsats. I andre lande har lignende indsatser, som nævnt i ovenstående, dog vist at have en dokumenteret effekt, som er til stor gavn for de kroniske patienter.

Det vurderes på den baggrund, at der vil være betydelige positive sideeffekter af en styrket farmaceutisk indsats for de kroniske patienter.

Effekterne for de kroniske patienter formodes at kunne være:

- Reduktion af kontakten til den praktiserende læge.
- Reduktion af indlæggelser/genindlæggelser.
- Længere tid mellem indlæggelserne.
- Mindsket sygelighed fx målt på laboratorieværdier.
- Mindsket dødelighed.
- Færre sengedage.
- Øget livskvalitet.
- Økonomisk optimering af lægemiddelanvendelsen.
- At lægerne får en brugbar farmaceutisk støtte og vejledning.

Der skal ske en evaluering af effekter ved en ekstern part, eksempelvis Dansk Sundhedsinstitut. Der afsættes således midler til en før- og efter undersøgelse, hvor der sættes fokus på om den øgede farmaceutiske indsats har haft en gavnlig effekt i forhold til nogle af de ovenfor nævnte parametre.

Tidsplan

1/1 2010:	Planlægning af den farmaceutiske indsats. Ansættelse af ½ klinisk farmakolog. Ansættelse af 2 farmaceuter. Før-undersøgelse af lægemiddelindsatsen i almen praksis gennemføres.
1/4 2010:	Opstart af pilotprojekt i Viborg- og Silkeborg klyngen.
Ultimo 2010:	Evaluering af pilotprojektet.
1/1 2011:	Udrulning af den farmaceutiske indsats til resten af regionen. Ansættelse af yderligere 2 farmaceuter.
Ultimo 2012:	Evaluering af projektet. Efter-undersøgelse af lægemiddelindsatsen i almen praksis gennemføres.

Budget

Farmaceutisk indsats	2010	2011	2012	I alt
½ klinisk farmakolog	0,45	0,45	0,45	1,35
Farmaceuter	1,2	2,4	2,4	6

Evaluering	0,2		0,2	0,4
I alt	1,85	2,85	3,05	7,75

Tabel 1: Budgetterede udgifter til en styrket farmaceutisk indsats for kroniske patienter i almen praksis. Beløbene er anført i millioner kroner.

Projekt 16: Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland

Indhold (projektbeskrivelse)

For at kunne følge-, sikre- og udvikle kvaliteten af kronikerindsatsen er det vigtigt, at der løbende måles og vurderes på behandlingskvaliteten i et sammenhængende sundhedsvæsen. Det foreslås derfor, at der afsættes midler til en forstærket indsats for at dokumentere kronikerindsatsen.

Det er velkendt, at et velfungerende samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer har stor betydning for service og kvalitet i de ydelser, der leveres til syge borgere. Ved at samle aktivitetsdata fra sundhedsvæsenets forskellige sektorer forbedres mulighederne for at belyse omfanget af patientvandring og dokumentere eventuelle uhensigtsmæssigheder. Samling og samkøring af data kan derfor være et vigtigt redskab i arbejdet med identifikation og afhjælpning af uhensigtsmæssige patientforløb.

Det er ambitionen at få data om populationen gjort tilgængelig for hospitaler, almen praksis og kommuner. Der skal igangsættes en dataindsats, som kan give oplysninger om populationen, og være i stand til at datafange de kroniske patienter og deres brug af sundhedsvæsenet.

Ved regelmæssigt at tilbyde de relevante sundhedspersoner et samlet overblik over den kroniske patients vej gennem sundhedssystemet, og give overblik over den kroniske patients behandling på en række parametre, så vil disse data kunne medvirke til, at uhensigtsmæssigheder i behandlingen kan afhjælpes.

Data vil ligeledes betyde, at det bliver muligt for den enkelte behandler at vurdere, om behandlingen af patienten følger de kliniske vejledninger og forløbsprogrammernes anbefalinger. Dataoverblikket vil således i høj grad være til direkte gavn for den enkelte patient og for den samlede population af kroniske patienter.

På længere sigt vil man kunne forestille sig, at data også vil kunne gøres tilgængelige for den enkelte kroniske patient, således at den enkelte kroniske patient selv vil kunne tage et større ansvar for sin sygdom og behandlingsforløb.

Den forstærkede og forbedrede indsats overfor patienter med kroniske lidelser vil sætte sig dataspor i de tre sektorer, hvor indsatsen gøres: Almen praksis, hospitalerne og kommunerne.

Der skal indsamles data fra eksisterende registre, og det skal sikres, at der sker en efterfølgende opfølgning på den tilgængelige data. Der foretages således allerede en omfattende registrering af aktivitet og ressourceanvendelse. Det er hensigten, at der måles på tilgængelige og allerede eksisterende data for den kliniske kvalitet, hvilket fx kan være relevante laboratoriedata (for diabetespatienter eks. HbA1c, lipidstatus mv.), data for 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, skabes der mulighed for at levere informationer på individniveau, som vil kunne støtte den praktiserende læge i at varetage tovholderfunktionen.

Som en del af dette skal der bl.a. ske en løbende rapportering/feedback til almen praksis. Data skal medvirke til, at den enkelte praksis bliver bevidst om resultaterne af praksis' kronikerindsats på populationsniveau, herunder behandlingseffekten. Hensigten er at bidrage til, at praksis systematisk benytter datafeedback af kvalitets- og behandlingsdata. Praksis vil kunne bruge data som rettesnor for, hvor der kan være behov for at ændre praksis' arbejdsproces i forhold til de kroniske patienter. Data vil endvidere kunne vise, hvilke patienter der bør indkaldes.

På samme vis vil specialafdelinger på hospitalerne kunne bruge data til at få overblik over den samlede behandling af de kroniske patienter.

Det er væsentligt at understrege, at den ovenfor skitserede dataindsats, vil indeholde mere data end sentinel-datafangstmodulet, da dataprojektet indeholder en tværsektoriel samstilling af data, hvor sentinel-datafangstmodulet alene koncentrerer sig om data fra lægesystemer i den enkelte lægepraksis. Data for behandlingen i praksissektoren, på hospitalerne og på sigt i kommunerne vil endvidere blive gjort tilgængeligt for en bredere kreds. Regionen vil fortsat støtte/underbygge, at der sker en udrulning af sentinel-datafangstmodulet i almen praksis.

Data skal bidrage til, at der indsamles viden om den sundhedsfaglige kvalitet, og at der bliver identificeret områder, hvor der er behov for forbedringer. I denne proces vil hospitalsafdelingerne kunne virke som konsulenter i forhold til almen praksis, og være med til at understøtte den praktiserende læges tovholderfunktion.

Som et led i projektet vil der blive benyttet eksisterende kliniske indikatorer (eks. NIP-indikatorer) for kvaliteten af kronikerindsatsen.

God styring og planlægning skal i videst mulige omfang baseres på dokumenteret viden. Systematisk monitorering er nødvendig for at sikre, at kvaliteten af ydelserne i sundhedsvæsenet er i orden, og at ressourcerne anvendes på en måde, som giver bedst mulig mål opfyldelse.

Forskningsenheden i Århus inddrages med henblik på, at kvalitetssikre og udvikle datahåndtering og datavaliditet.

Derudover vil dataindsatsen kunne benyttes i forhold til at udarbejde information om indsatsen for de kronisk syge patienter, til ledelsesniveauerne i kommuner og region, såvel politisk som administrativt.

Udvikling af kronikerinformation

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

Det er således hensigten, at kronikerplatformen skal medvirke til, at såvel de praktiserende læger, hospitalerne og de kroniske patienter vil kunne danne sig et hurtigt overblik over behandlingstilbuddene/mulighederne for behandlingen af kronisk sygdom i Region Midtjylland.

I forhold til almen praksis vil man kunne forestille sig, at kronikerplatformen vil kunne ske som en videreudbygning af Praksis.dk.

Mål

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.

Det er endvidere målet, at data skal kunne anvendes som dokumentation for udvikling af kvaliteten af behandlingen på forskellige niveauer (Region, kommuner, hospitalers optageområder mv.), og at der sker en videreudvikling af indsatsen.

Målepunkter og metode

Udgangspunktet for brugen af data i forhold til de kroniske patienter vil være, at det skal være muligt at identificere kronikerpatienterne.

Der er for diabetes-området i NIP-sammenhæng udarbejdet en "diabetes-algoritme", som kan identificere praksis' diabetes patienter, uanset om praksis er tilmeldt sentinel-datafangstmodul. Forskningsenheden i Århus har en lignende algoritme under udarbejdelse for KOL-patienter. I første omgang vil det således være diabetes-området, som vil danne model for de øvrige forløbsprogramområder.

Med udgangspunkt i de identificerede kronikerpatienters cpr-numre, vil det være muligt at udtrække data fra eksisterende registre (eks. laboratoriedata, sygesikringsdata mv.). Data er grundlaget for opgørelsen af kvalitetsindikatorerne.

Når man har adgang til relevante data, vil det bl.a. være muligt at bruge data aktivt i forhold til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i almen praksis. Ideen er, at man for hver praksis vil kunne lave et dataudtræk, som viser den enkelte praksis' kronikerpatienter, kronikerpatienternes indikatorresultater, hvor langt praksis er fra at opfylde de fastlagte mål for indikatoropfyldelse, samt hvor der er plads til forbedring i den enkelte praksis' kronikerindsats. Ligeledes skal data give mulighed for, at man kan følge patienten gennem

sundhedsvæsenet. Data vil således kunne være med til at belyse eksempelvis om en kronisk patient har benyttet sig af kommunale tilbud, været i konsultation hos speciallæger o.l.

Data er en forudsætning for, at opnå en effektiv forandringsproces i almen praksis.

Organisatorisk vil dataprojektet administrativt være forankret i en tværgående organisering i sundhedsstaben.

Effekt

Dokumentation, datafeedback og vidensdeling er nødvendige parametre, såfremt der skal ske en kvalitetsudvikling af indsatsen for de kroniske patienter.

Data skal indsamles og udnyttes koordineret.

Dermed opnår man en lang række effekter:

- Der opnås mulighed for at identificere særlige grupper af patienter, eksempelvis kronisk syge patienter.
- Det bliver muligt at monitorere behandlingsaktivitet, borgernes kontakter med sundhedsvæsenet, ressourceforbrug og produktivitet.
- Der skabes grundlag for en vurdering af behandlingseffekt. Det kan være i form af kliniske mål mv.
- Data vil kunne danne grundlag for at optimere behandlingsindsatsen for de kronisk syge patienter.
- Data vil forbedre muligheden for, at eksempelvis almen praksis, vil kunne agere proaktivt og leve op til deres populationsansvar.

Tidsplan

1/1 2010: Udvikling og etablering af datamanagement.

Udvikling af kronikerinformation.

2010: Opstartsseminar, nedsættelse af organisation, behovsaflæring, udarbejdelse af procesplan, milepælsplan mv.

Medio 2010: Første prototype til datasæt foreligger.

Ultimo 2012: Evaluering af projektet.

Budget

Dokumentation, datafeedback og vidensdeling (mio)	2010	2011	2012	I alt
Datamanagement, udvikling af information, IT-værktøjer mv.	2.425	2.100	2.200	6.725
I alt	2.425	2.100	2.200	6.725

Projekt 17: Opfølgende hjemmebesøg

Indhold

(projektbeskrivelse)

Baggrund

Primo januar 2009 blev intervention om implementering af opfølgende hjemmebesøg af ældre medicinske patienter igangsat i Region Midtjylland som en del af regionens kronikerindsats.

Interventionen af opfølgende hjemmebesøg tager afsæt i MTV rapporten vedr. Glostrup modellen, som har vist, at opfølgende hjemmebesøg nedbringer genindlæggelsesfrekvensen med 23 %. Desuden får egen læge bedre overblik over patientens medicinske behandling, og der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen.

Implementering af opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland som en del af regionens kronikerindsats har bl.a. til formål at anvende evidensbaserede tiltag, der er medvirkende 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.

I første omgang er intervention vedr. implementering af opfølgende hjemmebesøg blevet igangsat i "Vestklyngen". I ordningen indgår således Hospitalsenheden Vest, de seks kommuner (Herning, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Struer og Lemvig) og almen praksis i "Vestklyngen".

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) yder implementeringsstøtte under opstart og udbredelse af interventionen i hele "Vestklyngen".

I forlængelse af interventionen vedr. implementering af opfølgende hjemmebesøg indgår "Vestklyngen" som analytisk enhed i en KL finansieret omkostningsanalyse. Formålet med denne analyse er at afdække, om opfølgende hjemmebesøg er omkostningsneutral for kommunerne, og om effekten kan fastholdes, når man går fra forsøg til drift.

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.

Udrulningsprojekt

Da implementering af opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland er en del af regionens kronikerindsats, planlægges en udrulning af projektet til andre dele af regionen udover "Vestklyngen".

Med afsæt i erfaringer og resultater fra implementering af opfølgende hjemmebesøg i "Vestklyngen", 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 for indsatsen

Formålene med implementering af opfølgende hjemmebesøg:

- At forebygge genindlæggelser ved at sikre og/eller optimere den planlagte behandling, medicinering og pleje efter udskrivelse af ældre, skrøbelige patienter
- At implementere en evidensbaseret intervention (opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen) i Region Midtjylland
- At opbygge nye, strukturerede, holdbare samarbejdsformer mellem sundhedsvæsnets aktører til gavn for den nyudskrevne, ældre, skrøbelige, patient
- At synliggøre hjemmesygeplejerskernes og de praktiserende lægers forebyggende og sundhedsfremmende arbejde via strukturerede arbejdsformer og dokumentation

Derudover er der følgende forventninger til intervention, der ikke umiddelbart er målbare:

- At tilbyde borgeren den støtte, der gør ham/hende i stand til at mestre egen tilværelse bedst muligt efter endt indlæggelse
- At der bliver større overensstemmelse mellem praktiserende læges medicinliste og den faktiske medicin, patienten indtager
- At styrke den faglige udvikling med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i primærsektoren

Målepunkter (metode)

Målbare succeskriterier for implementering af opfølgende hjemmebesøg:

- At nedbringe antallet af genindlæggelser med 23 % for patienter i målgruppen
- At opfølgende hjemmebesøg er fuldt implementeret i yderligere tre klynger (foruden "Vestklyngen") i Region

Midtjylland i 2013

Effekt (sundhedsmæssig)

At ældre, skrøbelige patienter gennem opfølgende hjemmebesøg tilbydes et sammenhængende patientforløb med en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordinerende indsats, som giver trykthed efter udskrivelse fra hospitalet.

Tidsplan

Ultimo 2009 primo 2010	Udbredes de foreløbige resultater og erfaringer fra interventionen i "Vestklyngen" til den resterende del af regionen, med henblik på at igangsætte lignende initiativer i tre af de fem resterende klynger i Region Midtjylland.
Medio 2010	Forberedelse af interventionen i klynge nr. 1 med påbegyndt implementering primo 2011
2011	Forberedelse og implementering i klynge nr. 2
2012	Forberedelse og implementering i klynge nr. 3

Budget

DSI understøtter interventionen vedr. implementering af opfølgende hjemmebesøg i "Vestklyngen". Denne andel er finansieret i fællesskab af Region Midtjylland og de seks kommuner i "Vestklyngen". Projektets samlede budget til finansiering af DSI er på 602.375 kr. Region Midtjyllands andel udgør 312.438 kr., mens den kommunale andel er 289.938 kr. fordelt ud på de seks deltagende kommuner efter befolkningstal.

Budget for udrulningsprojektet i tre klynger i Region Midtjylland

Nedenstående oplystes et ca. budget til udrulning af intervention vedr. opfølgende hjemmebesøg til én klynge i Region Midtjylland. Budgettet er opstillet på baggrund af budgettet for projektet i "Vestklyngen", og er udregnet med en timepris på 1.125 kr. til DSI. Omkostningerne til DSI-understøttelse af udrulningsprojektet til en klynge i Region Midtjylland, forventes at blive mindre end 602.375 kr., idet erfaringer og materiale fra "Vestklyngen" kan benyttes i et vist omfang. Derfor skønnes den totale udgift pr. klynge at blive ca. 532.500 kr.

Udgifter til udrulning af intervention vedr. opfølgende hjemmebesøg i yderligere tre klynger i regionen bliver således ca. 1,6 mio. kr. (532.500*3).

Implementeringsstøtte	Kroner
Afholdelse af workshops til forberedelse og implementering	225.000
Telefoniske opfølgningsmøder	67.500
Individuel sparring	112.500
Øvrige omkostninger	
Projektforberedelse	127.500
Total	532.500

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

Introduktion

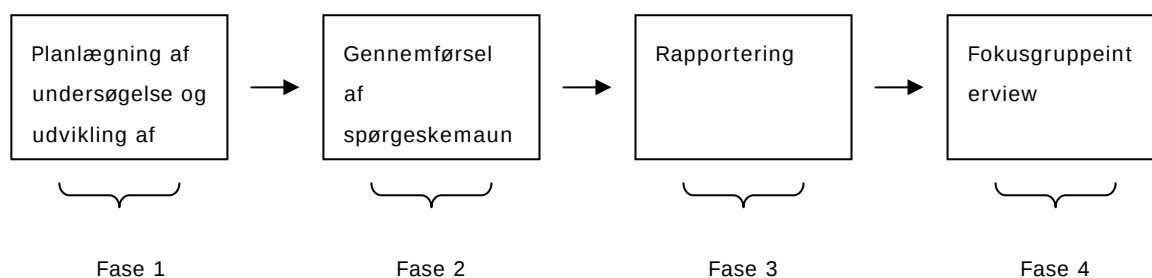
Center for Kvalitetsudvikling (CfK) beskriver her en strategi til undersøgelse og anvendelse af viden om borgernes perspektiv på indsatsen inden for de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme.

Projektet 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 fokusgruppeinterview, som giver plads til udforskning og præciseringer af særlige udfordringer vedrørende et sygdomsområde inden for en klynge, og kan åbne op for at inddrage ikke-forudsete aspekter ved området – og kan bidrage til yderligere at styrke implementeringen af forløbsprogrammerne.

Projektet gør det muligt at afdække, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med borgernes øjne, og give betydningsfulde bidrag til arbejdet hen mod de mange målsætninger i programmerne. Undersøgelsen udvikles og gennemføres en gang i projektperioden.

Efter projektperioden vil der foreligge et færdigudviklet undersøgelseskoncept, som det er muligt at sætte i drift ved tilbagevendende undersøgelser eksempelvis hvert andet år.

Opbygningen af undersøgelsen i projektperioden illustreres med nedenstående figur:



Udvikling og validering af spørgeskema

For hvert af de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme udvikles der et forløbsorienteret spørgeskema.

Spørgeskemaernes temaer udvikles bl.a. på baggrund af anbefalingerne i Region Midtjyllands forløbsprogrammer, standarderne i den danske kvalitetsmodel samt relevante studier af borgernes perspektiv på kronikerindsatsen. På baggrund af dette materiale afholdes der eksplorative fokusgruppeinterview med borgere fra alle sygdomsområderne via borgerpaneler,

for yderligere at indkredse de emner, der er væsentlige set med borgernes øjne. Ud fra de udvalgte emner konstruerer CfK spørgeskemaerne.

Borgere med kroniske sygdomme har forskellige behov i forbindelse med behandlingen af deres sygdomme. Der vil dog være fælles træk ved deres forløb på tværs af sektorerne i forbindelse med f.eks. udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering. Det tilstræbes derfor at spørgeskemaerne har en fælles kerne af spørgsmål, som man kan sammenligne på tværs af områder, og at der dertil udarbejdes en række sygdomsspecifikke spørgsmål.

Spørgeskemaerne valideres gennem en pilotundersøgelse med personlige interviews med borgere for at afklare, hvordan borgeren opfatter de enkelte spørgsmål og sammenhængen i spørgeskemaet.

Udvælgelse af borgere til spørgeskemaundersøgelse

Der eksisterer ikke et samlet kroniker-register, men Regionalt Sundhedssamarbejde leverer uden beregning et samlet udtræk af de relevante kronikere på cpr-niveau, hvorfra udtrækket af stikprøven bliver et repræsentativt udvalg af de borgere, som er registreret som kronikere indenfor en af de tre kroniske sygdomme. Undersøgelserne tager udgangspunkt i de borgere, som bor i en af regionens 19 kommuner og er omfattet af et eller flere af de tre forløbsprogrammer.

Stikprøvens størrelse i undersøgelserne er defineret ud fra, at undersøgelserne skal give repræsentative data på både sygdomsniveau og opdelt på kommuner. For hvert af de tre kroniske sygdomsområder udtrækkes der tilfældigt i hver kommune ca. 200 borgere, hvor antallet af borgere varierer ud fra størrelsen af populationen i den enkelte kommune.

Gennemførsel af spørgeskemaundersøgelse

Undersøgelse har en kort inklusionsperiode på 3 måneder med efterfølgende hurtig udsendelse af spørgeskemaet. Hurtig udsendelse sikrer, at borgernes kontakt og oplevelser ligger så tæt på besvarestidspunktet som muligt, og øger dermed svarenes pålidelighed. Desuden kan det få betydning for svarprocenten. Borgeren bliver kun kontaktet én gang i undersøgelsen, selvom borgeren har mere end én kontakt til sundhedsvæsenet i Region Midtjylland i inklusionsperioden.

Spørgeskema inklusivt følgebrev og en frankeret svarkuvert udsendes til ca. 12.000 borgere, som er registreret som kroniker indenfor et af de tre kroniske sygdomsområder. Borgerne har også mulighed for at besvare spørgeskemaet på internettet ved at logge sig på med en individuel kode på den aktuelle hjemmeside.

Rapportering

Rapporteringen vil indeholde en samlet elektronisk rapport fra undersøgelsen, 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 - som bl.a. indeholder spørgsmål rettet specifikt mod kommunale ydelser.

Såfremt der er ønske om at gennemføre mere end én undersøgelsesrunde vil den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse blive billigere end første undersøgelse, da udviklingsomkostningerne bliver begrænsede. En evt. anden undersøgelsesrunde er ikke en del af tilbuddet for projektet.

Fokusgruppeinterview

På de tværgående spørgeskemaundersøgelser vedrørende borgernes perspektiv på kronikerindsatsen følges der op på resultaterne via fokusgruppeinterview med borgere. I et fokusgruppeinterview er interaktionen mellem deltagerne om et bestemt emne central, og det er derfor en velegnet metode til at producere data om en gruppes fortolkninger og vurderinger. Deltagerne bliver bedt om at reflektere over, hvad der er på færde på områder, hvor spørgeskemaundersøgelsen viser, at borgerne med denne sygdom enten generelt er tilfredse eller det modsatte. Desuden kan interaktionen mellem deltagerne fungere som en motivationsfaktor i forhold til at producere ny viden om emnet, idet deltagerne får mulighed for at drøfte hinandens udtalelser, sammenligne hinandens erfaringer og forståelser.

Der bliver gennemført ét fokusgruppeinterview med borgere indenfor hvert af de tre sygdomsområder.

Relevante fagfolk, fx fra de lokale implementeringsgrupper vil skulle inddrages i arbejdet med at udvikle kriterier for, hvilke borgere, der inviteres til at deltage i disse opfølgende interview, hvordan de bedst inviteres osv.

Organisering

Der etableres en projektorganisation, som sikrer en bred repræsentation fra borgere, regionen, kommunerne, de praktiserende læger og hospitalerne.

CfK er projektleder på projektet.

Styregruppe

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland.

Borgerpanel

Der oprettes et eller flere borgerpaneler, som kan bidrage med at udpege de emner til spørgeskemaundersøgelsen, der er væsentlige set med borgernes øjne.

Faglig referencegruppe

Der nedsættes en faglig referencegruppe med henblik på at fungere som sparringsparter og høringspart i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og rapportering af undersøgelsen. Centrale aktører kan f.eks. være faglige selskaber, patientforeninger og forskningsinstitutioner.

Tidsplan

Projektet har overordnet 3 faser, som forløber over 3 år fra 2010 til og med 2012.

	Faser	Opstart	Afslutning
Fase 1	Planlægning af undersøgelse og udvikling af spørgeskemaer	2010	2010
Fase 2	Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse	2010	Marts 2011
Fase 3	Rapportering	April 2011	September 2011
Fase 4	Fokusgruppeinterview	Oktober 2011	December 2011

Økonomi

Pris	Kr.
Planlægning, gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse og rapportering	1.353.432
Fokusgruppeinterview	146.675
I alt	1.500.107

Projekt 19: Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup

Indhold

Forløbsprogrammerne, sætter store krav til kommunikationen mellem almen praksis og speciallægerne på hospitalerne eksempelvis i lungemedicin/det tværfaglige lungeteam. Der er således krav om forbedret telefonisk rådgivning samt krav om at kunne henvise patienter hurtigt til speciallægeambulatorium og vurdering hos sygeplejersker (herunder også sygeplejersker med udgående funktion).



Med henblik på en effektiv udnyttelse af speciallægens tid, bedre mulighederne for korrekt stratificering samt på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser er der behov for en kortlægning og forbedring af de eksisterende kommunikationslinjer og visitationsmuligheder – herunder sikring af en vedvarende og effektiv information af almen praksis/kommunerne vedrørende de muligheder, der er lokalt for direkte kontakt til speciallægerne på RHBO samt evt. alternative rådgivningsmuligheder.

Der er behov for vurdering af mulighederne for og afprøvning af kommunikation via EDI-fact, e-mail, telemedicin, SMS-konsultation, web-konsultation samt evt. andre teknologiske kommunikationsmuligheder, samt afprøvning og vurdering af mulighederne for selvbooking af ambulante tider.

Mål for indsatsen

Målet er at sikre, at den praktiserende læge kan få den rette rådgivning af den rette person til den rette tid med henblik på at sikre det rette tilbud til patienten på en effektiv måde uden unødigt forbrug af speciallægeressourcer.

Målpunkter

1. Brug af alternative kommunikationsmuligheder, eks. antallet af e-mail forespørgsler, antallet af selvbookinger etc.
2. Fald i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser vurderet ved gentagne audits.
3. Bedre stratificering

Effekt

Fald i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Tidsplan

3år.

Budget

**Kommunikation mellem almen praksis og hospital ifht
kronikerindsatsen
3-årig projekt (år 2010-2012)**

<u>Personale</u>	kroner
Projektledelse (1 fuldtidsansat)	1.125.000
Projektmedarbejdere (læger)	480.000
Frikøb til undervisning mv.	35.000
	1.640.000
<u>Øvrig drift</u>	
Indkøb til teknologi	1.275.000
Tjenesteydelser til konsulenter	50.000
Kursus/Undervisning	20.000
Rejser, befordring og kørsel	10.000
	1.355.000
Projektudgifter i alt i hele projektperioden	2.995.000

Projekt 20: Sundhedspædagogisk uddannelsesforløb

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

Baggrund

Et vigtigt fokusområde, i Region Midtjyllands strategi for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser samt i forløbsprogrammerne, er understøttelse af patientens/borgerens evne til egenomsorg og aktive medvirken i egen rehabiliteringsproces. Denne understøttelse sker i vid udstrækning gennem forskellige patientuddannelsesstilbud. Der er, på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet, et stigende 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.

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. Det sundhedspædagogiske uddannelsesforløb udbydes derfor som fælles skolebænk til sundhedsprofessionelle i alle tre sektorer. Uddannelsesforløbet er således med til at understøtte sammenhængen i tilgangen til patienterne på tværs af sektorer og understøtter dermed implementeringen af forløbsprogrammerne.

Der er siden regionens dannelse arbejdet med udviklingen af sundhedspædagogiske metoder og kompetencer i Region Midtjylland. Der er taget udgangspunkt i erfaringer fra de tidligere amter og på den baggrund lavet udviklingsprojekter på området i samarbejde med en række kommuner. Det beskrevne sundhedspædagogiske uddannelsesforløb er udviklet af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med baggrund i disse erfaringer og er et led i et generelt kvalitetsløft på patientuddannelsesområdet i Region Midtjylland.

Indhold

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

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 sundhedsprofessionelle redskaber til at arbejde sundhedsfremmende med fokus på at øge patienternes evne til egenomsorg. I sidste ende er målet at bedre sundheden og livskvaliteten for mennesker med kroniske lidelser.

Mål for modul 1

- At deltagerne bliver i stand til at integrere sundhedsfremmeperspektivet i samarbejdet med mennesker med kroniske lidelser
- At deltagerne opnår indsigt og viden om idegrundlag, vision og strategi for en bedre indsats målrettet mennesker med kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Herunder arbejdet med implementering af forløbsprogrammer for specifikke kroniske lidelser.
- At deltagerne opnår indsigt og viden om hverdagslivet med kronisk sygdom.
- At deltagerne erhverver sig en dybere indsigt i mestring og mestringsstrategier.

Mål for modul 2

- At deltagerne udvikler færdigheder i at gennemføre individuelle motiverende samtaler
- At deltagerne får redskaber til at arbejde med egen kompetenceudvikling.

Mål for modul 3A og 4A

- At deltagerne udvikler deres pædagogiske og didaktiske færdigheder i at planlægge, gennemføre og evaluere gruppeundervisning af mennesker med kroniske lidelser.

Mål for modul 3B og 4B

- At deltagerne udvikler deres kompetencer i at vejlede mennesker med kroniske lidelser til at få et godt hverdagsliv med en kronisk sygdom og undgå at sygdommen forværres eller der udvikles flere kroniske sygdomme.

Målepunkter og metode

- Gennemførelse af fire uddannelsesforløb årligt i 2010-2011
- Deltagelse fra hospital, kommune og almenpraksis i alle uddannelsesforløb
- Deltagernes vurdering af uddannelsesforløbets indhold
- Deltagernes vurdering af den praktiske anvendelighed af de uddannelsesskabte kompetencer
- Patientvurderinger af sammenhæng på tværs af sektorer
- Patientvurdering af understøttelse af handlekompetence

Effekt

- Øget kvalitet i patientuddannelse
- Øget evne til at udøve egenomsorg hos patienterne/borgerne
- Sammenhæng i den måde patienter/borgere mødes på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet
- Bedre kommunikation på tværs af sektorer
- Støtte til implementering af forløbsprogrammerne

Tidsplan

Der udbydes fire uddannelsesforløb årligt i 2010 - 2012

Uddannelsesforløbet evalueres løbende.

Budget

	Budget 2010	Budget 2011	Budget 2012
Uddannelses administration	20.000	20.000	20.000
Aflønning af undervisere	480.000	480.000	480.000
Evaluering	150.000	150.000	200.000

Projekt 21: Evaluering- og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring

Projekttitle: Udvikling og implementering af et monitorerings- og evalueringsværktøj til patientundervisning der samtidig kan bruges som kvalitetssikring af undervisningsforløbene

Projekt beskrivelse

Der er et behov for at indsamle standardiserede data, der kan anvendes til monitorering og evaluering af patientundervisning på hospitaler og kommuner. Indsamling af data til evalueringsbrug opfattes ofte af frontpersonalet som noget, der stjæler tid fra de primære arbejdsopgaver. Hvis data samtidig kan bruges som hjælpemiddel ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsforløbene, vil det øge personalets motivation for at indsamle evalueringsdata og samtidig bidrage til at forbedre kvaliteten af de enkelte undervisningsforløb. Det kan opnås ved at benytte et it-værktøj til registrering af oplysninger om deltagerne, hvor der på en enkelt måde kan udtrækkes information i en form, som er direkte brugbare ved tilrettelæggelse af undervisningen og mødet med patienterne.

Center for Folkesundhed i Region Midtjylland har i et par år arbejdet med udvikling af et koncept, der bygger på ovenstående tankegang. Erfaringerne fra dette arbejde kan bruges til at udvikle og implementere et it-værktøj til monitorering og evaluering af patientundervisning, der samtidig kan bruges som hjælpemiddel i undervisningsforløbene.

Mål for indsatsen

Der er tre formål med monitorerings- og evalueringsværktøjet:

- 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 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.

Metode

Der er fire omdrejningspunkter for projektet:

- 1) Monitorerings- og evalueringsværktøjet udvikles som et modulopbygget spørgeskema med en kerne af spørgsmål, som alle deltagere besvarer, og enkeltmoduler, der besvares afhængigt af indholdet i de enkelte undervisningsforløb. Monitorerings- og evalueringsværktøjet

opbygges af spørgsmål fra de landsdækkende regionale sundhedsprofiler og internationale evalueringsredskaber for patientuddannelser. Selve monitorerings- og evalueringsværktøjet vil ligge som en internetapplikation, således at man fra enhver PC med internetforbindelse kan få adgang. Monitorerings- og evalueringsværktøjet udformes så kravene til datasikkerhed er opfyldt. Monitorerings- og evalueringsværktøjets nøglefunktioner udvikles, herunder udtræk af lister og rapporter, der kan understøtte tilrettelæggelsen af den daglige undervisning. Udviklingen vil foregå i et tæt samarbejde med sundhedsfagligt personale i kommuner og på hospitaler. På sigt er værktøjet tænkt som en del af den elektroniske patient journal.

2) I forhold til kronikerprogrammerne ønskes monitorerings- og evalueringsværktøjet anvendt som støtteværktøj til dokumentation og evaluering af de dele af indsatsen, der er relateret til patientuddannelse. Der udvikles moduler til de specifikke sygdomskategorier: diabetes, hjertekarlidelser, og kronisk obstruktiv lungesygdom.

3) Implementering af monitorerings- og evalueringsværktøjet i de kommuner og hospitalsafdelinger i Region Midtjylland, der ønsker at anvende værktøjet. Implementeringen består af pædagogisk undervisning i brug af monitorerings- og evalueringsværktøjet, både praktisk anvendelse, metodeforståelse samt tolkning af data. Herunder udarbejdelse af undervisningsmaterialer.

4) Undervisning i tolkning af data.

Når monitorerings- og evalueringsværktøjet er udviklet og afprøvet, stilles det til rådighed for kommuner og regioner nationalt.

Effekt

Der tilstræbes to forskellige slags effekter:

- 1) At der sker en rutinemæssig evaluering af patientundervisningen på hospitalerne og i kommunerne.
- 2) At kvaliteten i patientundervisningen sikres og løbende forbedres. Viden fra spørgeskemaudfyldelse kan bruges i tilrettelæggelse af undervisningen. Værktøjet kan anvendes til 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 undervisningens form og indhold justeres, ligesom der kan opnås en mere præcis rekruttering af patienter til undervisningen.

Tidsplan

1. halvår 2010: Udvikling af monitorerings- og evalueringsværktøjet i samarbejde med 7 udvalgte kommuner, samt Livsstilscaféerne på regionshospitalerne i Herning og Holstebro:

- Baggrundsanalyser
- Koordinering (planlægningsmøder med kommuner)
- Udvikling af monitorerings- og evalueringsværktøjet (skemaer, lister, rapporter, statistik, design)

2. halvår 2010: Udvikling af moduler til de specifikke sygdomskategorier:

- Baggrundsanalyser
- Koordinering (planlægningsmøder med udvalgte kommuner og hospitaler)
- Videreudvikling af monitorerings- og evalueringsværktøjet (skemaer, lister, rapporter, statistik, design)

Slut 2010: Implementeringsstart i udvalgte kommuner og hospitaler i Region Midtjylland:

- Koordinering, kontakt og planlægningsmøder, workshops med hospitaler og kommuner

Primo 2011: Midtvejsrapport

2011: Implementering i udvalgte kommuner og hospitaler i Region Midtjylland:

- Koordinering, kontakt og planlægningsmøder, workshops med hospitaler og kommuner
- Udarbejdelse af undervisningsmaterialer
- Undervisning i brug af evalueringsværktøjet ud fra en sundhedspædagogisk tilgang, både praktisk anvendelse, metodeforståelse samt tolkning af data

2012: Implementering i udvalgte kommuner i Region Midtjylland, samt hospitaler.

- Koordinering, kontakt og planlægningsmøder, workshops med hospitaler og kommuner
- Undervisning i brug af evalueringsværktøjet, både praktisk anvendelse, metodeforståelse samt tolkning af data
- Evaluering

Ultimo 2012: Slutrapport

Budget

Budget til Evaluerings- og monitoreringsværktøj

	2010	2011	2012	Sum
0,5 Datamanager til udvikling, implementering og evaluering*	239.826	249.350	259.307	748.483
0,5 Sundhedskonsulent, udvikling, implementering og evaluering*	262.260	273.015	283.771	819.046
Udvikling af IT-værktøj m.v.	140.400	45.200	45.200	270.800
Diverse inklusiv transport, mødeomkostninger, sekretærbistand mm.	65.000	65.000	65.000	195.000
I alt	747.486 kr.	632.565 kr.	653.278 kr.	2.033.329 kr.

*Beregning af posterne Datamanager og Sundhedskonsulent bygger på faktiske løn oplysninger inklusiv pension m.m.

Forventet løn 2010-2012

	Forv. Løn 2010	Forv. løn 2011	Forv. løn 2012
Sundhedsfaglig konsulent	524.520,88 kr.	546.031,2 kr.	567.541,52 kr.
Datamanager	479.653,2 kr.	498.700,8 kr.	518.614,2 kr.

½ stilling			
Sundhedsfagligkonsulent	262.260,44 kr.	273.015,6 kr.	283.770,76 kr.
Datamanager	239.826,6 kr.	249.350,4 kr.	259.307,1 kr.

Projekt 22: Læring og mestring i hjerterehabilitering (Hospitalsenhed Vest)

Læring og mestring i hjerterehabilitering, Hospitalsenhed Vest

- en randomiseret kontrolleret undersøgelse

Baggrund

Livsstilsændringer vedrørende kost, rygning og motion hos hjertepatienter vides at kunne nedsætte hyppigheden af tidlig død og genindlæggelser samt at kunne forbedre livskvaliteten. I *hjerterehabileringsforløb* søger man at bedre patienternes livsstil vedrørende kost, rygning og motion, således at gevinster kan opnås. Desværre lykkes det langtfra alle patienter at optimere og fastholde en sundere livsstil. I forbindelse med udbygningen af hjerterehabiliteringen i Danmark bliver det derfor den helt store udfordring at finde en pædagogisk metode, som giver høj gennemslagskraft i forhold til at optimere patienternes livsstil.

I projektet *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelse* har man udviklet og afprøvet lærings- og mestringsprincipper i kommunale patientuddannelser i seks vestjyske kommuner. I lærings- og mestringsuddannelserne går patienters viden om livet med kronisk sygdom og de sundhedsprofessionelles faglige viden hånd i hånd, og der bruges en sundhedspædagogisk metode med høj grad af deltagerinvolvering. Selvom de foreløbige kvalitative evalueringer virker lovende, er metoden endnu ikke evidensbaseret og bliver ikke evalueret i et kontrolleret design.

Indhold

Hospitalsenhed Vest ønsker i samarbejde med Center for Folkesundhed, Region Midtjylland at udvikle, praktisk afprøve og evaluere lærings- og mestringsprincipper i hjerterehabiliteringen. Lærings- og mestringsprincipper bygger på

- en indledende, individuel samtale med patienten med henblik på at styrke patientens klarhed over egne behov og at give den sundhedsprofessionelle indsigt i temaer, det er vigtigt for patienten at arbejde med
- et tæt samarbejde mellem sygeplejersker/fysioterapeuter og stabile, afklarede hjertepatienter (kaldet 'erfarne patienter') om planlægning, gennemførelse og evaluering af den gruppebaserede del af hjerterehabiliteringen
- didaktiske overvejelser omkring patientens forudsætninger, hensigt og mål, indhold, rammer, læreproces og evaluering
- en sundhedspædagogisk metode, der har fokus på det, der har betydning for patienten, og bygger på høj grad af deltagerinvolvering
- mestring af livet med kronisk sygdom som et gennemgående tema
- en opfølgende, individuel samtale.

Formål

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

Mål

- Udvikle og afprøve involvering af viden fra erfarne patienter i hjerterehabilitering.
- Videreudvikling af de sundhedspædagogiske kompetencer i hjerterehabilitering.
- Udvikling af metode til fastholdelse og fortsat udvikling af sundhedspædagogiske kompetencer efter projektafslutning.

Metode

Indsatsen skal gennemføres som en randomiseret kontrolleret undersøgelse, hvor halvdelen af patienterne randomiseres til den allerede etablerede hjerterehabilitering (HR) og den anden halvdel til en hjerterehabilitering på baggrund af lærings- og mestringsprincipper (LM-HR).

For patienter, der medvirker i undersøgelsen, planlægges at gennemføre fire holdspor i Herning, to i Holstebro og to i Ringkøbing, i alt fire spor med LM-HR og fire med HR. Hvert holdspor afvikler 11 hold med maksimalt 12 deltagere i indsatsens gennemførelsesfase. Det betyder, at indsatsen kan tilbydes 1056 patienter. Både patienterne, der randomiseres til HR og LM-HR, modtager et spørgeskema og gennemfører tests *før* forløbet, *efter* forløbet og *et år efter* forløbet.

Halvdelen af de involverede sygeplejersker og fysioterapeuter på hver matrikel vil blive inddraget i udviklingen og afprøvningen af lærings- og mestringsprincipper i hjerterehabilitering. Det vil foregå i en videreudviklingsproces, der tager udgangspunkt i den uddannelse både de og de erfarne patienter tidligere har fået i lærings- og mestringsprincipper. De erfarne patienter vil være en del af processen, og der vil blive mulighed for at øve sig med supervision undervejs.

Effekt

- Livskvalitet (SF12)
- Selvrapporterede livsstilsfaktorer - kost, motion og rygning (spørgsmål fra region Midtjyllands sundhedsprofil 'Hvordan har du det?')
- Mestringsevne (HeiQ)
- Arbejdskapacitet på ergometercykel
- Medicinkompliance efter 1 år
- Kolesterolværdier (T-kolesterol, triglycerid, LDL og HDL), blodtryk, og BMI
- Andel gennemførte af planlagte trænings- og gruppeforløb.

Ændring under forløbet for patienterne i LM-HR-gruppen sammenlignes med ændringen i HR-gruppen.

Tidsplan

Idé fase	1. okt. 2009 – 31. dec. 2009	Færdiggøre beskrivelse af indsatsen, fremgangsmåde, organisering, ressourcer, ledelse og styring, læring samt forskningsprotokol. Søge diverse tilladelser.
Planlægningsfase	1. jan. 2010 – 31. mar. 2010	Ansættelse af indsatskoordinator. Udarbejdelse af detaljeret indsatsplan. Organisering af indsatsen inkl. nedsættelse af styre- og arbejdsgruppe.
Udviklingsfase	1. jan. 2010 – 30. jun. 2010	Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af LM-HR. Kompetenceudvikling af sygeplejersker/terapeuter. Implementering af LM-HR. Implementering af evalueringsredskab.
Gennemførelsesfase	1. jul. 2010 – 30. apr. 2012	Dokumentere og evaluere forløb og undersøgelse. Sundhedspædagogisk supervision til sygeplejersker/terapeuter. Udvikling af redskaber til fastholdelse og fortsat udvikling af sundhedspædagogiske kompetencer.
Afslutningsfase	1. maj 2012 – 31. dec. 2012	Slutevaluering og afrapportering.

Budget

	Budget 2010	Budget 2011	Budget 2012
Indsatsledelse, -koordination og -administration, samt ansvar for konceptet	570.000	570.000	570.000
Forskningsansvarlig	225.000	225.000	225.000
Mødeaktivitet	46.000	31.000	31.000
Udvikling og implementering af LM-HR	172.000	-	-
Ekstra medarbejderressourcer til LM-HR holdene i gennemførelsesfasen	360.000	713.000	360.000
Individuel vejledning og temadage i gennemførelsesfasen	77.000	154.000	77.000

Redskab til fastholdelse af kompetencer	-	14.000	14.000
Transport	42.000	59.000	35.000
Tabt arbejdsfortjeneste til erfarne patienter	32.000	53.000	32.000
Uddannelsesfaciliteter og forplejning	37.000	22.000	11.000
Undervisningsmaterialer	20.000	-	-
Datamaneger	76.000	38.000	76.000
Sundhedskonsulent	44.000	44.000	44.000
1 års opfølgning på HR og LM-HR holdene *	-	94.000	188.000
Frakterede svarkuverter **	3.000	6.000	6.000
Samlet i alt	1.704.000	2.023.000	1.669.000

*) I år 2013 skal der bruges 94.000 kr. på 1 års opfølgning på patienterne fra holdene i 2012.

**) I år 2013 skal der bruges 3.000 kr. på frakterede svarkuverter til 1 års opfølgning.

Projekt 23: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin (Århus Universitetshospital, Skejby)

Ansøgning om puljemidler til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom

Ansøgende Afdeling: Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk Afdeling T, Hjertemedicinsk Afdeling B, Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen. Århus Universitetshospital, Skejby

Projekt ansvarlig: Postdoc Mette Krintel Petersen, Fysioterapi - og Ergoterapiafdeling og Adjunkt Sussie Laustsen, Klinisk Institut, Århus Universitetshospital, Skejby

Indhold (projektbeskrivelse)	Planlægning, opstart og evaluering af tværfaglige og tværsektoriel forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland for kirurgiske og medicinske hjertepatienters rehabilitering. Sideløbende med implementering af forløbsprogram udvikles, afprøves og implementeres et telemedicinsk patientuddannelsesstilbud. Det telemedicinske program skal medvirke til at patienter kan trænes og undervises i eget hjem. midler hertil skal tages fra puljen "egenbehandling og undervisning". Det der er markeret med (**) i budget. Rehabilitering er jf. "<i>Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet</i>" en proces, der inddrager patientens liv, omgivelser og forudsætninger. Det fordrer, at rehabiliteringsprocessen er tværfaglig, tværsektoriel, planlagt og vidensbaseret. <i>The International Classification of Functioning, Disability, and Health</i> (ICF) anvendes som overordnet referenceramme i forbindelse med planlægning, gennemførelse og evaluering af rehabiliteringsindsatsen Rehabiliteringstilbuddet ifase II og overgang til fase III jvnf. "Forløbsprogram for hjertekarsygdom omfatter samtaler, fysisk træning, tilbud om rygeafvænning og kostvejledning. Ligeledes sikres et tværsektorielt samarbejde. <u>Tilbuddet omfatter:</u> Samtaler: 4 samtaler med sygeplejersker, og tre med læge over en 8 ugers periode. Fysisk træning: Ved fysioterapeut 3 gange ugentligt i 12 uger i hospitalsregi, hvoraf den ene gang foregår i eget hjem som et telemedicinsk tilbud. Efterfølgende vedligeholdelsestræning i primær sektor af 1-1,5 time 3. gange ugentligt. Rygeafvænning: Tilbud om formaliseret rygeafvænning jf. Forløbsprogram. Kostvejledning: Tilbud om formaliseret kostvejledning to gange 1 time 3 og 8 uger efter udskrivning.
---------------------------------	---

	I forbindelse med afslutning af rehabiliteringsdelen på hospitalet tilbydes en statussamtale og telefonisk kontakt tages til patienter 2 mdr. Efter endt hospitalsrehabilitering. Der sikres sammenhæng i patientforløb mellem sektorerne som beskrevet i Forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland. For at kunne evaluere effekten af det udbyggede forløbsprogram på patienten aktivitets- og deltagelsesniveau kræves en kontinuerlig monitorering, systematisk indsamlede data og analyse af disse jf. bilag om oprettelse af database.
Mål for indsatsen	At begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af sygdomme At forbedre patienters funktionsniveau og livskvalitet At bremse progression af hjertesygdom At reducere morbiditet og mortalitet
Målepunkter (metode)	Følgende indikatorer registreres i hele patientforløbet ved henvisning, under indlæggelse, ved udskrivning samt ved ambulant opfølgning på hospitalet og i primærsektor: - Ernæringstilstand og fordøjelse - Smerter - Vægt (BMI) - Rygning og alkohol - Fysisk aktivitet - Funktionsevne - Kognitiv funktion - Hæmatologiske - og immunologiske funktioner - Komplikationer - Mortalitet - Selvvurderet helbred og livskvalitet - Genindlæggelser, overflytninger til rehabiliteringsafsnit og plejehjemsanbringelse - Indlæggelsestid - Sundhedsfaglige kontakter og ydelser, herunder også DRG - Forbrug af medicin - Opretholdelse af arbejdsevne
Estimeret sundhedsmæssig effekt	- At hjertepatienter sikres optimeret og sammenhængende sundhedsfaglig rehabilitering - At optimere udnyttelsen af ressourcer på tværs af sektorer
Tidsplan	Planlægning og implementering 2010 Afprøvningsfase 1011-2012 Evalueringsfase 2012 Opstart af databasen primo 2010 Årlig analyse og afrapportering i 2010, 2011, 2012

Budget	Løn projektansvarlige til opstart	82.500 kr
	Oprettelse af træningshold:	1.133.187 kr.
	vejledning diætist:	376.000 kr
	Sygeplejeintervention:	1.725.688 kr
	Sekretær indkaldelser	301.125 kr
	(**) Fysioterapeut	912.500 kr
	I alt ansøges fra puljen vedr. forløbsprogrammer	4.531.000 kr.
	Telemedicinsk undervisning incl. Pc'er og opkoblinger	1.840.000 kr.
	Oprettelse af klinisk database	1.037.500 kr

(**) Sideløbende med implementering af forløbsprogram udvikles, afprøves og implementeres et telemedicinsk patientuddannelsesstilbud. Det telemedicinske program skal medvirke til, at patienter kan trænes og undervises i eget hjem. Midler hertil skal tages fra puljen "egenbehandling og undervisning".

Projekt 24: Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel database for kirurgiske og medicinske hjertepatienter (Århus Universitetshospital, Skejby)

Del-projekt under samlede hjerterehabiliteringsprojekt på Skejby

Ansøgende Afdeling: Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk Afdeling T, Hjertemedicinsk Afdeling B, Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen. Århus Universitetshospital, Skejby

Projekt ansvarlig: Postdoc Mette Krintel Petersen, Fysioterapi - og Ergoterapiafdeling og Adjunkt Sussie Laustsen, Klinisk Institut, Århus Universitetshospital, Skejby

Indhold (projektbeskrivelse)	Etablering og opstart af tværfaglig og tværsektoriel klinisk database, der skal anvendes til systematisk kvalitetsudvikling af forløbsprogrammer for kirurgiske og medicinske hjertepatienters rehabilitering. Databasen etableres i samarbejde med Kompetencecenter for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser (region øst). Databasen (Klinisk MåleSystem/KMS) består af et databasesystem til registrering af kliniske data med henblik på måling og overvågning af sundhedsfaglig kvalitet. KMS er opbygget på generelle skabeloner, der gør opbygning af en database relativt hurtigt. KMS bygger på en web-baseret teknologi, der tillader brugere at indtaste data via enhver tilsluttet netværkscomputer. KMS indeholder desuden en etableret analyseportal og der er kobling til LPR. Rehabilitering er jf. "<i>Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet</i>" en proces, der inddrager patientens liv, omgivelser og forudsætninger. Det fordrer, at rehabiliteringsprocessen er tværfaglig, tværsektoriel, planlagt og vidensbaseret. For at sikre et sammenligneligt niveau af basens data anvendes <i>The International Classification of Functioning, Disability, and Health</i> (ICF) udarbejdet af WHO som referenceramme. ICF er en international klassifikation til kodning af forskellige informationer om helbred og funktionsevne. ICF er et klassifikationsredskab med det overordnede formål, at tilbyde et standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Sideløbende inddrages vurdering af personlige og sociale ressourcer. Databasen forventes evalueret og analyseret på funktion og indhold i projektperioden, og at være i fuld drift ultimo 2012. Perspektivet for databasen er på sigt en kobling til den landsdækkende kvalitetsdatabase "Dansk Hjerteregister", således at disse på sigt bliver tværfaglige og tværsektorielle. Dansk Hjerteregister er forankret i Kompetencecenter øst og anvender KMS.
---------------------------------	---

Mål for indsatsen	At monitorere, generere og overvåge data om hjertepatienters forløb m.h.p. systematisk kvalitetsudvikling af den tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsindsats.	
Målepunkter (metode)	Følgende indikatorer registreres i hele patientforløbet ved henvisning, under indlæggelse, ved udskrivning samt ved ambulant opfølgning på hospitalet og i primærsektor: - Ernæringstilstand og fordøjelse - Smerter - Vægt (BMI) - Rygning og alkohol - Fysisk aktivitet - Funktionsevne - Kognitiv funktion - Hæmatologiske - og immunologiske funktioner - Komplikationer - Mortalitet - Selvvurderet helbred og livskvalitet - Genindlæggelser, overflytninger til rehabiliteringsafsnit og plejehjemsanbringelse - Indlæggelsestid - Sundhedsfaglige kontakter og ydelser, herunder også DRG - Forbrug af medicin - Opretholdelse af arbejdsevne	
Estimeret sundhedsmæssig effekt	- At hjertepatienter sikres optimeret og sammenhængende sundhedsfaglig rehabilitering - At optimere udnyttelsen af ressourcer på tværs af sektorer	
Tidsplan	Kravspecifikation og etablering af database januar 2010 Opstart af databasen primo 2010 Årlig dataanalyse og afrapportering i 2010, 2011, 2012 Fuld drift af databasen i 2012	
Budget	Kravspecifikation: Løn projektansvarlige (1 mdr.å 41.250 x 2) Etablering af database i Competence Center Øst Drift af databasen (3 år á 120.000 kr incl. datatræk) Analyse og afrapportering (løn 1 mdr.) Datavalidering (2 uger per år á 20.084 kr x 3 år) Budget til database i alt	82.500 kr 500.000 kr 360.000 kr 34.750 kr 60.250 kr 1.037.500 kr

Skemaet udfyldes elektronisk, hvorved det udvider sig efter behov. Skal være så kortfattet og præcis som muligt, sådan at det i omfang fylder færrest mulig sider.

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

Projektets navn.	Selvbehandlingsplan KOL-patienter og telefonrådgivning ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup
Indhold (projektbeskrivelse)	At have KOL-sygdommen betyder oftest tilstedeværelse af gennemsnitligt 3-4 eksacerbationer (forværringer i KOL sygdommen som kræver medicinsk behandling) pr. år. Ofte negliserer patienterne symptomerne og udskyder deres kontakt til egen læge, hvilket ofte betyder, at forværringen da er så fremskreden, at det kræver hospitalsindlæggelse. Med dette projekt søges disse indlæggelser minimeret. Projektet består af indførelse af selvbehandlingsplan til KOL-patienter, suppleret med etablering af telefonrådgivning til det lungemedicinske ambulatorium ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup. Med projektet opnås mere eksakt viden om effekterne ved at indføre selvbehandlingsplan for KOL-patienter, ligesom der vil foregå en fomidling af viden om KOL-sygdommen til den kommunale hjemmepleje. Endvidere vil telefonrådgivningen give såvel den kommunale hjemmepleje som praktiserende læger, patienter og pårørende mulighed for råd og vejledning fra specialister i det lungemedicinske ambulatorium. 1. Selvbehandlingsplan til KOL-patienter. Denne del af projektet består i at introducere patienterne til en selvbehandlingsplan, hvormed patienter i eget hjem oplæres i at reagere på symptomer på eksacerbationer. Herved kan sikres tidligere behandlingsstart ved eksacerbationer, ligesom patientens egenomsorg og mestringstrategier i forhold til kronisk sygdom kan styrkes. En selvbehandlingsplan består af en mundtlig undervisning og en skriftlig vejledning, som patienten kan følge, når der opstår symptomer på forværring (GOLD kriterium for forværring), og som inkluderer selvadministration af

prednisolon og antibiotika, som haves klar i hjemmet.
Herudover omfatter planen dyspnøhåndtering,
hosteteknik, PEP-fløjte, eventuel ændring af
inhalationsmedicinen fra pulver til spray + aerochamber.

Patienterne bliver velinformeret i forhold til at kontakte
hospitalets lungemedicinske ambulatorium, egen læge
eller vagtlæge/112 ved yderligere forværring, ligesom
patienterne instrueres i kontraindikationer mod
hjemmebehandling.

På baggrund af egne patienterfaringer og engelske
undersøgelser er det opfattelsen, at dette kan reducere
antallet af indlæggelser.

Målgruppe

Patienter med moderat, svær og meget svær KOL, indlagt
med forværring i minimum 48 timer
GOLD-kriterium for forværring
Ryger/eks-ryger minimum 10 pakkeår
Alder over 40 år.
Ca. 120 – 150 patienter forventes at indgå i projektet.

Eksklusionskriterier:

Acidose på udskrivelsesdagen
Lungeinfiltrat på thorax røntgen
Alvorlige ustabile medicinske tilstande
Deltagelse i andre kliniske eksperimenter
Samtykkeerklæring ikke underskrevet
Malign sygdom
Demens

Metode

Under indlæggelsen:

1. Patienten inkluderes under indlæggelse for
eksacerbation
2. Instrueres i selvobservation og brug af behandlingsplan
Instrueres i brug af pep-fløjte og dyspnøhåndtering
3. Recept på medicin udleveres

Efter udskrivelsen:

Telefonisk:

- patienten har mulighed for at søge vejledning ved
telefonisk henvendelse til sygeplejerske i lungemedicinsk

ambulatorium.

- patienten kontakter sygeplejerske ved start af behandling (i weekender, først kommende hverdag)

Hjemmebesøg:

- der gives supplerende vejledning/ undervisning i håndtering af eksacerbationer indenfor første uge efter udskrivelsen, 2, 6 og 12 måneder efter udskrivelsen samt efter hver startet selvbehandling.

- hjemmeplejen inviteres til besøget med henblik på deres støtte til tidlig behandlingsstart og samtidig vejledning og undervisning af hjemmeplejen i håndtering af eksacerbationer.

2. Telefonrådgivning.

Projektet vedr. selvbehandlingsplan suppleres med etablering af en telefonrådgivning til det lungemedicinske ambulatorium.

Baggrunden herfor er, at behandling af KOL varetages af mange parter. Behandlingen bør - for at sikre den optimale effekt - være funderet i nyeste evidensbaserede viden. Denne erfaring og viden om specialet kan være svær at opnå i primær sektor samt indenfor andre specialer på hospitalet.

I det lungemedicinske speciale erfares derfor ofte et behov for at formidle sin viden til praktiserende læger og hjemmeplejen, ligesom også patienter og pårørende er blevet mere opsøgende i forhold til viden om KOL-området.

Målgruppe:

Fagpersoner indenfor primær sektoren
Fagpersoner indenfor sekundær sektoren
Patienter med KOL-sygdommen.
Pårørende til patienter med KOL-sygdommen.

Metode.

Fast telefontid 1 – 2 timer dagligt på hverdage.
Telefonen passes af sygeplejerske med specialviden om KOL behandling med mulighed for sparring med lungemedicinsk overlæge.
Postkasse for spørgsmål på e-mail.

Mål for indsatsen

1. Selvbehandlingsplan.

Reducere antallet af indlæggelser.

Øge patienternes egenomsorg og mestringsstrategier, og dermed bedre livskvaliteten.

Øge pårørendes viden og forståelse for sygdommen ved at de deltager ved hjemmebesøgende

Øge hjemmeplejens viden og forståelse for sygdommen ved at deltage i de planlagte hjemmebesøg

2. Telefonrådgivning

At optimere behandling af KOL

At undgå indlæggelser

Optimere behandlingsforløb indenfor sygehusregi

Øget tryghed og livskvalitet for patienter med KOL og deres pårørende.

Målepunkter (metode)

1. Selvbehandlingsplan

Antal eksacerbationer

Antal hjemmebehandlinger

Antal indlæggelser

Antal kontakter tlf + hjemmebesøg (tidsforbrug)

Health status questionnaire (skala 0 -100)

2. Telefonrådgivning.

Antal opkald

Tidsforbrug udover telefontid

Registrering af hvem, der benytter sig af.

Registrering af spørgsmålskategorier

Effekt (sundhedsmæssig)

Det forventes, at projektet vil have følgende sundhedsmæssige effekter:

1. Selvbehandlingsplan

begrænse udviklingen i eksacerbationen ved tidlig behandlingsstart

- færre indlæggelser

- obs. lavere mortalitet

- begrænse antallet af eksacerbationer og dermed hastigere fald i lungekapaciteten og dermed forringelse af patienten livskvalitet.

- vidensdeling på tværs af sektorer

2. Telefonrådgivning.

Optimal behandling af KOL

Tryghed og livskvalitet for KOL patienter
Færre indlæggelser
Færre overflytninger til lungemedicinsk afd.

Tidsplan

Tidsplan

Start 1. marts 2010 og afsluttes 31. december 2012.

Budget

Udgifterne til projektet beløber sig til 890.000 kr. årligt.

Heraf lønudgifter til sygeplejerske, læge, lægesekretær og fysioterapeut (842.000 kr.) og øvrige udgifter vedr. kørsel, materialer m.v. (48.000 kr.).

Projekt 26: Etablering af diabeteskole (Regionshospitalet Silkeborg)

Indhold (projektbeskrivelse)

Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Silkeborg ønsker at etablere en diabeteskole. Tilbuddet skal omfatte alle patienter med nydiagnosticeret diabetes (T2DM). Undervisning er gruppebaseret og varetages af sygeplejerske, diætist, fodterapeut, socialrådgiver og læge. Der er udarbejdet et udkast til et undervisningsprogram (kan eftersendes), der strækker sig over 2 dage.

Følgende emner er på undervisningsprogrammet

- Beskrivelse af diabetes sygdom
- Diabeteskost
- Motion
- Sikker brug af medicin
- Forståelse og brug af målinger
- Komplikationer (forebyggelse og behandling)
- Personlig håndtering af kronisk sygdom
- Rygestop orientering
- Regler for kørekort
- Orientering om diabetesforeningen
- Sociale og økonomiske forhold

Forplejning er også en del af konceptet og skal bruges som praktisk instruktion i diabeteskost, hvor diætisten efter undervisningen, bliver til frokosten og vejleder i forhold til maden.

Mål for indsatsen

Der er et generelt patientønske om gruppeundervisning, da det giver øget mulighed for kontakt og informationsudveksling mellem andre med samme diagnose. Derfor er der en forventning om en øget patienttilfredshed på dette område.

Desuden forventes det, at patienterne får nogle redskaber til en bedre hverdag med en kronisk sygdom og får værktøjer til at være aktive i samarbejdet med hospital og egen læge i forhold til at forebygge komplikationer. Samt en øget viden om egen sygdom.

Det forventes at mellem 45-50 patienter om året kan indgå i et forløb.

Målepunkter (metode)

Der måles på følgende parametre:

- Patienttilfredshed via spørgeskema, der udleveres i forbindelse med afslutning af

undervisningsforløbet

- Registrering via NIP af patienter, der har deltaget
- Sammen med kommunerne Silkeborg, Skanderborg og Favrskov ønsker at følge skolerne/undervisningstiltag i et forskningsprojekt og vi sammen med kommunerne søger penge til dette via puljen "Folkesundhed i Midten"

Effekt (sundhedsmæssig)

Se mål for indsatsen.

Tidsplan

Det forventes, at projektet kan opstartes pr. 1. januar 2010.

Budget

Budget for hele perioden (3 år)

Sygeplejerske	450.000 kr.
Diætist	250.000 kr.
Socialrådgiver, Fodterapeut ect.	100.000 kr.
I alt	800.000 kr.

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

Indhold (projektbeskrivelse)	I Region Midtjylland kan udvalgte patienter i livslang AK-behandling tilbydes oplæring og supervision i selvstyret AK-behandling. Indtil videre er der oprettet AK-enheder til at varetage denne funktion på Århus Universitetshospital SKS, Brædstrup Sygehus og Regionshospitalet Viborg. Af hensyn til ønsket om øget kapacitet og udbredelse ønskes der oprettet endnu en AK-enhed som skal varetage oplæring og vedligeholdelse efter samme koncept. Denne enhed skal placeres i Herning (Hospitalsenheden Vest) For patienter tilknyttet Hospitalsenheden Vest varetages AK-behandlingen som udgangspunkt via egen læge, fraset den korte periode, hvor man evt. er indlagt på sygehus. Nogle få patienter fra Hospitalsenheden Vest er oplært i selvstyret AK-behandling og følges på AK-centret på Århus Universitetshospital, SKS. I Danmark er ca. 1,3 % af befolkningen i livslang AK-behandling, og erfaringer fra de enheder som oplærer og superviserer i selvstyret AK-behandling viser, at ca. 25% af disse er velegnede til og kan tilbydes selvstyret AK-behandling. For Hospitalsenheden Vest med et optageområde på knap 300.000 borgere svarer det til 900-1.000 patienter. Det forventes, at ca. 50 nye patienter pr. år kan tilbydes selvstyret AK-behandling.
Mål for indsatsen	Færre ambulante besøg efter endt oplæring. Bedre terapeutisk behandlingsniveau.
Målepunkter (metode)	- Antal patienter i selvstyret AK-behandling. - Tiden hvor pt. i selvstyret AK-behandling er indenfor det terapeutiske niveau, sammenlignet med traditionel behandling.
Effekt (sundhedsmæssig)	Evidens på området viser at patienterne i selvstyret AK-behandling generelt ligger i et bedre terapeutisk behandlingsniveau end patienter i et traditionelt behandlingsforløb. Der kan derfor forventes en sundhedsmæssig effekt i form af færre komplikationer. Bedre

	livskvalitet hos patienterne.				
Tidsplan	Fra 1. januar 2010 til 31.12 2012.				
Budget	For hospitalsenheden Vest vil de årlige udgifter for 50 nye patienter i selvstyret AK-behandling være følgende:				
	1.000 kr.	2010	2011	2012	I alt
Budget:					
- Løn	740	740	740	2.220	
- Materialer	375	375	375	1.125	
- udgifter til software	141	100	100	341	
- opstarts-omkostninger	20			20	

Projektbeskrivelse: Regional it-plattform til understøttelse af selvstyret AK-behandling samt sikring af behandlingskvalitet

Patienter med forhøjet risiko for blodpropper modtager som oftest medicinsk behandling (AK-Behandling) som nedsætter blodets størkningsevne - populært kaldet "blodfortynding". Behandlingen indebærer en delikat balance mellem at nedætte blodets størkningsevne tilpas meget for at undgå blodpropper – men ikke FOR meget så der kommer risiko for blødning. For at styre denne balance kræves hyppige blodprøvekontroller hvor blodets størkningsevne måles.

Den konventionelle AK-behandling indebærer derfor at patienterne kommer til blodprøvekontrol på sygehus eller hos egen læge ca. 1 gang per måned; og får - når analyse-svaret foreligger – fra lægen besked om hvilken daglig medicinosis han/hun skal indtage indtil næste blodprøvekontrol.

Ved selvstyret AK-behandling udfører patienten blodprøve analyse i eget hjem og kan kontrollere behandlingen hver uge. Selvstyret AK-behandling er således mere intensiv end den konventionelle model. Der foreligger flere videnskabelige publikationer, der viser bedre behandlingskvalitet, når patienter selv står for behandlingskontrollen, end når læge 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. Oplæringen foregår på AK-centret ved individuel oplæring og suppleres ved hjemme-træning.

Hidtil har patienterne skrevet de målte data (INR-værdi) og den indtagne medicinosis på et papirskema, som sendes med post til det AK-center, der varetager oplæring og overvågning af behandlingskvaliteten. I AK-centret gennemgås hver enkelt patients skema og de modtagne værdier testes manuelt i en database. Herved lagres alle patientens målte værdier og oplysninger om indtagen medicin og oplysninger om evt komplikationer. De indberettede data udgør således et vigtigt grundlag for kommunikation med - og rådgivning af – patienter samt et værktøj til dokumentation af behandlingskvalitet.

Dette manuelle rapporteringssystem er imidlertid – ud over at være behæftet med rigelige fejlmuligheder – besværligt og meget tidskrævende for de sygeplejersker, der understøtter de selvstyrende AK-patienter.

Både af hensyn til sikkerhed for korrekte data, som grundlag for vurdering af behandlingen, og for at spare resurser vil et data-behandlingssystem som sikrer direkte elektronisk overførsel af patientens data til AK-centrets database være at stor værdi.

Endvidere vil et direkte kommunikationssystem mellem patient og behandler effektivisere det nødvendige samspil mellem sygeplejerske dels under oplæringen, men i høj grad hvis der efterfølgende kommer situationer, hvor patienterne har behov for faglig hjælp.

Mange patienter vil endvidere kunne have gavn af supplerende støtte til dosering af den "blod-fortyndende" medicin. Denne behandlingsstøtte vil endvidere kunne bringes til patienterne af elektronisk vej og være baseret på en form for doseringsalgoritme.

Som led i oplæring og som konstant opdateret informationsmateriale er e-learning et stort ønske i alle AK-centre. Dette vil blive udviklet i AK-centrene via det fælles koordinationsarbejde der foregår mellem AK-centrene i Region Midt og med deltagelse af informationsafdelingen på Århus Universitet.

I dette relativt nye behandlingskoncept indgår således patient-uddannelse, egenomsorg og for personalet er der tale om efteruddannelse i en særlig behandlingsform baseret på uddelegering af et lægeligt ansvar. Der indgår således også opgaveglidning fra en traditionel læge-opgave til specialuddannede sygeplejersker, som får en særlig kompetence i oplæring og efterfølgende rådgivning af patienterne. Der anvendes således det velkendte LEON princip.

I Region Midt har vi i ca 3 år haft et samarbejde til koordination af behandlingsplaner for selvstyret AK-behandling. Denne koordinationsgruppe har samlet indstillet til at bidrage til udvikling og implementering af en fælles IT-plattform baseret på samme software og samme koncept. Endvidere vil e-learning kunne varetages i denne gruppes regi, så man derved udvikler undervisningsmateriale på samme grundlag.

I dag findes i Region Midt to IT-systemer til støtte for oplæring og efterfølgende behandlingstøtte (Intramed og Devitec) Koordinationsgruppen for selvstyret AK-behandling i Region Midt anbefaler at udvikle et fælles IT-system, hvor patient – AK-center kan udveksle data online, og hvor det er muligt at kommunikere direkte mellem AK-centret og den enkelte patient baseret på identiske data i databasen.

Interaktionen forventes at kunne baseres på den enkelte patients indberetning af data via www.sundhed.dk eller andet selv-udviklet sikret udvekslingsform.

I udviklingsfasen og under implementeringen vil det være meget vigtigt med en person, som både har klinisk - og IT-indsigt og kendskab til AK-behandling. En meget erfaren sygeplejerske på Skejby Sygehus vil kunne påtage sig denne opgave og er villig til dette. Endvidere anses det for vigtigt at projektet underkastes professionel projektedelse, da IT-afdelinger i såvel Region Midt som hvert enkelt hospitals IT-afdeling skal deltage i hele udviklingsforløbet for at sikre gnidningsløs implementering

Der vil endvidere kunne udvikles en fælles database, som regionens AK-centre kan indsende data til. På den måde man kan kvalitetssikre behandlingen og sikre dokumentation af behandlingsresultater. Ud over de administrative gevinster ved et

sådan fælles data system, er der datagrundlag til at pege på AK-centre som opnår bedre behandlingsresultater end regionens øvrige centre. Ud over at sikre ensartet højt kvalitetsniveau, er det med til at sikre behandlingsoptimering blandt Regionens sundhedsfaglige personale.

Denne ansøgning omhandler således et ønske om at oprette et IT-system, som kan sikre:

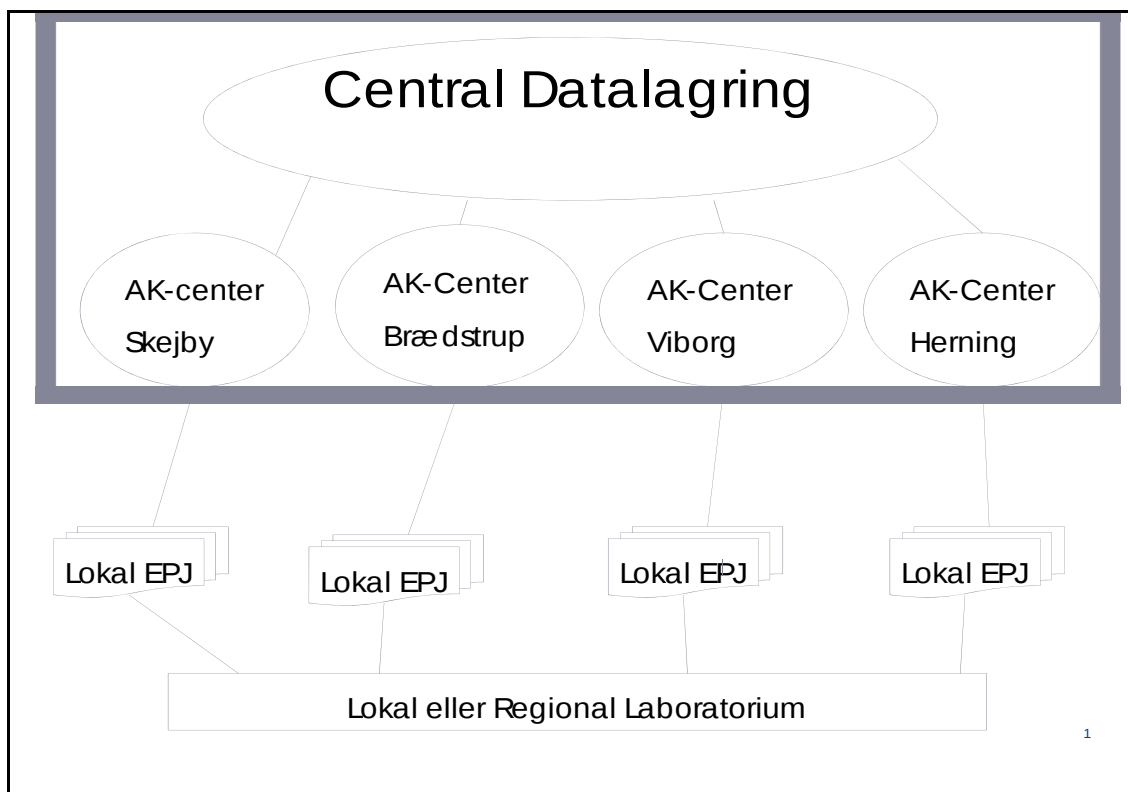
- Patienternes direkte kontakt med AK-centrene vha. direkte overførte data.
- Etablering af en fælles database baseret på samme software i Region midt
- Et ekspertstøttesystem til dosering af AK-behandling
- Udvikling af E-learning program til at understøtte patientoplæring og vedligeholdelse af praktiske og teoretiske færdigheder.

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.

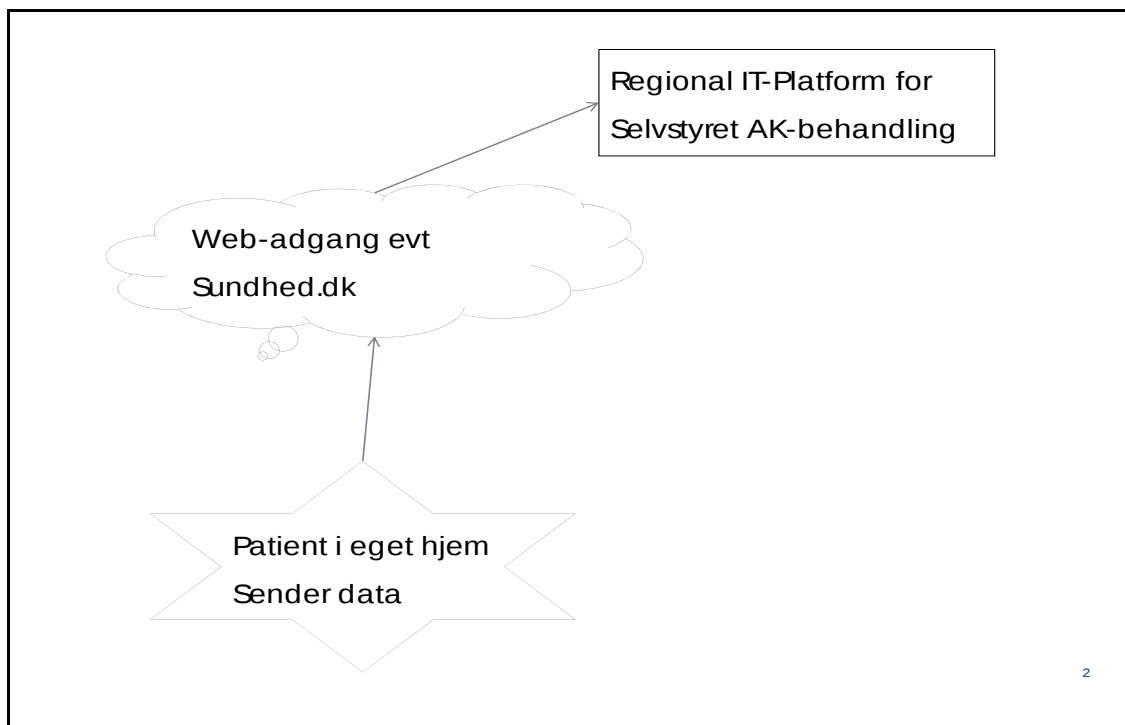
Der er samtidig mulighed for at udvikle en kommunikationsplatform som kan anvendes til andre patientgrupper. Det kan være diabetikere, lungesyge og patienter med hjertesvigt. Det udviklede system vil designes således at det ved mindre tilpasninger vil kunne anvendes til behandling af andre grupper kronisk syge

Der er på nuværende tidspunkt ikke truffet aftaler med leverandører af IT- soft- og hardware; men ud fra de foreløbige samtaler med mulige firmaer skønnes udgiften til den fælles IT-plattform, med patient-del til elektronisk kommunikationsflade til AK-centret og en fælles database at beløbe sig til ca. 3 mio. kroner.

Figur 1.



Figur 2.



Indhold	Se vedlagte projektbeskrivelse
Mål for indsatsen	Udvikling af fælles Regional IT-plattform til kommunikation mellem patienter og AK-centre. Formidling af resultater til andre danske AK-centre og udbredelse af IT-baseret kommunikation til andre behandlingsformer
Målepunkter (metode)	Teknisk og klinisk praktisk implementering af IT-plattform. Kan data overføres som forventet? Kan informationer overføres fra Patient-administrative system og Laboratorium? Kan kommunikation med patienter uhindret foretages via internet? E-learning som supplerende undervisningsmetode
Effekt (sundhedsmæssig)	Digital indføring af patient-data direkte til database. Klinisk validering af behandlingsforløb på elektroniske data Overførsel af data fra hvert AK-center til fælles database, hvorfra udtræk kan foretages til kvalitetssikring og dokumentation af behandlingskvalitet. Patient-tilfredshed med E-Learning som metode.
Tidsplan	Jan 2009 – dec 2009 Teknisk udvikling af IT-plattform og integration med Hospitals-It-system Jan 2010 – Nov 2010 Simultan Klinisk implementation i alle regionens 4 AK-centre. Dec 2010 – febr. 2011 Sammenfatning, afrapportering og formidling af resultater nationalt og internationalt
Budget	3.000.000 Kr

Projekt 28: Telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (Regionshospitalet Silkeborg)

Indhold (projektbeskrivelse)

Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Silkeborg ønsker at etablere en ny behandlingsform, med hjemlig telemedicinsk service til patienter med akut forværring i kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL kuffert). Rationalet bag etableringen af en sådan behandling har været et ønske om, at nedbringe varigheden af akutte indlæggelser for KOL, at reducere antallet af genindlæggelser for KOL forværring, samt et ønske om at reducere udgifter i forbindelse med disse akutte indlæggelser.

En KOL-kuffert i patientens eget hjem etableres i umiddelbart forlængelse af en akut indlæggelse. Indlæggelsestiden tilstræbes hermed reduceret fra sædvanligvis syv døgn til to døgn. Denne effekten er dokumenteret i tidligere studier fra DK. KOL kufferten giver øget mulighed for inddragelse af patienten i egenbehandling med daglig "kontrol" og "læring" via kontakt til specialsygeplejerske indenfor KOL området. Denne kontakt foregår dagligt i dagene efter udskrivelsen. Udstyret kan potentielt give øget mulighed for sammenhængende patientforløb, patientuddannelse, og hjælp til rehabilitering.

Mål for indsatsen

- Reduktion i antallet af genindlæggelser
- Reduktion i den gennemsnitlige liggetid for KOL patienter
- Patienttilfredshed og tryghed
- Imødekomme krav om sammenhængene patientforløb
- At imødekomme krav om øget effektivitet og kvalitet

Målepunkter (metode)

- At evaluere tilfredshed hos patienter, pårørende og personale.
- At evaluere udviklingen i gennemsnitlig liggetid, samt antallet af genindlæggelser
- At evaluere mulighederne for etablering af telemedicinsk tilbud i hele regionen via

Regionshospitalet i Silkeborg

Effekt (sundhedsmæssig)

- Genindlæggelses frekvens
- Genindlæggelses varighed
- Patienttilfredshed
- Pårørende tilfredshed
- Personale tilfredshed

Tidsplan

Projektet i værksættes den 1. januar 2010, og projekt- perioden er på 3 år

Budget

Følgende budget er beregnet for udgifterne til leje og drift af 2 KOL kufferter i 3 år

Leje af 2 KOL kufferter	540.000 kr.
Drift af KOL kufferter	800.000 kr.
Etablering af Linjer	380.000 kr.
Opkobling	140.000 kr.
I Alt	1.860.000 kr

Bilag 2: Tids- og procesplan for udarbejdelse af Region Midtjyllands ansøgning om puljemidler til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom

Tidspunkt	Aktivitet / indhold
August-september	Løbende orientering på Afdelingschef-møde i Region Midtjylland
12. August	Møde i Sundhedskoordinationsudvalgets Kontaktudvalg med drøftelse af: • Procesplan (herunder inddragelse af klyngestyregrupper, praksisområdet, Sundhedsstyregruppen, ekstraordinært møde i Sundhedskoordinationsudvalg samt møder i "egne" regionale og kommunale politiske udvalg m.v.) • Koordinering af overordnede principper, tiltag m.v.
13. august	Orientering af "Det politiske midlertidige underudvalg vedr. en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser"
24. august	Orientering og drøftelse i Den Regionale Hjertestyregruppe.
2. september	Møde i Den administrative Sundhedsstyregruppe Ekstraordinære klyngemøder med deltagelse af hospital, kommuner og praksissektor i klyngen med henblik på orientering og koordinering af ansøgte indsatsområder
2. september	Orientering og drøftelse i Region Midtjyllands Diabetesudvalg
3. september	Orientering af "Det politiske midlertidige underudvalg vedr. en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser"
7. september	Ekstraordinært møde med Randers-klyngen
8. september	Orientering i Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KEU) på almen praksisområdet.
14. september	Politisk formandsmøde ml. Formand for Sundhedskoordinationsudvalget Johannes Flensted Jensen, Næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget Hans Jørgen Hørning og Formand for Samarbejdsudvalget for Almen Læger, Bruno Meldgaard

15. september	Orientering i Region Midtjyllands Forretningsudvalg
16. september	Orientering af hospitalsledelserne i Strategisk Sundhedsledelsesforum
17. september	Møde i Den administrative Sundhedsstyregruppes Kontaktudvalg
22. september	Direktionen drøfter udkast til ansøgning
23. september	Orientering i Regionsrådet
28. september	Udkast til endelig ansøgning forelægges Direktionen
30. september	Ordinært møde i Sundhedskoordinationsudvalget Afsendelse af ansøgning til Ministeriet
5. oktober	Orientering af "Det politiske midlertidige underudvalg vedr. en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser"
6. oktober	Behandling af ansøgningen i Region Midtjyllands Forretningsudvalg
21. oktober	Behandling af ansøgningen i Regionsrådet i Region Midtjylland
10. december	Tilsagnsskrivelse fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse