

**Til
Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget
Region Midtjylland.**

Hermed ansøges om støtte til følgende projekt i henhold til anførte beskrivelse:

Patientforløb ”Astma hos børn”
- en ny tilgang, et fælles ansvar
- en bedre kvalitet

Et Shared-Care projekt mellem Regionshospitalet Randers Grenå og almen praksis med fokus på en bedre kvalitet og et bedret tværsektorielt samarbejde. Udformet via implementering af patientsforløbsstandarder i henhold til GINA – guidelines.

**Svend Kier
Praksiskonsulent
Pæd. Afd. Randers**

**Sune Rubak
Astma-Allergi ansvarlig, R1, PhD
Pæd. Afd. Randers**

**Jens M. Rubak
Praksiskoordinator
Region Midtjylland**

23 Januar 2008

Protokol.

Baggrund:

15-20% af alle børn før skolealderen oplever astmatiske symptomer. Kun ca. 1/3 af børnene har dog astma i skolealderen. Sygdomsbilledet dækker over en heterogen sygdom både, hvad angår årsag og prognose. Den internationale guideline GINA er blevet opdateret. Den nye udgave er blevet mere operationel og mere anvendelig for læger i både almen praksis og på sygehuse. Der har gennem årene været flere forgæves forsøg forskellige steder på at bedre samarbejdet om børneastma samt forsøg på at få en bedre fordeling af de forskellige børne-astmatyper mellem hospital og almen praksis. GINA-guidelines giver nye muligheder for et bedret tværsektorielt samarbejde om børn med astma med en bedre ressourceudnyttelse i såvel hospital som almen praksis og en bedre kvalitet for patienten

Traditionelt er graden af symptomer, airflow-begrænsning og lungefunktionsvariabilitet medvirkende til at klassificere sværhedsgraden af astma (f.eks. intermitterende, mild persisterende, moderat persisterende, svært persisterende) hos den ubehandlede patient.

Det er væsentligt at indse, at astmasværhedsgraden involverer både sværhedsgraden af den underliggende sygdom og responset på behandlingen. Sværhedsgraden er ikke uden variation hos den enkelte patient og svinger over måneder til år. Derfor synes klassifikation af astma ved hjælp af graden af kontrol mere relevant.

Den nye vejledning lægger således vægt både på sværhedsgrad og graden af kontrol. Dette kræver en større fælles forståelse af, hvad god kontrol indebærer både for behandlere og patient, og kræver samtidig hurtigere ændring af behandling for at opnå effekt. Dette stiller større krav til behandlere i almen praksis og kræver øget tilgængelighed af sekundær sektoren.

Det stigende pres på sundhedsvæsenet om at imødekomme ønsker om ” det sammenhængende patientforløb” har medført udvikling af strategier, der fokuserer på koordination mellem forskellige instanser i sundhedssystemet. Dette går under fællesbetegnelsen shared care. En MTV-rapport konkluderer, at det er muligt at gennemføre shared care, så behandlingskvaliteten **forbedres**. Endvidere at patienter er tilfredse med shared care, og at de ikke er dårligere stillet i forhold til patienter i vanlig organisation, idet shared care sikrer, at patienterne ikke bliver efterladt i ingenmandsland mellem to sektorer. Rapporten konkluderer også, at fordelene ved shared care kun opnås, hvis bestemte forudsætninger er opfyldt.

Disse forudsætninger er:

- At der er udarbejdet generelle behandlingsvejledninger til de involverede behandlere
- At patienterne involveres
- At der er direkte og gensidig kontakt mellem behandlingsparter og patient
- At der er gensidig tillid og samarbejdsevne hos behandlere
- At sygdommen egner sig til en shared care organisation.

Astma hos børn opfylder alle disse betingelser.

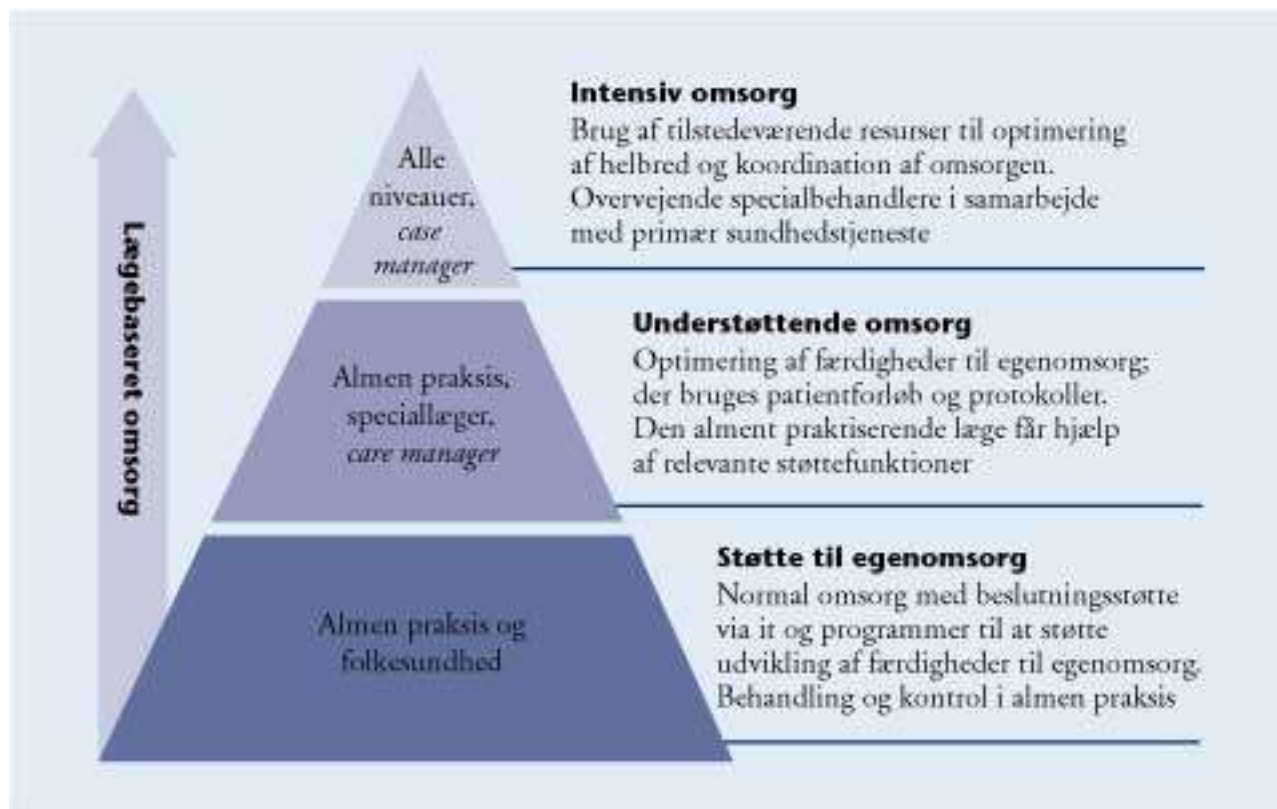
Shared Care- Modellen

Hidtil er patienterne enten blevet fulgt hos egen læge og ved længerevarende forværring henvist til behandling på børneafdelingen, der så følger børnene i en længere periode og evt. afslutter dem til almen praksis. Det indebærer at en del astmabørn ikke ses af speciallæge, men også at der er en vis ventetid på vurdering. Omvendt ser Almen Praksis mange astmabørn, som ikke altid følges systematisk, men typisk ses ved forværring.

Projektet tager udgangspunkt i et **fælles** ansvar for behandlingen mellem almen praksis og pædiatrisk afdeling, og at grænserne derfor nedbrydes. Projektet indebærer en systematisk vurdering af astmabørn hver gang med hensyn til sværhedsgrad og graden af kontrol, at de følges med faste kontroller, at det bliver lettere og hurtigere at veksle mellem behandling i praksis eller børneafdeling, men at det er graden af kontrol, der afgør, hvor den næste kontrol finder sted. For patienterne betyder det en større overensstemmelse mellem hvad de forskellige behandlere foreslår, men også at de bliver fulgt 2 steder om end ikke samtidig. Om de skal møde det ene eller andet sted afhænger af graden af kontrol.

Samtidig tilbydes alle patienterne og forældre uddannelse via en astmaskole uafhængigt af astmaen sværhedsgrad.

Behandlingspyramide



Komponent 1:

Udvikle patient/læge partnerskab

Effektiv behandling af astma forudsætter udvikling af et partnerskab mellem personen med astma og hans/hendes behandlerteam. Med lægens hjælp og ved hjælp fra behandler teamet, skal patienten lære at:

- Undgå risikofaktorer
- Tage medicinen korrekt
- Forstå forskellen mellem forebyggende og anfaldsmedicin
- Monitorere sin status ved brug af symptomer og, hvis relevant, PEF (peak-flow)
- Genkende tegn på forværring i astmaen og behandling herfor
- Søge medicinsk hjælp, når der er behov herfor

Uddannelse skal være en integreret del af alle interaktioner mellem det professionelle behandlesystem og patienten.

Lægen og patienten skal sammen forberede en skriftlig personlig astma handlingsplan, som er medicinsk korrekt og praktisk.

Komponent 2:

Identificer og reducer udsættelse for risikofaktorer.

Komponent 3:

Vurdering, behandling og monitorering af astma Målet med astmabehandlingen er at opnå og fastholde klinisk kontrol. Dette kan opnås hos de fleste patienten igennem en fortsat cyklus, der involverer:

- Vurdering af astma kontrol
- Behandling for at opnå astma kontrol
- Monitorering for at fastholde kontrol

Komponent 4:

Behandling af exacerbationer.

Metode - Implementering.

Der udføres et pilotprojekt med involvering af 15 praktiserende læger. De skal hver evaluere og ordinere behandling til 10-15 astmapatienter efter de nye vejledninger. Lægerne + evt. konsultationssygeplejersker skal deltage i 3 møder – et orienteringsmøde et opfølgningsmøde og et evalueringsmøde – i løbet af projektperioden på 3-4 måneder. På baggrund af den opsamlede viden justeres projektet med henblik på implementering i hele sygehusets optageområde. Efterfølgende i hele Region Midtjylland

Der er udviklet redskaber til beslutningsstøtte (patientforløbsstandard) til lægerne og skema til vurdering af astmakontrolgrad til behandlere og patienter.

Undersøgelsen kræver at børnenes lungefunktions følges med peakflow-måling og at der foretages en lungefunktionsundersøgelse. Børneafdelingen tilbyder lungefunktionsundersøgelse og der søges om tilskud til udlevering af peakflow-meter til alle børn i projektet. Den enkelte undersøgelse honoreres efter Sygesikrings takster men lægernes skal honoreres for mødeforberedelse og mødedeltagelse.

Dokumentation:

De enkelte læger foretager dataindsamling der anvendes til evalueringen. Der rettes henvendelse til Regionens øvrige børneafdelinger med henblik på orientering om forløbet og stillingtagen til en evt. bredere implementering.

Dette vil foregå i tæt samarbejde med den regionale Praksiskonsulentordning

Projektet periode

Projektet påbegyndes januar 2008 med et orienteringsmøde for alle praktiserende læger i optageområdet. Dette er afholdt med stor opbakning, og der er opnået tilsagn fra 15 praktiserende læger om deltagelse, under forudsætning af godkendelse af projektet.

Der gennemføres 3 læringsmøder og data vurderes i juni 2008. Herefter er det planen at udvide patientforløbet til samtlige praktiserende læger i optageområdet til Randers Børneafdeling, samt forberede et regionalt patientforløb i Region Midtjylland via samarbejde med Praksiskonsulentordningen.

Projektet afsluttes ved årsskiftet 2008/2009.

Budget og Finansiering.

Indkøb af 150 peakflowmetre a 250 kr	37.500 kr
Almen praksisdeltagelse (Tillægsoverenskomsten) 15 læger x 3 møder x 2 timer a 790 kr	71.100 kr
Mødeforberedelse og dataindsamling 15 læger x 2 timer a 790 kr	23.700 kr
Trykkeriudgifter til astmapakke	5.000 kr
Formidling, offentliggørelse af resultater	5.000 kr
I alt	142.300 kr.

Følgende midler til projektet er bevilget af Randers børneafdeling/Randers Regionshospital:

Frikøb af Sune Rubak m fl til undervisning, samt til projektpatienter m.m.	30.000,-
Projekt sekretær	10.000,-
Projekt sygeplejersker	25.000,-

Svend Kiers og Jens M. Rubak timeforbrug dækkes via Praksiskonsulentordningen

Med venlig hilsen

1.Reservelæge, PhD Sune Rubak, Astma-Allergi ansvarlig, Pæd.Afd., Randers Regionshospital
Praksiskonsulent, praksiskoordinator Svend Kier, Randers Regionshospital
Praksiskoordinator Jens M. Rubak, Region Midtjylland

Referencer:

GINA Global initiative for asthma : <http://www.ginaastma.org>

The correlation between asthma control and health status: The GOAL study, Bateman ED et al, Eur Respir J, 2007; 29: 56-63

What are the important questions in the treatment of asthma?. Woolcock AJ, Clin and Exp Aller Rev 2001; 1(2): 62-64.

Tværasektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – Shared Care. - en MTV vurdering. Puljeprojekter 2006; 6 (2)