

Implementeringsplan vedr. behandling af KOL og diabetes type 2 patienter i almen praksis

Den nye overenskomst for almen praksis trådte i kraft den 1. januar 2018 og i den forbindelse er PLO, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet enige om, at flytte en del af aktiviteten på sygehusambulatorierne vedr. patienter med diagnosticeret diabetes type 2 og/eller KOL, så den overvejende del af den almen behandling og opfølgning samles i almen praksis.

Implementeringsplanen er godkendt af PPU den 28. maj 2018.

Baggrund

Overenskomstens parter ønsker, at almen praksis fremover skal indtage en større rolle i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. Som udgangspunkt bør almen praksis varetage den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med kroniske sygdom. Patienten skal kun undtagelsesvist ved særlige behov modtage behandling på hospitalet.

Udgangspunktet for almen praksis' opgave er det unikke kendskab til patientens individuelle behov. Samlingen af behandlingen i almen praksis skal bidrage til, at patienten og sundhedspersonalet oplever mere sammenhængende behandlingsforløb.

Implementering

Målgruppe

I nedenstående underafsnit beskrives behandlingssnitfladerne for KOL og diabetes type patienterne.

Omfanget af patienter som konkret kan flyttes fra hospital til almen praksis har vist sig svær at angive. Det forventede antal patienter med diagnosticeret diabetes type 2 og/eller KOL, der i Region Midtjylland kan flyttes til almen praksis, forventes dog at være færre end det antal patienter, som der fremgår af overenskomstaftalen med almen praksis.

Patienter med diabetes type 2

Almen praksis har jf. Sundhedsstyrelses anbefalinger behandlingsansvaret for alle tilmeldte patienter med type 2 diabetes på nær følgende undergrupper som varetages i hospitalsregi:

- Indlagte patienter
- Gravide

Dato 28-05-2018

Andreas Götke Christiansen

Tel. +4529669347

Andreas.Goetke@rm.dk

1-30-72-155-17

Side 1

- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi
- Patienter med nydiagnosticeret diabetes og hjertelidelser
- Og patienter med:
 - HbA1c > 75 mmol/mol trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
 - Blodtryk 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
 - Stærkt svingende blodglukose
 - Charcot-fod og amputation

Almen praksis kan endvidere varetage tovholderfunktionen i de situationer, hvor patienten ikke ønsker henvisning eller, hvor patienten afsluttes fra diabetesambulatoriet som følge af, at behandlingspotentialet er fuldt udnyttet.

Almen praksis har således behandlingsansvaret for patienterne, f.eks. ifm. oplæring i injektionsbehandling. Derudover kan patientuddannelse og kostvejledning tilbydes i et samarbejde med kommunerne.

For patientgrupperne, som flyttes til almen praksis, tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning.

Patienter med KOL

Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året)
- Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkieektasier)
- Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension
- Patienter, hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet.
- For patienter i langtids-hjemmeiltsbehandling gælder, at hospitalet er ansvarlige for både iltbehandlingen og den øvrige del af KOL-behandlingen.

Almen praksis kan endvidere varetage tovholderfunktionen i de situationer, hvor patienten ikke ønsker henvisning eller, hvor patienten afsluttes fra diabetesambulatoriet som følge af, at behandlingspotentialet er fuldt udnyttet.

Almen praksis har således behandlingsansvaret for patienterne, f.eks. ifm. oplæring i inhalationsbehandling. Derudover kan patientuddannelse og kostvejledning tilbydes i et samarbejde med kommunerne.

For patientgrupperne, som flyttes til almen praksis, tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning.

Samarbejde med kommuner

Alle kommunerne har sundhedstilbud og -forløb til borgere med KOL og diabetes, der skal give den enkelte borger en styrket sygdomsforståelse, praktisk viden og kompetencer til at mestre såvel sygdommen som livet med en kronisk sygdom og de udfordringer, der følger med (patientuddannelse). Almen Praksis kan henvise til kommunale sundhedstilbud for borgere med diabetes og KOL. Den praktiserende læger kan også henvise til en afklarende samtale i kommunen, hvor det afdækkes, hvilke tilbud den enkelte kan have gavn af (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom). De forskellige kommunale tilbud fremgår af Sundhed.dk.

Kommunikation mellem almen praksis og hospital

Når en patient afsluttes til egen læge, sker det efter, at der afholdt en afsluttende samtale, hvor der er lagt en individuel behandlingsplan. Egen læge får besked om behandlingsplanen i den afsluttende epikrise, da en retvisende epikrise med vejledning til den praktiserende læge er en forudsætning for, at almen praksis kan varetage behandlingsopgaverne.

Når en patient afsluttes fra hospital og behandlingsansvaret overgår til almen praksis, skal det fremgå af epikrisen. Afsluttende patienters epikriser skal af hospitalet prioriteres som en udskrivningsepikrise.

Henvisning til hospital

Når den praktiserende læge, som følge af patientens kronikerdiagnose, henviser en patient med KOL eller type 2 diabetes til behandling på hospital, skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant speciallæge på hospitalet med henblik på at vurdere, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialstopbakning. For kronikerpatienter med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres kronikerdiagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af patientens KOL eller diabetes.

Akutte henvisninger

Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.

Rådgivningsfunktion

Hospitalerne stiller allerede specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis, f.eks. med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante besøg, ved at patienterne om muligt håndteres i almen praksis.

Hospitalsafdelingerne giver rådgivning via direkte telefonnumre til relevante speciallæge og via korrespondancebreve m.m. På korrespondancebrevene skal relevante lokationsnummer tilføjes. Kontaktinformationerne med direkte telefonnumre og lokationsnumre vil inden opstart fremgå af Praksis.dk. Hospitalsafdelingerne sørger for at kontaktinformationerne holdes ajour.

Vejledning til almen praksis

Det anbefales, at der udarbejdes en hjælpeguide til almen praksis vedr. kontakten til almen praksis.

Steno Diabetes Center Aarhus

Den videre udvikling på diabetesområdet skal ses i sammenhæng med etablering og opstart af Steno Diabetes Center Aarhus.

Overdragelsen af patienter fra hospital til almen praksis

Den konkrete flytning af patienterne, som allerede er i forløb på hospitalet, sker som hovedregel i forbindelse med, at patienten er til personligt fremmøde /konsultation på hospitalet. Patientens behandling afsluttes ved dette besøg og vedkommende afsluttes til almen praksis. I den forbindelse skal den videre behandlingsplan fremgå af epikrisen.

Flytningen af patienter initieres pr. 1. september 2018 og samtlige patienter skal være flyttet til almen praksis inden 1. september 2019.

Afregning af kronikerhonorar

I henhold til overenskomstaftalens bilag 3 udløses kronikerhonoraret så længe, at almen praksis er behandlingsansvarlig for den kroniske patient.

Afregningen af kronikerhonoraret skal derfor ske i henhold til Danske Regioners vejledning om afregning via kronikerhonorar. I denne er det beskrevet, at en patient afmeldes kronikerprogrammet, når behandlingsansvaret for den kroniske sygdom overgår til hospitalet. Når patienten igen overgår til kontrol i almen praksis tilmeldes patienten påny kronikerprogrammet. I perioder, hvor patientens kroniske sygdom behandles i hospitalsregi, honoreres den praktiserende læge for eventuelle konsultationer med normalt konsultationshonorar.

Tilpasning af forløbsprogram.

I forbindelse med implementering af diabetes type 2 og KOL i almen praksis skal der udarbejdes en allonge til de gældende forløbsprogrammer ift. indhold i nærværende implementeringsplan. Indtil allongen er godkendt, er det implementeringsaftalens målgruppebeskrivelse, der specificerer snitfladerne mellem almen praksis og hospital.

Efteruddannelsesaktiviteter

MidtKraft og Center for Kompetenceudvikling vil fra efteråret 2018 udbyde kurser indenfor KOL og diabetes i regi af den systematiske efteruddannelse til praksispersonalet. Indenfor hvert sygdomsområde udbydes der tre kurser, så der tages højde for de forskelle, der er i arbejdsfunktionerne blandt praksispersonalet.

Steno Diabetes Center Aarhus indgår i udviklingen af diabeteskurserne. Speciallæger og sygeplejersker i diabetes og KOL underviser på kurserne og kursusleder er på hvert kursus en praktiserende læge. Kurserne vil i videst muligt omfang inddrage lokale speciallæger og sygeplejersker fra hospitalsklyngen og kommunale samarbejdspartnere.

Den lægefaglige efteruddannelse indenfor KOL og diabetes baserer sig på de tilbud, der findes i den gruppebaserede efteruddannelse (DGE) samt kurser udviklet i regi af den systematiske efteruddannelse af PLO-E (Patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet).

Opfølgning

Overenskomsten skitserer, at praksisplanudvalget skal følge op på implementering, lokal tilpasning, tilrettelæggelse og opfølgning ift. fremdrift, og

at man skal drøfte snitflader, optimering af samarbejder på tværs af sektorer. Der skal derudover løbende være en dialog mellem kommunerne, almen praksis og Region Midtjylland om forbedringsmuligheder, som skal bidrage til at skabe et grundlag for prioriteringer både på hospitalerne og i almen praksis.

Der vil i den konkrete opfølgning i regionen blive fulgt op på følgende:

- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnose KOL/diabetes type 2
- Antal unikke ambulante patienter med aktionsdiagnose KOL/diabetes type 2
- Antal patienter i almen praksis tilmeldt kronikerhonorar for patienter med KOL, kronikerhonorar for patienter med diabetes type 2 og kronikerhonorar for patienter med både KOL og diabetes type 2
- Antal akutte indlæggelser blandt patienter med KOL/diabetes type 2

Herudover følger regionen op på udviklingen i brug af tillægs- og laboratoriydelser for de patienter, som inkluderes i kronikerhonoraret i forhold til baseline for samme gruppe patienter. Herunder bl.a. opfølgning på brugen af spirometri-ydelsen. Sammenligningsgrundlaget er overenskomståret 2016/2017.

Der vil fremadrettet blive arbejdet på at lave populationsmonitorering af ovenstående, herunder vedr. udvalgte kvalitetsindikatorer.

Der skal endvidere følges op på, hvad der kommer fra det nationale spor, og det skal tænkes ind i den regionale opfølgning.

Arbejdet med kvalitetsopfølgning skal indgå i kvalitetsklyngernes arbejde. Af overenskomsten fremgår det, at det er krav at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type 2 og KOL patienter. PPU vil i andet halvår 2018 få forelagt en status for national og regional dataunderstøttelse af kvalitetsklynger og praksis uden for klynger.