

Rapport



Det midlertidige udvalg vedrørende en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser

Indholdsfortegnelse

1. Indledning

- 1.1. Kommissorium
- 1.2. Udvalgets arbejdsform
- 1.3. Sammenfatning

2. Kronisk sygdom

- 2.1. Hvad er kronisk sygdom
- 2.2. Forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland

3. Temamøder i udvalget

3.1 Sundhedscentre– den kommunale indsats, herunder indsatsen for borgere med kronisk sygdom

Præsentation af Randers Sundhedscenter og arbejdet på sundhedscentret

3.2 Center of Excellence

Præsentation af Center of Excellence på Regionshospitalet Silkeborg

3.3 Telemedicin

Præsentation af brugen af telemedicin i Region Midtjylland

3.4 Egenbehandling og egenomsorg

Præsentation af AK-centret på Århus Universitetshospital Skejby og selvstyret AK-behandling

3.5 Patientuddannelse

Præsentation af Lærings- og mestringskonceptet og arbejdet med det på Holstebro Sundhedscenter og Regionshospitalet Holstebro

3.6 Forløbsprogrammer

Præsentation af forløbsprogrammer og implementeringen af forløbsprogrammet for KOL i Horsens-klyngen

4. Udvalgets anbefalinger

5. Ordliste

Forord

Det midlertidige udvalg vedrørende en forbedret indsats for borgere med kronisk lidelser blev nedsat i henhold til beslutning på møde i Regionsrådet den 12. december 2007 og har fungeret i perioden 1. januar – 31. december 2009 med følgende medlemmer:

Formand: **Aage Koch-Jensen (C)**



Næstformand: **Britta Bang (V)**



Medlemmer: **Ernst Greve (A)**



Conny Jensen (A)



Alice Espeholt (V)



Laila Munk Sørensen (A)



Tove Videbæk (K)



Udvalget er blevet betjent af Regionalt Sundhedssamarbejde, Kontoret for Folkesundhed og kronikerindsats.

Den 14. november 2007 vedtog Regionsrådet en samlet strategi for borgere med kroniske lidelser "*Kronisk sygdom – vision og strategi for en forbedret indsats*", som skal sikre en fortsat styrket indsats på området.

Udvalgets opgave har været at understøtte arbejdet med implementeringen af strategien som helhed og de enkelte initiativer inden for strategiens rammer.

Der har i udvalgets funktionsperiode været afholdt 7 møder. 5 af disse møder har været temamøder. Møderne har været afholdt forskellige steder rundt i regionen, hvor udvalget er blevet præsenteret for den indsats for borgere med kroniske lidelser, der arbejdes med det pågældende sted.

1. Indledning

1.1. Udvalgets formål og opgave

Region Midtjylland har som mål at bedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser ved at styrke den samlede indsats for disse borgere. Dette skal ske gennem en fortsat styrket forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. Den samlede indsats for borgere med kroniske lidelser er udtryk for et ønske om at forøge antallet af gode leveår for regionens borgere.

Derfor vedtog Regionsrådet i slutningen af 2007 en samlet strategi "*Kronisk sygdom – vision og strategi for en forbedret indsats*", som skal sikre en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Strategien beskriver dels en række konkrete initiativer og dels en række indsatsområder i Region Midtjylland i forhold til arbejdet på kronikerområdet. Arbejdet med visions- og strategiplanen blev igangsat af det daværende udvalg vedr. primær sundhed. Opgaven for dette udvalg var at styrke sammenhængen mellem de tre aktører på sundhedsområdet – hospitaler, kommuner og almen praksis. Udvalgets arbejde skulle ses i sammenhæng med Sundhedskoordinationsudvalgets indsats for at styrke samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis. Det midlertidige udvalg vedrørende en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er nedsat i forlængelse af dette arbejde, som det har været et ønske i Region Midtjylland fortsat at styrke og videreføre.

Konkret er der i samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis udarbejdet forløbsprogrammer for KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), diabetes (type 2) og hjerte-kar-sygdom, som skal optimere alle faser af et patientforløb for borgere med de nævnte kroniske lidelser. Desuden er der eksempelvis fokus på initiativer i forhold til patientuddannelse, kroniske patienters egenbehandling og egenomsorg for at nævne nogle konkrete indsatser.

Gennemførelse af en forbedret kronikerindsats indebærer implementering af en række konkrete initiativer, men det indebærer også, at der arbejdes med holdninger, kompetencer og arbejdsgange i det samlede sundhedsvæsen; det vil sige både på hospitaler, i praksissektoren og i den kommunale del af sundhedsvæsenet. En væsentlig forudsætning, for at indsatsen på kronikerområdet skal have den ønskede effekt, er at der skabes fælles forståelse og fælles mål i forhold til arbejdet med og samarbejdet om borgere med kroniske lidelser.

Opgaven for det midlertidige udvalg vedr. en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er at understøtte arbejdet med implementering af visions- og strategiplanen som helhed og de enkelte initiativer inden for planens rammer.

Udvalget har i kraft af sit virke haft mulighed for at skabe opmærksomhed omkring og synliggøre kronikerindsatsen i Region Midtjylland og sætte fokus på konkrete områder.

1.2. Udvalgets arbejdsform

Temamøder

I udvalgets funktionsperiode har der været afholdt en række temamøder. De valgte temaer afspejler de indsatsområder, der peges på i visions- og strategiplan for en forbedret indsats for borgere med kronisk sygdom.

Det har ikke været hensigten at afholde temamøder om alle de indsatser, der peges på i visions- og strategiplanen, men møderækken har været bygget op således, at udvalget har fået mulighed for at besøge nogle af de steder i regionen, hvor man arbejder med og har gode resultater med kronikerindsatsen. Nedenfor ses en oversigt over de møder, der har været afholdt i udvalget.

Tabel 1: Møder afholdt i det midlertidige udvalg vedr. forbedret indsats for borgere med kronisk sygdom

Tid og Sted	Tema
15. januar 2009	Indledende møde i udvalget
5. marts 2009 Randers Sundhedscenter	Sundhedscentre
16. april 2009 Regionshospitalet Silkeborg	Center of Excellence Telemedicin
24. juni 2009 AK-centret, Århus Universitetshospital, Skejby	Selvstyret AK (anti-koagulations)-behandling
13. august 2009 Holstebro Sundhedscenter	Patientuddannelse
3. september 2009 Regionshospitalet Horsens	Forløbsprogrammer
5. oktober 2009	Afsluttende møde i udvalget

Konference

Som en del af udvalgets arbejde har der i regi af Sundhedskoordinationsudvalget og Det midlertidige udvalg vedrørende forbedret indsats for kronisk sygdom været afholdt en konference "*Kroniske udfordringer på sundhedsområdet*" om indsatsen for borgere med kroniske lidelser.

Mere end 175 fagpersoner, politikere og patienter var samlet til konferencen, der blev afholdt den 12. marts 2009 i Herning.

Opdraget til konferencen var, at man i Region Midtjylland ønsker at skabe den bedst mulige sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske lidelser, og at dette skal ske gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Konferencens formål var at orientere om den igangværende indsats vedrørende kronisk sygdom i Region Midtjylland og samtidig sætte fokus på behovet for en koordinerende indsats, for at kunne indfri målsætningerne på området.

Oplægsholdere fra kommunalt regi, regionalt regi og almen praksis fortalte på tre parallelsessioner om henholdsvis:

- Forløbskoordination,
- Implementering af forløbsprogram for KOL
- Egenbehandling og egenomsorg.

Konferencen blev afsluttet med et oplæg om borgeren med kronisk sygdom og et oplæg om sammenligningen mellem det danske sundhedsvæsen og den amerikanske sundhedsorganisation *Kaiser Permanente*.

2.0 Kronisk sygdom

Opgaven for det midlertidige udvalg vedr. forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er som tidligere nævnt at understøtte arbejdet med implementeringen af den regionale visions- og strategiplan som helhed og de enkelte initiativer inden for planens rammer. En væsentlig del af planen er udarbejdelsen af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. I foråret 2009 har Regionsrådet godkendt de tre første forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Det drejer sig om diabetes (type 2), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom. Fælles for både strategiplanen og forløbsprogrammerne er, at de beskriver strategier, processer og tiltag i forhold til kronisk sygdom.

2.1. Hvad er kronisk sygdom?

Til trods for at der er en stadigt stigende opmærksomhed på kroniske lidelser, eksisterer der en vis uklarhed omkring, hvad begrebet kronisk sygdom egentlig indeholder.

Sundhedsstyrelsen definerer kronisk sygdom som værende kendetegnet ved at:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død.
- Jo tidligere sygdommen opspores, desto større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats).
- Sygdommen har blivende følger.
- Sygdommen medfører forandringer, der ikke kan bedres.
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje.
- Der er behov for rehabilitering.

Hvilke lidelser, dette omfatter, varierer afhængigt af fokus. Verdenssundhedsorganisationen WHO arbejder med fem kroniske sygdomme, mens der i regeringens folkesundhedsprogram "*Sund hele livet*" prioriteres forebyggelse af otte såkaldte folkesygdomme. Forskellen mellem de to tilgange er, at WHO fokuserer på potentielt livstruende kroniske lidelser, mens "*Sund hele livet*" også medtager nogle af de kroniske lidelser, som ikke er livstruende, men som kan medføre store begrænsninger i livsudfoldelse samt risiko for funktionsnedsættelse for dem, som rammes.

Kigger man på sundhedsprofilen for Region Midtjylland "*Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner*" stiger antallet af kroniske sygdomme. Her arbejdes konkret med 17 kroniske sygdomme, fordi sygdomme i nervesystemet og sanseapparatet er inkluderet. De 17 kroniske sygdomme kan opdeles i syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 10 ikke-

potentielt livstruende. Det skal i den forbindelse understreges, at potentielt livstruende sygdomme ikke nødvendigvis er lig med aktuelt livstruende sygdomme. Dødelighedsrisikoen hos velbehandlede patienter med eksempelvis forhøjet blodtryk eller diabetes (type 2) er næppe væsentligt højere end hos raske personer¹.

Faktaboks

Hovedgrupper	De 17 kroniske sygdomme i <i>Hvordan har du det?</i>	De 5 kroniske sygdomme i WHO's <i>Preventing Chronic Diseases</i>	De 8 folkesygdomme i regeringens <i>Sund hele livet</i>
Potentielt livstruende kroniske sygdomme			
Kredsløbssygdomme	Forhøjet blodtryk Hjertekrampe Blodprop i hjertet Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Hjertesygdom Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Iskæmisk hjertesygdom
Stofskiftesygdomme	Sukkersyge	Sukkersyge	Aldersdiabetes
Svulster	Kræft	Kræft	Forebyggelige kræftsygdomme
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Kroniske luftvejssygdomme	Rygerlunger
Ikke-livstruende kroniske sygdomme			
	Astma		
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)		Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
Muskel-skeletsygdomme	Slidgigt, leddegigt Knogleskørhed Diskusprolaps og andre rygsygdomme		Muskel-skeletlidelser Knogleskørhed
Psykiske lidelser	Forbigående psykiske lidelser (fx let depression eller angst) Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser		Psykiske lidelser
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne eller hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær		

Kilde: Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner, Center for Folkesundhed (2008), p. 24.

Samlet set er der således ikke nogen præcis afgrænsning af, hvilke lidelser der er inkluderet i begrebet kronisk sygdom. Dette ændrer dog ikke ved det centrale i indsatsen i relation til de mennesker, for hvem kroniske lidelser er en del af hverdagen. Det handler overordnet set om at målrette indsatsen, så behovet hos den enkelte opfyldes med henblik på at sikre den bedst mulige sundhed og livskvalitet.

¹ Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommune, Center for Folkesundhed (2008), p. 23.

2.2. Forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland

På landsplan anslår Sundhedsstyrelsen, at omkring 1,5 mio. danskere lider af en eller flere kroniske sygdomme.

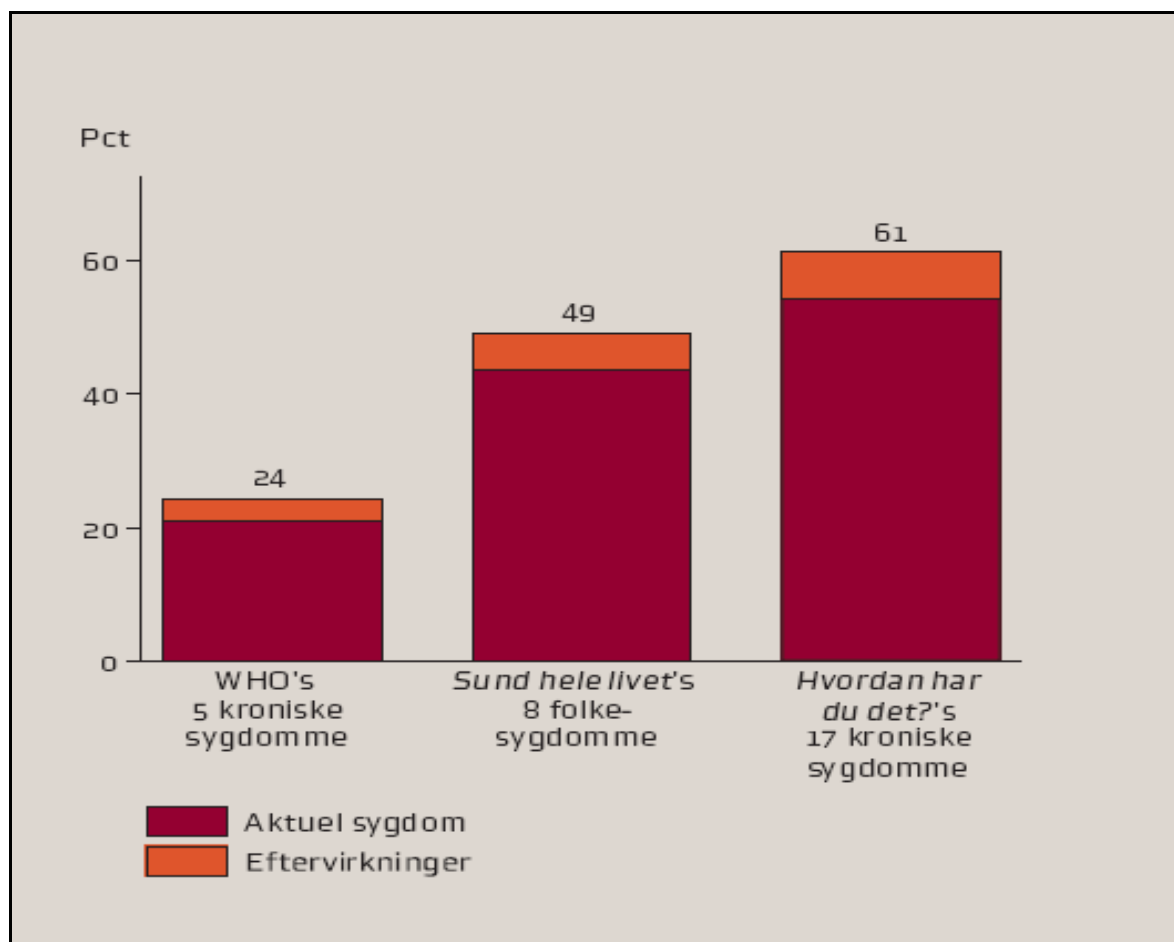
Tages der udgangspunkt i sundhedsprofilen for Region Midtjylland, viser den, i hvilket omfang borgere i Region Midtjylland lider af kroniske sygdomme. Sundhedsprofilen beskriver helbred, sygdom og sundhedsvaner for den voksne del af befolkningen i Region Midtjylland. Helt konkret er der tale om en statistisk stikprøveundersøgelse blandt borgere bosiddende i regionen, i aldersgruppen 25-79 år². Den samlede gruppe borgere, som undersøgelsen omfatter, er 750.000 personer svarende til 61 procent af regionens befolkning på 1.250.000 borgere. I forhold til de tal som, præsenteres nedenfor, skal man således huske, at der kan være flere borgere med kroniske sygdomme, men at de ikke er inkluderet i den undersøgte gruppe.

Kigger man på, hvor mange borgere, der lider af kroniske sygdomme, afhænger det af, hvilken definition som anvendes. Ser man eksempelvis på de kroniske sygdomme, som er inkluderet i regeringens folkesundhedsprogram, viser den, at knap halvdelen af de borgere, som er inkluderet i den regionale sundhedsprofil, lider af en kronisk sygdom, hvilket svarer til omkring 375.000³. Tages der udgangspunkt i sundhedsprofilens opgørelse, svarer de 61 procent til knap 460.000 borgere.

² Desuden skulle deltagerne være danske statsborgere, ligesom mindst én forælder skulle være født i Danmark.

³ Undersøgelsen omfatter personer mellem 25-79 år med dansk statsborgerskab.

Forekomsten af kronisk sygdom blandt borgere i Region Midtjylland (procent).



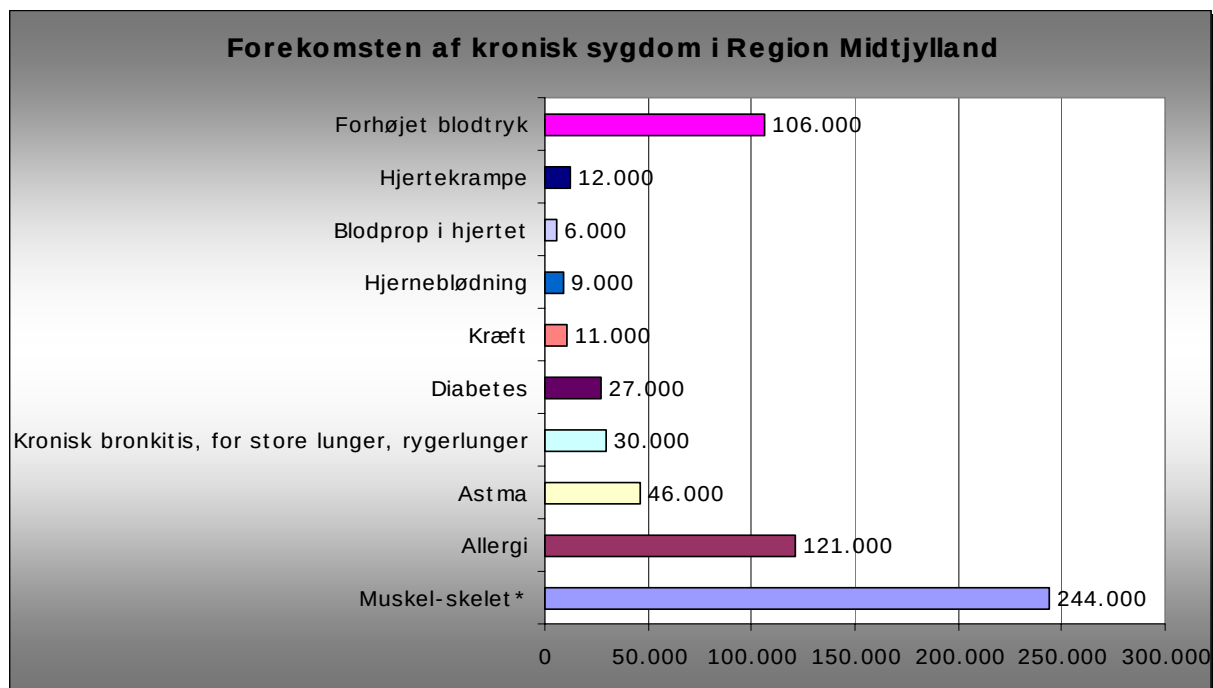
Kilde: Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner, Center for Folkesundhed (2008), p. 56.

Som det fremgår af figuren, inkluderer tallene både personer, der aktuelt er syge, og de personer som har eftervirkninger af sygdommen.

Kigges der på de enkelte kroniske sygdomme, er der store forskelle med hensyn til hyppighed. Som det fremgår af tabellen på næste side, er det umiddelbart det, man betegner som ikke-livstruende sygdomme, som er de hyppigst forekommende i det samlede sygdomsbillede. Samlet set lider næsten en kvart million borgere i Region Midtjylland af en muskel-skelet sygdom. Blandt de potentielt livstruende kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste. Sygdommen er i sig selv ikke en betydelig dødsårsag, men det er den største risikofaktor for hjerneblødning/blodprop i hjernen og en væsentlig risikofaktor for blodprop i hjertet⁴. De kroniske sygdomme, som er omfattet af forløbsprogrammerne (KOL/rygerlunger, diabetes og hjerte-kar-sygdom), er numerisk set mindre. Til gengæld udgør disse generelt en større helbredsmæssig belastning for det enkelte individ.

⁴ Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner, Center for Folkesundhed (2008), p. 23.

Forekomsten af forskellige kroniske sygdomme i Region Midtjylland (antal)

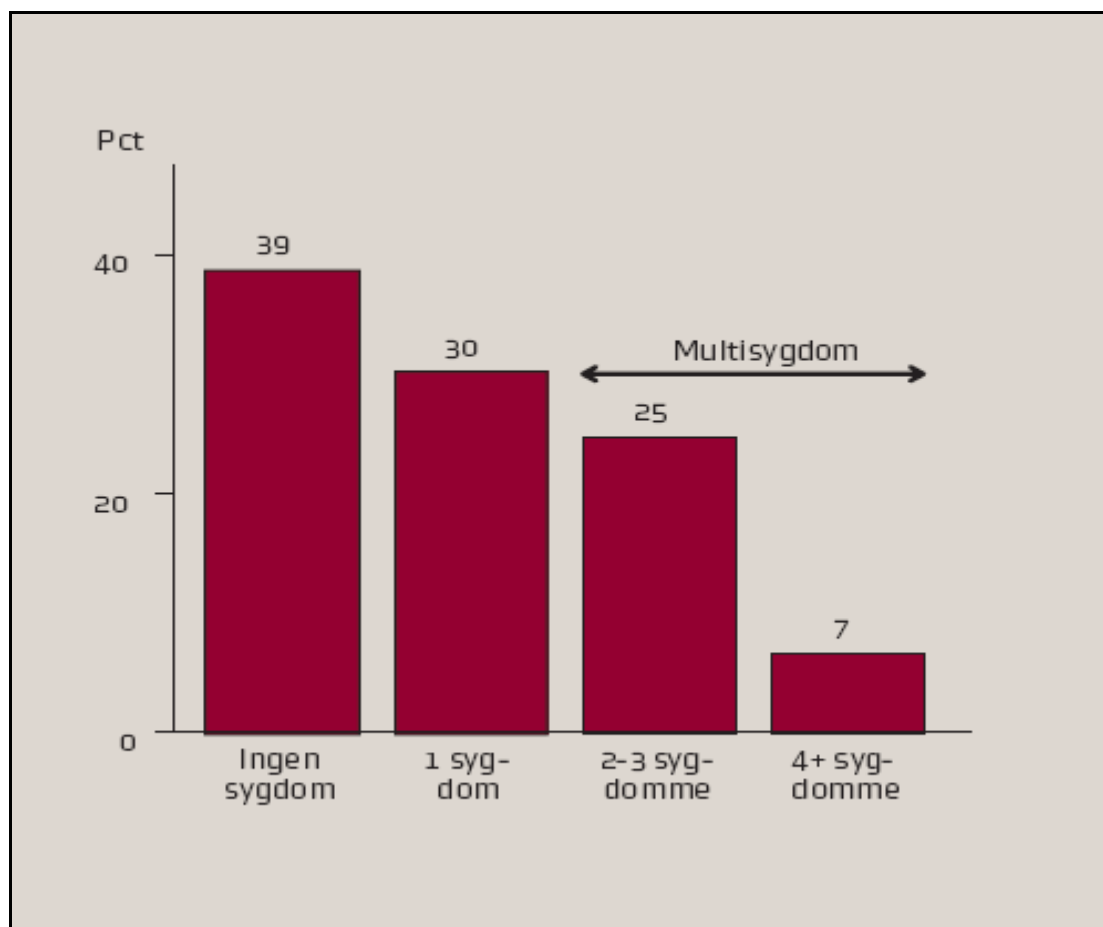


Kilde: Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner (2008) p. 23.. *Muskel-skelet lidelser består i undersøgelsen af slidgigt og leddegigt, knogleskørhed samt diskusprolaps og rygsygdomme. Udover de nævnte somatiske sygdomme lider 92.000 borgere af psykiske lidelser. Tallet dækker over psykisk sygdom og mentale forstyrrelser samt forbigående psykiske lidelser.

En udfordring for mange mennesker med kronisk sygdom, som kun indirekte fremgår af tabellen er, at mange lider af flere kroniske sygdomme samtidig. Et eksempel er forekomsten af forhøjet blodtryk hos diabetespatienter. Hele 53 procent af alle diabetespatienter i regionen forventes at have eller har fået konstateret dette.

Nedenstående figur viser, at mere end 30 procent af borgerne i Region Midtjylland lider af mere end én kronisk sygdom. Faktisk viser tallene, at mere end halvdelen af borgerne med kronisk sygdom er multisyrge. Det vil sige, at de lider af to eller flere samtidige kroniske sygdomme.

Forekomsten af kronisk sygdom



Kilde: Hvordan har du? – Sundhedsprofil for region og kommune, Center for Folkesundhed (2008), p. 56.

Samlet set kan tallene medvirke til at sætte behovet for en forbedret indsats for mennesker med kronisk sygdom i perspektiv. Der er naturligvis forskel på, i hvilket omfang det enkelte individ er belastet i forhold til at leve med en kronisk sygdom. Nogle mennesker kan leve en stort set normal tilværelse, mens andre vil være hæmmet i betydelig grad i hverdagen. Konsekvensen er, at indsatsen for borgere med kronisk sygdom skal tilpasses den enkeltes behov.

3.0 Temamøder i udvalget

Udvalget har i dets arbejde udvalgt 5 områder, hvorpå der har været sat særlig fokus. Det er alle områder, der dækker bredt indenfor kronikerstrategien. Forebyggelse, sammenhængende patientforløb, egenomsorg, egenbehandling, mestring af livet med en kronisk sygdom, aktiv inddragelse og fokus på patientens evner og ressourcer. Der kan sættes rigtig mange ord og begreber, på de temaer som har været en central del af udvalgets arbejde; Alle tæt knyttet til strategien og indsatsen for at give regionens borgere med kronisk sygdom den bedst mulige sundhed og livskvalitet. De følgende afsnit i rapporten beskriver mere indgående de respektive temaer.

3.1 Sundhedscentre – den kommunale indsats, herunder indsatsen for borgere med kronisk sygdom

I forbindelse med temaet omkring kommunale sundhedscentre har udvalget besøgt Randers Sundhedscenter, der er interessant, idet man er nået langt på sundhedscenteret.

Randers Sundhedscenter er omdrejningspunktet for Randers Kommunes sundhedsfremme og forebyggelsesindsats. På sundhedscenteret fokuseres der på den brede borgerrettede forebyggelse, og der arbejdes med at forbinde kommunens sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Der er tæt konneks mellem genoptrænings- og rehabiliteringsområdet og jobcenter- og dagpengeområdet.

Sundhedscenteret er opbygget efter vugge til grav princippet og indeholder dermed en bred vifte af tilbud til borgere i alle livets faser. Der er fokus på tilbud, der er med til at udvikle borgernes personlige færdigheder og styrke egenomsorgsevnen.

Hvad er et sundhedshus og et sundhedscenter?

Der findes en række begreber som sundhedshus, sundhedscenter, lægehus mm. Imidlertid kan der være tale om forskellige opgaver og funktioner, hvorfor en afgræsning kan være relevant.

*Et **sundhedshus** rummer forskellige aktører, som fra samme matrikel udøver deres virke. Aktørerne er tværsektorielt og tværfagligt forankrede med relationer til sundhedsområdet. Det vil sige, at deres opgaver er borger- eller patientrettede. Aktørerne i et sundhedshus kan etablere samarbejdsrelationer med det formål at høste synergieffekter.*

Grundlæggende arbejder de forskellige aktører inden for deres traditionelle område – hvad enten det er læger, fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger etc. Sundhedshuset varetager således sundhedsfaglige opgaver i forhold til borgere gennem hele livet.

*Et **sundhedscenter** kan rumme tilbud til borgere med helbredsproblemer, som de ikke kan klare på egen hånd, og som de ikke kan få hjælp til at klare fra almen praksis eller hospitalerne. Det forudsættes således, at sundhedscentre i såvel sin organisering som i sin opgavevaretagelse er afgrænset i forhold til både almen praksis og de regionale sundhedsopgaver. Det er kendetegnende for sundhedscentre at tilbyde brede borgerrettede tilbud i relation til forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning og rehabilitering.*

*Et **lægehus** består typisk af flere praktiserende læger og klinikpersonale, som fysisk er placeret samme sted. Dette kan give mulighed for samarbejde, faglig sparring, oprettelse af uddannelsesstillinger mm.*

Sundhedscenteret er det sted, hvor kommunen formidler information om sundhed, forebyggelse og sygdom i forhold til borgerne og samtidig det sted, hvor kommunens medarbejdere opdaterer viden og holdninger til sundhedsområdet.

Randers Sundhedscenter er kommunalt ejet, men samtidig et forpligtende bofællesskab, hvor mange forskellige aktører har til huse. Sundhedscenteret huser både det kommunale sundhedsteam, rehabiliteringsenheden og sundhedsplejen. Samtidig huser sundhedscenteret

regionale diætister, mammografiscreening, privatpraktiserende psykoterapeut og psykolog samt Frivilligværket – de frivilliges servicecenter. Det er kendetegnende for sundhedscenteret, at der rækkes ud mod samarbejdspartnere, og der er etableret et rigtig godt samarbejde med Regionshospitalet Randers. Ligeledes er der fokus på samarbejdet med de praktiserende læger, og sundhedscenteret arrangerer bl.a. kurser for og videreuddannelse af praktiserende læger.

På sundhedscenteret blev udvalget præsenteret for nogle af de tiltag, der er i forhold til kronisk syge borgere. Herunder KOL-rehabiliteringsforløb, der blev startet tilbage i 2007, og i dag er veletableret. Der køres forløb over 8 uger, 2 gange ugentligt. Der kan henvises til disse forløb fra Regionshospitalet Randers og fra de praktiserende læger. I foråret 2009 igangsatte man et hjerterehabiliteringsforløb for borgere med hjerte-kar-lidelser. Der er igangsat 8 ugers forløb på baggrund af godt samarbejde med og i god kontakt med Regionshospitalet Randers. Første forløb blev afholdt i foråret 2009. Derudover er der bl.a. rehabiliteringsforløb på kræftområdet og forløbskoordination på kræftområdet samt på senhjerneskadeområdet.

Det er udvalgets opfattelse, at Randers Sundhedscenter er et godt eksempel på, hvordan kommunerne løser den kommunale opgave på sundhedsområdet – i et godt koordineret samarbejde med Regionshospitalet Randers.

3.2 Center of Excellence (Regionshospitalet Silkeborg)

For at give udvalget et indblik i hvordan en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser kan understøttes på hospitalerne, blev der holdt oplæg om Center of Excellence (CoE) på Regionshospitalet Silkeborg. Regionshospitalet Silkeborg er udvalgt af Region Midtjylland til at være et Center of Excellence på det medicinske område, hvilket betyder, at hospitalet skal være toneangivende i udviklingen af metoder til hurtigere udredning.

Faktaboks

Center of excellence – de fire kendetegn

Ved definitionen af Center of Excellence er der taget afsæt i de fire primære kendetegn, som er fundamentet for Center of Excellence.

- **Attraktiv for patienten**

Patienten oplever forløbet som trygt og individuelt tilrettelagt med vægt på dialog og deltagelse

- **Høj faglig kvalitet og tværfaglig ekspertise**

Patienten får dokumenteret høj faglig kvalitet, som er evidensbaseret og/eller bygger på anerkendt klinisk praksis

- **Innovativt hospitalsmiljø**

Regionshospitalet Silkeborg er nyskabende og proaktivt

- **Normsættende**

Regionshospitalet Silkeborg er førende på udvalgte faglige og organisatoriske områder

Målet er at udvikle metoder til omstilling fra akutte medicinske patientforløb til elektive og subakutte patientforløb. Når der har været et ønske om at oprette et Center of Excellence, skal det ses i sammenhæng med de udfordringer, som det danske sundhedsvæsen generelt står over for. En af udfordringerne er, at der vil blive et voksende antal borgere med kronisk sygdom tillige med, at mange borgere må leve med flere kroniske sygdomme samtidigt. Baggrunden for at vælge Regionshospitalet Silkeborg som Center of Excellence på det medicinske område er, at medicinsk afdeling rummer alle 9 medicinske specialer⁵.

Ved definitionen af Center of Excellence er der taget afsæt i fire primære parametre, som skal være kendetegnende for centrets arbejde. For det første skal det være attraktivt for patienten. Omsat i praksis skal forløbet for patienten opleves som trygt og individuelt tilrettelagt samtidig med, at der lægges vægt på dialog og inddragelse. Det skal komme til udtryk ved, at patientens individuelle behov sættes i fokus i en tæt dialog mellem patienten, pårørende og hospitalets ansatte. Endvidere er der fokus på korte ventetider og effektiv kommunikation.

⁵ De 9 specialer er: kardiologi, lungemedicin, reumatologi, endokrinologi, gastroenterologi-hepatologi, infektionsmedicin, hæmatologi, nefrologi, geriatrisk shared care team.

Endelig er koordination og et tæt samarbejde med praksissektoren og kommunerne en væsentlig del af forløbet.

Et andet kendetegn ved Center of Excellence er høj faglig kvalitet og tværfaglig ekspertise. Med andre ord får patienten høj faglig kvalitet, som er evidensbaseret og/eller bygger på anerkendt klinisk praksis. Det viser sig ved, at alle medicinske specialer er tilgængelige om dagen for dermed at sikre det mest optimale patientforløb. Som en følge af strukturen på Center of Excellence foregår patientudredningen som et parallelt udredningsforløb ved tværfaglige konferencer. Det betyder, at flere speciallæger på samme tid deltager i udredningen af patienten. Dette skal sikre den relevante tværfaglighed i sundhedsydelserne.

Det tredje parameter ved Center of Excellence er et fokus på et innovativt hospitalsmiljø således, at Regionshospitalet Silkeborg er nyskabende og proaktivt. Rammerne omkring Center of Excellence skal sikre et aktivt forsknings- og udviklingsmiljø. Endvidere skal der være høj fleksibilitet i de interne arbejdsgange. Ligeledes skal videndeling, læring og metodeudvikling være en integreret del af arbejdet, ligesom brugen af ny teknologi er central i forhold til både behandling og arbejdsgange.

Endelig skal Center of Excellence være normsættende. Det betyder, at Regionshospitalet Silkeborg vil være førende på udvalgte faglige og organisatoriske områder. Det skal ske ved at gå nye veje indenfor forebyggelse, undersøgelse, behandling, rehabilitering og pleje. Det betyder samtidig, at der satses på målrettet faglig fokusering med henblik på at etablere høj faglig viden og erfaring inden for specifikke områder. Ønsket om at være normsættende skal komme til udtryk gennem veltilrettelagte patientforløb tillige med en høj produktivitet.

Samlet set skal denne faglighed, viden og udvikling, som Center of Excellence repræsenterer, være til gavn for mennesker med kronisk sygdom i hele Region Midtjylland.

Det er udvalgets vurdering, at Center of Excellence's tilrettelæggelse af patientforløb med fokus på hurtig udredning og adgang til alle medicinske specialer, vil være til stor gavn for patienter/borgere med kroniske lidelser. Modellen for patientforløb vil kunne udbredes andre steder.

3.3 Telemedicin

Grundlæggende handler telemedicin om, at sundhedsydelser ved hjælp af teknologi kan overføres over afstande. Telemedicin er et område i stor udvikling i disse år, og der er et stort potentiale i forhold til kronikerindsatsen. Udvalget har på den baggrund fået en overordnet

præsentation af telemedicin og en mere konkret introduktion til nogle af de projekter, der er i gang på området såvel regionalt som nationalt.

Som nævnt handler telemedicin om, at sundhedsydelser ved hjælp af teknologi kan overføres over afstande. Det sker gennem anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi i forbindelse med diagnosticering, behandling, forebyggelse mm. Telemedicin må ikke forveksles med elektroniske løsninger som EPJ, sundhedsportaler eller kliniske databaser. Telemedicin omfatter de særlige situationer i det kliniske arbejde, hvor forskellige teknologier kan bringes i anvendelse med det formål at formidle sundhedsfaglige ydelser over afstand.

Når telemedicin er relevant for mennesker med kronisk sygdom, hænger det overordnet sammen med, at den enkelte borger med kronisk sygdom skal understøttes i at gå aktivt ind i sin egen behandling, jævnfør Region Midtjyllands kronikerstrategi. I forhold til patientens inddragelse i egen behandling har den teknologiske udvikling skabt en række muligheder for, at mennesker med kronisk sygdom i langt større udstrækning end tidligere vil kunne gå aktivt ind i denne. Eksisterende telemedicinske teknologier betyder, at patienter selv kan foretage valide målinger af en række parametre med betydning for deres sygdom. Et konkret eksempel på integrationen af telemedicinske løsninger i forhold til kroniske patienter er selvstyret antikoagulationsbehandling (AK-behandling), som vil blive beskrevet nærmere i forbindelse med udvalgets tema vedrørende egenbehandling.

Set fra et patientperspektiv indebærer introduktion af telemedicin en række fordele. Først og fremmest muliggør teknologien, at visse ydelser helt eller delvist overgår til patienten selv, hvilket især vil være en oplagt fordel for mennesker med kronisk sygdom. Dette kan medvirke til at gøre hverdagen lettere, fordi antallet af faste ambulante kontrolbesøg vil kunne reduceres eller helt undgås. Indførelsen af telemedicin betyder også, at det i mange tilfælde vil være muligt for sundhedssektoren at komme til patienten i stedet for omvendt, hvorfor det vil være muligt at modtage behandling i eget hjem. Anvendelsen af telemedicinske løsninger kan betyde adgang til specialister, uanset hvor man bor. Endelig vil telemedicin også kunne give den enkelte patient et bedre grundlag for egenomsorg og mestring af den pågældende sygdom, fordi der gennem egenbehandling opnås større viden om og forståelse af sygdommen.

Aktuelt anvendes telemedicin på forskellige områder i Region Midtjylland. For eksempel anvendes telemedicin til behandling af diabetiske fodsår, hvor patienterne tilses i eget hjem. Dette sker i samarbejde mellem hospitaler og kommunale hjemmesygeplejersker. Telemedicin bruges i et vist omfang mellem hospitaler til at få behandlingsvejledning eller indhente en

"second opinion". Konkret bruges det i Dermatologisk ambulatorium, Regionshospitalet Viborg, hvor sygeplejerskerne via en telemedicinsk opkobling til Dermatologisk Afdeling S på Århus Sygehus kan indhente behandlingsvejledning og beslutningsstøtte. Et eksempel på, at telemedicin ikke kun anvendes i forbindelse med langvarige behandlingsforløb, er overførslen af EKG-målinger fra ambulancer til vagthavende kardiolog på Hjertemedicinsk afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby. Dette sker med henblik på en vurdering af, om patienten har brug for akut behandling for blodprop i hjertet på Hjertemedicinsk afdeling (KAG-undersøgelse med ballonudvidelse/PCI-behandling), eller om patienten skal have medicinsk behandling og indlægges på en sengeafdeling.

I forbindelse med udvalgets temamøde om telemedicin blev der foretaget en demonstration af den såkaldte "KOL kuffert", som gør det muligt at foretage en telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Kufferten, der er udviklet af et privat firma i samarbejde med Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, gør det muligt for patienter med KOL at være indlagt i eget hjem. I praksis betyder det, at en KOL patient i forbindelse med udskrivelsen får installeret kufferten i hjemmet, hvilket gør det muligt for læger eller sygeplejersker løbende at tilse den pågældende. Kufferten kan tilkobles forskelligt medicoteknisk udstyr, som kan aflæses og betjenes af den eller de personer, som varetager behandlingen. Samtidig kan patient og behandler være i kontakt med hinanden via den skærm og mikrofon, som er indbygget. På den måde er der under indlæggelse i eget hjem fortsat en "personlig kontakt". For de personer, som varetager behandlingen, er der således mulighed for at observere patienten i vante omgivelser, mens det for patienten gerne skulle give et roligere og mere trygt forløb. Samtidig vil patienten kunne opnå en større viden og forståelse for sygdommen tillige med en tidligere reaktion på eksacerbationer, som kan medføre genindlæggelse.

Lignende projekter er under udvikling og afprøvning, hvilket blot understreger, at det telemedicinske område er i udvikling. Teknologien vil løbende give nye muligheder for behandlingsformer, som kan være til gavn for mennesker med kroniske sygdomme. Ikke mindst fordi de kan medvirke til at gøre hverdagen lettere i form af en mere smidig behandling og dermed have en positiv indvirkning – ikke kun på behandlingen, men livskvaliteten generelt.

Det er udvalgets opfattelse, at der er et stort potentiale i anvendelse og udbredelse af telemedicin. Især demonstrationen af "KOL-kufferten" gjorde stort indtryk. Udvalget anbefaler, at administrationen arbejder videre med afprøvning af KOL-kufferten eller lignende tele-

medicinske teknologier med henblik på, at indlæggelsestiden for KOL patienter på hospitalerne kan nedbringes, og de i stedet kan modtage behandling i eget hjem.

3.4 Egenbehandling og egenomsorg

Kronikerstrategien tilsiger, at den enkelte borger så vidt muligt inddrages aktivt i behandlingen af egen sygdom. Patienten skal opfattes som en aktiv samarbejdspartner i behandlingsforløbet. Når det er sagt, skal det naturligvis ske under hensyntagen til den enkeltes ressourcer og evner. Indenfor området egenbehandling og egenomsorg blev der som et led i udvalgets arbejde konkret sat fokus på selvstyret AK-behandling (antikoagulationsbehandling). På den baggrund besøgte udvalget AK-centret på Århus Universitetshospital, Skejby, der er det første sted i landet, hvor man i 1994 påbegyndte arbejdet med selvstyret AK-behandling. På AK-Centret er en af de primære opgaver oplæring og vejledning af patienter i selvstyret AK-behandling, der er en medicinsk behandling, som nedsætter blodets evne til at størkne. Selvstyret betyder, at patienterne selv udfører blodprøveanalyse i hjemmet og selv doserer den medicinske behandling - efter en oplæringsperiode. Fordelene ved selvstyret AK-behandling er mange. Først og fremmest giver den selvstyrede AK-behandling et bedre terapeutisk behandlingsniveau, hvilket betyder, at der generelt tilstøder færre komplikationer. Dette er ikke blot til fordel for patienten, men har ligeledes en samfundsøkonomisk betydning i forhold til at reducere antallet af (gen)indlæggelser og de ressourcer, som anvendes på genoptræning. Endelig bygger AK-behandlingen på et koncept, som man sagtens kan forestille sig anvendt i forhold til andre sygdomme som fx KOL, diabetes, hjertesvigt eller for højt blodtryk.

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.

Selvstyret antikoagulationsbehandling (AK-behandling)

AK-behandling er en blodfortyndende behandling. Det er en behandling med medicin, som forebygger blodpropper. Det gør den ved at hæmme produktionen af de såkaldte vitamin-K afhængige koagulationsfaktorer (blodets størkningsfaktorer).

K-vitamin medvirker til størkning af blodet. Det gør det ved at omdanne inaktive proteiner til aktive faktorer i blodstørkningsprocessen. Hvis K-vitamin hæmmes, størkner blodet ikke så let. Hæmmes blodets koagulationsfaktorer derimod for meget, er der en øget risiko for blødninger.

I dag kan man selv styre sin blodfortyndende behandling ved hjælp af et såkaldt bærbart koagulometer, der gør det muligt at foretage blodprøveanalyser derhjemme. Man behøver derfor ikke som tidligere at skulle på hospitalet eller til lægen. Ved hjælp af koagulometeret kan man måle blodets størkningsevne (koagulation) udtrykt ved den såkaldte INR-værdi. Med udgangspunkt i INR-værdien bestemmes, hvor meget blodfortyndende medicin, man skal have.

I Danmark er der registreret to former for blodfortyndende lægemidler med såkaldt K-vitamin antagonist, nemlig Marevan og Marcoumar. En del fødevarer, anden medicin og naturmedicin kan enten øge eller hæmme virkningen af Marevan. Eksempelvis indeholder visse kål-sorter, tang, broccoli og persille meget k-vitamin, som kan nedsætte virkningen af Marevan.

Den konventionelle AK-behandling indebærer, at patienterne kommer til blodprøvekontrol på sygehus eller hos egen læge ca. 1 gang per måned. Herefter får patienten - når analyse-svaret foreligger – besked fra lægen om, hvilken daglig medicindosis den pågældende skal indtage indtil næste blodprøvekontrol.

Ved selvstyret AK-behandling udfører patienten blodprøveanalyse 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 en læge varetager denne. Skal fordelene ved selvstyret AK-behandling konkretiseres, så viser opgørelser, at der ved konventionel AK-behandling er 6% pr. patientår, som får en alvorlig behandlingskrævende blødning, mens tallet ved selvstyret behandling er 1,1% pr. patientår.

Til sammenligning er risikoen for "almindelige" mennesker 0,8%. Den selvstyrede behandling giver også en langt større grad af frihed for den enkelte patient. Både fordi det ikke er nødvendigt at få foretaget regelmæssige blodprøver hos egen læge (eller ambulant på hospitalet), men også at man selv kan styre medicindosering i forhold til, hvad man spiser og drikker. Der er således færre restriktioner forbundet med den selvstyrede behandling sammenlignet med den konventionelle.

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.

I Region Midtjylland foregår oplæring, uddannelse og vejledning af patienter i selvstyret AK-behandling i dag tre steder. Ud over AK-centret, Århus Universitetshospital, Skejby, foregår det på Regionshospitalet Viborg og på Regionshospitalet Brædstrup. Der er et tæt samarbejde mellem alle tre behandlingssteder, således at oplæring og behandling sker efter de samme principper.

Generelt for AK-behandling i Danmark gælder, at den i dag tilbydes til ca. 80.000 patienter. Heraf skønnes 20.000 – 30.000 patienter at være egnede til selvstyret AK-behandling. Da patienterne antages at være jævnt fordelt i landet, vil der i Region Midtjylland være ca. 16.000 AK-patienter; heraf vil 5000 – 6000 være egnede til selvstyret AK-behandling. Hvorvidt patienter er egnede til denne behandlingsform baserer sig på en helhedsvurdering af den enkelte patient. Her lægges bl.a. vægt på interesse og vilje i at gå aktivt ind i behandlingen, evnen til at lære og omsætte viden samt et ønske om at påtage sig det ansvar, som er forbundet med en selvstyret behandling, som er langvarig eller livslang. I dag er ca. 1800 patienter oplært i selvstyret AK-behandling i regionen, foruden at patienter fra andre regioner har været i oplæring. Der forventes således at være en betydelig gruppe af patienter i Region Midtjylland, som er egnede, og som det endnu ikke har været muligt at tilbyde denne behandlingsform. En udvidelse af kapaciteten på området er dog nært forestående. Således forventes det, at Hospitalsenheden Vest (Herning) vil kunne tilbyde den selvstyrede AK-behandling i løbet af 2010. Dette vil ske i et tæt samarbejde med de eksisterende centre. Desuden øges den personalemæssige kapacitet ved AK-centret, Skejby, hvilket betyder, at flere patienter vil kunne oplæres i selvstyret AK-behandling.

Udvalget finder, at selvstyret og selvmonitoreret AK-behandling bør udbredes til alle egnede patienter. Muligheden for at udbrede selvmonitoreret AK-behandling, hvor styringen foregår i dialog med det pågældende AK-center, bør undersøges. Udvalget lægger vægt på, at implementering af selvstyret AK-behandling er indarbejdet som en hensigtserklæring i Region Midtjyllands budget for 2010.

3.5 Patientuddannelse

Lærings- og mestringskonceptet har været omdrejningspunktet for udvalgets tema omkring patientuddannelse. De seks kommuner i Vestklyngen har igennem længere tid arbejdet med læring og mestring, og udvalget blev præsenteret for Holstebro Kommunes arbejde med konceptet på Holstebro Sundhedscenter⁶. Præsentationen omhandlede selve konceptet, ligesom også samarbejdet med Regionshospitalet Holstebro blev skitseret.

Lærings- og mestringsuddannelserne bygger på principper, som er udviklet i forbindelse med den lovpligtige patientuddannelse til mennesker med kroniske lidelser i Norge. Det særlige ved lærings- og mestringsprincipperne er, at såkaldte 'erfarne' patienter, det vil sige patienter, der selv kender til det at leve med en kronisk sygdom, og sundhedsprofessionelle arbejder sammen om både at planlægge, gennemføre og evaluere uddannelser til mennesker med kroniske lidelser. Det grundlæggende princip er, at der er ligestilling mellem den erfarne patients erfaringsviden om livet med en kronisk sygdom og den sundhedsprofessionelles faglige viden.

Lærings og mestringskonceptet gør op med den traditionelle tænkemåde om, at sundhedsprofessionelle alene er 'eksperterne', der ved, hvad patienterne har brug for. Konceptet tager udgangspunkt i, at det er patienterne selv, der ved, hvad der er svært, og hvad de har brug for. En simpel, dagligdags opgave som at pudse vinduer kan blive til et flerdages projekt, hvis man lider af en kronisk sygdom. Kræfterne rækker måske ikke til mere end et kvarters fysisk arbejde om dagen, og så bliver det at pudse vinduer i hele huset næsten uoverskueligt. Når man samtidig skal forholde sig til, at man har fået en sygdom, som skal følge en resten af livet, og man i øvrigt skal leve med følgerne af selve sygdommen, så kan man godt have brug for at få hjælp og idéer til, hvordan man kan håndtere hverdagen.

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

Den sundhedsprofessionelle har den faglige viden om de kroniske sygdomme. Men ved ikke, hvordan det er at skulle dele en vinduespudsning op på tre dage, fordi man ikke kan holde til mere. Den sundhedsprofessionelle ved heller ikke, hvordan det er at være bange for at dø eller være nødt til at bede om hjælp fra andre mennesker igen og igen. Men det ved en person, som har levet med en kronisk sygdom i længere tid. Den erfarne patient kan være med til at pege på de emner, som det er vigtigt at tage op i lærings- og mestringsforløbet. Gennem sine fortællinger er den erfarne patient også med til at gøre undervisningen mere konkret. Den erfarne patient kan sætte ord på de emner, det er svært at tale om. Desuden er den erfarne patients fortællinger med til at igangsætte erfaringsdeling deltagerne imellem.

I den vestlige del af regionen er der siden 2007 arbejdet med et udviklingsprojekt, der har til formål at udvikle og implementere et dansk lærings- og mestringskoncept. Udviklingsprojektet sker i et samarbejde mellem de seks vestlige kommuner, Hospitalsenheden Vest, patientforeninger, praktiserende læger, Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed. Ud over brugen af de norske lærings- og mestringsprincipper har der, i udviklingen af lærings- og mestringskonceptet i Region Midtjylland, været meget fokus på sundhedspædagogik og kompetenceudvikling af såvel sundhedsprofessionelle som erfarne patienter.

I lærings- og mestringskonceptet er der fokus på, at hvis patientuddannelsen skal føre til, at deltagerne ændrer vaner, så skal deres erfaringer i spil. Den erfarne patient fungerer i denne sammenhæng som 'dåseåbner' i den forstand, at ved at den erfarne patient åbent lægger egne erfaringer frem, åbnes der op for, at det er lettere for deltagerne også at bringe deres erfaringer i spil i undervisningen.

Et andet fokus i lærings- og mestringsprojektet er at skabe sammenhæng i patientuddannelsesstilbuddene og tilgangen til patienterne på tværs af sektorer. Læringskonceptet er derfor udviklet tværsektorielt og anvendes i patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud både på hospitalet og i kommunerne i Vestklyngen. Denne fælles tilgang er med til at skabe et sammenhængende forløb for den enkelte patient.

På Holstebro Sundhedscenter tilbydes der i dag lærings- og mestringsforløb som tværgående forløb på tværs af diagnoser samt som sygdomsspecifikt forløb til borgere med KOL, og man er i gang med at tilrettelægge et sygdomsspecifikt forløb til borgere med diabetes. Hvert forløb består af otte moduler.

Henvisning til et lærings- og mestringsforløb på sundhedscenteret kan ske på tre måder; en henvisning fra egen læge, gennem en sygeplejerske/terapeut på hospitalet eller i kommunen eller ved at borgeren selv henvender sig på sundhedscenteret.

Alle deltagere på et forløb skal deltage i en afklarende samtale, inden de starter. Samtalen skal afdække deltagerens motivation, ressourcer og behov samt afdække hvilket tilbud, der passer til den enkelte i forhold til, hvor vedkommende er i sit liv og i sin sygdom.

Uddannelsesforløbet starter med, at deltagerne peger på de emner, de gerne vil arbejde med under forløbet. Forløbet planlægges af den erfarne patient og en sundhedsprofessionel på baggrund af disse ønsker. Nogle af de emner, deltagerne ofte peger på i KOL-forløbene, er; Hvad er KOL for en sygdom?, medicinbehandling, vejtrækningsøvelser, angst og tristhed, kost og motion, pårørende og samarbejdet med sundhedspersonalet.

Forløbet afsluttes, som det startede, med en afklarende samtale. Denne gang med fokus på udbytte og evaluering af forløbet samt ønsker for fremtiden og realistiske mål for fremtiden. Ud over denne afsluttende samtale er der opfølgende møder efter 3 og 12 måneder.

Lærings- og mestringsprojektet løber frem til udgangen af 2010 og evalueres både kvantitativt og kvalitativt. Den kvantitative evaluering er med fokus på deltagernes ændrede mestringsevne. Kvalitativt er der bl.a. fokus på indhold i forløbene, samspil mellem den sundhedsprofessionelle og den erfarne patient, samt betydningen af at anvende erfarne patienter og deres erfaringsviden i planlægning, gennemførelse og evaluering af patientuddannelsesforløb.

Udvalget finder, at lærings- og mestringskonceptet, hvor erfarne patienter underviser sammen med sundhedsprofessionelle, er overbevisende og ser frem til evaluering af projektet i 2011. Der ligger en god grundtanke i, at patient og personale følges ad til undervisning, og det skaber værdighed hos patienterne, at de lærer at mestre deres sygdom.

3.6 Forløbsprogrammer

Et af de store fokusområder indenfor kronikerindsatsen i Region Midtjylland er implementeringen af forløbsprogrammer. I foråret 2009 blev tre forløbsprogrammer for henholdsvis KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom politisk godkendt i Regionsrådet. De tre programmer står nu overfor at skulle implementeres i alle tre sektorer, og en af udvalgets opgaver er at understøtte denne proces i regionalt regi.

Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme

Repræsentanter fra hospitalerne samt de praktiserende læger og kommunerne i Region Midtjylland har i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Medio 2009 er arbejdet med et forløbsprogram på muskel-skelet området påbegyndt.

Forløbsprogrammerne har i efteråret 2008 været i faglig høring og har i første halvår af 2009 gennemgået en administrativ og politisk godkendelsesproces i både region og kommuner. Regionsrådet har på mødet den 29. april 2009 godkendt forløbsprogrammerne.

Selve formålet med forløbsprogrammerne er at sikre evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Derfor er udvalget blevet præsenteret for implementeringen af forløbsprogrammet for KOL i Horsens-klyngen, hvor man allerede er rigtig godt i gang. Grunden til, at man er så langt i Horsens-klyngen er, at det regionale KOL forløbsprogram bygger på et program, der er udviklet i det tidligere Vejle Amt, og det er med udgangspunkt i dette, at man er påbegyndt implementeringen. Det samme gør sig gældende i Vestklyngen og i Viborgklyngen.

Overordnet beskriver forløbsprogrammerne den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for på hospitaler, i almen praksis og i kommuner i hele regionen. Formålet med forløbsprogrammerne er at sikre anvendelsen af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats. Desuden er der fokus på at inddrage patientens egne ressourcer samt at sikre koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Som det fremgik af afsnittet om forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland, er det overordnet set en stor gruppe borgere, for hvem det har betydning, at forløbsprogrammerne bliver fuldt ud implementeret. Som nævnt er Regionshospitalet Horsens et af steder, hvor der er opbygget en betydningsfuld erfaring med hensyn til implementeringen af

forløbsprogrammet for KOL. Til at konkretisere indsatsen med at implementere forløbsprogrammet holdt forskellige nøglepersoner oplæg for udvalget.

Generelt er det vigtigt for hospitalerne at have et godt og velfungerende samarbejde med alle involverede parter, så patienten ikke oplever at "falde mellem to stole" i overgangen fra en sektor til en anden. Det skal være et sammenhængende forløb for patienten, hvilket netop er et af kerneområderne i forløbsprogrammet. Med afsæt i forløbsprogrammerne er det samtidig nødvendigt for hospitalerne at gøre sig bevidst om, at der skal omstilling til, for at det fungerer bedst. Et vigtigt budskab var, at det i forbindelse med udarbejdelsen er vigtigt at inddrage klinikere i processen. Dels på grund af deres erfaring, og dels fordi det i den konkrete implementering vil gøre det lettere, når de personer, som skal stå for de konkrete tiltag, også har været involveret i planlægningen.

Et andet helt centralt aspekt ved forløbsprogrammerne er, at de giver patienterne de bedst mulige redskaber til at leve et godt liv med deres sygdom. Det er grundlæggende meget vigtigt at lægge de rigtige rammer for patienterne, så de får mulighed for at have en velfungerende tilværelse på trods af livet med en kronisk sygdom. Fagfolkene kan så at sige sørge for rammerne, men det er i sidste ende op til patienterne selv at fylde dem ud.

En væsentlig forudsætning for at forløbsprogrammerne kan udfoldes og blive opfyldt ligger i det gensidige samarbejde mellem de forskellige sektorer. Dette er centralt i forhold til at optimere patientforløbet for den enkelte borger. Implementeringen af forløbsprogrammet for KOL har været baseret på et godt samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens og kommunen. Det betyder meget, at der er indbyrdes tillid mellem sektorerne omkring de respektive indsatser, og at det er det samme, som patienten hører gennem hele forløbet.

På baggrund af de erfaringer man har gjort sig blandt andet i Horsens-klyngen om implementering af forløbsprogrammet for KOL, er udarbejdet et såkaldt implementeringskatalog til brug og støtte for de klynger, hvor man nu skal i gang med at implementere forløbsprogrammerne. Der er i den forbindelse desuden trukket på erfaringer fra både Vest-klyngen og Viborg-klyngen, som er godt under vejs med deres implementering af forløbsprogrammet for KOL.

Det er udvalgets opfattelse, at implementeringen af forløbsprogrammet for KOL patienter i Horsens giver større sammenhæng i indsatsen hos patienterne. Det, at personalet i kommunen og på hospitalet kender hinanden og informerer patienterne ud fra de samme retningslinjer,

viser patienterne, at der er styr på overgangene. Udvalget finder, at implementering af forløbsprogrammerne på tværs af regionen er af stor vigtighed for patienterne.

4.0 Konklusion og anbefalinger

Synliggørelse af kronikerindsatsen i Region Midtjylland

Samlet set er der behov for en bred politisk, faglig og ledelsesmæssig opbakning i forhold til kronikerindsatsen i Region Midtjylland, og det politiske fokus på området har central betydning. I den sammenhæng spiller det bl.a. en vigtig rolle, at indsatsen synliggøres i den offentlige debat.

Afholdelse af konferencen, *"Kroniske udfordringer på sundhedsområdet"*, omkring indsatsen for borgere med kroniske lidelser, er et eksempel på, hvorledes udvalget har medvirket til at formidle disse tiltag til et bredt forum af fagfolk og politikere på tværs af sektorer.

Gennem dets arbejde har udvalget været medvirkende til at synliggøre og sætte fokus på nogle af de konkrete indsatsområder, der arbejdes med i forhold til borgere med kroniske lidelser i regionen. Overvejelser og anbefalinger fra udvalget, der har kunnet støtte Regionsrådets drøftelser og beslutninger, er løbende blevet forelagt Regionsrådet.

Udvalgets tema om egenbehandling og egenomsorg har således affødt et ønske om, at der sættes yderligere fokus på brugen af selvstyret AK-behandling i Region Midtjylland. Ligeledes har udvalgets tema om telemedicin afstedkommet et ønske om, at telemedicinsk monitorering af KOL-patienter afprøves i Region Midtjylland.

Udvalgets arbejde har også medvirket til at sætte fokus på vigtigheden af at skabe fælles forståelse af arbejdet med og samarbejdet om borgere med kroniske lidelser. Det at samarbejde om konkrete indsatser, eksempelvis implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer, er en måde, hvorpå der kan opnås fælles forståelse af området. Konsensus om, hvordan forebyggelse, behandling og rehabilitering tilrettelægges på tværs af sektorer er afgørende, hvis indsatsen skal have den ønskede effekt. Derfor er det vigtigt, at der på alle niveauer i hele sundhedsvæsenet eksisterer sammenhæng og fælles mål for indsatsen.

Udvalget har desuden ønsket at skabe et fundament for at arbejde med området til det kommende Regionsråd.

Udvalgets overvejelser og vejledninger er også blevet inddraget løbende i forbindelse med udarbejdelsen af Region Midtjyllands ansøgninger til puljen vedrørende en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Puljemidlerne er afsat til arbejdet med forløbsprogrammer samt patientundervisning og egenbehandling.

Udvalgets anbefalinger

Her er sammenfattet udvalgets anbefalinger og vurderinger af indsatsen for borgere med kroniske lidelser.

Udvalgets anbefalinger og vurderinger

En fortsat styrkelse af indsatsen for borgere med kroniske lidelser

- *Det er udvalgets opfattelse, at Randers Sundhedscenter er et godt eksempel på, hvordan kommunerne løser den kommunale opgave på sundhedsområdet – i et godt koordineret samarbejde med Regionshospitalet Randers.*
- *Det er udvalgets vurdering, at Center of Excellence's tilrettelæggelse af patientforløb med fokus på hurtig udredning og adgang til alle medicinske specialer vil være til stor gavn for patienter/borgere med kroniske lidelser. Modellen for patientforløb vil kunne udbredes andre steder.*
- *Det er udvalgets opfattelse, at der er et stort potentiale i anvendelse og udbredelse af telemedicin. Især demonstrationen af "KOL-kufferten" gjorde stort indtryk. Udvalget anbefaler, at administrationen arbejder videre med afprøvning af KOL-kufferten eller lignende telemedicinske teknologier med henblik på, at indlæggelsestiden for KOL-patienter på hospitalerne kan nedbringes, og de i stedet kan modtage behandling i eget hjem.*
- *Udvalget finder, at selvstyret og selvmonitoreret AK-behandling bør udbredes til alle egnede patienter. Muligheden for at udbrede selvmonitoreret AK-behandling, hvor styringen foregår i dialog med det pågældende AK-center, bør undersøges. Udvalget lægger vægt på, at implementering af selvstyret AK-behandling er indarbejdet som en hensigtserklæring i Region Midtjyllands budget for 2010.*
- *Udvalget finder, at lærings- og mestringskonceptet, hvor erfarne patienter underviser sammen med sundhedsprofessionelle, er overbevisende og ser frem til evaluering af projektet i 2011. Der ligger en god grundtanke i, at patient og personale følges ad til undervisning, og det skaber værdighed hos patienterne, at de lærer at mestre deres sygdom.*
- *Det er udvalgets opfattelse, at implementeringen af forløbsprogrammet for KOL-patienter i Horsens giver større sammenhæng i indsatsen hos patienterne. Det, at personalet i kommunen og på hospitalet kender hinanden og informerer patienterne ud fra de samme retningslinjer, viser patienterne, at der er styr på overgangene. Udvalget finder at implementering af forløbsprogrammerne på tværs af regionen er af stor vigtighed for patienterne.*

5. Ordliste

AK-behandling (antikoagulations-behandling) er en blodfortyndende behandling. Det er en behandling med medicin, som forebygger blodpropper. Det gør den ved at hæmme produktionen af de såkaldte vitamin-K afhængige koagulationsfaktorer (blodets størkningsfaktorer).

Center of Excellence (Regionshospitalet Silkeborg) henviser til at hospitalet skal være i front på et eller flere områder med hensyn til behandling, udvikling og patientforløb. På Regionshospitalet Silkeborg er det på det medicinske område.

Forløbsprogrammer - Repræsentanter fra hospitalerne samt de praktiserende læger og kommunerne i Region Midtjylland har i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Medio 2009 er arbejdet med et forløbsprogram på muskel-skelet området påbegyndt. De tre forløbsprogrammer er godkendt af Regionsrådet den 29. april 2009.

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

Telemedicin – Levering af sundhedsfaglige ydelser over afstand ved brug af informations- og kommunikationsteknologi.